

Клініко-психопатологічні особливості первинного епізоду біполярного афективного розладу

Ю. І. Мисула *^{A-F}, О. П. Венгер ^{E,F}, Н. І. Сидлярчук ^{E,F}

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

У статті проаналізували клінічні та гендерні особливості клініко-психопатологічної феноменології первинного епізоду біполярного афективного розладу (БАР).

Мета роботи – дослідження особливостей психопатологічної феноменології первинного епізоду БАР у розрізі клінічного варіанта та з урахуванням гендерного фактора.

Матеріали та методи. Клінічно обстежили 65 чоловіків і 88 жінок із первинним епізодом біполярного афективного розладу з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised.

Результати. Встановили, що при депресивному варіанті первинного епізоду БАР у чоловіків значуще вищі рівні депресії порівняно з жінками: $2,80 \pm 0,48$ бала проти $2,61 \pm 0,49$ бала ($p = 0,044$) та міжособистісної сензитивності: $1,39 \pm 0,31$ бала проти $1,28 \pm 0,28$ бала ($p = 0,037$), а в жінок – незначуще вищі рівні соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, тривожності, ворожості, фобічної тривожності. У пацієнтів із маніакальним варіантом рівень соматизації, ворожості та психотизму – незначуще вищий у чоловіків, а obsесивно-компульсивної симптоматики, фобічної тривожності – в жінок. У разі змішаного варіанта в чоловіків незначуще вищими були показники obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності, фобічної тривожності, параноїальної симптоматики, а в жінок – соматизації, депресії, тривожності. Виявили суттєво більшу залежність виразності психопатологічної симптоматики від клінічного варіанта БАР, зокрема значуще вищі рівні виразності всієї психопатологічної симптоматики за винятком параноїальної, порівнюючи хворих із депресивним і маніакальним варіантами; порівнюючи хворих із депресивним і змішаним варіантами, розбіжності виявили для міжособистісної сензитивності ($p = 0,000$), депресії ($p = 0,000$) у чоловіків, obsесивно-компульсивної симптоматики ($p = 0,012$), міжособистісної сензитивності ($p = 0,000$), депресії ($p = 0,000$) – у жінок, obsесивно-компульсивної симптоматики ($p = 0,021$), міжособистісної сензитивності ($p = 0,000$), депресії ($p = 0,000$) – в усіх хворих. Порівнюючи групи з маніакальним і змішаним варіантами, розбіжності виявили для соматизації ($p = 0,002$), obsесивно-компульсивної симптоматики ($p = 0,007$), депресії ($p = 0,001$), тривожності ($p = 0,001$), ворожості ($p = 0,012$) у чоловіків, соматизації ($p = 0,003$), депресії ($p = 0,004$), тривожності ($p = 0,004$), ворожості ($p = 0,011$), психотизму ($p = 0,019$) – в жінок, соматизації ($p = 0,000$), obsесивно-компульсивної симптоматики ($p = 0,000$), міжособистісної сензитивності ($p = 0,017$), депресії ($p = 0,000$), тривожності ($p = 0,000$), ворожості ($p = 0,000$), психотизму ($p = 0,006$) – в усіх обстежених.

Висновки. Дані, що одержали, дають змогу зробити висновок про визначальну роль у виразності психопатологічної симптоматики при первинному епізоді БАР його клінічного варіанта і другорядну – гендерного фактора.

Ключові слова:

біполярний афективний розлад, первинний епізод, клініко-психопатологічна феноменологія.

Запорізький медичний журнал. 2020. Т. 22, № 4(121). С. 527-532

*E-mail: yuramysula@gmail.com

Clinical and psychopathological features of first-episode bipolar affective disorder

Yu. I. Mysula, O. P. Venher, N. I. Sydliaruk

The article analyzes the clinical and gender features of clinical and psychopathological phenomenology of the first-episode bipolar affective disorder (BAD).

The aim of the work was to study the features of the psychopathological phenomenology of the first-episode of BAD in the context of the clinical variant and taking into account the gender factor.

Materials and methods. In total, 65 men and 88 women with first-episode BAD were clinically examined using the Symptom Check List-90-Revised Psychopathological Symptom Expression Questionnaire.

