

Ю. І. МИСУЛА

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ПЕРВИННОГО ЕПІЗоду БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ В ПРАКТИЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: вивчити найпоширеніші методи діагностики розладів біполярного спектра при первинному епізоді біполярного афективного розладу (БАР).

Матеріали і методи. Клінічно обстежено 153 хворих із первинним епізодом біполярного афективного розладу з використанням опитувальника розладів настрою (Mood Disorder Questionnaire – MDQ) (R. M. Hirschfeld et al., 2001), діагностичної шкали біполярного спектра (N. S. Ghaemi, C. J. Miller et al., 2005; G. Sachs, 2004, 2008) та самоопитувальника для діагностики гіподинамії (Hypomania Checklist-32 – HCL-32).

Результати. Особливості перебігу первинного епізоду біполярного афективного розладу проаналізовано на основі даних клінічного обстеження 153 хворих. Встановлено, що найвищий діагностичний потенціал має діагностична шкала біполярного спектра у хворих із депресивним, маніакальним і змішаним варіантами первинного епізоду біполярного афективного розладу та нижчою здатністю опитувальника розладів настрою (MDQ) і самоопитувальника HCL-32 для діагностики патологічних афективних симптомів біполярного спектра в хворих із маніакальним та змішаним варіантом первинного епізоду біполярного афективного розладу, але вони були нечутливі до депресивного варіанту. Використовуючи діагностичну шкалу біполярного спектра для виявлення ознак біполярності при первинному епізоді БАР, варто пам'ятати, що кількісні показники для неї нижчі, ніж при обстеженні хворих із клінічно сформованим БАР, що необхідно враховувати під час проведення діагностики.

Висновки. Виявлені особливості варто враховувати при використанні цих психодіагностичних інструментів для оцінки ризику біполярності при афективних розладах у клінічній практиці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: біполярний афективний розлад; первинний епізод; психодіагностичні методи; гендерні відмінності.

У своїй діяльності працівники охорони здоров'я часто контактують з хворими з біполярним афективним розладом (БАР), які не завжди потрапляють у поле зору психіатрів. Як зазначає Н. О. Марута, БАР є однією із психічних патологій, яка має значущі медико-соціальні наслідки, оскільки проявляється у молодому віці та супроводжується вираженими медичними та соціальними наслідками, насамперед, схильністю до хронізації, значною соціальною дезадаптацією, втратою працездатності, зниженням якості життя, коморбідною залежністю щодо психоактивних речовин, високим суїцидальним ризиком, що призводить до зниження тривалості життя в середньому на 10 років і зумовлює потребу в тривалій терапії [3]. На думку Н. О. Марути, діагностика БАР на ініціальному етапі захворювання є недостатньою [4]. Дані про диференційно-діагностичні критерії афективних розладів мають важливе значення в повсякденній клінічній практиці на різних рівнях надання медичної допомоги [1, 2].

На сьогодні нагальною проблемою серед лікарів, які стикаються із хворими на БАР, є те, що більшість з них націлена насамперед на виявлення у пацієнтів депресії і якнайшвидше призначення

фармакотерапії. Ймовірно, що в такому разі ізолюється факт, який має велике значення у процесі встановлення достовірного діагнозу та призначення терапії, а саме проведення скринінгу такого пацієнта щодо наявності у нього ознак біполярності [5, 8]. У ряді сучасних досліджень встановлено, що з моменту перших проявів і до встановлення діагнозу БАР у більшості випадків минає кілька років, що призводить до відсутності адекватного лікування, а відтак – і до подальшого прогресування захворювання [6, 9, 10].

Тому уміння самостійно вирішувати невідкладні лікувально-діагностичні завдання відіграє важливу роль у професійній практиці лікаря. Особливого значення набувають дослідження первинного епізоду БАР з аналізом ефективності психодіагностичних методик, які використовують у сучасній клінічній практиці, що сприятиме швидшій та якіснішій діагностиці БАР на початкових етапах захворювання.

Мета дослідження: вивчити найпоширеніші методи діагностики розладів біполярного спектра при первинному епізоді БАР.

Матеріали і методи. Клінічно обстежено 153 хворих із первинним епізодом біполярного афективного розладу з використанням опи-

тувальника розладів настрою (Mood Disorder Questionnaire – MDQ) (R. M. Hirschfield et al., 2001) [7], діагностичної шкали біполярного спектра (N. S. Ghaemi, C. J. Miller et al., 2005; G. Sachs, 2004, 2008) [11] та самоопитувальника для діагностики гіпоманії (Hypomania Checklist-32 – HCL-32) [12].

