

Диагностика, скрининг и возможности фармакотерапии биполярного аффективного расстройства II типа

Е.Г. Костюкова

Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Настоящая статья является нарративным обзором литературы, целью которого было проанализировать имеющиеся данные о современных подходах к диагностике и терапии биполярного расстройства (БАР) II типа. БАР II имеет большую распространенность и поражает чаще всего молодых, физически здоровых людей, социальная адаптация которых напрямую зависит от частоты, тяжести и длительности развивающихся у них фаз, что определяет актуальность темы. БАР II остается малоизученным заболеванием с точки зрения как методов диагностики, так и подходов к терапии. Его выявляемость остается до настоящего времени крайне низка, в связи с чем пациенты не получают адекватной помощи на протяжении десятилетий. При этом известно, что только раннее начало терапии позволяет обеспечить максимальный контроль над симптоматикой и сохранение социальной адаптации пациента.

В последнее десятилетие исследуются возможности новаторских методов диагностики и мониторинга состояния пациента в период терапии с использованием цифровых биомаркеров, существенно расширился арсенал средств для лечения БАР и изменились подходы к терапии заболевания, прежде всего депрессивных фаз. Однако доказательные исследования эффективности лекарственных средств касаются в основном БАР I типа, в то время как для БАР II типа они практически отсутствуют.

Вывод. Необходимо проведение дополнительных исследований и внедрение новых методов диагностики и терапии биполярного расстройства II типа с целью обеспечить максимально раннее начало терапии. В их числе внедрение в повседневную практику скрининговых инструментов мобильных мониторирующих устройств типа актиметрии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: биполярное аффективное расстройство II типа, депрессия, гипомания, диагностика, выявляемость, терапия, цифровые биомаркеры

КОНТАКТЫ: Костюкова Елена Григорьевна, ekostukova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9830-1412

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Костюкова Е.Г. Диагностика, скрининг и возможности фармакотерапии биполярного аффективного расстройства II типа // Современная терапия психических расстройств. — 2023. — № 4. — С. 32–46. — DOI: 10.21265/PSYPH.2023.13.45.004

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья выполнена в рамках Государственного задания «Персонификация применения биологических методов лечения при резистентных к психофармакотерапии аффективных расстройствах и шизофрении».

Регистрационный номер: АААА-А18-118032390066-5

Diagnosis, Screening and Possibilities of Pharmacotherapy of Bipolar Affective Disorder II

E.G. Kostyukova

Moscow Research Institute of Psychiatry — branch of the V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

SUMMARY

This article is a review of the literature, the purpose of which was to analyze the available data on modern approaches to the diagnosis and treatment of bipolar disorder (BD) type II. BD II has a high prevalence and most often affects young, physically healthy people whose social adaptation directly depends on the frequency, severity and duration of their developing phases, which determines the relevance of the topic. BD II remains a little-studied disease both in terms of diagnostic methods and approaches to therapy. Its detectability remains extremely low to date, and therefore patients have not received adequate care for decades. At the same time, it is known that only early initiation of therapy allows for maximum control over symptoms and preservation of the patient's social adaptation.

In the last decade, the possibilities of innovative methods of diagnosis and monitoring of the patient's condition during therapy using digital biomarkers have been explored, the arsenal of tools for the treatment of BD has significantly expanded and approaches to the treatment of the disease and, above all, depressive phases have changed. However, evidence-based studies of the effectiveness of medicines relate mainly to type I BD, while they are practically absent for BD type II.

Conclusion: it is necessary to conduct additional studies and introduce new methods of diagnosis and therapy of type II BD in order to ensure the earliest start of therapy. Among them, the introduction of screening tools of mobile monitoring devices such as actimetry into everyday practice. It is also important to expand educational programs for doctors and conduct additional studies on new methods of BD II therapy.

KEY WORDS: bipolar affective disorder type II, depression, hypomania, diagnosis, detectability, therapy, digital biomarkers

CONTACTS: Kostyukova Elena Grigorievna, ekostyukova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9830-1412

CITATION: Kostyukova E.G. Diagnosis, screening and possibilities of pharmacotherapy of bipolar affective disorder II // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2023. — No. 4. — Pp. 32–46. — DOI: 10.21265/PSYPH.2023.13.45.004 [in Russian]

CONFLICT OF INTEREST: author declares no conflict of interest.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) в последние годы находится в центре пристального внимания всех специалистов, работающих в области психиатрии: исследователей, клиницистов, психологов, работников реабилитационного звена. Постоянно расширяется арсенал терапевтических методов, используемых при БАР, и методов диагностики. Не вызывает сомнений, что своевременно поставленный диагноз и раннее начало медицинского вмешательства позволяют во многих случаях эффективно и безопасно воздействовать на проявления заболевания и сохранять социальную адаптацию пациентов, зависящую от частоты и тяжести развивающихся у них эпизодов заболевания, однако значительное число случаев БАР не диагностируется. Особенно часты ошибки диагностики при БАР II типа. Многие даже опытные врачи не знают о существовании такого диагноза.

Впервые БАР II было официально включено как отдельное расстройство в DSM-IV [1] только в 1994 г. В соответствии с современными критериями Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM-5) [2], БАР II характеризуется эпизодами гипомании и развернутой депрессии. Развернутые маниакальные эпизоды отсутствуют. Для диагностики достаточно наличия хотя бы одного гипоманиакального эпизода в анамнезе. В МКБ-10 [3] БАР II лишь включено в подрубрику «Другие биполярные аффективные нарушения» (F31.8) без указания диагностических критериев. В проект МКБ-11 [4] критерии диагностики БАР II включены, и они аналогичны критериям DSM-5.

По данным Американской психиатрической ассоциации, распространенность БАР II в популяции составляет 0,4 % [5]. Исследования феноменологии, наследственности и течения БАР II определяют его как самостоятельное заболевание с крайне низкой вероятностью трансформации в БАР I, которая оценивается не более чем в 5–7 % [6–9].

По данным большинства исследований, БАР II начинается в более позднем возрасте, чем БАР I [10–13], в 25–30 лет. Первый эпизод может возникать в разные периоды жизни, включая детский и пожилой возраст [13], хотя частота манифестации заболевания у лиц старше 60 лет встречается крайне редко [14]. Возраст начала заболевания может быть обусловлен генетическими факторами [15]. Генетическая предрасположенность также подтверждается тем, что риск развития БАР II наиболее высок у лиц, имеющих близких родственников, страдающих БАР, и особенно БАР II [16, 17].

Доминирующей фазой в течении БАР является депрессия. У женщин заболевание часто начинается с послеродовой гипомании, которая может предшествовать депрессии [18]. Половину жизни пациент, страдающий БАР, проводит в состоянии болезни. Депрессия занимает около 70 % этого времени [19]. При БАР II симптомы депрессии наблюдаются в 39 раз чаще, а при БАР I — в 3–4 раза чаще [6, 19, 20], чем маниакальные симптомы. Пациенты с БАР II около 50 % времени жизни находятся в состоянии депрессии и лишь 1 % — в состоянии гипомании [19]. В продолжном исследовании [21] соотношение депрессивных и гипоманиакальных эпизодов составляло 3 : 1.

The article was carried out within the framework of the State assignment "Personification of the use of biological treatment methods for psychopharmacotherapy-resistant affective disorders and schizophrenia."

Registration number: AAAA-A18-118032390066-5

Депрессивные эпизоды у больных БАР II по сравнению с эпизодами при БАР I отличаются, как правило, большей тяжестью и склонностью к хронификации [6]. Во время эпизодов депрессии у больных БАР II чаще, чем у пациентов с БАР I, наблюдаются психотические симптомы [16, 22].

У значительной части пациентов с БАР II, особенно женщин, наблюдаются смешанные эпизоды, когда симптомы депрессии присутствуют во время эпизода гипомании или симптомы гипомании — во время эпизодов депрессии [16, 23]. Смешанные эпизоды могут возникать на любом этапе и ассоциируются с наличием БАР в семейном анамнезе, более ранним возрастом начала заболевания, его большей продолжительностью, а также с ухудшением ответа на лечение и прогноза заболевания [16].

При БАР II часто наблюдаются коморбидные психические расстройства, существенно затрудняющие диагностику. Примерно у 60 % пациентов имеется три или более сопутствующих психических расстройства, 75 % страдают тревожными расстройствами, 37 % злоупотребляют психоактивными веществами [24, 25]. Около 14 % больных БАР II страдают каким-либо нарушением пищевого поведения, при этом компульсивное переедание встречается чаще, чем нервная анорексия и булимия [26]. Выраженность проявлений сопутствующих психических расстройств в значительной степени связана с аффективными эпизодами. Например, тревога и нарушения пищевого поведения чаще усиливаются в период депрессии, а злоупотребление психоактивными веществами — в маниакальном состоянии [27].

При БАР часты ошибки диагностики. У 35–40 % больных БАР ошибочно диагностируется рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) [28, 31 и др.]. Такие ошибки диагностики наиболее часто встречаются у пациентов с БАР II [29, 30]. Они связаны с тем, что пациенты с БАР в 2–3 раза чаще ищут помощи в период депрессивного эпизода по сравнению с маниакальным [4]. Кроме того, пациенты с гипоманией, как правило, не оценивают свое состояние как болезненное, не попадают в поле зрения психиатра в период гипоманиакальной фазы и не рассказывают о ней активно в период сбора анамнестических сведений [29–32]. У 10,7–27,4 % больных, перенесших два или несколько эпизодов депрессии, ошибочно диагностируется РДР, в то время как на самом деле эти эпизоды являются начальным этапом БАР [33 и др.]. Для выявления эпизодов гипомании в анамнезе рекомендуется [1] проводить тщательный опрос родственников, друзей и коллег пациента с целью выявления периодов его «необычного поведения». В то же время известно, что гипомания не приводит к существенным нарушениям социального поведения, а если такие нарушения регистрируются, то по классификации DSM-5 такой эпизод следует расценивать как эпизод мании и устанавливать диагноз БАР I [1].

Кроме того, основными диагностическими критериями как мании, так и гипомании до сих пор считаются повышенное настроение и/или раздражительность [13]. Между тем повышенная активность является одним из ключевых симптомов гипомании и по своей диагностической ценности не уступает изменениям настроения [19]. Несмотря на то что

гиперактивность была внесена в диагностические критерии американской классификации для маниакального и гипоманиакального эпизода [2] и имеет важное значение для диагностики смешанных состояний [34, 35], большинство клиницистов по-прежнему не считают этот симптом «прототипичным» и не диагностируют гипоманию при отсутствии гипертимного аффекта [16].

Учитывая сложность ретроспективного выявления гипоманиакальных состояний, при опросе диагностическую ценность может представлять анализ расстройств сна в эти периоды, поскольку одним из характерных признаков гипомании является сокращение потребности во сне. Пациенты, как правило, не жалуются на расстройства сна, однако тщательный их анализ при первичном обращении пациента представляется особенно важным, поскольку у трети больных с этой жалобой выявляются расстройства настроения [36].

Стратегии по выявлению симптоматики БАР предполагают целенаправленный опрос пациента, ориентированный на выявление аффективных фаз, в том числе и гипоманиакальных и смешанных состояний, в текущем статусе и анамнезе, анализ объективных сведений, полученных от членов семьи и друзей пациента. Такой скрининг обязательно следует проводить всем пациентам с первичным депрессивным эпизодом [37].

Ошибочная диагностика и отсутствие адекватной терапии влекут за собой повышение суицидального риска [38, 39], который при БАР II сопоставим с риском при БАР I [40, 41], а возможно, и превосходит его [41, 42]. Есть данные о том, что завершённые попытки суицида чаще встречаются у больных с БАР II, чем с БАР I [43].

Хорошим подспорьем для врачей в условиях перегруженности практики и ограниченного времени визита пациента является использование скринингового самоопросника Нуромания Checklist (HCL-32), основная цель которого — выявление симптомов гипомании в анамнезе пациента [44]. Он позволяет идентифицировать пациентов с БАР II среди больных, которым по ошибке поставлен или может быть поставлен диагноз РДР. Апробация версий этого опросника в различных странах показала его высокую чувствительность в дифференциации БАР и РДР наряду с краткостью и простотой использования, что позволило исследователям рекомендовать HCL-32 для применения со скрининговой целью в медицинской практике [45–48]. Использование опросника HCL-32 в сочетании со сбором семейного анамнеза служит лучшим подходом для выявления нераспознанного БАР среди пациентов с различными психиатрическими диагнозами [4, 49]. Длительность заполнения опросника составляет 5–10 мин. Перевод HCL-32 на русский язык валидизирован в исследовании, включавшем 409 пациентов [29, 30, 48, 50]. Кроме того, разработанная и апробированная в этом исследовании сокращенная до восьми пунктов русскоязычная версия шкалы продемонстрировала хорошее соотношение чувствительности и специфичности, что позволило рекомендовать ее для применения в медицинской практике для выявления БАР II в период актуальной депрессии. Модификация

этого опросника HCL-33 также переведена на русский язык и валидизирована в крупном когортном исследовании [51, 52].