Results. In the depressed type of the first-episode BAD in men, the levels of depression were significantly higher – 2.80 ± 0.48 points versus 2.61 ± 0.49 points ($P = 0.044$); interpersonal sensitivity – 1.39 ± 0.31 points versus 1.28 ± 0.28 points ($P = 0.037$), and in women – insignificantly higher levels of somatization, obsessive compulsive symptoms, anxiety, hostility, phobic anxiety. In patients with a manic episode, the level of somatization, hostility and psychosis was insignificantly higher in men, and obsessive-compulsive symptoms, phobic anxiety – in women. In the mixed episode, men had insignificantly higher indicators of obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, phobic anxiety, paranoid symptoms, and women – somatization, depression and anxiety. Significantly stronger association between psychopathological symptoms severity and the clinical variant of BAD was revealed, in particular, significantly higher levels of all psychopathological symptoms severity, with the exception of paranoid, as compared to patients with depressive and manic episodes; comparing patients with depressive and mixed episodes, there were differences in interpersonal sensitivity ($P = 0.000$), depression ($P = 0.000$) in men, obsessive-compulsive symptomatology ($P = 0.012$), interpersonal sensitivity ($P = 0.000$), depression ($P = 0.000$) in women, and obsessive-compulsive symptomatic ($P = 0.021$), interpersonal sensitivity ($P = 0.000$), depression ($P = 0.000$) in all patients. The comparison between groups with manic and mixed episodes found differences in somatization ($P = 0.002$), obsessive compulsive symptoms ($P = 0.007$), depression ($P = 0.001$), anxiety ($P = 0.001$), hostility ($P = 0.012$) in men ($P = 0.004$), somatization ($P = 0.003$), depression ($P = 0.004$), anxiety ($P = 0.004$), hostility ($P = 0.011$),

Key words:

bipolar affective disorder, primary episode, clinical and psychopathological phenomenology.

Zaporozhye medical journal 2020; 22 (4), 527-532

psychosis ($P = 0.019$) in women, somatization ($P = 0.000$), obsessive-compulsive symptoms ($P = 0.003$), interpersonal sensitivity ($P = 0.017$), depression ($P = 0.000$), anxiety ($P = 0.000$), hostility ($P = 0.000$), psychosis ($P = 0.006$) in all subjects.

Conclusions. The data obtained suggest a pivotal role of psychopathological symptoms severity in first- episode BAD and its clinical variant while the gender factor plays a secondary one.

Ключевые слова:

биполярное аффективное расстройство, первичный эпизод, клиничко-психопатологическая феноменология.

Запорожский медицинский журнал. 2020. Т. 22, № 4(121). С. 527-532

Клиничко-психопатологические особенности первичного эпизода биполярного аффективного расстройства

Ю. И. Мисула, О. П. Венгер, Н. И. Сидлярук

В статье проанализированы клинические и гендерные особенности клиничко-психопатологической феноменологии первичного эпизода биполярного аффективного расстройства (БАР).

Цель работы – исследование особенностей психопатологической феноменологии первичного эпизода БАР в разрезе клинического варианта и с учетом гендерного фактора.

Материалы и методы. Клинически обследовано 65 мужчин и 88 женщин с первичным эпизодом биполярного аффективного расстройства с использованием опросника выраженности психопатологической симптоматики Symptom Check List-90-Revised.

Результаты. Установлено, что при депрессивном варианте первичного эпизода БАР у мужчин значимо более высокие уровни депрессии по сравнению с женщинами: $2,80 \pm 0,48$ балла против $2,61 \pm 0,49$ балла ($p = 0,044$) и межличностной чувствительности: $1,39 \pm 0,31$ балла против $1,28 \pm 0,28$ балла ($p = 0,037$), а у женщин – незначимо выше уровни соматизации, обсессивно-компульсивной симптоматики, тревожности, враждебности, фобической тревожности. У пациентов с маниакальным вариантом уровень соматизации, враждебности и психотизма незначимо выше у мужчин, а обсессивно-компульсивной симптоматики, фобической тревожности – у женщин. При смешанном варианте у мужчин незначимо выше показатели обсессивно-компульсивной симптоматики, межличностной чувствительности, фобической тревожности, паранойяльной симптоматики, а у женщин – соматизации, депрессии и тревожности. Выявлена существенно большая зависимость выраженности психопатологической симптоматики от клинического варианта БАР, в частности значимо выше уровни выраженности всей психопатологической симптоматики за исключением паранойяльной при сравнении больных с депрессивным и маниакальным вариантами; при сравнении больных с депрессивным и смешанным вариантами различия выявлены для межличностной чувствительности ($p = 0,000$), депрессии ($p = 0,000$) у мужчин, обсессивно-компульсивной симптоматики ($p = 0,012$), межличностной чувствительности ($p = 0,000$), депрессии ($p = 0,000$) – у женщин, и обсессивно-компульсивной симптоматики ($p = 0,021$), межличностной чувствительности ($p = 0,000$), депрессии ($p = 0,000$) – у всех больных. При сравнении групп с маниакальным и смешанным вариантами различия обнаружены для соматизации ($p = 0,002$), обсессивно-компульсивной симптоматики ($p = 0,007$), депрессии ($p = 0,001$), тревожности ($p = 0,001$), враждебности ($p = 0,012$) у мужчин, соматизации ($p = 0,003$), депрессии ($p = 0,004$), тревожности ($p = 0,004$), враждебности ($p = 0,011$), психотизма ($p = 0,019$) – у женщин, соматизации ($p = 0,000$), обсессивно-компульсивной симптоматики ($p = 0,000$), межличностной чувствительности ($p = 0,017$), депрессии ($p = 0,000$), тревожности ($p = 0,000$), враждебности ($p = 0,000$), психотизма ($p = 0,006$) – у всех обследованных.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод об определяющей роли в выраженности психопатологической симптоматики при первичном эпизode БАР его клинического варианта и второстепенной – гендерного фактора.