Результати дослідження та їх обговорення.

З дотриманням принципів біомедичної етики на основі інформованої згоди було клінічно обстежено 153 хворих (65 чоловіків та 88 жінок) з первинним епізодом БАР, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній комунальній клінічній психоневрологічній лікарні у період 2011–2016 рр. Середній вік обстежених пацієнтів на момент виникнення симптоматики склав (21,3±6,5) року (медіана – 19,0 років; інтерквартильний діапазон – 17,0–22,0 роки), чоловіків (20,5±5,8) року (18,0 років; 17,0–21,0 рік), жінок (21,9±6,9) року (18,5 року; 18,5–22,5 року), вік на момент звернення за медичною допомогою і обстеження – відповідно, (21,4±6,4) року (19,0 років; 18,0–22,0 роки), (20,7±5,7) року (18,0 років; 17,0–21,0 рік) та (22,0±6,9) року (19,0 років; 18,5–22,5 року).

Серед обстежених чоловіків і жінок було виокремлено по три групи залежно від клінічного варіанту перебігу первинного епізоду (ПЕ) БАР: з переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант), кількістю 119 осіб (44 чоловіки і 75 жінок); із переважанням маніакальної або гіпоманіакальної симптоматики (маніакальний варіант), кількістю 23 особи (15 чоловіків і 8 жінок), та з одночасною наявністю депресивної та маніакальної симптоматики або зі швидкою зміною фаз (змішаний варіант), кількістю 11 осіб (6 чоловіків і 5 жінок).

Статистичний аналіз розбіжностей проводили з використанням непараметричних тестів (точного критерію Фішера і тесту Манна – Уїтні). Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0 % ($p < 0,05$).

З метою аналізу проблем біполярного спектра ми використали опитувальник розладів настрою (MDQ). Отримані дані свідчать про відсутність ознак біполярності у хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР і наявність їх у всіх хворих з маніакальним варіантом ПЕ БАР. Щодо хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР, то наявність щонайменше 7 симптомів біполярного спектра виявлено в 63,6 % усіх хворих, у 66,7 % чоловіків і в 60,0 % жінок. Розбіжності між чоловіками та жінками в межах кожної з груп із певним варіантом ПЕ БАР статистично не значущі ($p > 0,05$), а між групами з депресивним і маніакальним, депресивним і змішаним, маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР серед усіх хворих, серед чоловіків і серед жінок статистично значущі ($p < 0,01$).

Наявність одночасно кількох симптомів (два і більше) біполярного спектра було виявлено у

всіх хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР, у 90,9 % усіх хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР, у всіх чоловіків і в 80,0 % жінок зі змішаним варіантом ПЕ БАР. Розбіжності між чоловіками та жінками у кожній групі варіантів ПЕ БАР статистично не значущі ($p > 0,05$), а між групами з депресивним і маніакальним, депресивним і змішаним, маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР серед усіх хворих, серед чоловіків і серед жінок статистично значущі ($p < 0,01$).

Під час аналізу вираженості симптомів біполярного спектра за даними опитувальника розладів настрою (MDQ) було виявлено, що в 43,5 % усіх хворих (у 40,0 % чоловіків та в 50,0 % жінок) із маніакальним варіантом ПЕ БАР були наявні симптоми біполярного спектра помірної тяжкості, а в 56,5 % всіх хворих (у 60,0 % чоловіків і у 50,0 % жінок) – тяжкі. У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР виявлено симптоми біполярного спектра різної тяжкості: у 54,5 % всіх хворих (у 50,0 % чоловіків і в 60,0 % жінок) – незначні, у 36,4 % всіх хворих (у 33,3 % чоловіків і в 40,0 % жінок) – помірної тяжкості та в 9,1 % всіх хворих – тяжкі.

Загалом за підсумками аналізу даних, отриманих за допомогою обстеження з використанням опитувальника розладів настрою (MDQ), симптоми біполярного спектра в хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР були відсутні, але наявні у всіх хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР.

У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР симптоми біполярного спектра виявлено в 63,6 % усіх хворих (у 66,7 % чоловіків і в 60,0 % жінок).