В последнее десятилетие наблюдается рост числа исследований, посвященных возможности использования цифровых биомаркеров в области здравоохранения [53]. Для их регистрации используются устройства, которые пациенты постоянно носят с собой (браслеты, умные часы, умные рубашки, умные кольца, умные электроды, умные гарнитуры, умные очки и т. п.). В исследованиях в области психиатрии чаще всего используют устройства, надеваемые на запястье. Эта методика представляется перспективной и активно разрабатывается для улучшения диагностики расстройств настроения и контроля состояния в период терапии.

Изменения уровня активности, социальных контактов, паттерна сна и других клинических проявлений аффективной фазы [54–56] приводят к изменениям физиологических показателей, которые современные технологические устройства могут постоянно мониторить с высокой точностью в режиме реального времени [57, 58]. Ассоциирование этих цифровых сигналов с активностью болезни потенциально могло бы позволить выделить цифровые биомаркеры [59], которые основаны на регистрации физиологических показателей, дают объективную информацию и поддаются количественной оценке. Также с помощью цифровых устройств можно регистрировать поведенческие показатели [53, 60], которые до настоящего времени оцениваются только клинически. Цифровые биомаркеры могут стать ценным инструментом для повышения точности диагностики, улучшения мониторинга и персонализации вмешательств [55] и способствовать развитию точной медицины [61]. Это представляется особенно важным для психиатрии, поскольку отсутствуют точные биологические методы диагностики психических расстройств.

Наиболее часто используется регистрация данных о физической активности, показателях сна и частоте сердечных сокращений (ЧСС) [62]. Несмотря на доказанную точность регистрируемых измерений активности, удобство для пациентов [63] и экономичность [64], их внедрение в клиническую практику остается сложной задачей [65].

Актиграфия является неинвазивным методом мониторинга покоя и активности человека [66]. С ее помощью можно фиксировать измененные ритмы сна в период ремиссии БАР [67], а также выявлять биомаркеры, указывающие на вероятное развитие депрессивной симптоматики [68]. Актиграфия позволяет получить объективные данные, которые могут свидетельствовать о наличии тех или иных расстройств настроения или указывать на изменения симптоматики [69]. Так, регистрация пульса с помощью носимых устройств выявила различия в вариабельности сердечного ритма между пациентами с БАР и группой здоровых добровольцев [70], а также при различных аффективных синдромах БАР [71]. Известно, что при биполярной и униполярной депрессии, а также при суицидальном поведении наблюдаются вегетативные изменения, которые могут быть зафиксированы как гипореактивная электро-

дермальная активность (ЭДА) [72, 73]. В настоящее время существуют носимые устройства исследовательского класса, в которые встроены датчики, позволяющие непрерывно собирать данные ЭДА [74] и таким образом регистрировать вегетативные изменения у пациентов с РДР [75] и косвенно выявлять и оценивать тяжесть депрессивных состояний при БАР и РДР [76].

Несмотря на перспективность использования цифровых биомаркеров, до настоящего времени они остаются недостаточно разработанными для широкого внедрения в клиническую практику.

Использование скрининговых инструментов может быть хорошим подспорьем в диагностике БАР при условии последующего детального квалифицированного клинического анализа. Лишь последовательные действия в клинической диагностике и формирование детального плана терапии, учитывающего индивидуальные особенности статуса пациента и течения заболевания, могут привести к успешной терапии.

Ранняя фармакологическая интервенция позволяет модифицировать спонтанное течение заболевания [77, 78 и др.] и обеспечить формирование длительных эутимных периодов. Исследования показывают, что функциональные возможности пациентов с БАР прогрессивно ухудшаются по мере нарастания числа аффективных эпизодов [79, 80], которое находится в обратной зависимости от продолжительности ремиссий [81, 82 и др.]. Интересно, что когнитивный дефицит, который выявляется у пациентов с БАР в периоды ремиссий, также нарастает по мере увеличения числа перенесенных аффективных фаз [83, 84 и др.]. Считается, что это проявление усиления нейродегенеративных процессов мозга при прогрессировании заболевания (нейропрогрессии). Ранняя устойчивая ремиссия обеспечивает в будущем более высокий уровень психосоциальной активности и более низкое рецидивирование [85].

Исследования фармакотерапии БАР II проводятся крайне редко, а контролируемые исследования и вовсе отсутствуют. Это связывают со сложностями точной диагностики и трудностями выявления гипомании, затрудняющими набор в исследование достаточного числа пациентов [86]. Недостаточная доказательная база не позволяет разработать отдельные рекомендации для лечения БАР I и БАР II. Между тем накапливающиеся данные об особенностях течения заболевания и ответа на фармакотерапию позволяют предположить, что лечение при БАР I и БАР II требует дифференцированного подхода [86, 87]. Преобладание депрессивной симптоматики при БАР II и особенности течения заболевания имеют существенное значение для определения тактики лечения как в острый период, так и в период подбора профилактической терапии [83 и др.], направленной на предотвращение последующих эпизодов и сохранение социальной адаптации пациентов. Цели профилактической терапии различаются при разных типах БАР: если при БАР II основной целью является профилактика депрессий, то при БАР I одинаково важно предотвращение как эпизодов депрессии, так и мании [85–88 и др.].

Купирование депрессивных фаз — одна из основных задач терапии БАР II. В большинстве

национальных руководств для лечения депрессии и профилактики депрессивного эпизода больным с обоими типами заболевания рекомендуется одинаковая фармакотерапия, основой которой служат нормотимики. Однако ни один из препаратов группы нормотимиков не имеет зарегистрированных показаний для лечения депрессии при БАР.

Согласно результатам метаанализа 18 двойных слепых рандомизированных клинических исследований (РКИ) с участием 4 105 больных, нормотимики оказывали умеренный эффект при остром эпизоде биполярной депрессии (БД) [89]. Монотерапия нормотимиками ассоциировалась с повышением частоты терапевтического ответа и ремиссии по сравнению с плацебо и не уступала по эффективности комбинированной терапии. Однако контролируемых сравнительных исследований нормотимиков при БД недостаточно и они имеют ограничения, связанные с небольшой продолжительностью и высокой частотой отмены препаратов.

Эффективность солей лития (СЛ) при купировании БД была продемонстрирована в нескольких РКИ [90, 91]. К достоинствам СЛ относят их доказанные антисуицидальные свойства [92 и др.], к недостаткам — высокую частоту побочных эффектов, выраженную зависимость антидепрессивной активности от концентраций в крови и медленное развитие антидепрессивного эффекта [93, 94]. Для достижения отчетливого клинического эффекта СЛ требуется в среднем 6–8 недель, поэтому монотерапия этим препаратом в остром периоде депрессивной фазы в большинстве случаев оказывается недостаточной [95].

Результаты исследований СЛ в случае купирования депрессии при БАР II [96–100] противоречивы. Открытое рандомизированное сравнительное исследование [100] СЛ и ламотриджина (ЛАМ) не выявило различий по среднему баллу по шкале Montgomery-Asberg depression rating scale [101] между препаратами. Число респондеров в группе с быстроциклическим течением и без него не различалось, хотя у последних наблюдался более высокий процент выбывания из исследования. В другом исследовании 142 пациента были рандомизированы в группы «сертралин + плацебо», «СЛ + плацебо и сертралин + СЛ» ($n = 48$) [102]. Группы не различались по числу респондеров, однако лечение комбинацией сертралина с СЛ сопровождалось значительно более высокими показателями выбывания из исследования, чем монотерапия. У пациентов без быстроциклического течения в обеих группах, получавших монотерапию, показатели эффективности терапии были выше, чем в группе комбинированной терапии.

При депрессии в рамках БАР II часто наблюдаются черты смешанного аффекта. С учетом неэффективности СЛ при смешанных состояниях, а также противоречивости результатов исследований его эффективности при купировании депрессии в рамках БАР его рекомендуют как препарат второй линии [19, 103, 104]. Оптимальное терапевтическое окно концентраций СЛ в плазме крови при купировании БД при БАР II не определено, однако в плацебо-контролируемом исследовании с участием больных с БАР II и БАР I [19] наиболее оптимальной оказалась концентрация СЛ в сыворотке около 0,8 ммоль/л.

Доказательная база эффективности вальпроата натрия (ВН) при купирующей терапии БД также весьма ограничена. Заключение о его эффективности и хорошей переносимости основывается на результатах двух метаанализов, в каждый из которых было включено по четыре РКИ с общим числом участников 142 [105 и др.]. По сравнению с СЛ ВН обладает более благоприятным профилем побочных эффектов и лучше переносится больными [98].

Эффективность ВН при купировании депрессии в рамках БАР II в качестве монотерапии и в составе комбинированной терапии была продемонстрирована в двух небольших открытых исследованиях [106, 107]. В двойном слепом рандомизированном исследовании, включавшем пациентов с БАР I и БАР II, не наблюдалось достоверной разницы между долями пациентов, удовлетворяющих критериям выздоровления, в группах ВН (43 %) и плацебо (27 %) [108], что, возможно, связано с недостаточным объемом выборки [109]. Есть данные о том, что ВН более эффективен при депрессии у больных с быстрой циклическостью и с БАР II по сравнению с БАР I [109].

Место ВН в терапии БД в разных клинических рекомендациях определяется по-разному. В ряде руководств [110] они считаются препаратами первой линии, как в виде монотерапии, так и в комбинации с СЛ или АД, в других, напротив, они не рекомендуются в качестве препаратов первой линии [102, 111, 112].

Карбамазепин (КРБ) не изучался при БД в двойных слепых контролируемых исследованиях, однако, согласно объединенным данным четырех небольших контролируемых и восьми открытых исследований, эффективность терапии препаратом имела место у 56 % пациентов [113].

В РКИ с участием больных с БАР I и БАР II, имеющих резидуальные маниакальные или депрессивные симптомы на фоне поддерживающей терапии СЛ, добавление 8-недельного приема КРБ или окскарбазепина значительно снизило выраженность депрессивной симптоматики, причем окскарбазепин был эффективнее КРБ [114]. Результаты пациентов с БАР II не были представлены отдельно.

При использовании КРБ в комбинированной терапии имеется высокий риск лекарственных взаимодействий из-за фармакокинетической индукции цитохрома P450. В частности, не рекомендуется сочетать его с оланзапином или рисперидоном [115, 116].

Доказана эффективность ЛАМ в качестве средства предотвращения рецидивов БАР I [117, 118]. Результаты его применения при БАР I часто экстраполируются на БАР II, так как ЛАМ — единственный используемый при БАР нормотимик, который преимущественно влияет на депрессивную фазу, преобладающую при БАР II [37, 54 и др.].

Антидепрессивная активность ЛАМ при купирующей терапии БД при БАР I доказана в двух РКИ и метаанализе [119–121]. Однако в некоторых РКИ не удалось продемонстрировать превосходство ЛАМ перед плацебо [122]. Сравнительный анализ данных крупных двойных слепых РКИ показал, что ЛАМ уступает по эффективности кветиапину (КВЕ) и комбинации оланзапина (ОЛА) с флуоксетином, но превосходит их по переносимости [123]. По результатам система-

тического обзора комбинация СЛ с ЛАМ превосходит по эффективности каждый из препаратов в отдельности и является наиболее эффективным видом комбинированной терапии при БД [123].

Доказательные данные о возможности применения ЛАМ при БАР II для предотвращения рецидивов заболевания были получены в двух ретроспективных исследованиях, проведенных в условиях обычной практики [125]. Положительный эффект длительной терапии (в среднем 20 месяцев) был достигнут у 61 пациента с БАР II при использовании ЛАМ, чаще в сочетании с АД или СЛ/ВН [126, 127]. В 8-недельном РКИ ЛАМ в качестве дополнения к СЛ при эпизодах депрессии в рамках БАР I или БАР II превосходил по эффективности плацебо ($n = 124$) [95]. Больных, не ответивших на лечение в данном исследовании, переводили во вторую фазу и добавляли пароксетин; он оказался эффективным у пациентов, не ответивших на сочетание плацебо + СЛ, но не действовал у тех, кто не ответил на комбинацию СЛ + ЛАМ [95].

