

РЕЗИДУАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ
У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ
В РЕМИССИИ

Юлия Владимировна Ашенбрэннер^{1,2}, Егор Максимович Чумаков^{1,2},
Наталья Николаевна Петрова¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9, e-mail: ashensbrenner22@gmail.com, ²Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко, 190121, г. Санкт-Петербург, Канонерская ул, д. 12

Реферат. Архивным и клинико-шкальным методами были обследованы 64 пациента с биполярным аффективным расстройством (БАР) I и II типов в ремиссии, получавших лечение в амбулаторном звене психиатрической службы г. Санкт-Петербурга в 2017–2018 гг. У 42,2% пациентов выявлены резидуальные симптомы в рамках настоящей ремиссии, а в течение всего заболевания опыт резидуальных симптомов в ремиссии был установлен у 70,3% обследованных пациентов. Пациенты с резидуальными симптомами на момент исследования характеризовались более низкой трудовой и социальной адаптацией. Статистически значимой связи между конкретными резидуальными симптомами и проявлениями изменения профессионального функционирования у пациентов выявить не удалось. Установлено, что по мере увеличения длительности заболевания, частота резидуальных симптомов в ремиссии также растет. Требуется разработка новых стратегий терапии и реабилитации указанной группы больных.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, ремиссия, резидуальные симптомы

RESIDUAL SYMPTOMS AND THEIR IMPACT
ON SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS
WITH BIPOLAR DISORDER IN REMISSION

Yulia V. Ashensbrenner^{1,2}, Egor M. Chumakov^{1,2},
Natalia N. Petrova¹

¹Saint-Petersburg State University, 199034, Saint-Petersburg, University emb. 7/9, ²St. Petersburg State Budgetary Institution «Psychiatric Hospital No.1 named after P.P. Kashchenko», 190121, St. Petersburg, Kanonerskaya str., 12

64 patients with Bipolar disorder type I and type II in remission who received treatment in the outpatient department of the St. Petersburg Psychiatric Service in 2017-2018 were examined using the archival and clinical scale methods. 42.2% of the patients had residual symptoms in this remission, and 70.3% of the surveyed patients had residual symptoms in remission throughout the disease. Patients with residual symptoms at the time of the study were characterized by lower labour and social adaptation. A statistically significant relationship between specific residual symptoms and changes in professional functioning in patients were not identified. It has been established that as the duration of the disease increases, the frequency of residual symptoms in remission also increases. It is necessary to develop new strategies of therapy and rehabilitation of this group of patients.

Keywords: Bipolar disorder, remission, residual symptoms.

Биполярное аффективное расстройство (БАР), являясь одним из самых распространенных психических расстройств, приводит к снижению социального функционирования, увеличивает риск самоубийств, уменьшает ожидаемую продолжительность жизни, ассоциируется с большим бременем затрат государства и семьи на лечение и уход [3, 9, 14]. Более того, 20–50% пациентов с БАР в ремиссии не достигают преморбидного уровня психосоциального функционирования, а большинство пациентов с БАР независимо от полярности перенесенной фазы имеют проблемы с возвращением к трудовой деятельности [10].

Хотя одной из особенностей клинической картины аффективных расстройств при благоприятном течении БАР традиционно считалась полная ремиссия (интермиссия) в период между аффективными фазами [19], современные исследования показали, что значительная часть пациентов после острой фазы восстанавливаются не полностью и продолжают испытывать остаточные (резидуальные) симптомы расстройств настроения [4, 16] наряду со значительным ухудшением во всех областях функционирования [8]. Одной из предложенных классификаций ремиссий при аффективных расстройствах является деление их на неполные, определяющиеся остаточными психопатологическими расстройствами на уровне «подпороговых пограничных симптомов» («симптоматические ремиссии») и полные («синдромальные»), лишенные симптоматики, свойственной обострению заболевания [4]. Эти данные указывают на то, что резидуальные симптомы в ремиссии могут быть следствием того, что обострение психического расстройства было купировано ещё не полностью, в связи с чем

актуален вопрос разработки (уточнения) критериев ремиссии при БАР [11]. В настоящее время вопрос возможного изменения существующих критериев эутимии остается открытым [6].