Біполярний афективний розлад (БАР) – одна з центральних проблем сучасної психіатрії [1–3]. БАР характеризується системними порушеннями психічного функціонування, хронічним перебігом, тривалою втраченою працездатністю, високою суїцидальною активністю, значущим погіршенням якості життя пацієнтів і соціальною дезадаптацією, а також потребою у тривалій терапії [4–6]. Водночас діагностика БАР на ініціальному етапі є недостатньою, що зумовлено значущим поліморфізмом категорії біполярності, високим рівнем коморбідності та недосконалістю діагностичних підходів [7–10]. Вивчення клініко-патогенетичних особливостей БАР має надзвичайно важливе значення для раннього виявлення захворювання та визначення дальших терапевтичних і реабілітаційних заходів [11]. Отже, дослідження особливостей клініко-психопатологічної феноменології первинного епізоду (ПЕ) БАР має важливе значення.

Мета роботи

Дослідження особливостей психопатологічної феноменології первинного епізоду БАР у розрізі клінічного варіанта та з урахуванням гендерного фактора.

Матеріали і методи дослідження

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди клінічно обстежили 153 хворих (65 чоловіків і 88 жінок) із первинним епізодом біполярного афективного розладу, які перебували на лікуванні в Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні у 2011–2016 рр. Середній вік обстежених пацієнтів на момент виникнення симптоматики становив $21,3 \pm 6,5$ року (медіана 19,0 року, інтерквартильний діапазон – 17,0–22,0 року), чоловіків – $20,5 \pm 5,8$ року (18,0 року, 17,0–21,0 року), жінок – $21,9 \pm 6,9$ року (18,5 року, 18,5–22,5 року), вік на момент звернення за медичною допомогою та обстеження становив $21,4 \pm 6,4$ року (19,0 року, 18,0–22,0 року), $20,7 \pm 5,7$ року (18,0 року, 17,0–21,0 року) та $22,0 \pm 6,9$ року (19,0 року, 18,5–22,5 року) відповідно.

Серед обстежених чоловіків і жінок виділили по три групи залежно від клінічного варіанта перебігу ПЕ БАР: з переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант) – 119 осіб (44 чоловіки та 75 жінок); з переважанням маниакальної або гіпоманіакальної симптоматики (маниакальний варіант) – 23 особи (15 чоловіків і 8 жінок), з одночасною наявністю депресивної та маниакальної симптоматики або зі швидкою зміною

фаз (змішаний варіант) – 11 осіб (6 чоловіків і 5 жінок). Обстеження здійснили з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) L. Derogatis et al. в адаптації Н.В. Тарабріної [12].

Статистичний аналіз виконали з використанням ліцензійного пакета прикладних програм Statistica 13. Оцінювання характеру розподілу кількісних ознак здійснили за допомогою тесту Шапіро–Уїлка. Аналіз розбіжностей між групами провели за допомогою непараметричного тесту Манна–Уїтні. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей $p < 0,05$.

Результати

Дослідження особливостей психопатологічної симптоматики при різних клінічних варіантах ПЕ БАР з ураху-

ванням гендерного фактора дало змогу виявити ряд закономірностей (табл. 1).

Так, при депресивному варіанті ПЕ БАР у чоловіків виявили вищі рівні депресії порівняно з жінками: $2,80 \pm 0,48$ бала проти $2,61 \pm 0,49$ бала ($p = 0,044$) і міжособистісної сензитивності: $1,39 \pm 0,31$ бала проти $1,28 \pm 0,28$ бала ($p = 0,037$). Натомість у жінок виявили вищі рівні соматизації, обсесивно-компульсивної симптоматики, тривожності, ворожості, фобічної тривожності, а також інтегральних показників: загального показника (General Symptomical Index – GSI), індексу прояву симптоматики (Positive Symptomical Index – PSI) та індексу виразності дистресу, але ці розбіжності статистично незначущі ($p > 0,05$).

