

---

# Dvipolis afektinės sutrikimų spektras ir epidemiologija

---

**G. Paulikienė**  
**V. Raškauskas**  
**V. Danilevičiūtė**  
**A. Navickas**

*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika*

**Santrauka.** Remiantis Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, sergančiųjų dvipoliu afektiniu sutrikimu (DAS) Lietuvoje kasmet diagnozuojama vis daugiau, vidutiniškai 37 nauji atvejai per metus. Tuo tarpu dar 1995 m. *Angst* atlirkas tyrimas atskleidė, jog šio sutrikimo paplitimas populiacijoje turėtų siekti 5,5 %, t. y. sergančiųjų DAS Lietuvoje turėtų būti diagnozuojama net 120 kartų daugiau. 2006 m. atlirkame tyrime vėlyva diagnostika siejama su diagnostiniais sunkumais, kai vienpolė depresija diagnozuojama vietoj DAS, arba klinikinį vaizdą keičia komorbidiniai sutrikimai. DAS dažnis populiacijoje, pastarųjų metų tyrimų duomenimis, skiriasi, svyruoja nuo 0,3 iki 5,5 %. Šiam skirtumui įtakos turėjo dvipolio sutrikimo, kaip plataus sutrikimo pasireiškimo, spekto vertinimas, „liberaliuju“ diagnostinių kriterijų taikymas. Ciuricho tyrimas atskleidė, jog net 30 % depresija sergančių pacientų, dėl jiems pasireiškiančių hipomanijos epizodų, turėtų būti priskirti II tipo DAS. Nors ir tikslingi, epidemiologiniai DAS tyrimai Lietuvoje nėra atlirkti. Visgi, remiantis kitų šalių patirtimi, galima manyti, jog šis sutrikimas nepakankamai diagnozuojamas ir mūsų šalyje. Vėlyvos DAS diagnostikos tendencijos rodo šio sutrikimo klinikos, eigos ypatumų keliamus sunkumus gydytojui praktikui. Lietuvos gydytojų praktikoje būtų naudinga taikyti hipomanijai jautrius ir specifiskus diagnostinius instrumentus. Diagnozuojant DAS, svarbu išsiaiškinti paciento temperamentą premorbide, hipomanijos epizodus, atkreipti dėmesį į atipinius depresijos simptomus, komorbiðkumą su nerimo, aktyvumo ir dėmesio, asmenybės, valgymo sutrikimais, migrena ir priklausomybių ligomis.

**Raktažodžiai:** dvipolis afektinės sutrikimų spektras, dvipolių sutrikimų epidemiologija.

Neurologijos seminarai 2011; 15(48): 95–102

---

## IVADAS

Nustatyta, jog ankstyva dvipolio afektinio sutrikimo (DAS) diagnostika ir gydymas gali apsaugoti nuo sunkesnės ir lėtinės eigos. Ciuricho tyrimas atskleidė, kad vienpolė depresija sergantieji patiria recidyvą kas 5 metus, tuo tarpu sergantieji DAS – du kartus dažniau. Nors specialistai ypač akcentuoja ankstyvosios šio sutrikimo diagnostikos svarbą, 2003 m. atlirkas tyrimas nustatė, jog nuo pirmojo ligos epizodo iki jos diagnozavimo praeina vidutiniškai 10 metų, nors trečdalį pacientų konsultavo 5 ar daugiau gydytojų [1]. Kai pirmieji simptomai pasireiškia jauname amžiuje, vėlyvos diagnostikos pasekmės yra ypač akivaizdžios: jauniems pacientams, patyrusiems depresijos su psichoze pirmajį epizodą, klaidinga diagnozė nustatyta net 45 % atv. – tiek pacientų laikui bėgant pasirodė sergą DAS [1–3]. Panašūs skaičiai pateikiami ir 2006 m. atlirkame tyrime – vėlyva diagnostika siejama su diagnostiniais sunkumais, kai vienpolė depresija diagnozuojama vietoj DAS, arba klinikinį vaizdą keičia komorbidiniai sutrikimai (priklausomybės sindromai, nerimo, asmenybės, aktyvumo ir

dėmesio, valgymo sutrikimai) [4]. Pastarųjų metų tyrimai atskleidė, jog DAS užima trečią vietą tarp psichikos sutrikimų, trumpinančių sveiko gyvenimo trukmę dėl per ankstyvos mirties (suicido, natūralios mirties (kardiovaskulinų ligų), homicido, nelaimingų atsitikimų) ar neįgalumo [1]. Dauguma pacientų daugiau nei pusę savo gyvenimo nugyvena patirdamai įvairaus sunkumo afektinius simptomus [5]. Netinkamas gydymas ar jo nebuvimas lemia specifinius DAS eigos ypatumus [6].

## AKTUALUMAS

Remiantis Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, sergančiųjų dvipoliu afektiniu sutrikimu (DAS) Lietuvoje kasmet diagnozuojama vis daugiau: 2005 m. – 1147 atv., 2009 m. – 1448 atv., per metus – vidutiniškai 37 nauji atvejai. Tuo tarpu dar 1995 m. *Angst* atlirkas tyrimas atskleidė, jog šio sutrikimo paplitimas populiacijoje turėtų siekti 5,5 %, t. y. sergančiųjų DAS Lietuvoje turėtų būti diagnozuojama net 120 kartų daugiau. Nors Lietuvuje nėra atlirkų epidemiologinių šios srities tyrimų, galima teigti, jog DAS diagnozuojamas nepakankamai. Teikiamo mokslo darbų, tyrimų, straipsnių apžvalga siekiama atkreipti dėmesį į galimas nepakankamos diagnostikos

---

### Adresas:

Guoda Paulikienė  
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika,  
Tel. (8 672) 36 848, el. paštas [guodute@gmail.com](mailto:guodute@gmail.com).

priežastis: DAS spekto specifika, komorbiškumo su kitais sutrikimais ir eigos ypatumus, diferencinę diagnostiką.