По данным T. Suppes et al. [18], у 70% больных БАР в межприступный период имеет место та или иная психопатологическая симптоматика. Общепринятой классификации резидуальных симптомов при аффективных расстройствах в мире пока нет. Предложено разделение резидуальных симптомов на аффективные (гипотимия, чувство вины, суицидальные мысли, апатия), диссомнические (ранняя, средняя, поздняя бессонница), анксиозные (ажитация, соматическая и психическая тревога, ипохондрия), соматизированные (в том числе, алгические), трофические (нарушения аппетита и изменения массы тела) и астенические (слабость, утомляемость, анергия) [4]. К резидуальным симптомам также относят нарушение циркадного ритма, когнитивные нарушения, низкую самооценку и различные соматические симптомы [16]. Некоторые исследования продемонстрировали, что в период между острыми фазами у пациентов с БАР часто выявляется плохое качество сна [14, 17], причем у таких пациентов высока вероятность клинических проявлений сопутствующих заболеваний, субсиндромальные депрессивные симптомы [15]. Нарушения сна часто сопутствуют другим резидуальным симптомам и могут предсказывать скорый рецидив [7]. Стоит учесть, что отдельные гипоманиакальные симптомы субсиндромального уровня, по-видимому, могут временно улучшать функционирование, однако симптомы субдепрессии приводят к ухудшению состояния и снижению трудоспособности больных [5]. Значение своевременного выявления резидуальных симптомов определяется тем, что их наличие в ремиссии БАР является надежным коррелятом рецидива и более неблагоприятного течения заболевания в будущем [11]. Тем не менее характер резидуальных симптомов при аффективных расстройствах до настоящего времени остается предметом дискуссии [10].

Цель исследования – изучение резидуальных симптомов и их влияния на социальное функционирование у пациентов в ремиссии БАР. Исследование проводилось в амбулаторном звене психиатрической службы Санкт-Петербурга в 2017 и 2018 годах. Было обследовано 64 пациента (20 мужчин и 44 женщины, средний возраст – 36,77±5,81 года) с БАР в ремиссии, из них 50 (78%) пациентов с

БАР I типа и 14 (22%) – с БАР II типа. Пациенты обследовались после выписки из дневного стационара или психиатрического круглосуточного стационара, где они получали лечение по поводу очередного депрессивного (70,3%) или маниакального (29,7%) эпизодов. Все включенные в исследование пациенты получали подобранную нормотимическую терапию, которую, по отзывам пациентов, они переносили хорошо. Критериями включения являлись: 1) соответствие психического состояния пациента ремиссии БАР по МКБ-10 (F31.7); 2) выраженность симптоматики менее 7 баллов по шкале депрессии Гамильтона; 3) выраженность симптоматики менее 12 баллов по шкале мании Янга. Критериями исключения служили 1) наличие сопутствующего органического поражения головного мозга или другого коморбидного психического расстройства; 2) наличие актуальной соматической патологии. В исследовании применялись архивный метод, метод клинико-шкальной оценки. Выраженность психопатологической симптоматики оценивали с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HRDS) и шкалы мании Янга (YMRS). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов параметрической и непараметрической статистики. За критический уровень значимости принимался $p=0,05$. Для сравнения качественных данных использовался критерий χ^2 Пирсона. Для сравнения количественных данных использовались непараметрический критерий Манна–Уитни. Изучение корреляционной связи между показателями проводилось с помощью линейного корреляционного анализа – критерия Спирмена. Статистическая обработка материала выполнялась на ПЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа – SPSS v 15.0 и MS Excel 2016.