Монотерапия ЛАМ в качестве профилактики рецидивов гипомании оказалась недостаточно эффективной, поэтому его сочетание с СЛ, ВН или атипичными антипсихотиками можно рассматривать как хороший вариант долгосрочной терапии БАР II, в клинической картине которого преобладает депрессия [128 и др.]. В то же время результаты одного 16-недельного исследования с участием пациентов с депрессией в рамках БАР II продемонстрировали аналогичную эффективность ЛАМ и СЛ [100].

С учетом того что дозу ЛАМ требуется увеличивать медленно, данный препарат рекомендуется в качестве монотерапии или дополнительной терапии, в первую очередь при легкой или умеренной депрессии в рамках БАР II и особенно для профилактики ее рецидивов [105].

В последние годы в практику лечения БАР все шире внедряют антипсихотики второго поколения (АВП). Для купирования и профилактики маниакальных фаз в России разрешены к медицинскому применению все АВП, кроме луразидона, для купирования рецидивов депрессии — КВЕ, луразидон (можно использовать также для длительной противорецидивной терапии депрессии), кариразин и оланзапин в комбинации с флуоксетином, а для купирования и профилактики рецидивов смешанных состояний (СС) — zipрасидон, кариразин и оланзапин.

Для большинства АВП при БАР проведены спланированные доказательные РКИ, оценивающие их эффективность и безопасность. Прежде всего они обладают аниманиакальным эффектом и могут применяться для профилактики рецидивов маниакальных фаз после успешного купирования острого состояния. Наряду с этим некоторые из них могут купировать депрессивную симптоматику. Таким образом, подобно нормотимикам АВП могут применяться при различных фазах и синдромах БАР, обладая при этом недостающим нормотимикам антипсихотическим действием. Благодаря этим свойствам в последнее время АВП все более широко используются для лечения БАР [129 и др.]. АВП имеют очевидные преимущества перед классическими нейрорепрессантами в лечении БАР, которые заключаются не только в возможности эффективного купирования

маниакальной симптоматики при более высокой переносимости, но и в потенциальной возможности предотвращения инверсии фазы [130, 131]. Это подтверждается результатами российского открытого рандомизированного шестинедельного сравнительного исследования [132].

Имеется достаточно доказательных данных эффективности и безопасности АВП при лечении депрессии в рамках БАР I и длительной противорецидивной терапии [133, 134 и др.], но при БАР II исследований мало и большинство из них имеют существенные методологические недостатки: малые выборки, наблюдательный или ретроспективный дизайн и т. п. Исключение составляют исследования КВЕ, эффективность которого при депрессии в рамках БАР II надежно подтверждена [135, 136]. В исследованиях BOLDER I [137] и EMBOLDEN I [138] у больных БАР II, получавших КВЕ, к концу исследования (8-я неделя) наблюдалась лишь тенденция к улучшению по шкале Montgomery-Asberg depression rating scale [101], хотя на предыдущих еженедельных визитах разница с контрольной группой носила достоверный характер. Напротив, в исследованиях BOLDER II [138] и EMBOLDEN II [139] была достигнута статистически достоверная разница в пользу КВЕ. Кроме того, ретроспективный анализ данных всех пациентов с БАР II, участвовавших в обоих исследованиях BOLDER, показал, что КВЕ в дозах 300 мг/сут ($n = 107$) и 600 мг/сут ($n = 106$) достоверно превосходил по эффективности плацебо, начиная с первой недели и на протяжении всего исследования [140]. Показано, что КВЕ снижает показатели тревоги [139] и эффективен у больных с быстрой цикличностью.

Доказана также и эффективность КВЕ в качестве средства предотвращения рецидивов депрессивных эпизодов при БАР [141]. Кроме того, КВЕ обладает способностью редуцировать длительно существующие подпороговые симптомы депрессии при БАР I и БАР II [142].

Кветиапин в целом обладает хорошей переносимостью, однако при его лечении у пациентов существует риск развития гиперседации, повышения массы тела и, реже — экстрапирамидных расстройств. Больные с БАР II более чувствительны к побочным эффектам, чем пациенты с БАР I, но пока что КВЕ — это единственный препарат с подтвержденной эффективностью при БАР II [141].

Эффективность рисперидона при лечении БД не доказана. Наблюдательное исследование с участием больных с БАР I и БАР II продемонстрировало, что рисперидон может обладать антидепрессивным действием [143], однако отдаленные результаты применения инъекционной пролонгированной формы препарата указывают на то, что рисперидон предотвращает маниакальные, но не депрессивные эпизоды [144, 145].

Исследований эффективности рисперидона при БАР II не проводилось, однако, по мнению ряда экспертов, рисперидон хорошо переносится больными с гипоманией в рамках БАР II и, по-видимому, в большей мере защищает от рецидивов гипомании, чем депрессии [146].

Такие побочные эффекты, как экстрапирамидные симптомы, гиперпролактинемия и прибавка массы

тела, существенно ограничивают потенциальную возможность применения рисперидона при БАР.

Эффективность оланзапина при БАР II не изучалась. Антидепрессивный эффект оланзапина продемонстрирован только в комбинации с флуоксетином у больных с БАР I [147], а также при депрессии со смешанными симптомами [148]. При гипомании оланзапин также не изучался, но есть одно исследование его применения при легкой мании (которую можно рассматривать как состояние, приближенное к гипомании), в котором оланзапин превосходил плацебо, но уступал ВН [149]. Основными факторами, ухудшающими переносимость оланзапина, служат увеличение массы тела, высокий риск повышения уровня сахара в крови и развития метаболического синдрома. Интересно, что пациенты с расстройствами биполярного спектра более склонны к развитию метаболических нарушений, чем, например, пациенты с РДР [150, 151].

Для луразидона доказана его эффективность при лечении депрессии в рамках БАР I, однако нет доказательств его эффективности при мании и до сих пор не проведено ни одного исследования луразидона при БАР II. По сравнению с другими антипсихотиками луразидон несет меньший риск увеличения массы тела, а также нарушений обмена веществ.

Зипрасидон изучался в открытом 8-недельном исследовании с участием 20 пациентов БАР II [152]. Достоверное улучшение по шкалам Hamilton Depression Rating Scale [153] и Clinical Global Impression Scale [154] наблюдалось уже на первой неделе лечения препаратом, к концу исследования ремиссии достигли 13 (43 %) пациентов, доля респондеров составила 60 %. Однако, согласно результатам последнего метаанализа, у смешанной категории пациентов зипрасидон не превосходит по эффективности плацебо [155].

Эффективность карипразина при депрессии в рамках БАР I была доказана в двух крупных плацебо-контролируемых исследованиях [156, 157]. Нежелательные явления, часто наблюдаемые в этих исследованиях, включали акатию, неусидчивость, утомляемость и тошноту, причем частота развития акатии имела дозозависимый характер. Изменения показателей метаболизма и массы тела были аналогичны значениям в группе плацебо.

Антипсихотики часто используются для лечения БАР II как дополнение к другим препаратам, но данных РКИ, прямо подтверждающих этот подход, мало или совсем нет. Монотерапия арипипразолом депрессии в рамках БАР I не показала эффективности [158], а при БАР II арипипразол не изучали. Однако в некоторых случаях БАР II арипипразол успешно применяли как вспомогательный препарат [159, 160].

Для азенапина [161], зипрасидона [162] и карипразина [163] доказана эффективность в качестве вспомогательного препарата или монотерапии при депрессии в рамках БАР I, в то время как доказательств в пользу возможности их использования при депрессии в рамках БАР II нет. Другие широко применяемые антипсихотики второго поколения (клозапин, амисульприд и палиперидон) при БАР II не исследовали.

Все последние зарубежные клинические рекомендации, основанные на результатах доказатель-

ных исследований, ограничивают использование антидепрессантов (АД) при БД только теми случаями, когда иная терапия оказалась неэффективной [164, 165], а при смешанных состояниях с преобладанием депрессивной симптоматики они противопоказаны [166, 167].

Однако до настоящего времени АД остаются классом препаратов, наиболее часто назначаемых больным с БД [168]. Несмотря на авторитетные мнения многих экспертов и клинические рекомендации, призывающие к сокращению использованию АД при БАР и ограничению их места только теми случаями, когда другие терапевтические методы оказались неэффективными, практикующие врачи продолжают их широкое использование, назначая АД уже на первых этапах терапии БД в комбинации с нормотимиком или в виде монотерапии [169].

На протяжении последних 20 лет вопрос о целесообразности использования АД при БД вызывал серьезные разногласия специалистов, большинство из которых утверждали, что АД потенциально приносит больше вреда пациентам с БАР, чем пользы, в связи с их сомнительной эффективностью при БД, способностью увеличивать суицидальный риск, провоцировать инверсию фазы и формирование быстроциклического течения [170–172 и др.]. Особенно это касается трициклических АД, которые наиболее часто провоцируют инверсию фазы при БАР (в 11–74 % случаев) [169]. Эффективность АД при БД не доказана [173].

Данные по эффективности АД при БАР II более разнородны, чем при БАР I, и лечение АД, в том числе монотерапия, может оказаться адекватным в некоторых случаях БАР II [174]. Данных литературы о возможностях использования АД при БАР II очень мало и они неоднозначны. Поэтому в настоящий момент невозможно сделать вывод об эффективности и безопасности этих препаратов. Эффективность пароксетина в дозе 20 мг/сут в смешанной выборке больных с депрессией в рамках БАР I и БАР II оказалась низкой при обоих вариантах БАР [175]. В других РКИ, в которых изучали применение АД у пациентов только с БАР II, эти средства превосходили по эффективности плацебо и литий и были с ним сопоставимы по безопасности как при краткосрочной [176], так и при долгосрочной терапии [177, 178]. Есть данные о сопоставимой эффективности и переносимости сертралина и СЛ [102]. Данные одного РКИ показали, что у пациентов с БАР II циталопрам может стабилизировать настроение (оказывать антидепрессивное и антигипоманиакальное действие) [179].

В рекомендациях по лечению пациентов с БАР II для предотвращения рецидивов рекомендуется длительный прием нормотимиков. В качестве стабилизаторов настроения первой линии в период поддерживающей терапии по-прежнему рекомендуются СЛ и ЛАМ [105, 128, 180 и др.].

Таким образом, вышеизложенное показывает, что БАР II остается малоизученным заболеванием как с точки зрения методов диагностики, так и подходов к терапии. БАР II имеет большую распространенность и поражает чаще всего молодых, физически здоровых, работоспособных людей, социальная адаптация которых напрямую зависит от частоты,

тяжести и длительности развивающихся у них фаз. Выявляемость этого заболевания остается до настоящего времени крайне низкой, в связи с чем пациенты, страдающие БАР II, не получают адекватной помощи на протяжении десятилетий. При этом известно, что только раннее начало терапии позволяет обеспечить максимальный контроль над симптоматикой и сохранение социальной адаптации пациента. В связи с этим представляется важным расширение образовательных программ для врачей и внедрение в повседневную практику скрининговых инструментов с целью повысить раннюю выявляемость этого заболевания. Перспективным для улучшения и активизации диагностики, а также для мониторин-

га состояния пациента в период лечения является внедрение в практику мобильных отслеживающих устройств типа актиметрии.

В последнее десятилетие существенно расширился арсенал средств для лечения БАР и изменились подходы к терапии заболевания, и прежде всего депрессивных фаз. Однако доказательные исследования эффективности лекарственных средств касаются в основном БАР I типа, в то время как для БАР II типа они практически отсутствуют.