## ISTORIJA

Manijos ir depresijos aprašymai aptinkami jau antikiniuose Aristotelio raštuose [5], tačiau pirmasis sistemiškai jas apraše Hipokratas (460–371 m. pr. Kr.). Jo sukurta humoralinė teorija lémė tuometį supratimą apie depresiją (melancholiškas temperamentas ir juodosios tulžies perteklius sukelia melancoliją) ir maniją (sukeltą geltonosios tulžies pertekliaus). Aretėjas (*Aretaeius*) iš Kapadokijos (*Cappadocia*) (120–180 m.) manė, jog įvairios psychogenijos tam-pa melancholijos priežastimi. Jis pirmasis ižvelgė, kad melancolija gali pereiti į maniją, pastebėjo pauzes tarp šių būsenų ir gerą ligos prognozę [5, 7]. Vélesniais amžiais buvo remtasi senovės Romos ir Graikijos gydytojų aprašytu DAS supratimu. Spartenė psichiatrijos raida Europoje prasidėjo nuo XVII a.: Charles Bonnet 1686 m. apraše sutrikimą, kurį pavadino maniakiniu-melancholiniu. Nors Lietuvoje jau 1772 m. S. Z. Bizio „*Responsum st. Bisii ad amicum philosophicum de melancholia, mania et plica polonica sciscitantem*“ svarstyta, jog manija ir melancolija yra viena liga (ją aiškino smegenų kraujagyslių nusilpimu), tačiau platesnis tokio požiūrio pripažinimas atsirado tik XIX a. viduryje. 1854 m. – beveik tuo pačiu metu du psichiatriai prabilo apie „*folie a double forme*“, vėliau pavadintą maniakine psichoze. Tai *Jules Baillage*, pateikęs pranešimą „*Imperatoriškosios Medicinos Akademijos Biuletene*“, ir *Jean Paul Falret*, kuris po 2 savaičių pareiškė, jog apie „*la folie circulaire*“ *Salpêtrière* ligoninėje studentams dėstė paskaitas jau 10 metų. Nors autoriai ir nesutarė, kuriam iš jų priklauso šio sutrikimo autorystė, abu pri-pažino, jog sutrikimui yra būdingi besikeičiantys manijos ir depresijos epizodai, tarp kurių dažnai būna eutimiškos nuotaikos laikotarpiai [8], ir numatė, jog dauguma melancolija sergančių pacientų ateityje bus vertinami kaip pri-klausantys „*circulaire*“ tipui [9]. 1882 m. Karlas Kahlbaumas apibrėžė maniją ir depresiją kaip vieną tos pačios ligos stadijų ir pateikė distimijos ir ciklotimijos terminus. Emilis Kraepelinės, 1899 m. išspausdintame vadovėlio „*Ein Lehrbuch für Studirende und Ärzte*“ šeštajame leidime apraše maniakinį depresinį pamisimą, jau anksčiau išskyrięs šį sutrikimą kaip periodinės eigos atskirą nozologinį vienetaą. E. Kraepelinės manė, jog tam tikri predisponuojantys faktoriai (ciklotimija, hipertimija, distimija ar dirglus (choleriškas temperamentas) yra svarbūs maniakinės depresinės ligos patogenetiniai veiksnių. Jis suvokė visus afektinius sutrikimus kaip šios ligos variantus, išskirdamas rekurentinę melancoliją ir įvairias mišrias būsenas (*Mischzustände*) [5]. 1957 m. pasirodžius K. Leonhard darbui „*Cikliška psichozė*“, buvo sutarta, jog DAS privalo būti at-skirtas nuo vienpolės depresijos. Joh Cade 1949 m. publi-kuotas darbas apie manija sergančių pacientų gydymą ličio druska, Ronald Kuhn pastebėjimas, kad daliai maniakine depresine psichoze sergančių pacientų, gydomų imiprami-

nu, depresiją pakeisdavo manija [8]. Įvairių naujų vaistų, pasižyminčių nuotaiką stabilizuojančiu efektu, atsiradimas ne tik atsakė į buvusius klasifikacijos klausimus, bet ir iškėlė aibę naujų, privertusių ieškoti atsakymų apie biologinius ligos mechanizmus, geresnės diagnostikos, gydymo galimybes ir profilaktikos svarbą. Medicininėje nomenklatūroje terminas DAS pirmą kartą pavartotas 1980 m. Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo trečiojoje redakcijoje (DSM-III), išleistoje Jungtinėse Amerikos Valstijose [10].

## DVIPOLIS AFEKТИNIS SUTRIKIMAS, DVIPOLIO SUTRIKIMO SPEKTRAS

Dvipolis afektinis sutrikimas – sunki, varginanti ir dažna liga, o netinkamai gydoma tampa stipriai žalojančia. Remiantis ketvirtąja Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo redakcija (DSM IV), dvipolis afektinis sutrikimas yra skirstomas į du tipus. I tipo DAS nustatomas, kai yra bent vienas aiškus manijos epizodas. II tipo DAS – kai yra pasikartojanti depresija (mažiausiai 2 sav. trukmės) su hipomanija (mažiausiai 4 d. trukmės, remiantis DSM IV, 1–3 d., remiantis Angst, Akiskal [11–13]; būdinga greita pradžia ir staigi pabaiga).

60 % pacientų pirmiausia patiria depresijos epizodą [14]. DAS II atveju stebima ankstesnė sutrikimo pradžia (ankstyva paauglystė), dažnesni ir ilgesni epizodai, trumpesnės trukmės eutimiškos nuotaikos epizodai. DAS I dažniau patiria mišrius epizodus, dažnesnes psichozenes ir hospitalizacijas [14].

Taip pat išskiriama marginalinės DAS formos (sub-sindrominės ligos variantai):

1) IV tipo DAS – tai pseudovienpolė-rekurentinė depresija be hipomanijos, bet su hipertiminio temperamentu (tai ekstravertas, kuriam būdingas didelis pasitikėjimas sa-vimi, komunikabilumas, optimizmas, nepailstamumas, rizikos mėgimas, dažnai šie žmonės užima svarbius, jų profesijoje gerbiamus postus);

2) ciklotimija – tai létinis, banguojančios eigos sutrikimas, pasireiškiantis lengvos depresijos ir hipomanijos fazų kaita [15], trunkantis ilgiau nei 2 metus su ne ilgesnėmis nei 2 mén. pertraukomis. Paprastai šio sutrikimo pradžia – jaunas amžius.