Розбіжності між чоловіками та жінками в межах кожної з досліджених груп (депресивний, маніакальний і змішаний варіанти ПЕ БАР) є статистично незначущими ($p > 0,05$), а між групами з депресивним і маніакальним, депресивним і змішаним, маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР серед усіх хворих, серед чоловіків і серед жінок є статистично значущими ($p < 0,01$).

Наступним етапом було дослідження з використанням діагностичної шкали біполярного спектра. Нами виявлено, що середнє значення інтегрального показника за шкалою розладів біполярного спектра в усіх хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР склало (2,77±3,79) бала / медіана 0,00 балів (інтерквартильний діапазон 0,00 балів – 8,00 балів); у чоловіків із депресивним варіантом ПЕ БАР – відповідно, (2,09±3,46) бала / 0,00 бал (0,00 балів – 7,00 балів), у жінок – відповідно, (3,17±3,93) бала / 0,00 балів (0,00 балів – 8,00 балів). У всіх хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР середнє значення інтегрального показника за шкалою розладів біполярного спектра склало (9,87±4,92) бала / 11,00 балів (10,00 балів – 13,00 балів); у чоловіків – відповідно, (9,87±4,22) бала / 11,00 балів (10,00 балів – 12,00 балів); у жінок – відповідно, (9,88±6,36) бала / 12,50 бала (5,00 балів – 14,50 бала). У хворих

зі змішаним варіантом ПЕ БАР середнє значення інтегрального показника за шкалою розладів біполярного спектра склало $(5,00 \pm 7,11)$ бала / $0,00$ балів ($0,00$ балів – $12,00$ балів); у чоловіків – відповідно, $(4,17 \pm 6,46)$ бала / $0,00$ балів ($0,00$ балів – $12,00$ балів); у жінок – відповідно, $(6,00 \pm 8,48)$ бала / $0,00$ балів ($0,00$ балів – $12,00$ балів).

Таким чином, шкала біполярного спектра виявилася чутливою до афективних проявів у хворих із депресивним, маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР. Розбіжності між чоловіками і жінками у групах з депресивним, маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР, а також при порівнянні всіх хворих, чоловіків та жінок з депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАР, маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР статистично не значущі, а при порівнянні всіх хворих, чоловіків та жінок із депресивним і маніакальним варіантами статистично значущі ($p < 0,01$).

Під час аналізу розподілу досліджених хворих на групи залежно від значення інтегрального показника за шкалою розладів біполярного спектра було встановлено, що серед хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР у $64,7$ % усіх хворих (в $72,7$ % чоловіків і у $60,0$ % жінок) наявність розладів біполярного спектра, за даними діагностичної шкали біполярного спектра, малоїмовірна, в $35,3$ % усіх хворих (у $27,3$ % чоловіків і в $40,0$ % жінок) виявлено помірну ймовірність розладів біполярного спектра. Серед хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР у $17,4$ % усіх хворих (в $13,3$ % чоловіків і у $25,0$ % жінок) наявність розладів біполярного спектра, за даними шкали, малоїмовірна, у $60,9$ % всіх хворих (у $60,0$ % чоловіків і в $62,5$ % жінок), за даними шкали, виявлено низьку ймовірність розладів біполярного спектра, а в $21,7$ % усіх хворих (в $26,7$ % чоловіків і у $12,5$ % жінок) – помірну ймовірність розладів біполярного спектра.

За результатами обстеження з використанням самоопитувальника для діагностики гіпоманії хворих поділили таким чином: при депресивному варіанті ПЕ БАР в усіх хворих були відсутні ознаки розладів настрою біполярного характеру, а в усіх хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР наявні ознаки ймовірного біполярного розладу. У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР у $36,4$ % всіх хворих (в $33,3$ % чоловіків і у $40,0$ % жінок) ознаки біполярного розладу були відсутні, а, відповідно, в $63,6$ % (у $66,7$ % і в $60,0$ %) наявні ознаки ймовірного біполярного розладу.