У пацієнтів із маніакальним варіантом ПЕ БАР виявили дещо інші закономірності. Так, рівень соматизації, ворожості, психотизму – незначуще вищі в чоловіків, а

Таблиця 1. Показники виразності психопатологічної симптоматики у групах, що досліджували (у балах)

Показник	Чоловіки	Жінки	Разом	p
Депресивний варіант ПЕ БАР				
Соматизація	0,76 ± 0,75 / 0,60 (0,10–1,20)	0,92 ± 0,85 / 0,70 (0,20–1,40)	0,86 ± 0,82 / 0,60 (0,10–1,30)	0,221
Обсесивно-компульсивні розлади	1,32 ± 0,43 / 1,45 (1,05–1,50)	1,44 ± 0,43 / 1,50 (1,20–1,80)	1,39 ± 0,44 / 1,50 (1,10–1,80)	0,135
Міжособистісна сензитивність	1,39 ± 0,31 / 1,30 (1,30–1,60)	1,28 ± 0,28 / 1,30 (1,20–1,40)	1,32 ± 0,30 / 1,30 (1,20–1,40)	0,037
Депресія	2,80 ± 0,48 / 2,85 (2,50–3,20)	2,61 ± 0,49 / 2,60 (2,20–3,00)	2,68 ± 0,49 / 2,80 (2,30–3,00)	0,044
Тривожність	1,74 ± 1,03 / 2,15 (0,60–2,65)	1,95 ± 0,96 / 2,40 (0,60–2,80)	1,87 ± 0,99 / 2,40 (0,60–2,80)	0,368
Ворожість	0,70 ± 0,53 / 0,70 (0,15–1,10)	0,83 ± 0,54 / 0,80 (0,30–1,20)	0,78 ± 0,54 / 0,80 (0,30–1,20)	0,156
Фобічна тривожність	0,67 ± 0,75 / 0,50 (0,00–1,40)	0,84 ± 0,83 / 0,60 (0,00–1,40)	0,78 ± 0,80 / 0,60 (0,00–1,40)	0,243
Паранояльні симптоми	0,10 ± 0,20 / 0,00 (0,00–0,20)	0,10 ± 0,16 / 0,00 (0,00–0,20)	0,10 ± 0,17 / 0,00 (0,00–0,20)	0,680
Психотизм	0,13 ± 0,14 / 0,10 (0,00–0,20)	0,11 ± 0,11 / 0,10 (0,00–0,20)	0,12 ± 0,12 / 0,10 (0,00–0,20)	0,466
Додаткові симптоми	1,57 ± 0,31 / 1,60 (1,40–1,80)	1,52 ± 0,27 / 1,60 (1,40–1,70)	1,54 ± 0,28 / 1,60 (1,40–1,70)	0,471
Індекс GSI	1,23 ± 0,29 / 1,10 (1,00–1,40)	1,26 ± 0,30 / 1,20 (1,00–1,40)	1,25 ± 0,29 / 1,20 (1,00–1,40)	0,534
Індекс PSI	48,50 ± 15,30 / 45,50 (32,50–64,00)	50,83 ± 14,81 / 48,00 (38,00–66,00)	49,97 ± 14,97 / 47,00 (35,00–65,00)	0,416
Індекс PDSI	2,36 ± 0,42 / 2,30 (1,95–2,70)	2,30 ± 0,33 / 2,30 (2,00–2,50)	2,32 ± 0,37 / 2,30 (2,00–2,60)	0,509
Маніакальний варіант ПЕ БАР				
Соматизація	0,11 ± 0,17 / 0,00 (0,00–0,20)	0,05 ± 0,08 / 0,00 (0,00–0,10)	0,09 ± 0,14 / 0,00 (0,00–0,10)	0,542
Обсесивно-компульсивні розлади	0,29 ± 0,28 / 0,40 (0,00–0,40)	0,40 ± 0,37 / 0,40 (0,00–0,80)	0,33 ± 0,31 / 0,40 (0,00–0,40)	0,511
Міжособистісна сензитивність	0,04 ± 0,08 / 0,00 (0,00–0,00)	0,05 ± 0,09 / 0,00 (0,00–0,10)	0,04 ± 0,08 / 0,00 (0,00–0,00)	0,821
Депресія	0,11 ± 0,07 / 0,10 (0,10–0,20)	0,11 ± 0,10 / 0,15 (0,00–0,20)	0,11 ± 0,08 / 0,10 (0,00–0,20)	0,973
Тривожність	0,21 ± 0,21 / 0,20 (0,00–0,30)	0,21 ± 0,17 / 0,25 (0,05–0,30)	0,21 ± 0,19 / 0,20 (0,00–0,30)	0,792