Net septyni potipiai sudarė Akiskal ir Pinto aprašytą DAS spektrą: DAS I (manija), DAS I 1/2 (depresija ir nuo-latinė hipomanija); DAS II (depresija, besikeičianti su hi-pomanija), DAS II 1/2 (depresija su trumpais hipomanijos intarpais, „ciklotiminė depresija“), DAS III (AD indukuota / farmakologinė hipomanija), DAS III 1/2 (sutrikimas, susijęs su psichotropinių medžiagų vartojimu), DAS IV (depresija ir hipertiminis temperamentas) [16]. DAS II 1/2 būdinga anksyva sutrikimo pradžia (jauniausi iš visų DAS II pacientų), dažni hipomanijos epizodai, dirglus temperamentas, dažnesnė ažituota depresija, dažnesnė ir greitesnė nuotaikų kaita, būdingesnė „tamsioji“ hipomanija, didžiausia suicido rizika, létiniai afektiniai sutrikimai šeimoje. 2004 m. tyrimo duomenimis, antidepresantais in-

dukuota manija stebėta tik tarp DAS pacientų, rečiau pasireiškė vartojantiems normotimikus (31,6 % vs. 84,2 %) [17]. DAS III pacientai pasižymėjo didžiausiu hospitalizacijų ir gydymų elektros impulsų (EIT) terapija skaičiumi, depresiniu temperamentu („dviguba depresija“), létinio pobūdžio ligos eiga, retesnais hipomanijos epizodais, dažniausiai gydant besikeičiančią nuotaika (39 % atv.), dažnais suicidiniais bandymais, ilgiausia trukme iki remisių. DAS IV būdinga vėlyva depresijos pradžia, retesni depresijos epizodai, itin reta nuotaikų kaita, dažnos skyrybos anamnezėje [9, 12].

*Perugi* ir *Aksikal* apraše „lengvą dvipolių spektrą“, arba dvipolių II spektrą. Terminas spektras apibrėžiamas kaip platus sutrikimo pasireiškimo diapazonas: nuo esminių sutrikimo simptomų iki temperamento bruožų [18]. Šio skirstymo pagrindas – temperamentų tipai, kurie gali būti vertinami kaip predisponuojantys afektinio sutrikimo veiksniai arba kaip „lengvesnis“ afektinio sutrikimo variantas [5, 11, 12, 16, 19]. Autorių nuomone, tokis spektruo modelis leidžia giliau, pragmatiškiau žvelgti į nuotaikos sutrikimus ir remiasi prielaida, kad ankstyva sutrikimo pradžia ir ilgalaikiai simptomai suformuoja asmenybę bei lemia jautrumą tolimesniems, sunkesniems sutrikimams išsvystyti [18]. Penki išskirti temperamentų tipai: 1) ciklotiminis (33,5 % – DAS II pacientų EPIDEP tyime) – būdinga greita nuotaikų kaita, besikeičianti savivertę, socialumo ir energingumo kiekiai, emocionalumas ir romantiškumas; 2) distiminis – mēgstantys rutiną, dažnai kaltinančios save, jautrūs kritikai ir kitų kančiai, prilausomi; 3) hipertiminis (sangvinikas) (4,5 %); 4) dirglusis (cholerinis) – būdingas skepticizmas, kritiškumas, nuolatinis „niurzgėjimas“, nepasitenkinimas, pavydas, impulsų kontrolės sunkumai; 5) nerimastingas – būdingas susirūpinimas šeimos narių gerove, prieraišumu ir santuoka [19]. Beje, apie tam tikrus, predisponuojančius DAS temperamentus („Grundzustände“) rašė jau E. Kraepelinas.

*Phelps, Angst* ir bendraautorai yra pateikę siūlymus į rengiamą „Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo“ penktąją redakciją (DSM-V) įtraukti ir dvipolio afektinio sutrikimo spekto kriterijus [20].

Dvipolio afektinio sutrikimo mišrius episodai patiria 30–40 % pacientų [21]. Šiemis episodams yra būdingi ir manijos, ir depresijos simptomai, trunkantys ne trumpiau nei 1 sav. Kraepelinas ir *Weygandt* klinikinėje praktikoje išskyrė 6 mišrius būsenas (*Mischzustände*), iš kurių trys pagrindinės: *manijos stuporas* su euforija, kognityviniu inertiskumu ir abulija / hipoaktívumu; *inhibuota manija* su euforija, minčių fuga ir abulija / hipoaktívumu; *ažituota depresija* su prislėgtą nuotaiką, minčių fuga ir hiperaktívumu. Šių episodų metu nuotaika, mąstymas ir fizinis aktyvumas nėra kongruentiški. E. Kraepelinas manė, jog mišrios būsenos gali būti tiek „tranzitorinės būklės“, tiek ir autonominiai afektiniai sutrikimai. *Aksikal* hipotezė teigia, jog mišrios būsenos kyla tam tikro temperamento pacientams susirgus afektiniu sutrikimu (pvz., hipertiminio temperamento paciento, susirgusio depresija, klinikoje bus stebima depresija su nuolatiniais hipomanijos simptomais) [5]. Depresijos metu dažniausiai hipomanijos simptomai

yra: pagreitėjusi minčių eiga, pagreitėjusi kalba, padidėjęs dirglumas, sumažėjusi dėmesio koncentracija ir greitas išsiblaškymas, psichomotorinė ažitacija. Mišriems epizodams būdingas didesnis pasikartojimų skaičius, dažnesnis komorbidiškumas su priklausomybės sindromais, taip pat jie yra susiję su didesne greitųjų ciklų ir suicidų rizika, komorbidiškumu su somatinėmis ligomis (dažniausiai dėl skydliaukės funkcijos sutrikimo), dažnesne depresija po epizodo [21].

Taip pat yra išskiriami greitieji ciklai (GC): tai 4 ar daugiau manijos, hipomanijos ar depresijos epizodų per 12 mėn. [22]. 2010 m. desimtyje šalių atliktame tyime nustatytas GC paplitimas per 12 mėnesių (*12-month prevalence*) yra 0,3 % [23], o dažnis tarp DAS pacientų svyruoja nuo 13 iki 56 %, vienodai dažnai pasireiškia tiek DAS I, tiek DAS II atveju [24]. GC skirstomi į: ankstyvos pradžios (nuo pat sutrikimo pradžios, sudaro 20 % atv.) ir vėlyvos pradžios; spontaniškus GC ir vaistais ar kitomis medžiagomis indukuotus; *continuus* GC ir dažnus ciklus su eutimiškos nuotaikos intarpais. Taip pat skirstomi į „klasikinius“ GC, „ultra-greitus“ GC (48 val.), „ultra-ultra greitus“ GC (greita nuotaikos kaita per 24 val., dažniausiai vertinami kaip mišrus epizodai) [25]. Greitieji ciklai rodo didesnę episodų pasikartojimų riziką (depresijos epizodai 8 k., manijos / hipomanijos epizodai 9 k. dažnesni nei ne greitųjų ciklų atveju) ir atsparumo gydymui riziką [26]. Greitieji ciklai pasireiškia susirgus ketveriais metais jaunesniame amžiuje, dažniau nustatomas komorbidiškumas su priklausomybės nuo alkoholio ar narkotikų sindromu ir nerimo sutrikimais, sunkesnais depresijos simptomais, labiau sutrikusių funkcionalumu [23, 26]. 70–92 % greitaisiai ciklais sergančių pacientų – moterys (dažniau DAS II), pirminis epizodas – depresija, taip pat dažniau šioms pacientėms diagnozuojamas hipotiroidizmas (nustatomi aukštūs antikūnų prieš tireoidinę peroksidazę titrai).