Результаты. Методом клинико-шкальной оценки установлено, что 42,2% пациентов имели резидуальные симптомы в рамках настоящей ремиссии заболевания. Для дальнейшего анализа пациенты были разделены на две группы сравнения – без резидуальных симптомов (группа 1; $n=37$; средний возраст 34,86±7,12 года) и с резидуальными симптомами (группа 2; $n=27$; средний возраст 39,37±5,71 года). Пациенты с резидуальными симптомами были старше ($p=0,01$ в сравнении с первой группой). Несмотря на то, что выраженность психопатологической симптоматики по шкалам Гамильтона и Янга в обеих

Таблица 1

Клинические характеристики пациентов с БАР в группах сравнения

Параметр	Первая группа (n=37)	Вторая группа (n=27)	p
Отягощенная наследственность	62,2% (23)	66,7% (18)	0,71
БАР I типа	73% (27)	85,2% (23)	0,24
БАР II типа	27% (10)	14,8 % (4)	0,24
Перенесли до 5 эпизодов	56,8% (21)	25,9% (7)	0,014
Перенесли 5 и более эпизодов	43,2% (16)	74,1% (20)	0,014
Наличие суицидной попытки	21,6% (8)	51,9% (14)	0,012
Наличие сдвоенных фаз	8,1% (3)	40,7% (11)	0,002
«Плюсовая» полярность первого эпизода	29,7% (11)	11,1% (3)	0,075
Психотическая симптоматика в остром состоянии	40,5% (15)	55,6% (15)	0,23
Последнее лечение в условиях круглосуточного психиатрического стационара	56,8% (21)	74,1% (20)	0,16

группах сравнения не достигала клинической значимости, у пациентов второй группы уровень депрессии был выше ($1,97 \pm 0,95$ и $4,44 \pm 1,13$ балла в первой и второй группах, соответственно; $p < 0,0001$), а показатель мании – ниже ($2,92 \pm 0,86$ и $1,19 \pm 0,62$ балла в первой и второй группах, соответственно; $p < 0,0001$), чем у пациентов первой группы. Установлено, что длительность заболевания у пациентов второй группы была больше ($5,84 \pm 3,98$ и $11,89 \pm 3,84$ года, соответственно; $p < 0,001$), чем у пациентов первой группы.

На момент обследования пациенты второй группы имели следующие резидуальные симптомы: нарушения сна – 12 (44,4%) пациентов, транзиторные аффективные колебания – 5 (18,5%), субъективная быстрая умственная истощаемость – 5 (18,5%), психологические переживания ожидания наступления ухудшения – 3 (11,1%), нарушения аппетита 2 (7,4%) . При этом только 13 (48,1%) пациентов второй группы активно предъявляли жалобы на плохое самочувствие во время обследования, в то время как остальные пациенты группы обнаружили недостаточную критику к своему состоянию, что проявилось в том, что они не придавали значение наличию описанных выше симптомов.

Важно отметить, что несмотря на то, что на момент обследования пациенты первой группы не имели резидуальных симптомов, 18 (48,6%) пациентов этой группы имели резидуальные симптомы во время предыдущих ремиссий. Все пациенты второй группы также имели резидуальные симптомы и во время предыдущих ремиссий. Учитывая этот факт, можно констатировать, что, как минимум, 45 (70,3%) паци-

ентов из обследованной выборки имели резидуальные симптомы по крайней мере в одной из ремиссий БАР. С учетом того, что длительность заболевания во второй группе была больше, был проведен анализ связи между наличием опыта резидуальных симптомов в какой-либо ремиссии у пациентов всей обследованной выборки и длительностью заболевания. Установлено, что по мере увеличения длительности заболевания БАР частота возникновения резидуальных симптомов в ремиссии растет ($r = 0,39$; $p = 0,001$).

Клинические характеристики обследованных пациентов представлены в табл. 1. Установлено, что БАР протекало менее благоприятно у пациентов с резидуальными симптомами в текущей ремиссии. Эти пациенты переносили большее число эпизодов, чаще имели суицидные попытки и сдвоенные фазы в анамнезе.