Все это определяет необходимость проведения дополнительных исследований и внедрение новых методов диагностики и терапии БАР II типа с целью обеспечить максимально раннее начало терапии.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th version). – Washington: American Psychiatric Association, 2013.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. World Health Organization, 1993. – Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf (accessed September 9, 2023).
4. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). – ICD-11, 2019. – Available at: <https://icd.who.int/en> (accessed September 9, 2023).
5. APA Practice Guidelines // Am J of Psych. – 2002. – Vol. 159, no. 4, suppl. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1531>
6. Coryell W., Endicott J., Keller M. Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course // Arch Gen Psychiatry. – 1992. – Vol. 49 (2). – Pp. 126–131. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820020046006>
7. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: A clinical spectrum or distinct disorders? // J Affect Disord. – 2003. – Vol. 73. – Pp. 19–32. – [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00324-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00324-5)
8. Joyce P.R., Luty S.E., McKenzie J.M. et al. Bipolar II disorder: personality and outcome in two clinical samples // Aust N Z J Psychiatry. – 2004. – Vol. 38. – Pp. 433–438. – <https://doi.org/10.1017/S0033291705006823>
9. Regeer E.J., Krabbendam L., de Graaf R. et al. A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population // Psychol Med. – 2006. – Vol. 36. – Pp. 619–627.
10. Brugue E., Colom F., Sanchez-Moreno J. et al. Depression subtypes in bipolar I and II disorders // Psychopathology. – 2008. – Vol. 41 (2). – Pp. 111–114. – <https://doi.org/10.1159/000112026>
11. Baldessarini R.J., Bolzani L., Cruz N. Onset-age of bipolar disorders at six international sites // J Affect Dis. – 2010. – Vol. 121. – Pp. 143–146. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.030>
12. Larsson S., Lorentzen S., Mork E. Age at onset of bipolar disorder in a Norwegian catchment area sample // J Affect Disord. – 2010. – Vol. 124. – Pp. 174–177. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.031>
13. Tondo L., Lepri B., Cruz N. Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patients // Acta Psychiatr Scand. – 2010. – Vol. 121. – Pp. 446–452. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01523.x>
14. Chou K.L., Mackenzie C.S., Liang K., Sareen J. Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // J Clin Psychiatry. – 2011. – Vol. 72 (2). – Pp. 144–155. – <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05618gry>
15. Mathieu F., Dizier M.H., Etain B. et al. European collaborative study of early-onset bipolar disorder: evidence for genetic heterogeneity on 2q14 according to age at onset // Am J Med. 2010. – Genet B. Neuropsychiatr Genet 153B (8). – Pp. 1425–1433. – <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.31121>
16. Benazzi F. Bipolar II disorder: Epidemiology, diagnosis and management // CNS Drugs. – 2007. – Vol. 21, no. 9. – Pp. 727–740. – <https://doi.org/10.2165/00023210-200721090-00003>
17. Wilde A., Chan H.N., Rahman B. et al. A meta-analysis of the risk of major affective disorder in relatives of individuals affected by major depressive disorder or bipolar disorder // J Affect Disord. – 2014. – Vol. 158. – Pp. 37–47. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.014>
18. Sharma V., Burt V.K. DSM-V: Modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania // Arch Women's Ment Health. – 2011. – Vol. 14 (1). – Pp. 67–69. – <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0182-2>
19. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder // Arch Gen Psychiatry. – 2002. – Vol. 59 (6). – Pp. 530–537. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.530>
20. Post R.M., Denicoff K.D., Leverich G.S. et al. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64 (6). – Pp. 680–690. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0610>
1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th version). – Washington: American Psychiatric Association, 2013.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. World Health Organization, 1993. – Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf (accessed September 9, 2023).
4. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). – ICD-11, 2019. – Available at: <https://icd.who.int/en> (accessed September 9, 2023).
5. APA Practice Guidelines // Am J of Psych. – 2002. – Vol. 159, no. 4, suppl. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1531>
6. Coryell W., Endicott J., Keller M. Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course // Arch Gen Psychiatry. – 1992. – Vol. 49 (2). – Pp. 126–131. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820020046006>
7. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: A clinical spectrum or distinct disorders? // J Affect Disord. – 2003. – Vol. 73. – Pp. 19–32. – [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00324-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00324-5)
8. Joyce P.R., Luty S.E., McKenzie J.M. et al. Bipolar II disorder: personality and outcome in two clinical samples // Aust N Z J Psychiatry. – 2004. – Vol. 38. – Pp. 433–438. – <https://doi.org/10.1017/S0033291705006823>
9. Regeer E.J., Krabbendam L., de Graaf R. et al. A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population // Psychol Med. – 2006. – Vol. 36. – Pp. 619–627.
10. Brugue E., Colom F., Sanchez-Moreno J. et al. Depression subtypes in bipolar I and II disorders // Psychopathology. – 2008. – Vol. 41 (2). – Pp. 111–114. – <https://doi.org/10.1159/000112026>
11. Baldessarini R.J., Bolzani L., Cruz N. Onset-age of bipolar disorders at six international sites // J Affect Dis. – 2010. – Vol. 121. – Pp. 143–146. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.030>
12. Larsson S., Lorentzen S., Mork E. Age at onset of bipolar disorder in a Norwegian catchment area sample // J Affect Disord. – 2010. – Vol. 124. – Pp. 174–177. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.031>
13. Tondo L., Lepri B., Cruz N. Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patients // Acta Psychiatr Scand. – 2010. – Vol. 121. – Pp. 446–452. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01523.x>
14. Chou K.L., Mackenzie C.S., Liang K., Sareen J. Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // J Clin Psychiatry. – 2011. – Vol. 72 (2). – Pp. 144–155. – <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05618gry>
15. Mathieu F., Dizier M.H., Etain B. et al. European collaborative study of early-onset bipolar disorder: evidence for genetic heterogeneity on 2q14 according to age at onset // Am J Med. 2010. – Genet B. Neuropsychiatr Genet 153B (8). – Pp. 1425–1433. – <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.31121>
16. Benazzi F. Bipolar II disorder: Epidemiology, diagnosis and management // CNS Drugs. – 2007. – Vol. 21, no. 9. – Pp. 727–740. – <https://doi.org/10.2165/00023210-200721090-00003>
17. Wilde A., Chan H.N., Rahman B. et al. A meta-analysis of the risk of major affective disorder in relatives of individuals affected by major depressive disorder or bipolar disorder // J Affect Disord. – 2014. – Vol. 158. – Pp. 37–47. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.014>
18. Sharma V., Burt V.K. DSM-V: Modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania // Arch Women's Ment Health. – 2011. – Vol. 14 (1). – Pp. 67–69. – <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0182-2>
19. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder // Arch Gen Psychiatry. – 2002. – Vol. 59 (6). – Pp. 530–537. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.530>
20. Post R.M., Denicoff K.D., Leverich G.S. et al. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64 (6). – Pp. 680–690. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0610>

21. Altshuler L.L., Kupka R.W., Helleman G. et al. Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network // *Am J Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167 (6). – Pp. 708–715.
22. McIntyre R.S. Improving the early recognition and diagnosis of bipolar disorder // *J Clin Psychiatry*. – 2014, Feb. – Vol. 75 (2). – eQ3. – <https://doi.org/10.4088/JCP.13010tx1c>
23. Suppes T., Mintz J., McElroy S.L. et al. Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: A sex-specific phenomenon // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. Vol. 62 (10). – Pp. 1089–1096. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1089>
24. Angst J., Cui L., Swendsen J. et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication // *Am J Psychiatry*. – 2010. Vol. 167 (10). – Pp. 1194–1201. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09071011>
25. Merikangas K.R., Jin R., He J.P. et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative // *Arch Gen Psychiatry*. – 2011. – Vol. 68 (3). – Pp. 241–251. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00810.x>
26. McElroy S.L., Frye M.A., Helleman G. et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder // *J Affect Disord*. – 2011. – Vol. 128 (3). – Pp. 191–198.
27. Mantere O., Isomets E., Ketokivi M. et al. A prospective latent analyses study of psychiatric comorbidity of DSM-I bipolar I and II disorders // *Bipolar Disord*. – 2010. – Vol. 12 (3). – Pp. 271–284.
28. Hirschfeld R.M., Vornik L.A. Recognition and diagnosis of bipolar disorder // *J Clin Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65, suppl. 15. – Pp. 5–9.
29. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // *Современная терапия психических расстройств*. – 2014. – Вып. 2. – С. 2–14.
30. Mosolov S., Ushkalova A., Kostukova E., Shafarenko A., Alfimov P., Kostjukova A., Jules A. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *Bipolar Disord*. – 2014, Jun. – Vol. 16 (4). – Pp. 389–399. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12192>
31. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. современная диагностика и терапия биполярного аффективного расстройства: от доказательных научных исследований к клинической практике // *Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина — клинической практике*. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 491–528.
32. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression // *Psychiatr Serv*. – 2001. – Vol. 52 (1). – Pp. 51–55. – <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.1.51>
33. Akiskal H.S., Pinto G. The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III and IV. The Psychiatric clinics of North America // Akiskal H. (ed.). Bipolarity: Beyond classic mania. – Saunders Co., Philadelphia. – 1999. – Vol. 22, no. 3, Sept. – Pp. 517–535. – [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70093-9](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70093-9)
34. Brancati G.E., Vieta E., Azorin J.-M. et al. The role of overlapping excitatory symptoms in major depression: are they relevant for the diagnosis of mixed state? // *Journal of Psychiatry Research*. – 2019. – Vol. 115. – Pp. 151–157. – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.014>
35. Barbuti M., Mainardi C., Pacchiarotti I. et al. The role of different patterns of psychomotor symptoms in major depressive episode: pooled analysis of the BRIDGE and BRIDGE-II-MIX cohorts // *Bipolar Disorders*. – 2019. – Vol. 21. – Pp. 785–793. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12816>
36. Tan T.L., Kales J.D., Kales A., Soldatos C.R., Bixler E.D. Biopsychobehavioral correlates of insomnia, IV: Diagnosis based on DSM-III // *American Journal of Psychiatry*. – 1984. – Vol. 141. – Pp. 357–362. – <https://doi.org/10.1176/ajp.141.3.357>
37. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 // *Bipolar Disord*. – 2013. – Vol. 15 (1). – Pp. 1–44. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12025>
38. Ghaemi S.N., Boiman E., Goodwin F.K. Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders // *Compr Psychiatry*. – 2000. – Vol. 41. – Pp. 167–171. – [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90043-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90043-9)
39. MacQueen G.M., Young L.T. Bipolar II disorder: Symptoms, course, and response to treatment // *Psychiatr Serv*. – 2001. – Vol. 52. – Pp. 358–361. – <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.358>
40. Novick D.M., Swartz H.A., Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence // *Bipolar Disord*. – 2010. – Vol. 12, no. 1. – Pp. 1–9. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x>
41. Holma K.M., Haukka J., Suominen K. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder // *Bipolar Disord*. – 2014, Sep. – Vol. 16 (6). – Pp. 652–661. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12195>
42. Rihmer Z., Gonda X. The effect of pharmacotherapy on suicide rates in bipolar patients // *CNS Neurosci Ther*. – 2012. – Vol. 18, no. 3. – Pp. 238–242. – <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00261.x>
43. Tondo L., Lepri B., Baldessarini R.J. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients // *Acta Psychiatr Scand*. – 2007. – Vol. 116 (6). – Pp. 419–428. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01066.x>
44. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // *J Affect Disord*. – 2005. – Vol. 88, no. 2. – Pp. 217–233. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.011>
45. Forty L., Smith D., Jones L. et al. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32) // *J Affect Disord*. – 2009. – Vol. 114 (1–3). – Pp. 68–73. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.017>
21. Altshuler L.L., Kupka R.W., Helleman G. et al. Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network // *Am J Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167 (6). – Pp. 708–715.
22. McIntyre R.S. Improving the early recognition and diagnosis of bipolar disorder // *J Clin Psychiatry*. – 2014, Feb. – Vol. 75 (2). – eQ3. – <https://doi.org/10.4088/JCP.13010tx1c>
23. Suppes T., Mintz J., McElroy S.L. et al. Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: A sex-specific phenomenon // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. Vol. 62 (10). – Pp. 1089–1096. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1089>
24. Angst J., Cui L., Swendsen J. et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication // *Am J Psychiatry*. – 2010. Vol. 167 (10). – Pp. 1194–1201. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09071011>
25. Merikangas K.R., Jin R., He J.P. et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative // *Arch Gen Psychiatry*. – 2011. – Vol. 68 (3). – Pp. 241–251. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00810.x>
26. McElroy S.L., Frye M.A., Helleman G. et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder // *J Affect Disord*. – 2011. – Vol. 128 (3). – Pp. 191–198.
27. Mantere O., Isomets E., Ketokivi M. et al. A prospective latent analyses study of psychiatric comorbidity of DSM-I bipolar I and II disorders // *Bipolar Disord*. – 2010. – Vol. 12 (3). – Pp. 271–284.
28. Hirschfeld R.M., Vornik L.A. Recognition and diagnosis of bipolar disorder // *J Clin Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65, suppl. 15. – Pp. 5–9.
29. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostjukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostjukova A.B. Diagnostika bipoľarnogo afektivnogo rasstrojstva II tipa sredi pacientov s tekushim diaznozom rekurrentnogo depressivnogo rasstrojstva // *Sovremennaja Terapija Psichicheskikh Rasstrojstv*. – 2014. – Vyp. 2. – S. 2–14.
30. Mosolov S., Ushkalova A., Kostukova E., Shafarenko A., Alfimov P., Kostjukova A., Jules A. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *Bipolar Disord*. – 2014, Jun. – Vol. 16 (4). – Pp. 389–399. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12192>
31. Kostjukova E.G., Mosolov S.N. sovremennaja diagnostika i terapija bipoľarnogo afektivnogo rasstrojstva: ot dokazatel'nyh nauchnyh issledovanij k klinicheskoi praktike // *Biologicheskie metody terapii psichicheskikh rasstrojstv. Dokazatel'naja medicina — klinicheskoi praktike*. – M.: Social'no-politicheskaja mysl', 2012. – S. 491–528.
32. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression // *Psychiatr Serv*. – 2001. – Vol. 52 (1). – Pp. 51–55. – <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.1.51>
33. Akiskal H.S., Pinto G. The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III and IV. The Psychiatric clinics of North America // Akiskal H. (ed.). Bipolarity: Beyond classic mania. – Saunders Co., Philadelphia. – 1999. – Vol. 22, no. 3, Sept. – Pp. 517–535. – [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70093-9](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70093-9)
34. Brancati G.E., Vieta E., Azorin J.-M. et al. The role of overlapping excitatory symptoms in major depression: are they relevant for the diagnosis of mixed state? // *Journal of Psychiatry Research*. – 2019. – Vol. 115. – Pp. 151–157. – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.014>
35. Barbuti M., Mainardi C., Pacchiarotti I. et al. The role of different patterns of psychomotor symptoms in major depressive episode: pooled analysis of the BRIDGE and BRIDGE-II-MIX cohorts // *Bipolar Disorders*. – 2019. – Vol. 21. – Pp. 785–793. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12816>
36. Tan T.L., Kales J.D., Kales A., Soldatos C.R., Bixler E.D. Biopsychobehavioral correlates of insomnia, IV: Diagnosis based on DSM-III // *American Journal of Psychiatry*. – 1984. – Vol. 141. – Pp. 357–362. – <https://doi.org/10.1176/ajp.141.3.357>
37. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 // *Bipolar Disord*. – 2013. – Vol. 15 (1). – Pp. 1–44. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12025>
38. Ghaemi S.N., Boiman E., Goodwin F.K. Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders // *Compr Psychiatry*. – 2000. – Vol. 41. – Pp. 167–171. – [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90043-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90043-9)
39. MacQueen G.M., Young L.T. Bipolar II disorder: Symptoms, course, and response to treatment // *Psychiatr Serv*. – 2001. – Vol. 52. – Pp. 358–361. – <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.358>
40. Novick D.M., Swartz H.A., Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence // *Bipolar Disord*. – 2010. – Vol. 12, no. 1. – Pp. 1–9. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x>
41. Holma K.M., Haukka J., Suominen K. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder // *Bipolar Disord*. – 2014, Sep. – Vol. 16 (6). – Pp. 652–661. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12195>
42. Rihmer Z., Gonda X. The effect of pharmacotherapy on suicide rates in bipolar patients // *CNS Neurosci Ther*. – 2012. – Vol. 18, no. 3. – Pp. 238–242. – <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00261.x>
43. Tondo L., Lepri B., Baldessarini R.J. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients // *Acta Psychiatr Scand*. – 2007. – Vol. 116 (6). – Pp. 419–428. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01066.x>
44. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // *J Affect Disord*. – 2005. – Vol. 88, no. 2. – Pp. 217–233. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.011>
45. Forty L., Smith D., Jones L. et al. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32) // *J Affect Disord*. – 2009. – Vol. 114 (1–3). – Pp. 68–73. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.017>