TLK-10 klasifikacija skirsto dvipolių sutrikimą pagal afektinio sutrikimo sunkumą [7]. Daugiau nei pusė DAS pacientų patiria psichozinius simptomus, o tarp DAS I tipo psichozės simptomai nustatomai net iki 68 % atvejų [27, 28]. Didybės kliedesys – pagrindinis psichozės simptomas, tačiau mąstymo sutrikimai, halucinacijos, nuotaikos neatitinkantys psichozės simptomai ir katatonija taip pat gali pasireikšti manijos epizodo metu. *Marneros* ir bendraautorai 2007 m. nustatė, jog nuotaikos neatitinkantys psichozės simptomai DAS I tipo atveju dažniau pasireiškia vyrams, jie dažniau turi šizofrenija sergančių giminaičių, rečiau palaiko stabilius santykius, patiria daugiau manijos / hipomanijos epizodų, gydymo jiems prireikia jaunesniame amžiuje, prasčiau atsako į gydymą ličio monoterapija, anksčiau tampa neįgalūs ar pensininkai, t. y. nuotaikos neatitinkantys psichozės simptomai yra susiję su sunkesne DAS I eiga [29, 30]. Nustatyta, jog DAS pacientams, patyrusiems psichozės simptomus, pasireiškia neurokognityvinis sutrikimas – verbalinės atminties sutrikimas [31]. Galimi psichozės rizikos veiksniai: sunkus manijos epizodai ir ankstyva sutrikimo pradžia. 2008 m. atliktas tyrimas atskleidė, jog pagrindiniai manijos su psichoze epizodo metu sutrikimai, vertinant pagal PANSS

(*Positive and Negative Syndrome Scale*), buvo didybė, kliedesiai, ižvalgos ar kritikos trūkumas, susijaudinimas, įtarumas ar persekojimo kliedesys ir priešiškumas [32]. Psichozės simptomai depresijos epizodo metu taip pat dažniau nustatomi DAS I tipo pacientams nei II tipo ar džiosios depresijos epizodo metu (atitinkamai 19,5 %; 6,2 %; 4,2 %) [33].

Apie 25–50 % DAS pacientų yra mėginę nusižudyti. Dauguma savižudybių įvykdoma ankstyvoje ligos stadijoje, tarp 2 ir 5 metų po ligos diagnozavimo (įprastai praeina 5–10 metų nuo ligos pradžios iki pirmojo gydymo ar hospitalizavimo). Savižudybės sudaro 10 %, dažniausiai įvykdomos depresijos ar mišraus epizodo metu [15, 34, 35].

## EPIDEMIOLOGIJA

Epidemiologiniai psichiatriinių sutrikimų tyrimai atliekami nuo 1949 m. DAS dažnis populiacijoje (*lifetime prevalence*), pastarųjų metų tyrimų duomenimis, skiriasi, svyruoja nuo 0,3 iki 1,5 % (Weissman, 1996 m.), nuo 3,9 % (Kessler et al. 2005 m.) iki 5,5 % (Angst 1995 m.) [13, 36–38]. 12 mėnesių (*12-month prevalence*) DAS paplitimas, įvairių tyrimų duomenimis, nustatomas 0,1–2,0 % [39]. 2007 m. Suomijoje atlikto tyrimo duomenimis, DAS I paplitimas sudaro 0,24 %, o ištraukus ir užregistruotus DAS I atvejus – 0,42 %. Tokį dvipolio afektinio sutrikimo paplitimo skirtumą lémė taikyti skirtinti diagnostikos kriterijai ir instrumentai [39]. Atsiranda tyrimų, tvirtinančių, jog pastaruoju metu DAS diagnozuojama per daug, ypač dėl „liberaliuju“ kriterijų taikymo, iškylančių sunkumų diferencijuojant DAS su depresija ir asmenybės sutrikimais [40]. Visgi dauguma tyréjų atkreipia dėmesį į nepakankamą DAS diagnostiką.

20 metų (1978–1999 m.) trukusiam prospективiniame bendruomenės kohortos Ciuricho tyime, DAS paplitimas, remiantis „griežtaisiais“ kriterijais, sudarė 12,35 %, „liberaliaisiais“ – 24,17 %. Taikyti „griežtieji“ hipomanijos kriterijai: trys esminiai kriterijai (pakili nuotaika, dirglumas ir padidėjęs aktyvumas) ir trys iš septynių hipomanijos kriterijų, remiantis DSM-IV, socialinių pasekmų kriterijus, hipomanijos trukmė – viena diena ar ilgesnė. „Liberalieji“ kriterijai: trys esminiai kriterijai (pakili nuotaika, dirglumas ir padidėjęs aktyvumas) ir du iš septynių hipomanijos kriterijų, remiantis DSM-IV, netaikytas socialinių pasekmų kriterijus, neatsižvelgiant į hipomanijos trukmę [18, 41]. Ciuricho tyime taikyti kriterijai pasižymėjo jautrumu hipomanijai, kas leido nustatyti DAS II didesnį paplitimą: remiantis „griežtaisiais“ kriterijais, DAS II nustatytas 5,3 %, depresija 17,1 %, t. y. net 30 % depresija sergančių pacientų buvo priskirti DAS II. Šio tyrimo metu nustatyta, jog DAS šeimos anamnezėje DAS II pacientų skaičius yra iki septynių kartų dažnesnis nei sergančių depresija. Taip pat nustatyti komorbidiškumo skirtumai (ypač su priklausomybės ligomis ir nerimo sutrikimais) [18].

Nacionalinio komorbidiškumo tyrimo (*National Comorbidity Study-Replication*, Kessler ir bendraautorai,

2005 m.) metu, taikant išplėstą hipomanijos apibrėžimą, nustatytas DAS paplitimas 3,9 %. Taip pat nustatyta, jog iki 90 % pacientų gyvenimo eigoje patyrė nors vieną komorbidinį sutrikimą, o 70% – tris ir daugiau [42, 43, 56].