Ворожість	0,35 ± 0,23 / 0,20 (0,20–0,50)	0,18 ± 0,24 / 0,10 (0,00–0,25)	0,29 ± 0,25 / 0,20 (0,20–0,30)	0,054
Фобічна тривожність	0,13 ± 0,32 / 0,00 (0,00–0,00)	0,23 ± 0,42 / 0,00 (0,00–0,45)	0,16 ± 0,35 / 0,00 (0,00–0,00)	0,753
Паранояльні симптоми	0,07 ± 0,19 / 0,00 (0,00–0,00)	0,05 ± 0,09 / 0,00 (0,00–0,10)	0,07 ± 0,16 / 0,00 (0,00–0,00)	0,893
Психотизм	0,05 ± 0,08 / 0,00 (0,00–0,10)	0,01 ± 0,04 / 0,00 (0,00–0,00)	0,04 ± 0,07 / 0,00 (0,00–0,10)	0,185
Додаткові симптоми	0,19 ± 0,11 / 0,10 (0,10–0,30)	0,28 ± 0,18 / 0,30 (0,10–0,35)	0,22 ± 0,14 / 0,10 (0,10–0,30)	0,225
Індекс GSI	0,15 ± 0,06 / 0,10 (0,10–0,20)	0,16 ± 0,05 / 0,20 (0,10–0,20)	0,16 ± 0,06 / 0,20 (0,10–0,20)	0,635
Індекс PSI	11,93 ± 6,35 / 10,00 (6,00–17,00)	11,00 ± 5,13 / 10,00 (7,00–14,50)	11,61 ± 5,85 / 10,00 (6,00–16,00)	0,846
Індекс PDSI	1,11 ± 0,21 / 1,00 (1,00–1,20)	1,20 ± 0,26 / 1,05 (1,00–1,45)	1,14 ± 0,23 / 1,00 (1,00–1,20)	0,441
Змішаний варіант ПЕ БАР				
Соматизація	0,67 ± 0,50 / 0,70 (0,30–1,00)	0,80 ± 0,37 / 0,80 (0,60–1,10)	0,73 ± 0,43 / 0,80 (0,30–1,10)	0,714
Обсесивно-компульсивні розлади	1,20 ± 0,62 / 0,95 (0,80–1,70)	0,86 ± 0,36 / 0,80 (0,80–0,90)	1,05 ± 0,53 / 0,80 (0,80–1,40)	0,513
Міжособистісна сензитивність	0,42 ± 0,44 / 0,30 (0,00–0,90)	0,22 ± 0,32 / 0,00 (0,00–0,40)	0,33 ± 0,38 / 0,20 (0,00–0,70)	0,443
Депресія	1,05 ± 0,41 / 0,90 (0,80–1,20)	1,22 ± 0,22 / 1,30 (1,10–1,40)	1,13 ± 0,33 / 1,10 (0,80–1,40)	0,233
Тривожність	2,07 ± 0,67 / 2,10 (1,90–2,20)	2,14 ± 0,43 / 2,30 (1,70–2,30)	2,10 ± 0,55 / 2,20 (1,70–2,30)	0,783
Ворожість	0,80 ± 0,30 / 0,80 (0,70–1,00)	0,78 ± 0,31 / 0,70 (0,50–1,00)	0,79 ± 0,29 / 0,80 (0,50–1,00)	0,853
Фобічна тривожність	0,68 ± 1,06 / 0,00 (0,00–2,00)	0,18 ± 0,16 / 0,10 (0,10–0,30)	0,45 ± 0,80 / 0,10 (0,00–0,40)	0,631
Паранояльні симптоми	0,22 ± 0,28 / 0,15 (0,00–0,30)	0,14 ± 0,31 / 0,00 (0,00–0,00)	0,18 ± 0,28 / 0,00 (0,00–0,30)	0,523
Психотизм	0,18 ± 0,17 / 0,20 (0,00–0,30)	0,20 ± 0,23 / 0,10 (0,10–0,20)	0,19 ± 0,19 / 0,10 (0,00–0,30)	0,926
Додаткові симптоми	0,87 ± 0,44 / 0,85 (0,40–1,30)	0,86 ± 0,21 / 0,90 (0,70–1,00)	0,86 ± 0,34 / 0,90 (0,60–1,10)	0,927
Індекс GSI	0,87 ± 0,35 / 0,85 (0,50–1,20)	0,82 ± 0,18 / 0,80 (0,70–1,00)	0,85 ± 0,27 / 0,80 (0,60–1,00)	0,998
Індекс PSI	43,00 ± 17,39 / 44,00 (28,00–55,00)	40,00 ± 13,51 / 41,00 (28,00–44,00)	41,64 ± 15,06 / 41,00 (28,00–55,00)	0,855
Індекс PDSI	1,85 ± 0,25 / 1,80 (1,60–2,10)	1,88 ± 0,33 / 1,90 (1,60–2,20)	1,86 ± 0,27 / 1,80 (1,60–2,20)	0,926