46. Meyer T.D., Hamelstein P., Nilsson L.G. et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): Its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish non-clinical samples // *Compr Psychiatry*. – 2007, Jan–Feb. – Vol. 48 (1). – Pp. 79–87. – <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.07.001>
47. Yang H.C., Xiang Y.T., Liu T.B. et al. Hypomanic symptoms assessed by the HCL-32 in patients with major depressive disorder: A multicenter trial across China // *Affect Disord*. – 2012. – Vol. 143 (1–3). – Pp. 203–207. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.002>
48. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostjukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostjukova A.B., Angst J. Validation of the Russian version of the hypomania checklist (HCL-32) for the detection of bipolar ii disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2014. – Vol. 155, no 1. – Pp. 90–95. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.029>
49. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б., Курсаков А.А., Образцова Л.В. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного эпизода // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2015. – № 1. – С. 21–30.
50. Mosolov S., Yaltonskaya P., Senko O., Angst J. Validation of the Russian version of the hypomania check list (HCL-33) for the detection of bipolar disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *J Affect Disord Rep*. – 2021. – Vol. 4. – Art. 100086. – <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100086>
51. Poon Y., Chung K.F., Tso K.C. et al. The use of Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32 and clinical predictors for screening previously unrecognised bipolar disorder in a general psychiatric setting // *Psychiatry Res*. – 2012. – Vol. 195 (3). – Pp.111–117. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.014>
52. Мосолов С.Н., Ялтонская П.А., Сенко О.В., Курсаков А.А., Алфимов П.В., Ангст Ж. Выявление гипомании у пациентов с рекуррентной депрессией с помощью нового опросника HCL-33 // *Российский психиатрический журнал*. – 2021. – № 6. – С. 59–69.
53. Motahari-Nezhad H., Fgaier M., Mahdi Abid M., Pe ntek M., Gula csi L., Zrubka Z. Digital biomarker-based studies: scoping review of systematic reviews // *JMIR Mhealth Uhealth*. – 2022, Oct. – Vol. 10 (10). – e35722. – <https://doi.org/10.2196/35722>
54. Vieta E., Berk M., Schulze T.G., Carvalho A.F., Suppes T., Calabrese J.R. et al. Bipolar disorders // *Nat Rev Dis Primers*. – 2018, Mar. – Vol. 4. – Art. 18008. – <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>
55. Carvalho A.F., Firth J., Vieta E. Bipolar disorder // *N Engl J Med*. – 2020, Jul. – Vol. 383 (1). – Pp. 58–66. – <https://doi.org/10.1056/NEJMr1906193>
56. Otte C., Gold S.M., Penninx B.W., Pariante C.M., Etkin A., Fava M. et al. Major depressive disorder // *Nat Rev Dis Primers*. – 2016, Sep. – Vol. 2. – Art. 16065. – <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
57. Jain S.H., Powers B.W., Hawkins J.B., Brownstein J.S. The digital phenotype // *Nat Biotechnol*. – 2015, May. – Vol. 33 (5). – Pp. 462–463. – <https://doi.org/10.1038/nbt.3223>
58. Hidalgo-Mazzei D., Young A.H., Vieta E., Colom F. Behavioural biomarkers and mobile mental health: a new paradigm // *Int J Bipolar Disord*. – 2018, May. – Vol. 6 (1). – Art. 9. – <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0119-7>
59. Sheikh M., Gasse M., Kyriacou P.A. Wearable, environmental, and smartphone-based passive sensing for mental health monitoring // *Front Digit Health*. – 2021, Apr. – Vol. 3. – Art. 662811. – <https://doi.org/10.3389/fdgh.2021.662811>
60. Insel T.R. Digital phenotyping: technology for a new science of behavior // *JAMA*. – 2017, Oct. – Vol. 318 (13). – Pp. 1215–1216. – <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11295>
61. Salagre E., Vieta E. Precision psychiatry: complex problems require complex solutions // *Eur Neuropsychopharmacol*. – 2021, Nov. – Vol. 52. – Pp. 94–95. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.07.003>
62. Abd-Alrazaq A., AlSaad R., Aziz S., Ahmed A., Denecke K., Househ M. et al. Wearable artificial intelligence for anxiety and depression: scoping review // *J Med Internet Res*. – 2023, Jan. – Vol. 25. – e42672. – <https://doi.org/10.2196/42672>
63. Germini F., Noronha N., Borg Debono V., Abraham Philip B., Pete D., Navarro T. et al. Accuracy and acceptability of wrist-wearable activity-tracking devices: systematic review of the literature // *J Med Internet Res*. – 2022, Jan. – Vol. 24 (1). – e30791. – <https://doi.org/10.2196/30791>
64. De Angel V., Adeleye F., Zhang Y., Cummins N., Munir S., Lewis S. et al. The feasibility of implementing remote measurement technologies in psychological treatment for depression: mixed methods study on engagement // *JMIR Ment Health*. – 2023, Jan. – Vol. 10. – e42866. – <https://doi.org/10.2196/42866>
65. Lu L., Zhang J., Xie Y., Gao F., Xu S., Wu X. et al. Wearable health devices in health care: narrative systematic review // *JMIR Mhealth Uhealth*. – 2020, Nov. – Vol. 8 (11). – e18907. – <https://doi.org/10.2196/18907>
66. De Looft P., Duursma R., Noordzij M., Taylor S., Jaques N., Scheepers F. et al. Wearables: an R package with accompanying shiny application for signal analysis of a wearable device targeted at clinicians and researchers // *Front Behav Neurosci*. – 2022, Jun. – Vol. 16. – Art. 856544. – <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.856544>
67. Geoffroy P.A., Scott J., Boudebasse C., Lajnef M., Henry C., Leboyer M. et al. Sleep in patients with remitted bipolar disorders: a meta-analysis of actigraphy studies // *Acta Psychiatr Scand*. – 2015, Feb. – Vol. 131 (2). – Pp. 89–99. – <https://doi.org/10.1111/acps.12367>
68. Rykov Y., Thach T.Q., Bojic I., Christopoulos G., Car J. Digital biomarkers for depression screening with wearable devices: cross-sectional study with machine learning modeling // *JMIR Mhealth Uhealth*. – 2021, Oct. – Vol. 9 (10). – e24872. – <https://doi.org/10.2196/24872>
69. Jacobson N.C., Weingarden H., Wilhelm S. Digital biomarkers of mood disorders and symptom change // *NPJ Digit Med*. – 2019, Feb. – Vol. 2. – Art. 3. – <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0078-0>
70. Faurholt-Jepsen M., Kessing L.V., Munkholm K. Heart rate variability in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis // *Neurosci Biobehav Rev*. – 2017, Feb. – Vol. 73. – Pp. 68–80. – <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.007>
46. Meyer T.D., Hamelstein P., Nilsson L.G. et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): Its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish non-clinical samples // *Compr Psychiatry*. – 2007, Jan–Feb. – Vol. 48 (1). – Pp. 79–87. – <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.07.001>
47. Yang H.C., Xiang Y.T., Liu T.B. et al. Hypomanic symptoms assessed by the HCL-32 in patients with major depressive disorder: A multicenter trial across China // *Affect Disord*. – 2012. – Vol. 143 (1–3). – Pp. 203–207. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.002>
48. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostjukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostjukova A.B., Angst J. Validation of the Russian version of the hypomania checklist (HCL-32) for the detection of bipolar ii disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2014. – Vol. 155, no 1. – Pp. 90–95. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.029>
49. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostjukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostjukova A.B., Kursakov A.A., Obratzova L.V. Validizacija rossijskoj versii oprosnika HCL-32 dlja vyjavlenija pacientov s bipoljarnym afektivnym rasstrojstvom II tipa sredi boľnyh, nabljudajushhsja s diagnozom rekurrentnogo depressivnogo jepizoda // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. – 2015. – № 1. – S. 21–30.
50. Mosolov S., Yaltonskaya P., Senko O., Angst J. Validation of the Russian version of the hypomania check list (HCL-33) for the detection of bipolar disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *J Affect Disord Rep*. – 2021. – Vol. 4. – Art. 100086. – <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100086>
51. Poon Y., Chung K.F., Tso K.C. et al. The use of Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32 and clinical predictors for screening previously unrecognised bipolar disorder in a general psychiatric setting // *Psychiatry Res*. – 2012. – Vol. 195 (3). – Pp.111–117. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.014>
52. Mosolov S.N., Yaltonskaja P.A., Sen'ko O.V., Kursakov A.A., Alfimov P.V., Angst Zh. Vyjavlenie gipomani u pacientov s rekurrentnoj depressiej s pomoshh'ju novogo oprosnika HCL-33 // *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal*. – 2021. – № 6. – S. 59–69.
53. Motahari-Nezhad H., Fgaier M., Mahdi Abid M., Pe ntek M., Gula csi L., Zrubka Z. Digital biomarker-based studies: scoping review of systematic reviews // *JMIR Mhealth Uhealth*. – 2022, Oct. – Vol. 10 (10). – e35722. – <https://doi.org/10.2196/35722>
54. Vieta E., Berk M., Schulze T.G., Carvalho A.F., Suppes T., Calabrese J.R. et al. Bipolar disorders // *Nat Rev Dis Primers*. – 2018, Mar. – Vol. 4. – Art. 18008. – <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>
55. Carvalho A.F., Firth J., Vieta E. Bipolar disorder // *N Engl J Med*. – 2020, Jul. – Vol. 383 (1). – Pp. 58–66. – <https://doi.org/10.1056/NEJMr1906193>
56. Otte C., Gold S.M., Penninx B.W., Pariante C.M., Etkin A., Fava M. et al. Major depressive disorder // *Nat Rev Dis Primers*. – 2016, Sep. – Vol. 2. – Art. 16065. – <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
57. Jain S.H., Powers B.W., Hawkins J.B., Brownstein J.S. The digital phenotype // *Nat Biotechnol*. – 2015, May. – Vol. 33 (5). – Pp. 462–463. – <https://doi.org/10.1038/nbt.3223>
58. Hidalgo-Mazzei D., Young A.H., Vieta E., Colom F. Behavioural biomarkers and mobile mental health: a new paradigm // *Int J Bipolar Disord*. – 2018, May. – Vol. 6 (1). – Art. 9. – <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0119-7>
59. Sheikh M., Gasse M., Kyriacou P.A. Wearable, environmental, and smartphone-based passive sensing for mental health monitoring // *Front Digit Health*. – 2021, Apr. – Vol. 3. – Art. 662811. – <https://doi.org/10.3389/fdgh.2021.662811>
60. Insel T.R. Digital phenotyping: technology for a new science of behavior // *JAMA*. – 2017, Oct. – Vol. 318 (13). – Pp. 1215–1216. – <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11295>
61. Salagre E., Vieta E. Precision psychiatry: complex problems require complex solutions // *Eur Neuropsychopharmacol*. – 2021, Nov. – Vol. 52. – Pp. 94–95. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.07.003>
62. Abd-Alrazaq A., AlSaad R., Aziz S., Ahmed A., Denecke K., Househ M. et al. Wearable artificial intelligence for anxiety and depression: scoping review // *J Med Internet Res*. – 2023, Jan. – Vol. 25. – e42672. – <https://doi.org/10.2196/42672>
63. Germini F., Noronha N., Borg Debono V., Abraham Philip B., Pete D., Navarro T. et al. Accuracy and acceptability of wrist-wearable activity-tracking devices: systematic review of the literature // *J Med Internet Res*. – 2022, Jan. – Vol. 24 (1). – e30791. – <https://doi.org/10.2196/30791>
64. De Angel V., Adeleye F., Zhang Y., Cummins N., Munir S., Lewis S. et al. The feasibility of implementing remote measurement technologies in psychological treatment for depression: mixed methods study on engagement // *JMIR Ment Health*. – 2023, Jan. – Vol. 10. – e42866. – <https://doi.org/10.2196/42866>
65. Lu L., Zhang J., Xie Y., Gao F., Xu S., Wu X. et al. Wearable health devices in health care: narrative systematic review // *JMIR Mhealth Uhealth*. – 2020, Nov. – Vol. 8 (11). – e18907. – <https://doi.org/10.2196/18907>
66. De Looft P., Duursma R., Noordzij M., Taylor S., Jaques N., Scheepers F. et al. Wearables: an R package with accompanying shiny application for signal analysis of a wearable device targeted at clinicians and researchers // *Front Behav Neurosci*. – 2022, Jun. – Vol. 16. – Art. 856544. – <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.856544>
67. Geoffroy P.A., Scott J., Boudebasse C., Lajnef M., Henry C., Leboyer M. et al. Sleep in patients with remitted bipolar disorders: a meta-analysis of actigraphy studies // *Acta Psychiatr Scand*. – 2015, Feb. – Vol. 131 (2). – Pp. 89–99. – <https://doi.org/10.1111/acps.12367>
68. Rykov Y., Thach T.Q., Bojic I., Christopoulos G., Car J. Digital biomarkers for depression screening with wearable devices: cross-sectional study with machine learning modeling // *JMIR Mhealth Uhealth*. – 2021, Oct. – Vol. 9 (10). – e24872. – <https://doi.org/10.2196/24872>
69. Jacobson N.C., Weingarden H., Wilhelm S. Digital biomarkers of mood disorders and symptom change // *NPJ Digit Med*. – 2019, Feb. – Vol. 2. – Art. 3. – <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0078-0>
70. Faurholt-Jepsen M., Kessing L.V., Munkholm K. Heart rate variability in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis // *Neurosci Biobehav Rev*. – 2017, Feb. – Vol. 73. – Pp. 68–80. – <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.007>