Аналіз кількісних значень індексу біполярності у хворих із різними варіантами ПЕ БАР виявив високі показники в осіб із маніакальним варіантом ПЕ БАР, низькі – у хворих із депресивним варіантом і помірні – в осіб зі змішаним варіантом. Так, середнє значення індексу біполярності у хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР склало $(0,20 \pm 0,83)$ бала / $0,00$ балів ($0,00$ балів – $0,00$ балів);

у чоловіків – відповідно, $(0,25 \pm 0,97)$ бала / $0,00$ балів ($0,00$ балів – $0,00$ балів); у жінок – відповідно $(0,17 \pm 0,74)$ бала / $0,00$ балів ($0,00$ балів – $0,00$ балів). У хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР середні значення індексу біполярності склали, відповідно, $(26,22 \pm 2,88)$ бала / $26,00$ балів ($24,00$ бала – $29,00$ балів), $(26,80 \pm 2,86)$ бала / $27,00$ балів ($24,00$ балів – $29,00$ балів) та $(25,13 \pm 2,75)$ бала / $26,00$ балів ($23,50$ бала – $26,00$ балів); у хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР – відповідно, $(17,36 \pm 10,93)$ бала / $21,00$ балів ($6,00$ балів – $28,00$ балів), $(19,17 \pm 10,67)$ бала / $22,50$ бала ($6,00$ балів – $28,00$ балів) і $(15,20 \pm 12,07)$ бала / $20,00$ балів ($5,00$ балів – $23,00$ бала). Розбіжності між чоловіками і жінками у групах із депресивним, маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР статистично не значущі. Статистично значущі розбіжності виявлено при порівнянні всіх хворих з депресивним і маніакальним ($p < 0,01$), депресивним і змішаним ($p < 0,01$), маніакальним і змішаним варіантами ($p < 0,05$); при порівнянні чоловіків з депресивним і маніакальним ($p < 0,01$), депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАР ($p < 0,01$); при порівнянні жінок з депресивним і маніакальним ($p < 0,01$), депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАР ($p < 0,01$). При порівнянні груп чоловіків і жінок з маніакальним та змішаним варіантами ПЕ БАР розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$).

Висновки

За допомогою діагностичної шкали біполярного спектра ми виявили ознаки біполярного розладу в хворих із різними варіантами ПЕ БАР. Однак при застосуванні цієї шкали при ПЕ БАР варто мати на увазі, що кількісні показники за нею є невисокими, що, очевидно, пов'язано з недостатнім розвитком ознак біполярності при первинному епізоді захворювання. Це зумовлює необхідність урахування цих особливостей при інтерпретації даних обстеження хворих у клінічній практиці, а також під час використання зазначеної шкали як інструмента прогнозування ймовірності розвитку біполярного розладу в майбутньому. Опитувальник розладів настрою і самоопитувальник для діагностики гіпоманії дозволили виявити патологічну афективну симптоматику біполярного спектра в хворих із маніакальним та змішаним варіантами ПЕ БАР, тоді як діагностична шкала біполярного спектра дозволила точніше виявляти ризик розладів біполярного спектра як при маніакальному і змішаному, так і при депресивному варіанті ПЕ БАР.

Ці особливості необхідно враховувати при використанні зазначених психодіагностичних інструментів для оцінки ризику біполярності при афективних розладах у клінічній практиці.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою на основі даних дослідження комплексних програм ранньої діагностики, лікування та профілактики БАР.

Список літератури

1. Венгер О. П. Гендерно-вікові та соціально-медичні особливості емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади / О. П. Венгер // Вісник наукових досліджень. – 2016. – № 1. – С. 88–91.
2. Венгер О. П. Особистісні особливості емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади / О. П. Венгер // ScienceRise. Medical science. – 2015. – № 5 (4). – С. 71–78.
3. Марута Н. А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, терапия, профилактика / Н. А. Марута // НейроNews. – 2011. – № 8 (35). – С. 46–52.
4. Марута Н. А. Диагностика биполярного аффективного расстройства / Н. А. Марута // НейроNews. – 2011. – № 4 (31). – С. 57–60.
5. Baldessarini R. J. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness / R. J. Baldessarini, L. Tondo, C. Visioli // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2014. – Vol. 129. – P. 383–392.
6. Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder / R. Patel, H. Shetty, R. Jackson [et al.] // PLoS One. – 2015. – Vol. 10. – P. 126–129.
7. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire / R. M. Hirschfeld, J. B. W. Williams, R. L. Spitzer [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 157 (11). – P. 1873–1875.
8. Early stages of bipolar disorder: characterization and strategies for early intervention / A. C. Rios, M. N. Noto, L. B. Rizzo [et al.] // Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2015. – Vol. 37. – P. 343–349.
9. Hayes J. F. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder / J. F. Hayes, J. Miles, K. Walters // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2015. – Vol. 131. – P. 417–425.
10. Rowland T. A. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder / T. A. Rowland, S. Marwaha // Therapeutic Advances in Psychopharmacology. – 2018. – Vol. 8 (9). – P. 251–269.
11. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale / S. N. Ghaemi, C. J. Miller, D. A. Berv [et al.] // Affective Disorders. – 2005. – Vol. 84 (2–3). – P. 273–277.
12. The HCL32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients / J. Angst, R. Adolfsson, F. Benazzi [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2005. – Vol. 88 (2). – P. 217–233.