Таблица 2. Показники виразності психопатологічної симптоматики у групах, що досліджували (у балах)

Показник	Групи, що порівнюються								
	чоловіки			жінки			разом		
	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний	депресивний vs маніакальний	депресивний vs змішаний	маніакальний vs змішаний
Соматизація	0,000	0,997	0,002	0,000	0,788	0,003	0,000	0,940	0,000
Обсесивно-компульсивні розлади	0,000	0,527	0,007	0,000	0,012	0,057	0,000	0,021	0,000
Міжособистісна сензитивність	0,000	0,000	0,250	0,000	0,000	0,420	0,000	0,000	0,017
Депресія	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000
Тривожність	0,000	0,670	0,001	0,000	0,810	0,004	0,000	0,960	0,000
Ворожість	0,044	0,556	0,012	0,002	0,595	0,011	0,000	0,869	0,000
Фобічна тривожність	0,005	0,608	0,051	0,022	0,102	0,299	0,000	0,124	0,084
Паранояльні симптоми	0,333	0,228	0,950	0,380	0,659	0,921	0,161	0,544	0,235
Психотизм	0,034	0,458	0,077	0,006	0,372	0,019	0,001	0,227	0,006
Додаткові симптоми	0,000	0,001	0,001	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000
Індекс GSI	0,000	0,042	0,001	0,000	0,003	0,003	0,000	0,000	0,000
Індекс PSI	0,000	0,473	0,001	0,000	0,087	0,004	0,000	0,069	0,000
Індекс PDSI	0,000	0,005	0,001	0,000	0,022	0,009	0,000	0,000	0,000

обсесивно-компульсивної симптоматики, фобічної тривожності, а також індексу виразності дистресу – в жінок; решта показників – практично однакові.

При змішаному варіанті значущих відмінностей між чоловіками та жінками не виявили; в чоловіків дещо вищими були показники обсесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності, фобічної тривожності та паранояльної симптоматики, а також індексу прояву симптоматики, а в жінок – соматизації, депресії, тривожності.

Порівнюючи групи із різними клінічними варіантами ПЕ БАР, виявили суттєвіші відмінності (табл. 2).

Порівнюючи групи з депресивним і маніакальним варіантом ПЕ БАР, виявили в чоловіків, у жінок і в цілому для всіх пацієнтів значущі ($p < 0,05$ і менше) розбіжності за всією психопатологічною симптоматикою, за винятком паранояльної симптоматики – її виразність більша у хворих із депресивним варіантом ПЕ. Порівнюючи чоловіків із депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАР, виявили значущі розбіжності (при більших показниках у пацієнтів із депресивним варіантом ПЕ БАР) для міжособистісної сензитивності ($p = 0,000$), депресії ($p = 0,000$), індексів GSI ($p = 0,042$) та PDSI ($p = 0,005$); порівнюючи жінок, – для обсесивно-компульсивної симптоматики ($p = 0,012$), міжособистісної сензитивності ($p = 0,000$), депресії ($p = 0,000$), індексів GSI ($p = 0,003$) та PDSI ($p = 0,022$); а також в цілому для чоловіків і жінок – для обсесивно-компульсивної симптоматики ($p = 0,021$), міжособистісної сензитивності ($p = 0,000$), депресії ($p = 0,000$), індексів GSI ($p = 0,000$) та PDSI ($p = 0,000$).

Порівнюючи групи з маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР, виявили значущі розбіжності в чоловіків для соматизації ($p = 0,002$), обсесивно-компульсивної симптоматики ($p = 0,007$), депресії ($p = 0,001$), тривожності ($p = 0,001$), ворожості ($p = 0,012$), індексів GSI ($p = 0,001$), PSI ($p = 0,001$) та PDSI ($p = 0,001$); у жінок – для соматизації ($p = 0,003$), депресії ($p = 0,004$), тривожності ($p = 0,004$), ворожості ($p = 0,011$), психотизму ($p = 0,019$), індексів GSI ($p = 0,003$), PSI ($p = 0,004$), PDSI ($p = 0,009$); для всіх пацієнтів у цілому – для соматизації ($p = 0,000$), обсесивно-компульсивної симптоматики

($p = 0,000$), міжособистісної сензитивності ($p = 0,017$), депресії ($p = 0,000$), тривожності ($p = 0,000$), ворожості ($p = 0,000$), психотизму ($p = 0,006$), індексів GSI ($p = 0,000$), PSI ($p = 0,000$) і PDSI ($p = 0,000$).

Обговорення

Результати дослідження дали можливість встановити, що виразність психопатологічної симптоматики передусім асоційована з клінічним варіантом ПЕ: найбільша вона при депресивному варіанті, менша – при змішаному, найменша – при маніакальному. Загалом виявили певні відмінності у виразності психопатологічної симптоматики між чоловіками та жінками; вони полягали в дещо більшій виразності психопатологічних проявів у жінок при депресивному, а в чоловіків – при маніакальному та змішаному варіантах ПЕ БАР, але значущими вони виявилися тільки при депресивному варіанті ПЕ БАР для депресії та міжособистісної сензитивності.