Nacionalinis epidemiologinis alkoholio ir susijusių būklų tyrimas (*National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*, Grant ir bendraautorai, 2005 m.) nustatė 3,3 % DAS paplitimą, jo sasajas su mažesnėmis pajamomis, žemesniu išsilavinimu, gyvenimu išsiskyrus ar vienam [42].

Trečias nacionalinis sveikatos ir mitybos tyrimas (*Third National Health and Nutrition Examination Survey*, Jonas ir bendraautorai, 2003 m.) nustatė 1,6 % DAS paplitimą [42].

2001 m. Prancūzų nacionalinis EPIDEP tyrimas (taikytas hipomanijos trukmės kriterijus – 2 d.) atskleidė, jog net 33 % pacientų, kuriems diagnozuota depresija, gali būti priskirti DAS II. Nustatyti depresinio epizodo ypatumai, dažnesnis dvipolis sutrikimas šeimoje, pagrįstas DAS III priskyrimas spektrui [12].

2000 m. Oregono paauglių depresijos projekto pirmosios apklausos metu buvo nustatytas 1 % DAS paplitimas ir išskirtas 5,7 % DAS ikislenkstinių (*subthreshold*) esminių simptomų paplitimas. Abi šias grupes vienijo funkcinavimo sutrikimas, didelis komorbidiškumas su nerimo ir elgesio sutrikimais, suicidiniai bandymai ir dažnas naudojimasis psichikos sveikatos pagalbos paslaugomis, tarp artimųjų dažnesni depresijos ar nerimo sutrikimai. 40 % pacientų iš ikislenkstinių grupės išsiivystė depresija, 13,3 % – nerimo sutrikimas [41]. Jaunuolių DAS eigos ir baigčių tyime (*The Course and Outcome of Bipolar Youth Study*, Birmaher ir bendraautorai, 2006 m.) nustatyta, jog 25 % vaikų, patyrusių ikislenkstinius simptomus, patyrė DAS I arba DAS II epizodą per dvejus tyrimo metus [42].

2007 m. Duffy ir bendraautorų DAS pacientų palikuonių tyrimas nustatė didesnę riziką jiems patirti nerimo sutrikimus, depresiją, aktyvumo ir dėmesio sutrikimą; patiktose išvadose teigama, jog šie sutrikimai gali būti vertinami kaip nespecifinė ankstyvo DAS išraiška [42].

Ciuricho tyrimo duomenimis, moterys ir vyrai vienodai serga DAS I tipo, tačiau DAS II tipo ir greitaisiais ciklais moterys serga 1,5 karto dažniau nei vyrai (1 : 1,5).

75 % DAS pacientų pirmą epizodą patiria iki 25 m. amžiaus (pikai – 15–19 metų ir 20–24 metų, vidutiniškai – 21 m., trečias, mažesnis pikas – 40–55 m.) arba net 6 metais anksčiau nei depresija sergantys pacientai [5, 6, 8, 15, 38, 42].

## KOMORBIDIŠKUMAS

DAS dažnai lydi kitos ligos: pirmo manijos epizodo metu psichiatrinės diagnozės – 39 % (dažniausiai priklausomybės alkoholiui sindromas), somatinės diagnozės – 22 % [15]. Dvipolio afektinio sutrikimo komorbidiniamis somatiniams sutrikimams priskiriami: migrena, išsétinė sklerozė, Kušingo sindromas, bronchų astma ir kt. Taip pat išski-

riami komorbidiniai somatiniai sutrikimai dėl DAS farmakologinio gydymo. Tai nutukimas, II tipo cukrinis diabetas, hipotireozė, policistinis kiaušidžių sindromas, inkstų funkcijos nepakankamumas [43]. Tyrimų duomenimis, 65–92 % DAS pacientų nustatomas komorbidinis psichikos sutrikimas [44, 46]. Komorbiškumas yra susijęs su ankstyva afektinių simptomų pradžia, greitaisiais ciklais ir sunkesne eiga, suicido rizika (ypač komorbiškumas su priklausomybe, nerimo sutrikimais; kiti suicido rizikos veiksnių: gyvenimas vienam ar išsiskyrimas (skyrybos tarp DAS pacientų 3 k. dažnesnės nei bendroje populiacijoje), savižudybė šeimos anamnezėje [46, 47]).

1. Nerimo sutrikimai: įvairių tyrimų duomenimis, nustatomi 5–42–75 % DAS pacientų [43, 46–48]. Dažniausiai: panikos sutrikimas (2–20 %), socialinė fobija (2–16–38 %) ir generalizuotas nerimo sutrikimas [43, 46–48]. Kliniškai komorbidinis nerimo sutrikimas lemia ilgesnę depresijos trukmę ir sunkesnę eigą, taip pat padidina piktnaudžiavimo alkoholiu ir suicido rizikas [5].

2. Piktnaudžiavimas ar priklausomybė nuo alkoholio ar psichoaktyvių medžiagų: priklausomybės nuo alkoholio ir DAS komorbiškumas, įvairių tyrimų duomenimis, nustatomas 6–69 % pacientų, priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų – 13–40 % [14, 49]. DAS II pacientai du kartus dažniau nei depresija ar DAS I sergantys pacientai yra priklausomi nuo alkoholio (36–56 %). Ypač didelė rizika vyrams, susirgusiems jauname amžiuje. Dažniausios priklausomybės: nuo alkoholio, kanapių ir psichostimuliatorių (kokaino ir amfetamino) bei trankviliantų. Taip pat dažnesni priklausomybės nuo alkoholio ar narkotikų atvejai pacientų šeimoje [5, 15, 44, 49].

3. Asmenybės sutrikimas: daugiau nei 30 % DAS pacientų nustatoma ir asmenybės sutrikimo diagnozė, dažniausiai ribinio, histrioninio, obsesinio-kompulsinio, narcizinio [47, 48]. Šis komorbiškumas didina suicido riziką: nustatyta, jog sergantys ir DAS, ir asmenybės sutrikimu dažniau galvodavo apie savižudybę (74 %) ir mėgindavo žudytis (45 %), nei vien tik DAS sergantys pacientai (24 % ir 5 %) [48].

4. Migrena: migrenos dažnis bendroje populiacijoje sudaro apie 11 %, tuo tarpu 2003 m. tyime migrenos dažnis tarp DAS pacientų sudarė 39,8 %, o tarp DAS II pacientų – net 64,7 %. Šie pacientai susirgavo jaunesniame amžiuje, buvo patyrę mažiau stacionarinio gydymo psichiatrijos ligoninėse, geriau išsilavinę, dirbantys arba studijuojantys, tarp jų giminaičių nustatyta daugiau sergančiųjų migrena ar psichikos sutrikimais. Migrenos diagnozė galėtų būti vertinama kaip DAS indikatorius [1, 50].