References

1. Venher, O.P. (2016). Henderno-vikovi ta sotsialno-medychni osoblyvosti emigrantiv ta reemigrantiv, khvorykh na depresyvni rozlady [Gender-age and socio-medical characteristics of emigrants and remigrants suffering from depressive disorders]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Bulletin of Scientific Research*, 1, 88-91 [in Ukrainian].
2. Venher, O.P. (2015). Osobystisni osoblyvosti emigrantiv ta reemigrantiv, khvorykh na depresyvni rozlady [Personal characteristics of emigrants and re-emigrants suffering from depressive disorders]. *ScienceRise. Medical science*, 5 (4), 71-78 [in Ukrainian].
3. Maruta, N.A. (2011). Bipolarnoye affektivnoye rasstroystvo: diagnostika, terapiya, profilaktika [Bipolar affective disorder: diagnostic, treatment, prophylaxis]. *NeuroNews*, 8 (35), 46-52 [in Russian].
4. Maruta, N.A. (2011). Diagnostika bipolarного affektivного rasstroystva [Diagnostic of bipolar affective disorder]. *NeuroNews*, 4 (31), 57-60 [in Russian].
5. Baldessarini, R.J., Tondo, L., & Visioli, C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129, 383-392.
6. 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, 126-129.
7. Hirschfeld, R.M., Williams, J.B., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E.Jr., ..., & Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157 (11), 1873-1875.
8. Rios, A.C., Noto, M.N., Rizzo, L.B., Mansur, R., Martins, F.E., 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, 343-349.
9. 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, 417-425.
10. Rowland, T.A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8 (9), 251-269.
11. Nassir Ghaemi, S., Miller, C.J., Berv, D.A., Klugman, J., Rosenquist, K.J., & Pies, R.W. (2005). Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Affective Disorders*, 84(2-3), 273-277.
12. Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T.D., ..., & Scott, J. (2005). The HCL32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217-233.

USE OF PSYCHODIAGNOSTIC METHODS FOR DETECTION OF THE PRIMARY EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER IN THE HEALTHCARE PRACTICE*Yu. I. Mysula*

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to study the most common methods for diagnosing bipolar spectrum disorders in the primary episode of BAD.

Materials and Methods. 153 patients with a primary episode of BAD were clinically examined using a Mood Disorder Questionnaire (MDQ) (R.M. Hirschfield et al., 2001), bipolar spectrum diagnostic scale ((N. S. Ghaemi, C. J. Miller et al., 2005; G. Sachs, 2004, 2008) and the Hypomania Checklist-32.

Results. The peculiarities of the course of the primary episode of BAD were analyzed on the basis of clinical examination data of 153 patients. It was found that the highest diagnostic potential has the bipolar spectrum diagnostic scale in patients with depressive, manic and mixed variants of the primary episode of BAD, and lower predictive ability of the mood disorder questionnaire (MDQ) and Hypomania Checklist-32 self-questionnaire for the diagnosis pathologic affective symptoms of bipolar spectrum in patients with a manic and mixed variants of the primary episode of BAD, but were insensitive to the depressive variant. When using the bipolar spectrum diagnostic scale to detect signs of bipolarity in the primary episode of BAD, it should be kept in mind that the quantitative indicators for it are lower than in the examination of patients with clinically formed BAD, which should be taken into account in the diagnostic process.

Conclusions. Found peculiarities should be considered when using these psychodiagnostic tools to assess the risk of bipolarity in affective disorders in clinical practice.

KEY WORDS: bipolar affective disorder; the primary episode; clinical phenomenology; psychodiagnostic methods; gender differences.

Рукопис надійшов до редакції 04.11.2019 р.

Відомості про автора:

Мисула Юрій Ігорович – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 43-57-71.