71. Faurholt-Jepsen M., Brage S., Kessing L.V., Munkholm K. State-related differences in heart rate variability in bipolar disorder // *J Psychiatr Res.* – 2017, Jan. – Vol. 84. – Pp. 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.005>
72. Iacono W.G., Lykken D.T., Pelouquin L.J., Lumry A.E., Valentine R.H., Tuason V.B. Electrodermal activity in euthymic unipolar and bipolar affective disorders. A possible marker for depression // *Arch Gen Psychiatry.* – 1983, May. – Vol. 40 (5). – Pp. 557–565. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790050083010>
73. Sarchiapone M., Gramaglia C., Iosue M., Carli V., Mandelli L., Serretti A. et al. The association between electrodermal activity (EDA), depression and suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis // *BMC Psychiatry.* – 2018, Jan. – Vol. 18 (1). – Art. 22. – <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1551-4>
74. Greco A., Valenza G., Lanata A., Rota G., Scilingo E.P. Electrodermal activity in bipolar patients during affective elicitation // *IEEE J Biomed Health Inform.* – 2014, Nov. – Vol. 18 (6). – Pp. 1865–1873. – <https://doi.org/10.1109/JBHI.2014.2300940>
75. Bai R., Xiao L., Guo Y., Zhu X., Li N., Wang Y. et al. Tracking and monitoring mood stability of patients with major depressive disorder by machine learning models using passive digital data: prospective naturalistic multicenter study // *JMIR Mhealth Uhealth.* – 2021, Mar. – Vol. 9 (3). – e24365. – <https://doi.org/10.2196/24365>
76. Tazawa Y., Liang K.C., Yoshimura M., Kitazawa M., Kaise Y., Takamiya A. et al. Evaluating depression with multimodal wristband-type wearable device: screening and assessing patient severity utilizing machine-learning // *Heliyon.* – 2020, Feb. – Vol. 6 (2). – e03274. – <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03274>
77. Vieta E., Calabrese J.R., Goikolea J.M. et al. Quetiapine monotherapy in the treatment of patients with bipolar I or II depression and a rapid-cycling disease course: A randomized, double-blind, placebo controlled study // *Bipolar Disord.* – 2007. – Vol. 9. – Pp. 413–425. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.028>
78. Vieta E., Berk M., Wang W. et al. Predominant previous polarity as an outcome predictor in a controlled treatment trial for depression in bipolar I disorder patients // *J Affect Disord.* – 2009. – Vol. 119. – Pp. 22–27. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.028>
79. Keck P.E., McElroy S.L., Strakowski S.M. et al. Outcome and comorbidity in first-episode compared with multiple-episode mania // *J Nerv Ment Dis.* – 1995. – Vol. 183. – Pp. 320–324. – <https://doi.org/10.1097/00005053-199505000-00008>
80. Post R.M., Rubinow D.R., Ballenger J.C. Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness // *Br J Psychiatry.* – 1986. – Vol. 149. – Pp. 191–201. – <https://doi.org/10.1192/bjp.149.2.191>
81. Kraepelin E. Manic-Depressive insanity and paranoia. – Edinburgh: E & S Livingstone, 1921.
82. Angst J. Course of affective disorders. In: van Praag H.M., Lader H.M., Rafaelson O.J., Sachar E.J. (eds.) *Handbook of Biological Psychiatry.* – New York: Marcel Dekker, 1981. – Pp. 225–242.
83. Post R.M., Rubinow D.R., Ballenger J.C. Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness // *Br J Psychiatry.* – 1986. – Vol. 149. – Pp. 191–201. – <https://doi.org/10.1192/bjp.149.2.191>
84. Goodwin G.M., Martinez-Aran A., Glahn D.C. et al. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Neurodevelopment or Neurodegeneration? An ECNP expert meeting report // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2008. – Vol. 18. – Pp. 787–793. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2008.07.005>
85. Goldberg J.F., Harrow M. A 15-year prospective follow-up of bipolar affective disorders: Comparisons with unipolar nonpsychotic depression // *Bipolar Disord.* – 2011, Mar. – Vol. 13 (2). – Pp. 155–163. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00903.x>
86. Wong M.M. Management of Bipolar II Disorder // *Indian J Psychol Med.* – 2011, Jan. – Vol. 33 (1). – Pp. 18–28. – <https://doi.org/10.4103/0253-7176.85391>
87. Suppes T., Dennehy E.B. Evidence-based long-term treatment of bipolar II disorder // *J Clin Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63, suppl. 10. – Pp. 29–33.
88. Koukopoulos A., Reginaldi D., Tondo L., Visioli C., Baldessarini R.J. Course sequences in bipolar disorder: depressions preceding or following manias or hypomanias // *J Affect Disord.* – 2013, Oct. – Vol. 151 (1). – Pp. 105–110. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.059>
89. Van Lieshout R.J., MacQueen G.M. Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: systematic review // *Br J Psychiatry.* – 2010, Apr. – Vol. 196 (4). – Pp. 266–273. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.057612>
90. Goodwin F.K., Murphy D.L., Dunner D.L., Bunney W.E. Jr. Lithium response in unipolar versus bipolar depression // *Am J Psychiatry.* – 1972. – Vol. 129 (1). – Pp. 44–47. – <https://doi.org/10.1176/ajp.129.1.44>
91. Mendels J., Johnson F.N. (ed.). *Lithium in the acute treatment of depressive states in Lithium research and therapy.* – London: Academic Press; 1975.
92. Cipriani A., Pretty H., Hawton K., Geddes J.R. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials // *Am J Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – Pp. 1805–1819. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1805>
93. Nemeroff C.B., Evans D.L., Gyulai L. et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of imipramine and paroxetine in the treatment of bipolar depression // *Am J Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158 (6). – Pp. 906–912. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.906>
94. Albert U., de Cori D., Blengino G. et al. Lithium treatment and potential long-term side effects: a systematic review of the literature // *Riv Psichiatr.* – 2014, Jan-Feb. – Vol. 49 (1). – Pp. 12–21. – <https://doi.org/10.1708/1407.15620>
95. Van der Loos M.L., Mulder P.G., Hartong E.G. et al. Efficacy and safety of lamotrigine as add-on treatment to lithium in bipolar depression: a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial // *J Clin Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70 (2). – Pp. 223–231. – <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04152>
96. Baron M., Gershon E.S., Rudy V. et al. Lithium carbonate response in depression. Prediction by unipolar/bipolar illness, average-evoked response, catechol-O-methyl transferase, and family history // *Arch Gen Psychiatry.* – 1975. – Vol. 32 (9). – Pp. 1107–1111. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760270039003>
71. Faurholt-Jepsen M., Brage S., Kessing L.V., Munkholm K. State-related differences in heart rate variability in bipolar disorder // *J Psychiatr Res.* – 2017, Jan. – Vol. 84. – Pp. 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.005>
72. Iacono W.G., Lykken D.T., Pelouquin L.J., Lumry A.E., Valentine R.H., Tuason V.B. Electrodermal activity in euthymic unipolar and bipolar affective disorders. A possible marker for depression // *Arch Gen Psychiatry.* – 1983, May. – Vol. 40 (5). – Pp. 557–565. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790050083010>
73. Sarchiapone M., Gramaglia C., Iosue M., Carli V., Mandelli L., Serretti A. et al. The association between electrodermal activity (EDA), depression and suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis // *BMC Psychiatry.* – 2018, Jan. – Vol. 18 (1). – Art. 22. – <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1551-4>
74. Greco A., Valenza G., Lanata A., Rota G., Scilingo E.P. Electrodermal activity in bipolar patients during affective elicitation // *IEEE J Biomed Health Inform.* – 2014, Nov. – Vol. 18 (6). – Pp. 1865–1873. – <https://doi.org/10.1109/JBHI.2014.2300940>
75. Bai R., Xiao L., Guo Y., Zhu X., Li N., Wang Y. et al. Tracking and monitoring mood stability of patients with major depressive disorder by machine learning models using passive digital data: prospective naturalistic multicenter study // *JMIR Mhealth Uhealth.* – 2021, Mar. – Vol. 9 (3). – e24365. – <https://doi.org/10.2196/24365>
76. Tazawa Y., Liang K.C., Yoshimura M., Kitazawa M., Kaise Y., Takamiya A. et al. Evaluating depression with multimodal wristband-type wearable device: screening and assessing patient severity utilizing machine-learning // *Heliyon.* – 2020, Feb. – Vol. 6 (2). – e03274. – <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03274>
77. Vieta E., Calabrese J.R., Goikolea J.M. et al. Quetiapine monotherapy in the treatment of patients with bipolar I or II depression and a rapid-cycling disease course: A randomized, double-blind, placebo controlled study // *Bipolar Disord.* – 2007. – Vol. 9. – Pp. 413–425. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.028>
78. Vieta E., Berk M., Wang W. et al. Predominant previous polarity as an outcome predictor in a controlled treatment trial for depression in bipolar I disorder patients // *J Affect Disord.* – 2009. – Vol. 119. – Pp. 22–27. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.028>
79. Keck P.E., McElroy S.L., Strakowski S.M. et al. Outcome and comorbidity in first-episode compared with multiple-episode mania // *J Nerv Ment Dis.* – 1995. – Vol. 183. – Pp. 320–324. – <https://doi.org/10.1097/00005053-199505000-00008>
80. Post R.M., Rubinow D.R., Ballenger J.C. Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness // *Br J Psychiatry.* – 1986. – Vol. 149. – Pp. 191–201. – <https://doi.org/10.1192/bjp.149.2.191>
81. Kraepelin E. Manic-Depressive insanity and paranoia. – Edinburgh: E & S Livingstone, 1921.
82. Angst J. Course of affective disorders. In: van Praag H.M., Lader H.M., Rafaelson O.J., Sachar E.J. (eds.) *Handbook of Biological Psychiatry.* – New York: Marcel Dekker, 1981. – Pp. 225–242.
83. Post R.M., Rubinow D.R., Ballenger J.C. Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness // *Br J Psychiatry.* – 1986. – Vol. 149. – Pp. 191–201. – <https://doi.org/10.1192/bjp.149.2.191>
84. Goodwin G.M., Martinez-Aran A., Glahn D.C. et al. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Neurodevelopment or Neurodegeneration? An ECNP expert meeting report // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2008. – Vol. 18. – Pp. 787–793. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2008.07.005>
85. Goldberg J.F., Harrow M. A 15-year prospective follow-up of bipolar affective disorders: Comparisons with unipolar nonpsychotic depression // *Bipolar Disord.* – 2011, Mar. – Vol. 13 (2). – Pp. 155–163. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00903.x>
86. Wong M.M. Management of Bipolar II Disorder // *Indian J Psychol Med.* – 2011, Jan. – Vol. 33 (1). – Pp. 18–28. – <https://doi.org/10.4103/0253-7176.85391>
87. Suppes T., Dennehy E.B. Evidence-based long-term treatment of bipolar II disorder // *J Clin Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63, suppl. 10. – Pp. 29–33.
88. Koukopoulos A., Reginaldi D., Tondo L., Visioli C., Baldessarini R.J. Course sequences in bipolar disorder: depressions preceding or following manias or hypomanias // *J Affect Disord.* – 2013, Oct. – Vol. 151 (1). – Pp. 105–110. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.059>
89. Van Lieshout R.J., MacQueen G.M. Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: systematic review // *Br J Psychiatry.* – 2010, Apr. – Vol. 196 (4). – Pp. 266–273. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.057612>
90. Goodwin F.K., Murphy D.L., Dunner D.L., Bunney W.E. Jr. Lithium response in unipolar versus bipolar depression // *Am J Psychiatry.* – 1972. – Vol. 129 (1). – Pp. 44–47. – <https://doi.org/10.1176/ajp.129.1.44>
91. Mendels J., Johnson F.N. (ed.). *Lithium in the acute treatment of depressive states in Lithium research and therapy.* – London: Academic Press; 1975.
92. Cipriani A., Pretty H., Hawton K., Geddes J.R. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials // *Am J Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – Pp. 1805–1819. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1805>
93. Nemeroff C.B., Evans D.L., Gyulai L. et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of imipramine and paroxetine in the treatment of bipolar depression // *Am J Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158 (6). – Pp. 906–912. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.906>
94. Albert U., de Cori D., Blengino G. et al. Lithium treatment and potential long-term side effects: a systematic review of the literature // *Riv Psichiatr.* – 2014, Jan-Feb. – Vol. 49 (1). – Pp. 12–21. – <https://doi.org/10.1708/1407.15620>
95. Van der Loos M.L., Mulder P.G., Hartong E.G. et al. Efficacy and safety of lamotrigine as add-on treatment to lithium in bipolar depression: a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial // *J Clin Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70 (2). – Pp. 223–231. – <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04152>
96. Baron M., Gershon E.S., Rudy V. et al. Lithium carbonate response in depression. Prediction by unipolar/bipolar illness, average-evoked response, catechol-O-methyl transferase, and family history // *Arch Gen Psychiatry.* – 1975. – Vol. 32 (9). – Pp. 1107–1111. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760270039003>