5. Valgymo sutrikimai: Ciuricho tyime kompulsyvus valgymas nustatytas 22,5 % DAS II atv., 14,3 % depresijos atveju ir 3,4 % kontrolinės grupės. 2005 m. tyrimas atskleidė, jog komorbidinį valgymo sutrikimą moterims, sergantioms DAS, diagnozuja dažniau nei DAS sergantiems vyrams [51]. 2002 m. nustatyta, jog „lengvo“ dvipolio spektro pacientai dažniau patiria atipinius depresijos simptomus ir valgymo sutrikimus [11]. 2007 m. tyrimas atskleidė, jog dažniausiai tarp DAS pacientų pasireiškiantys valgymo sutrikimai: nervinė bulimija (8,6 %) ir persivalgymo

priepluočių sutrikimas (11,1 %) [52]. Nervinės anoreksijos paplitimas taip pat didesnis nei bendrojoje populiacijoje: 11,3 % tarp moterų ir 7,4 % visos imties [53]. Taip pat buvo patvirtintas valgymo sutrikimų ir priklausomybės sindromų ryšys, ir išskelta hipotezė, jog tiek piktnaudžiavimas, tiek valgymo kontrolės praradimas atlieka funkcinį vaidmenį reguliuojant DAS sergančių pacientų afektinius simptomus [52, 54, 55].

6. Impulsų kontrolės sutrikimai: nustatomi 24,8 % DAS pacientų, dažniausiai elgesio sutrikimai bei aktyvumo ir dėmesio sutrikimas (ADS) [56]. Sisteminių vaikų ir paauglių, sergančių DAS, tyrimai atskleidė 60–90 % komorbiškumą su ADS. Suaugusių DAS sergančių pacientų tyrimas, atlirkas 2005 m., atskleidė, jog komorbiškumas su ADS, nustatomas 9,5 % atvejų, yra susijęs su itin ankstyva DAS pradžia (11–14 m.), dažniau nustatomas vyrams, sergantiems DAS I [57]. Šio komorbiškumo metu dažniausiai stebima lėtinė sutrikimo eiga, greitieji ciklai ir mišrūs epizodai [57, 58].

## DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA

DAS diagnozuojamas remiantis DSM-IV (bent vienas manijos ar mišrus epizodas)/TLK-10 kriterijais (bent du nuotaikos sutrikimo epizodai, iš kurių vienas – manijos / hipomanijos). Jei nuotaikos sutrikimas pirmą kartą pasireiškia vyresniame amžiuje (vyresniems nei 50 m.), būtina pagalvoti apie antrinį DAS [59, 60].

**Depresija:** patys DAS pacientai kritiškai nevertina hipomanijos būseną – jų metu praktiškai niekada nesikreipia į gydytojus ir neieško pagalbos. Todėl pokalbio su pacientu ir jo artimaisiais metu būtina atkreipti dėmesį į epizodų eiga, trukmę, intensyvumą. Jie geriau prisimins įvairiai padidėjusį aktyvumą (socialinį aktyvumą, intensyvų keiliavimą ar kitą kryptingą veiklą), nei „geresnę nuotaiką“ [61]. Dėl patiriamos nuotaikų, energingumo kaitos, pacientų gyvenimo anamnezė būna dramatiška. Depresijos epizodo metu itin būdingas emocinis labilumas, stiprus kaltės jausmas, atipiniai simptomai (hipersomnija, hiperfagija ir kt. psichomotorinis užslopinimas; pogimdyminė depresija) ir suicidinės idėjos. Ankstyva sutrikimo pradžia, DAS tarp šeimos narių, didelis epizodų skaičius – tai veiksnių, leidžiantys patikimiai diferencijuoti DAS su depresijos sutrikimu [41, 62]. Taip pat nustatyta, jog 37,5 % pacientų depresijos su psichoze epizodą patyrė anksciau nei manijos epizodą [33]. Svarbu išsiaiškinti temperamento tipą.

**Šizofrenija:** diferencijuojant siūloma pasikliauti tokiais veiksniuose, kaip šeimos istorija, eiga, premorbidinė istorija ir atsakas į gydymą. Panašūs į depresiją / maniją epizodai su nuotaikos neatitinkančiais psichoziniais simptomais būdingesni šizofrenijai. Viena išskelta hipotezė, jog dvipoliai afektiniai sutrikimai su nuotaikos neatitinkančiais psichozės simptomais turi bent du komorbidinius sutrikimus: šizofreniją ir nuotaikos sutrikimą; kita – nuotaikos sutrikimai „persidengia“ su šizofrenijos spektru ir su teikia šiemis pacientams vietą tarp prototipinės šizofrenijos

ir prototipinių nuotaikos sutrikimų, galimai dėl genetinių faktorių [29]. Dezorganizacija ir haliucinacinis elgesys, pagal PANSS, – esminiai psichozės simptomai, besiskriantys šizofrenijos atveju nuo DAS [33].

**Asmenybės sutrikimas:** būdingi elgesio modeliai su rigidišku gynybos mechanizmu, depresija paprastai išsi-vysto po stresinio gyvenimo įvykio dėl įveikos mechanizmų nelankstumo. Manijos epizodas taip pat gali išsvystyti asmenims su asmenybės sutrikimu. Maždaug 9 % DAS pacientų nustatytas komorbidiškumas su ribiniu asmenybės sutrikimu (RAS) [63]. Nustatyta, jog DAS II pacientų nuotaika svyruoja tarp eutimijos, pakilumo ir depresijos [64], tuo tarpu pacientų su RAS – tarp eutimijos, pykčio ir nerimo, be to, jiems būdingas aukštėsnis impulsivumo, priesiškumo ir agresijos lygis [65]. Nustatyta, jog litis efektyviai gydo DAS, bet ne RAS. DAS pacientams nuotaikos stabilizatoriai ir atipiniai AP redukuoja manijos / hipomanijos simptomus, o RAS pacientams mažina impulsivumą [63]. Sunkumų iškyla diferencijuojant mišrų DAS epizodą (kuriam būdingas sunkus emocinis labilumas, ažitacija, dirglumas, komorbidinė priklausomybė) ir RAS. Kitaip nei ūmaus afektinio sutrikimo metu, afektinis nestabilumas AS pacientams apibūdina polinkį sudirgti, nuliūsti, sunerimti ar elgtis agresyviai kaip atsaką į aplinkos įvykius. Toks emocijų proveržis paprastai trunka mažiau nei parą. Be to, šiemis pacientams būdingi ir kiti simptomai (pvz., tuštumo jausmas, sutrikęs identitetas, jautrumas atstumimui, pykčio kontrolės sunkumai ir kt.). Taip pat svarbi nuolatinė ir besitęsianti sutrikimo eiga, mat asmenybės sutrikimo simptomai tėsiasi metais ar net dešimtmeciais [66].