Социальные характеристики обследованных пациентов представлены в табл. 2. Несмотря на то, что показатели трудовой занятости и образования не имели статистически значимых различий в группах, пациенты второй группы характеризовались более низкой трудовой адаптацией: больше половины больных имели затруднения в выполнении профессиональных обязанностей в текущей ремиссии ($p < 0,0001$ в сравнении с пациентами первой группы). Почти половина пациентов второй группы имели снижение по карьерной лестнице из-за заболевания ($p = 0,006$ в сравнении с первой группой). Пациентов с инвалидностью по психическому заболеванию во второй группе было более чем в 2 раза больше. Снижение по карьерной лестнице проявлялось изменением места работы на менее квалифици-

Таблица 2

Характеристика социального функционирования пациентов с БАР в ремиссии

Параметры	Первая группа (n=37)	Вторая группа (n=27)	p
Образование			
высшее	46% (17)	63% (17)	0,18
незаконченное высшее	18,9% (7)	3,7% (1)	0,069
среднее-специальное	35,1% (13)	33,3% (9)	0,88
Трудовая и учебная занятость			
квалифицированная работа	51,4% (19)	44,4% (12)	0,59
низкоквалифицированная работа	8,1% (3)	22,2% (6)	0,11
учатся	18,9% (7)	3,7% (1)	0,069
не учатся и не работают	21,6% (8)	30% (8)	0,47
Имели затруднения в выполнении служебных обязанностей	8,1% (3)	66,6% (18)	<0,0001
Снижение по карьерной лестнице из-за заболевания	16,2% (6)	48,1% (13)	0,006
Инвалидность по психическому заболеванию	13,5% (5)	37% (10)	0,028
Отсутствие постоянного сексуального партнера (семьи)	45,9% (17)	44,4% (12)	0,91
Наличие детей	43,2% (16)	59,3% (16)	0,21
Конфликтные отношения с родственниками	32,4% (12)	59,3% (16)	0,032

рованное, увольнением с работы в связи с затруднениями в выполнении служебных обязанностей, а также установлением группы инвалидности. Пациенты первой группы, которые не работали и не учились на момент осмотра, чаще имели конфликтные отношения в семье ($r=0,48$; $p=0,003$) и были инвалидизированы ($r=0,45$; $p=0,006$). Низкоквалифицированная работа ($r=0,42$; $p=0,03$) и инвалидность по психическому заболеванию ($r=0,39$; $p=0,042$) у пациентов второй группы были связаны с отсутствием постоянного сексуального партнера (семьи), что указывает на микросоциальную дезадаптацию.

Неблагоприятное течение заболевания влияло на трудовую адаптацию пациентов первой группы – наличие более 5 эпизодов было связано с инвалидизацией ($r=0,41$; $p=0,011$), а сдвоенных фаз – с отсутствием трудовой занятости на момент обследования ($r=0,45$; $p=0,005$). Важно отметить, что наличие сдвоенных фаз в анамнезе пациентов первой группы было также связано с резидуальными симптомами во время предыдущих ремиссий ($r=0,34$; $p=0,041$). Установлено также, что пациенты с опытом психотических симптомов также чаще имели резидуальные симптомы в ремиссии в анамнезе ($r=0,34$; $p=0,037$). У пациентов первой группы, которые имели во время предшествующих ремиссий тревожные ожидания следующего эпизода (что, согласно медицинской документации, было оценено наблюдав-

шими их докторами как резидуальный симптом в ремиссии), наследственность была чаще отягощена аффективными и другими психическими расстройствами близких родственников ($r=0,34$; $p=0,045$). Во второй группе субъективное ощущение быстрой умственной истощаемости чаще выявлялось у пациентов, которые продолжали обучение ($r=0,41$; $p=0,033$), а также было связано с оформлением инвалидности по психическому заболеванию ($r=0,51$; $p=0,007$). Транзиторные аффективные колебания были более характерны для пациентов второй группы с детьми ($r=0,40$; $p=0,041$). Статистически значимой связи между конкретными резидуальными симптомами и проявлениями изменения профессионального функционирования у пациентов второй группы выявить не удалось.