97. Donnelly E.F., Goodwin F.K., Waldman I.N. et al. Prediction of antidepressant responses to lithium // *Am J Psychiatry*. – 1978. – Vol. 135 (5). – Pp. 552–556. – <https://doi.org/10.1176/ajp.135.5.552>
98. Goodwin F.K., Murphy D.L., Bunney W.E. Jr. Lithium-carbonate treatment in depression and mania. A longitudinal double-blind study // *Arch Gen Psychiatry*. – 1969. – Vol. 21 (4). – Pp. 486–496. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740220102012>
99. Goodwin F.K., Murphy D.L., Dunner D.L. et al. Lithium response in unipolar versus bipolar depression // *Am J Psychiatry*. – 1972. – Vol. 129 (1). – Pp. 44–47. – <https://doi.org/10.1176/ajp.129.1.44>
100. Suppes T., Marangell L.B., Bernstein I.H. et al. A single blind comparison of lithium and lamotrigine for the treatment of bipolar II depression // *J Affect Disord*. – 2008. – Vol. 111 (2–3). – Pp. 334–343. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.004>
101. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *British Journal of Psychiatry*. – 1979, Apr. – Vol. 134 (4). – Pp. 382–89. – <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
102. Altshuler L.L., Sugar C.A., McElroy S.L. et al. Switch rates during acute treatment for bipolar II depression with lithium, sertraline, or the two combined: A randomized double-blind comparison // *Am J Psychiatry*. – 2017. – Vol. 174 (3). – Pp. 266–276. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15040558>
103. Костюкова Е.Г. и др. Клинические рекомендации. Биполярное аффективное расстройство. – 2021. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/675_1 [дата обращения 12.09.2023].
104. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Биполярное аффективное расстройство // Александровский Ю.А. (ред.), Незнанов Н.Г. (ред.). Национальное руководство. Психиатрия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 704–799.
105. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V., Schaffer A., Bond D.J., Frey B.N., Sharma V., Goldstein B.I., Rej S., Beaulieu S., Alda M., MacQueen G., Milev R.V., Ravindran A., O'Donovan C., McIntosh D., Lam R.W., Vazquez G., Kapczinski F., McIntyre R.S., Kozicky J., Kanba S., Lafer B., Suppes T., Calabrese J.R., Vieta E., Malhi G., Post R.M., Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder // *Bipolar Disord*. – 2018, Mar. – Vol. 20 (2). – Pp. 97–170. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
106. Winsberg M.E., DeGolia S.G., Strong C.M., Ketter T.A. Valproate therapy in medication-naïve and mood-stabilizer-naïve bipolar II depression // *J Affect Disord*. – 2001. – Vol. 67. – Pp. 207–212. – [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00434-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00434-7)
107. Ketter T.A., Wang P.W., Nowakowska C. et al. Valproate-extended release monotherapy and adjunctive therapy in bipolar II depression // *Bipolar Disord*. – 2007. – Vol. 9, suppl. 1. – Art. 58.
108. Lambert P.A. Acute and prophylactic therapies of patients with affective disorders using valpromide (dipropylacetamide) // Emrich H.E., Okuma T., Muller A.A. (eds.). Anticonvulsants in affective disorders. – Amsterdam; Oxford; Princeton: Elsevier Science Publishers, 1984.
109. Sachs G.S., Altshuler L.L., Ketter T.A. et al. Divalproex versus placebo for the treatment of bipolar depression // American College of Neuropsychopharmacology. Abstracts 2001.
110. Grunze H., Vieta E., Goodwin G. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of bipolar depression // *World J Biol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 11. – Pp. 81–109. – <https://doi.org/10.3109/15622970903555881>
111. Kasper S., Calabrese J.R., Johnson G. et al. International consensus group on the evidence-based pharmacological treatment of bipolar I and II depression // *J Clin Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – Pp. 1632–1646. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1014>
112. Post R.M., Ketter T.A., Denicoff K. et al. The place of anticonvulsant therapy in bipolar illness // *Psychopharmacology (Berl)*. – 1996. – Vol. 128 (2). – Pp. 115–129. – <https://doi.org/10.1007/s002130050117>
113. Vieta E., Valentí M. Pharmacological management of bipolar depression: acute treatment, maintenance, and prophylaxis // *CNS Drugs*. – 2013, Jul. – Vol. 27 (7). – Pp. 515–529. – <https://doi.org/10.1007/s40263-013-0073-y>
114. Jurueña M.F., Ottoni G.L., Machado-Vieira R., Carneiro R.M., Weingartner N., Marquardt A.R., Fleig S.S., Broilo L., Busnello E.A. Bipolar I and II disorder residual symptoms: oxcarbazepine and carbamazepine as add-on treatment to lithium in a double-blind, randomized trial // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. – 2009, Feb. – Vol. 33 (1). – Pp. 94–99. – <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.10.012>
115. Nivoli A.M., Murru A., Goikolea J.M., Crespo J.M., Montes J.M., González-Pinto A., García-Portilla P., Bobes J., Sáiz-Ruiz J., Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar mania: A critical review // *J Affect Disord*. – 2012, Oct. – Vol. 140 (2). – Pp. 125–141. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.015>
116. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Рывкин П.В., Сычев Д.А. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – S1. – С. 2–35. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.50.40828>
117. Connolly K.R., Thase M.E. The clinical management of bipolar disorder: a review of evidence-based guidelines // *Prim Care Companion CNS Disord*. – 2011. – Vol. 13 (4). – Pp. PCC.10r01097. – <https://doi.org/10.4088/PCC.10r01097>
118. Goodwin G.M. and Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology // *J Psychopharmacol*. – 2009. – Vol. 23 (4). – Pp. 346–388. – <https://doi.org/10.1177/0269881109102919>
119. Calabrese J.R., Bowden C.L., McElroy S.L. et al. Spectrum of activity of lamotrigine in treatment-refractory bipolar disorder // *Am J Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – Pp. 1019–1023. – <https://doi.org/10.1176/ajp.156.7.1019>
120. Bowden C.L. Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder // *Expert Opin Pharmacother*. – 2002. – Vol. 3. – Pp. 1513–1519. – <https://doi.org/10.1517/14656566.3.10.1513>
97. Donnelly E.F., Goodwin F.K., Waldman I.N. et al. Prediction of antidepressant responses to lithium // *Am J Psychiatry*. – 1978. – Vol. 135 (5). – Pp. 552–556. – <https://doi.org/10.1176/ajp.135.5.552>
98. Goodwin F.K., Murphy D.L., Bunney W.E. Jr. Lithium-carbonate treatment in depression and mania. A longitudinal double-blind study // *Arch Gen Psychiatry*. – 1969. – Vol. 21 (4). – Pp. 486–496. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740220102012>
99. Goodwin F.K., Murphy D.L., Dunner D.L. et al. Lithium response in unipolar versus bipolar depression // *Am J Psychiatry*. – 1972. – Vol. 129 (1). – Pp. 44–47. – <https://doi.org/10.1176/ajp.129.1.44>
100. Suppes T., Marangell L.B., Bernstein I.H. et al. A single blind comparison of lithium and lamotrigine for the treatment of bipolar II depression // *J Affect Disord*. – 2008. – Vol. 111 (2–3). – Pp. 334–343. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.004>
101. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *British Journal of Psychiatry*. – 1979, Apr. – Vol. 134 (4). – Pp. 382–89. – <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
102. Altshuler L.L., Sugar C.A., McElroy S.L. et al. Switch rates during acute treatment for bipolar II depression with lithium, sertraline, or the two combined: A randomized double-blind comparison // *Am J Psychiatry*. – 2017. – Vol. 174 (3). – Pp. 266–276. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15040558>
103. Kostjukova E.G. i dr. Klinicheskie rekomendacii. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo. – 2021. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/675_1 [data obrashheniya 12.09.2023].
104. Mosolov S.N., Kostjukova E.G. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo // Aleksandrovskij Ju.A. (red.), Neznanov N.G. (red.). Nacional'noe rukovodstvo. Psihiatrija. – M.: GjeOTAR-Media, 2018. – S. 704–799.
105. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V., Schaffer A., Bond D.J., Frey B.N., Sharma V., Goldstein B.I., Rej S., Beaulieu S., Alda M., MacQueen G., Milev R.V., Ravindran A., O'Donovan C., McIntosh D., Lam R.W., Vazquez G., Kapczinski F., McIntyre R.S., Kozicky J., Kanba S., Lafer B., Suppes T., Calabrese J.R., Vieta E., Malhi G., Post R.M., Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder // *Bipolar Disord*. – 2018, Mar. – Vol. 20 (2). – Pp. 97–170. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
106. Winsberg M.E., DeGolia S.G., Strong C.M., Ketter T.A. Valproate therapy in medication-naïve and mood-stabilizer-naïve bipolar II depression // *J Affect Disord*. – 2001. – Vol. 67. – Pp. 207–212. – [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00434-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00434-7)
107. Ketter T.A., Wang P.W., Nowakowska C. et al. Valproate-extended release monotherapy and adjunctive therapy in bipolar II depression // *Bipolar Disord*. – 2007. – Vol. 9, suppl. 1. – Art. 58.
108. Lambert P.A. Acute and prophylactic therapies of patients with affective disorders using valpromide (dipropylacetamide) // Emrich H.E., Okuma T., Muller A.A. (eds.). Anticonvulsants in affective disorders. – Amsterdam; Oxford; Princeton: Elsevier Science Publishers, 1984.
109. Sachs G.S., Altshuler L.L., Ketter T.A. et al. Divalproex versus placebo for the treatment of bipolar depression // American College of Neuropsychopharmacology. Abstracts 2001.
110. Grunze H., Vieta E., Goodwin G. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of bipolar depression // *World J Biol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 11. – Pp. 81–109. – <https://doi.org/10.3109/15622970903555881>
111. Kasper S., Calabrese J.R., Johnson G. et al. International consensus group on the evidence-based pharmacological treatment of bipolar I and II depression // *J Clin Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – Pp. 1632–1646. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1014>
112. Post R.M., Ketter T.A., Denicoff K. et al. The place of anticonvulsant therapy in bipolar illness // *Psychopharmacology (Berl)*. – 1996. – Vol. 128 (2). – Pp. 115–129. – <https://doi.org/10.1007/s002130050117>
113. Vieta E., Valentí M. Pharmacological management of bipolar depression: acute treatment, maintenance, and prophylaxis // *CNS Drugs*. – 2013, Jul. – Vol. 27 (7). – Pp. 515–529. – <https://doi.org/10.1007/s40263-013-0073-y>
114. Jurueña M.F., Ottoni G.L., Machado-Vieira R., Carneiro R.M., Weingartner N., Marquardt A.R., Fleig S.S., Broilo L., Busnello E.A. Bipolar I and II disorder residual symptoms: oxcarbazepine and carbamazepine as add-on treatment to lithium in a double-blind, randomized trial // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. – 2009, Feb. – Vol. 33 (1). – Pp. 94–99. – <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.10.012>
115. Nivoli A.M., Murru A., Goikolea J.M., Crespo J.M., Montes J.M., González-Pinto A., García-Portilla P., Bobes J., Sáiz-Ruiz J., Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar mania: A critical review // *J Affect Disord*. – 2012, Oct. – Vol. 140 (2). – Pp. 125–141. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.015>
116. Mosolov S.N., Malin D.I., Rvkin P.V., Sychev D.A. Lekarstvennye vzaimodejstviya preparatov, primenjaemyh v psichiatricheskoj praktike // Sovremennaa Terapija Psihiceskikh Rasstrojstv. – 2019. – S1. – S. 2–35. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.50.40828>
117. Connolly K.R., Thase M.E. The clinical management of bipolar disorder: a review of evidence-based guidelines // *Prim Care Companion CNS Disord*. – 2011. – Vol. 13 (4). – Pp. PCC.10r01097. – <https://doi.org/10.4088/PCC.10r01097>
118. Goodwin G.M. and Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology // *J Psychopharmacol*. – 2009. – Vol. 23 (4). – Pp. 346–388. – <https://doi.org/10.1177/0269881109102919>
119. Calabrese J.R., Bowden C.L., McElroy S.L. et al. Spectrum of activity of lamotrigine in treatment-refractory bipolar disorder // *Am J Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – Pp. 1019–1023. – <https://doi.org/10.1176/ajp.156.7.1019>
120. Bowden C.L. Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder // *Expert Opin Pharmacother*. – 2002. – Vol. 3. – Pp. 1513–1519. – <https://doi.org/10.1517/14656566.3.10.1513>