**Šizoafektinio sutrikimo:** remiantis TLK-10, diagnozuojamas, kai vienu metu pasireiškia tiek šizofrenijos, tiek nuotaikos sutrikimo simptomai. Simptomai turi būti aiškūs ir ryškūs, reikštis vienu metu ar vienas po kito kelias dienas to paties epizodo metu. Šiam sutrikimui būdinga ūmi pradžia, provokuojantis stresogeninis veiksnys, šeimos anamnezėje buvę afektiniai sutrikimai. Tuo tarpu, remiantis DSM-IV, psichozės simptomai turi dvi savaites dominuoti, t. y. kliedesiai ar haliucinacijos turi būti mažiausiai dvi savaites be ryškesnių afektinių simptomų. 2009 m. tyime nustatyti šie skirtumai: šizoafektinio sutrikimo prodromo fazėje dažniau nustatyti mokymosi sunkumai ir sutrikę santykiai poroje, būdinga lėtesnė pirmojo epizodo pradžia (prodromo simptomai iki psichozės truko ilgiau nei 1 mėn.) ir trukmė (pirmasis psichozės epizodas truko ilgiau nei 6 mėn.), dažnesni rezidualiniai simptomai. Šizoafektinio sutrikimo eigai būdingesnis emocinis atsitraukimas, socialinis atsiribojimas, spontaniškumo trūkumas, blankus afektas, ižvalgos ir kritikos trūkumas, valios pakitimai [67]. Taip pat būdingi dažnesni episodai [68]. D. Britanijoje manoma, kad tai – šizofrenijos ar afektinio sutrikimo prodromas, kuris vėliau pasireiškia tipišku vienos ar kitos ligos klinikiniu vaizdu [7]. Vykssta mokslinės diskusijos, ar ištrauktii šizoafektinio sutrikimo diagnozę į DSM-V [69].

**Piktnaudžiavimas alkoholiu ir (ar) narkotinėmis medžiagomis:** žinoma, jog alkoholis ir narkotinės medžia-

gos gali sukelti į maniją panašius simptomus, - jei yra piktnaudžiavimo įrodymų, pries nustatant DAS, rekomenduojama palaukti 7 dienas [70].

## IŠVADOS

Tikslingi epidemiologiniai šio sutrikimo tyrimai Lietuvoje nėra atlikti. Visgi, remiantis kitų šalių patirtimi, galima manyti, jog DAS nepakankamai diagnozuojamas ir mūsų šalyje. Vėlyvos DAS diagnostikos tendencijos rodo šio sutrikimo klinikos ir eigos ypatumų keliamus sunkumus gydytojui praktikui. Dar nėra nustatyti šiam sutrikimui tipiškų/specifiškų neurobiologinių faktorių, tad lieka vienintelis diagnostinis metodas – psichikos būsenos įvertinimas ir išsamus bei kruopštus anamnestinių duomenų surinkimas. Kalbantis su pacientu, jo artimaisiais, būtina atkreipti dėmesį į epizodų trukmę, eiga, intensyvumą. Svarbu išsiaiškinti paciento temperamentą premorbide, hipomanijos epizodus, atkreipti dėmesį į atipinius depresijos simptomus, komorbidiškumą su nerimo, aktyvumo ir dėmesio, asmenybės, valgymo sutrikimais, migrena ir priklausomybių ligomis. Būtų naudingas hipomanijai jautrių ir specifiškų diagnostinių instrumentų (Hipomanijos kontrolinio sąrašo – *Hypomania Checklist – 20* (HCL – 20), HCL – 32; dvipoliškumo indekso – *the Bipolarity Index*) pritaikymas Lietuvos gydytojų praktikoje. Svarbu įvertinti, jog jauni pacientai, patiriantys depresijos su psichoze epizodą, turi didesnę riziką ateityje patirti manijos / hipomanijos epizodą.

Gauta:  
2011 03 29

Priimta spaudai:  
2011 05 06

## Literatūra

1. Hirschfeld RMA, Calabrese JR, Weissman MM, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 53–9.
2. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, ir kt. Biologinis bipolinio sutrikimo gydymas: Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (WFSBP) rekomendacijos. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija 2005; 6–7: 3–26.
3. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1265–70.
4. Berk M. Advances in treatment of bipolar disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006; 24.
5. Skeppar P, Adolfsson R. Bipolar II and the bipolar spectrum. *Nord J Psychiatry* 2006; 60: 7–26.
6. Berk M, Dodd S, Callaly P, et al. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *Journal of Affective Disorders* 2007; 103: 181–6.
7. Psichiatrija. Mokslinis redaktorius Dembinskas A. Vilnius: Vaistų žinios, 2003; 291–314.
8. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A. Oxford handbook of psychiatry. Oxford University Press, 2005; 299–335.
9. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancronon S, et al. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study:

- overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. *Journal of Affective Disorders* 2006; 96: 197–205.
10. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3<sup>rd</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
  11. Akiskal HS, Perugi G. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the Cyclothymic, anxious-sesitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25(4): 713–37.
  12. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche E. Validating the soft bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study; the prominence of BP-II ½. *Journal of Affective Disorders* 2006; 96: 27–213.
  13. Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. Diagnostic issues in bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2003; 13: S43–S50.
  14. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? *Journal of Affective Disorders* 2003; 73: 19–32.
  15. Walden J, Grunze H. Bipolar affective disorder: etiology and treatment. Chichester, 2000; 1–79.
  16. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 517–34.
  17. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, et al. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 163–5.
  18. Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2005; 7: 4–12.
  19. Editorial. In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of Affective Disorders* 2007; 100: 1–6.
  20. Phelps J, Angst J, Katzow J, Sadler J. Validity and utility of bipolar spectrum models. *Bipolar Disord* 2008; 10: 179–93.
  21. Gonzalez-Pinto A, Aldama A, Mosquera F, Gonzalez Gomez C. Epidemiology, diagnosis and management of mixed mania. *CNS Drugs* 2007; 21(8): 611–26.
  22. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
  23. Lee S, Tsang S, Kessler RC, et al. Rapid-cycling bipolar disorder: cross-national community study. *The British Journal of Psychiatry* 2001; 196: 217–25.
  24. Tondo L, Baldessarini RJ. Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1434–6.
  25. Kupka RW. Treatment options for rapid cycling bipolar disorder. *Clinical Approaches in Bipolar Disorders* 2006; 5: 22–9.
  26. Schneck CD, Miklowitz DJ, et al. Phenomenology of rapid-cycling bipolar disorder: data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1902–8.
  27. Keck PE, McElroy SL, et al. Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44: 263–9.
  28. Coryell W, Leon AC, Turvey C, et al. The significance of psychotic features in manic episodes: a report from the NIMH collaborative study. *Journal of Affective Disorders* 2001; 67: 79–88.
  29. Marneros A, Röttig S, Röttig D, et al. Bipolar I disorder with mood-incongruent psychotic symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2009; 259: 131–6.
  30. Özyildirim İ, Çakir S, Yazıcı O. Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *European Psychiatry* 2010; 25: 47–51.
  31. Martinez-Aran A, et al. Neurocognitive impairment in bipolar patients with and without history of psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 69: 233–9.
  32. Canuso CM, Bossie CA, Zhu Y, et al. Psychotic symptoms in patients with bipolar mania. *Journal of Affective Disorders* 2008; 111: 164–9.
  33. Goes FS, Sadler B, Toolan J, et al. Psychotic features in bipolar and unipolar depression. *Bipolar Disorders* 2007; 9: 901–6.
  34. Goldberg JF, Gorno JL, Leon AC, et al. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1753–5.
  35. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006; 8: 576–85.
  36. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293–99.
  37. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617–27.
  38. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293–9.
  39. Mantere O. Recognition, comorbidity, and outcome of *DSM-IV* bipolar I and II disorders in psychiatric care. Publications of the National Public Health Institute, 2007.
  40. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Is bipolar disorder overdiagnosed? *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 935–40.
  41. Angst J, Gamma A, Lewinsohn P. The evolving epidemiology of bipolar disorder. *World Psychiatry* 2002; 1(3): 146–8.
  42. Merikangas KR, Pato M. Recent developments in the epidemiology of bipolar disorder in adults and children: magnitude, correlates, and future directions. *Clinical Psychology: Science And Practice* 2009; 16: 121–33.
  43. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 1–8.
  44. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the NATIONAAL comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 543–52.
  45. Karam EG, Fayyad JA. The boundaries of bipolarity: comments on the epidemiology of bipolar disorder. *Clinical Psychology: Science And Practice* 2009; 16: 134–9.
  46. McElroy SL, Altshuler LL, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 420–6.
  47. Vieta E, Colom F, Corbella B, et al. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord* 2001; 3: 253–8.
  48. Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, et al. Bipolar II disorder and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41: 339–43.

49. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3: 181–8.
50. Low NC, Du Fort GG, Cervantes P. Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder. *Headache* 2003; 43: 940–9.
51. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7: 119–25.
52. Wildes JE, Marcus MD, Fagiولini A. Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48: 516–21.
53. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383–96.
54. Wildes JE, Marcus MD, Fagiولini A. Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research* 2008; 161: 51–8.
55. Cassano GB, McElroy SL, Brady K, et al. Current issues in the identification and management of bipolar spectrum disorders in 'special populations'. *Journal of Affective Disorders* 2000; 59: S69–S79.
56. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence, and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593–602.
57. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57(11): 1467–73.
58. Masi G, Perugi G, Toni C, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder – bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disord* 2006; 8: 373–81.
59. Daubaras G. Psichiatrija somatinėse gydymo ištaigose. Vilnius: Charibdė, 2004; 126–48.
60. Moorhead SRJ, Young AH. Evidence for a late onset bipolar-I disorder subgroup after 50 years. *Journal of Affective Disorders* 2003; 73: 271–7.
61. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services* 2001; 52: 51–5.
62. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg AA. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 225–31.
63. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48: 145–54.
64. Henry C, Mitropoulou V, New AS, et al. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research* 2001; 35: 307–12.
65. Wilson ST, Stanley B, Oquendo MA, et al. Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1533–9.
66. Hatchett GT. Differential diagnosis of borderline personality disorder from bipolar disorder. *Journal of Mental Health Counseling* 2010.
67. Ledda MG, Fratta AL, Pintor M, et al. Early-onset psychoses: comparison of clinical features and adult outcome in 3 diagnostic groups. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009; 40: 421–37.
68. Winokur G, Scharfetter C, Angst J. Stability of psychotic symptomatology (delusions, hallucinations), affective syndromes, and schizophrenic symptoms (thought disorder, incongruent affect) over episodes in remitting psychoses. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1985; 234: 303–7.
69. Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease – there is no schizoaffective disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20: 365–79.
70. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents in primary and secondary care. *NICE Clinical Guideline* 2006; 38: 12–6.

G. Paulikienė, V. Raškauskas, V. Danilevičiūtė,  
A. Navickas

## BIPOLAR DISORDER: THE SPECTRUM AND EPIDEMIOLOGY

### Summary

Based on the data of the Mental Health Center, in Lithuania the number of people diagnosed with bipolar disorder (BD) increases each year, averaging to 37 new cases per year. Nevertheless, the study by Angst conducted in 1995 revealed that occurrence of bipolar disorder among the population constitutes around 5.5%, which means that there should be around 120 times more cases diagnosed in Lithuania. Another study conducted in 2006 concluded that late diagnosis was related to diagnostic difficulties, such as misdiagnosing BD as unipolar depression or cases when the clinical view is altered by comorbidities. According to the recent epidemiological studies, prevalence of BD among population varies from 0.3% to 5.5%. Such differences occurred because the bipolar disorder had been qualified as having a wide spectrum of symptoms and 'liberal' diagnostic criteria had been applied. As indicated in the Zurich study, as many as 30% of patients diagnosed with major depressive disorder should be referred to as having BD II. Though needed, no epidemiological studies have been conducted in Lithuania so far. However, on the basis of the experience of other countries it can be assumed that BD is underdiagnosed in our country. The tendencies of late diagnosis of BD indicate the difficulties caused by the course and clinical peculiarities of this disorder. When diagnosing BD it is important to establish a patient's premorbid temperament as well as episodes of hypomania, to consider atypical symptoms of depressive disorder, comorbid conditions with anxiety, activity, attention and eating disorders, as well as migraine and addiction syndromes. It would be beneficial to introduce hypomania sensitive and specific instruments in the practice of Lithuanian physicians.

**Keywords:** bipolar disorder, bipolar spectrum, epidemiology of bipolar disorder.