Обсуждение и выводы. Резидуальные симптомы в текущей ремиссии БАР были выявлены у 42% обследованных. Эти данные соотносятся с результатами более раннего исследования, показавшего, что 44% пациентов с БАР I, наблюдавшихся в одном из психоневрологических диспансеров Санкт-Петербурга, имели резидуальные симптомы в текущей ремиссии [3]. При этом анализируя весь «длинник» заболевания обследованных пациентов, установлено, что резидуальные симптомы в ремиссии могут встречаться у подавляющего числа пациентов с БАР (до 70%). Общая частота резидуальных

симптомов в ремиссии на протяжении всего заболевания у обследованных пациентов соответствовала оценочным показателям распространенности резидуальных симптомов в ремиссии при БАР [18].

Наличие резидуальных симптомов в текущей и предыдущих ремиссиях было связано с менее благоприятным течением заболевания, а именно – большей частотой перенесенных эпизодов, сдвоенных фаз и суицидных попыток, что подтверждает данные литературы о связи резидуальных симптомов в ремиссии БАР и более неблагоприятного течения заболевания [11].

Пациенты с резидуальными симптомами имели затруднения в выполнении профессиональных обязанностей в текущей ремиссии, а также характеризовались снижением по карьерной лестнице из-за заболевания и чаще имели инвалидность по психическому расстройству, что подтверждает данные литературы о том, что резидуальные симптомы являются факторами ухудшения профессионального функционирования пациентов в ремиссии [13, 15]. В нашем исследовании показано, что по мере увеличения продолжительности заболевания БАР, риск развития резидуальных симптомов в ремиссии увеличивается. Известно, что профессиональное функционирование больных прогрессивно ухудшается по мере нарастания числа эпизодов БАР [1]. Анализируя эти факты, ухудшение профессионального функционирования по мере прогрессирования заболевания БАР можно объяснить большей частотой развития резидуальных симптомов в ремиссии.

Вызывает вопросы отнесение к резидуальным симптомам такого переживания, как тревожные ожидания следующего эпизода в ремиссии, особенно у пациентов с хорошим социальным функционированием. Данные симптомы могут быть отнесены к реакции личности на факт заболевания и требует тщательной дифференциальной диагностики.

С учетом установленной частоты резидуальных симптомов в ремиссии при БАР и их влияния на социальное и профессиональное функционирование пациентов, а также увеличения частоты резидуальных симптомов в ремиссии по мере увеличения длительности заболевания, на наш взгляд понятие интермиссии при БАР не соответствует текущему состоянию проблемы. Более корректным обозначением светлого промежутка между острыми состояниями в этом случае

будет использование термина «симптоматическая ремиссия», предложенного ранее [4].

Ограничением этого исследования стало то, что мы не оценивали когнитивные нарушения у обследованных пациентов в связи с противоречивыми данными литературы о их месте в числе резидуальных симптомов в ремиссии при БАР [19]. В дальнейшем мы планируем проведение отдельного исследования, направленного на тщательную оценку частоты и структуры когнитивных нарушений у пациентов с БАР в ремиссии. Преимуществом данного исследования можно считать то, что в исследуемую выборку были включены пациенты не только БАР I типа, но и БАР II типа, так как частота диагностики последнего психического расстройства в России остается ниже общемировых показателей [2].

Таким образом, резидуальные симптомы выявляются с высокой частотой у пациентов с БАР в ремиссии (до 70% случаев) и значимо влияют на социальное и профессиональное функционирование пациентов. С учетом прогрессирующего увеличения частоты возникновения резидуальных симптомов в ремиссии во время увеличения длительности заболевания, и снижения общего качества ремиссии в таких случаях до симптоматической, требуется разработка новых стратегий терапии и реабилитации указанной группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Принципы и инструменты диагностики биполярного аффективного расстройства как основа рациональной фармакотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2015. № 2. С. 2–10.
2. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г. и др. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 2–14.
3. Петрова Н.Н., Ашенбреннер Ю.В. Биполярное аффективное расстройство первого типа и психосоциальное функционирование больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 1. С. 10–14.
4. Смулевич А.Б., Андрущенко А.В., Романов Д.В., Захарова Н.В. Ремиссии при аффективных заболеваниях: эпидемиология, психопатология, клинический и социальный прогноз, вторичная профилактика // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 3. С. 4–13.
5. Altshuler L.L., Post R.M., Black D.O. et al. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: Results of a large, multisite study // Journal of Clinical Psychiatry. 2006. Vol. 67. P. 1551–1560.