Дані сучасної наукової літератури щодо гендерних відмінностей психопатологічної феноменології БАР – вельми суперечливі; деякі дослідники відзначають певне переважання у структурі психопатологічної симптоматики БАР у чоловіків маніакальної, а в жінок – депресивної та тривожної симптоматики [13,14]. Але слід мати на увазі, що ці дані ґрунтуються на дослідженні пацієнтів на етапі розгорнутих клінічних проявів БАР, тоді як дослідження клінічної феноменології первинного епізоду БАР є вкрай нечисленними, що пов'язано зі значущою технічною, методологічною складністю та потребує тривалих катамнестичних досліджень [15]. Зважаючи на це, дані нашого дослідження мають важливе значення для розуміння клінічної феноменології ініціального етапу БАР, а також для розроблення систем раннього прогнозування, лікування та профілактики БАР.

Висновки

1. Дослідження дало змогу встановити ряд особливостей клініко-психопатологічної феноменології первин-

ного епізоду БАР з урахуванням клінічного варіанта та гендерного фактора.

2. Визначальний вплив на структуру та виразність психопатологічної симптоматики при первинному епізоді БАР справляє клінічний варіант дебюту захворювання – з переважанням депресивної, маніакальної або змішаної симптоматики.

3. Вплив гендерного фактора на особливості клініко-психопатологічної симптоматики первинного епізоду БАР є незначним; за наявності певних відмінностей між чоловіками та жінками розбіжності в кількісній виразності показників між ними є статистично незначущими.

4. Найбільші гендерні відмінності виявлені при депресивному варіанті первинного епізоду; вони полягають у більшій виразності в чоловіків депресивних проявів і міжособистісної сензитивності.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з детальним вивченням клініко-психопатологічної феноменології первинного епізоду БАР, особливостей індивідуально-психологічних характеристик хворих, якості життя та соціального функціонування, а також у розробленні за результатами таких досліджень лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів.

Фінансування

Робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України та є фрагментом комплексної теми «Особливості сучасних психосоціальних чинників розвитку психотичних та афективних розладів» (державний реєстраційний № 0113U001615).

Конфлікт інтересів:

відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 02.12.2019

Після доопрацювання / Revised: 18.12.2019

Прийнято до друку / Accepted: 08.01.2020

Відомості про авторів:

Мисула Ю. І., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, наркології та медичної психології, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

ORCID ID: [0000-0001-7443-5304](https://orcid.org/0000-0001-7443-5304)

Венгер О. П., д-р мед. наук, професор, зав. каф. психіатрії, наркології та медичної психології, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

ORCID ID: [0000-0002-5823-9415](https://orcid.org/0000-0002-5823-9415)

Сидлярчук Н. І., канд. мед. наук, асистент каф. дитячої стоматології, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

ORCID ID: [0000-0001-7515-8425](https://orcid.org/0000-0001-7515-8425)

Information about authors:

Mysula Yu. I., MD, PhD, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, I. Horbachevsky National Medical University, Ternopil, Ukraine.

Venher O. P., MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, I. Horbachevsky National Medical University, Ternopil, Ukraine.

Sydliaruk N. I., MD, PhD, Assistant of Pediatric Dentistry Department, I. Horbachevsky National Medical University, Ternopil, Ukraine.

Сведения об авторах:

Мисула Ю. И., канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины, г. Тернополь.

Венгер О. П., д-р мед. наук, профессор, зав. каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины.

Сидлярчук Н. И., канд. мед. наук, ассистент каф. детской стоматологии, Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины.

Список литературы

- [1] Rowland T. A., Marwaha, S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2018. Vol. 8. Issue 9. P. 251-269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
- [2] Delays before Diagnosis and Initiation of Treatment in Patients Presenting to Mental Health Services with Bipolar Disorder / R. Patel et al. *PLOS ONE*. 2015. Vol. 10. Issue 5. P. e0126530. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126530>
- [3] A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder / J. F. Hayes et al. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2015. Vol. 131. Issue 6. P. 417-425. <https://doi.org/10.1111/acps.12408>
- [4] Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2013. Vol. 128. Issue 3. P. 179-193. <https://doi.org/10.1111/acps.12087>
- [5] Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis / C. Trisha et al. *Journal of affective disorders*. 2018. Vol. 227. P. 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.003>
- [6] Kessing L. V., Miskowiak K. Does Cognitive Dysfunction in Bipolar Disorder Qualify as a Diagnostic Intermediate Phenotype? – A Perspective Paper. *Frontiers in psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00490>
- [7] Марута Н. А. Диагностика биполярного аффективного расстройства. *HePoNews*. 2011. № 4. С. 57-60. URL : <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-484/Diagnostika-bipolyarnogo-afektivnogo-rasstroystva#gsc.tab=0>
- [8] Baldessarini R. J., Tondo L., Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2014. Vol. 129. Issue 5. P. 383-392. <https://doi.org/10.1111/acps.12204>
- [9] Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies / G. L. Faedda et al. *Journal of affective disorders*. 2014. Vol. 168. P. 314-321. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.013>
- [10] Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients / P. Salvatore et al. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2014. Vol. 129. Issue 4. P. 275-285. <https://doi.org/10.1111/acps.12170>
- [11] Clinical Practice Guidelines for Bipolar Affective Disorder (BPAD) in Children and Adolescents / S. Gautam et al. *Indian journal of psychiatry*. 2019. Vol. 61. Suppl. 2. P. 294-305. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_570_18
- [12] Тарабрина Н. В. *Практикум по психологии посттравматического стресса*. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.
- [13] Kerner, B. (2014). Genetics of bipolar disorder. *The application of clinical genetics*. Vol. 7. P. 33-42. <https://doi.org/10.2147/TACG.S39297>
- [14] Gender Differences and Comorbidities in U.S. Adults with Bipolar Disorder / R. S. Patel et al. *Brain sciences*. 2018. Vol. 8. Issue 9. P. 168. <https://doi.org/10.3390/brainsci8090168>
- [15] Early stages of bipolar disorder: characterization and strategies for early intervention / A. C. Rios et al. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2015. Vol. 37. Issue 4. P. 343-349. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1620>

References

- [1] Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
- [2] Patel, R., Shetty, H., Jackson, R., Broadbent, M., Stewart, R., Boydell, J., McGuire, P., & Taylor, M. (2015). Delays before Diagnosis and Initiation of Treatment in Patients Presenting to Mental Health Services with Bipolar Disorder. *PLOS ONE*, 10(5), Article e0126530. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126530>
- [3] Hayes, J. F., Miles, J., Walters, K., King, M., & Osborn, D. P. (2015). A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(6), 417-425. <https://doi.org/10.1111/acps.12408>

- [4] Marwaha, S., Durrani, A., & Singh, S. (2013). Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 179-193. <https://doi.org/10.1111/acps.12087>
- [5] Trisha, C., Golnosh, A., Jan-Marie, K., Torres, I. J., & Yatham, L. N. (2018). Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis. *Journal of affective disorders*, 227, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.003>
- [6] Kessing, L. V., & Miskowiak, K. (2018). Does Cognitive Dysfunction in Bipolar Disorder Qualify as a Diagnostic Intermediate Phenotype? – A Perspective Paper. *Frontiers in psychiatry*, 9, Article 490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00490>
- [7] Maruta, N. A. (2011). Diagnostika bipolyarnogo affektivnogo rasstroystva [Diagnostic of bipolar affective disorder]. *NeiroNews*, (4), 57-60. <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-484/Diagnostika-bipolyarnogo-affektivnogo-rasstroystva#gsc.tab=0> [in Russian].
- [8] Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Visioli, C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 129(5), 383-392. <https://doi.org/10.1111/acps.12204>
- [9] Faedda, G. L., Serra, G., Marangoni, C., Salvatore, P., Sani, G., Vázquez, G. H., Tondo, L., Girardi, P., Baldessarini, R. J., & Koukopoulos, A. (2014). Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *Journal of affective disorders*, 168, 314-321. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.013>
- [10] Salvatore, P., Baldessarini, R. J., Khalsa, H. M., Vázquez, G., Perez, J., Faedda, G. L., Amore, M., Maggini, C., & Tohen, M. (2014). Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 275-285. <https://doi.org/10.1111/acps.12170>
- [11] Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Gautam, A., & Jagawat, T. (2019). Clinical Practice Guidelines for Bipolar Affective Disorder (BPAD) in Children and Adolescents. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl. 2), 294-305. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_570_18
- [12] Tarabrina, N. V. (2001). *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of posttraumatic stress]*. Piter. [in Russian].
- [13] Kerner, B. (2014). Genetics of bipolar disorder. *The application of clinical genetics*, 7, 33-42. <https://doi.org/10.2147/TACG.S39297>
- [14] Patel, R. S., Virani, S., Saeed, H., Nimmagadda, S., Talukdar, J., & Youssef, N. A. (2018). Gender Differences and Comorbidities in U.S. Adults with Bipolar Disorder. *Brain sciences*, 8(9), Article 168. <https://doi.org/10.3390/brainsci8090168>
- [15] Rios, A. C., Noto, M. N., Rizzo, L. B., Mansur, R., Martins, F. E., Jr, Grassi-Oliveira, R., Correll, C. U., & Brietzke, E. (2015). Early stages of bipolar disorder: characterization and strategies for early intervention. *Revista brasileira de psiquiatria*, 37(4), 343-349. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1620>