6. Bonnin C.M., Sanchez-Moreno J., Martinez-Aran A. et al. Subthreshold symptoms in bipolar disorder: Impact on neurocognition, quality of life and disability // *Journal of Affective Disorders*. 2012. Vol. 136. P. 650–659. DOI: 10.1016/j.jad.2011.10.012

7. Cretu J., Culver J.L., Goffin K.C. et al. Sleep, residual mood symptoms, and time to relapse in recovered patients with bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 190. P. 162–166. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.076

8. Janardhan Reddy Y.C. Prodromal symptoms of recurrences of mood episodes in bipolar disorder // *The Indian journal of medical research*. 2012. Vol. 135. Iss. 2. P. 154–156.

9. Rosenblat J.D., Simon G.E., Sachs G.S. et al. Treatment effectiveness and tolerability outcomes that are most important to individuals with bipolar and unipolar depression // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 243. P. 116–120. DOI: 10.1016/j.jad.2018.09.027

10. Kaya E., Aydemir O., Selcuki D. Residual symptoms in bipolar disorder: The effect of the last episode after remission // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2007. Vol. 31. Iss. 7. P. 1387–1392. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.003

11. Judd L., Schettler P.J., Akiskal H.S. et al. Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence // *Archives of General Psychiatry*. 2008. Vol. 65, Iss. 4. P. 386–394. DOI: 10.1001/archpsyc.65.4.386

12. Miller S., Dell’Osso B., Ketter T.A. The prevalence and burden of bipolar depression // *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 169. Suppl. 1. P. 3–11. DOI: 10.1016/S0165-0327(14)70003-5

13. Post F., Pardeller S., Frajo-Apor B. et al. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 238. P. 399–404. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.055.

14. Rocha P., Correa H. The impact of clinical comorbidities and residual depressive symptoms in sleep quality in euthymic/interepisodic bipolar subjects // *Psychiatry Research*. 2018. Vol. 268. P. 165–168. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.002

15. Roux P., Raust A., Cannavo A.S. et al. Associations between residual depressive symptoms, cognition, and functioning in patients with euthymic bipolar disorder: results from the FACE-BD cohort // *The British Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 211. Iss. 6. P. 381–387. DOI: 10.1192/bjp.bp.117.201335

16. Samalin L., Bellivier F., Giordana B. et al. Patients’ Perspectives on Residual Symptoms in Bipolar Disorder: A Focus Group Study // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2014. Vol. 202. Iss. 7. P. 550–555. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000157

17. Saunders E.F., Novick D.M., Fernandez-Mendoza J. et al. Sleep quality during euthymia in bipolar disorder: the role of clinical features, personality traits, and stressful life events // *International Journal of Bipolar Disorders*. 2013. Vol. 1: 16. DOI: 10.1186/2194-7511-1-16

18. Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E. et al. The Stanley Foundation Bipolar treatment outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients // *Journal of Affective Disorders*. 2001. Vol. 67. P. 45–59.

19. Volkert J., Schiele M.A., Kazmaier J. et al. Cognitive deficits in bipolar disorder: from acute episode to remission // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2016. Vol. 266. Iss. 3. P. 225–237. DOI: 10.1007/s00406-015-0657-2

REFERENCES

1. Kostyukova E.G., Mosolov S.N. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. 2015. № 2. pp. 2–10. (in Russian)

2. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostyukova E.G. et al. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. 2014. № 2. pp. 2–14. (in Russian)

3. Petrova N.N., Ashenbrenner Yu.V. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2018. Vol. 28, № 1. pp. 10–14. (in Russian)

4. Smulevich A.B., Andryushchenko A.V., Romanov D.V., Zakharova N.V. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014. Vol. 114, № 3. pp. 4–13. (in Russian)

Поступила 06.06.19.