121. Geddes J.R., Calabrese J.R., Goodwin G.M. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent metaanalysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials // *Br J Psychiatry*. – 2009. – Vol. 194. – Pp. 4–9. – <https://doi.org/10.1192/bip.b.107.048504>
122. Calabrese J.R., Huffman R.F., White R.L. et al. Lamotrigine in the acute treatment of bipolar depression: results of five double-blind, placebo-controlled clinical trials // *Bipolar Disord.* – 2008, Mar. – Vol. 10, no. 2. – Pp. 323–333. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00500.x>
123. Srivastava S., Ketter T.A. Clinical relevance of treatments for acute bipolar disorder: balancing therapeutic and adverse effects // *Clin Ther.* – 2011, Dec. – Vol. 33 (12). – B40–8. – <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.11.020>
124. Fountoulakis K.N., Kasper S., Andreassen O. et al. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2012, Jun. – Vol. 262, suppl. 1. – Pp. 1–48. – <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0323-x>
125. Сол Е., Каррига М., Виета Е. Применение стабилизаторов настроения и антипсихотиков при биполярном расстройстве II типа // Биполярные расстройства. Диагностика, современные представления и лечение. – М.: МЕДпресс-информ, 2022. – 384 с.
126. Jung I., Lee M., Kang B., Kim M., Lee J. Lamotrigine treatment for patients with bipolar II disorder: retrospective report of 30 cases // *Bipolar Disord.* – 2008. – Vol. 10, suppl. 1/ – Pp. 45–46.
127. Sharma V., Khan M., Corpse C. Role of lamotrigine in the management of treatment-resistant bipolar II depression: a chart review // *J Affect Disord.* – 2008, Nov. – Vol. 111 (1). – Pp. 100–105. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.029>
128. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 // *Bipolar Disord.* – 2013. – Vol. 15 (1). – Pp. 1–44. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12025>
129. Костюкова Е.Г. Расширение показаний антипсихотиков второго поколения: от шизофрении к биполярному аффективному расстройству // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – № 3. – С. 29–37. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2020.79.73.004>
130. Meltzer C.L. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of Bipolar Affective Disorder // Poster presentation, XXII C.I.N.P. Congress. – Glasgo, UK, 1998.
131. Solmi M., Murru A., Pacchiarotti I. et al. Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review // *Ther Clin Risk Manag.* – 2017. – Vol. 13. – Pp. 757–777. – <https://doi.org/10.2147/TCRM.S117321>
132. Шафаренко А.А., Капилетти С.Г., Мосолов С.Н. Сравнительная эффективность и переносимость атипичных антипсихотиков при купировании маниакальных состояний в рамках шизоаффективного и биполярного расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 3. – С. 58–65.
133. Cruz N., Sanchez-Moreno J. et al. Efficacy of modern antipsychotics in placebo-controlled trials in bipolar depression: a meta-analysis // *Int J Neuropsychopharmacol.* – 2010, Feb. – Vol. 13 (1). – Pp. 5–14. – <https://doi.org/10.1017/S1461145709990344>
134. Vieta E., Grunze H. Bipolar disorder – a focus on depression // *N Engl J Med.* – 2011. – Vol. 364 (16). – Art. 1581. – <https://doi.org/10.1056/NEJMc1101370>
135. Swartz H.A., Thase M.E. Pharmacotherapy for the treatment of acute bipolar II depression: Current evidence // *J Clin Psychiatry.* – 2011, Mar. – Vol. 72 (3). – Pp. 356–366. – <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05192gre>
136. Cerullo M.A., Strakowski S.M. A systematic review of the evidence for the treatment of acute depression in bipolar I disorder // *CNS Spectr.* – 2013, Aug. – Vol. 18 (4). – Pp. 199–208. – <https://doi.org/10.1017/S1092852913000102>
137. Calabrese J.R., Keck P.E., Macfadden W. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression // *Am J Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – Pp. 1351–1360. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1351>
138. Young A.H., McElroy S.L., Olausson B., Paulsson B., Embolden I. (D1447C00001); Embolden II (D1447C00134) Investigators. A randomised, placebo-controlled 52-week trial of continued quetiapine treatment in recently depressed patients with bipolar I and bipolar II disorder // *World J Biol Psychiatry.* – 2014, Feb. – Vol. 15 (2). – Pp. 96–112. – <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665177>
139. Thase M.E., Macfadden W., Weisler R.H. et al. Efficacy of quetiapine monotherapy in bipolar I and II depression. A double-blind, placebo-controlled study (The Bolder II Study) // *J Clin Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 26 (6). – Pp. 600–609. – <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000248603.76231.b7>
140. Suppes T., Hirschfeld R.M., Vieta E., Raines S., Paulsson B. Quetiapine for the treatment of bipolar II depression: Analysis of data from two randomized, double-blind, placebo-controlled studies // *World J Biol Psychiatry.* – 2008. – Vol. 9 (3). – Pp. 198–211. – <https://doi.org/10.1080/15622970701317265>
141. Jauhar S., Young A.H. Controversies in bipolar disorder: role of second-generation antipsychotic for maintenance therapy // *Int J Bipolar Disord.* – 2019. – Vol. 7. – Art. 10. – <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0145-0>
142. Garriga M., Solé E., González-Pinto A., Selva-Vera G., Arranz B., Amann B.L., Saiz-Ruiz J., Pérez-Blanco J., Vieta E. Efficacy of quetiapine XR vs. placebo as concomitant treatment to mood stabilizers in the control of subthreshold symptoms of bipolar disorder: Results from a pilot, randomized controlled trial // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2017, Oct. – Vol. 27 (10). – Pp. 959–969. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.08.429>
143. McIntyre R.S., Mancini D.A., Srinivasan J., McCann S., Konarski J.Z., Kennedy S.H. The antidepressant effects of risperidone and olanzapine in bipolar disorder // *Can J Clin Pharmacol.* – 2004, Fall. – Vol. 11 (2). – e218–26.
121. Geddes J.R., Calabrese J.R., Goodwin G.M. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent metaanalysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials // *Br J Psychiatry*. – 2009. – Vol. 194. – Pp. 4–9. – <https://doi.org/10.1192/bip.b.107.048504>
122. Calabrese J.R., Huffman R.F., White R.L. et al. Lamotrigine in the acute treatment of bipolar depression: results of five double-blind, placebo-controlled clinical trials // *Bipolar Disord.* – 2008, Mar. – Vol. 10, no. 2. – Pp. 323–333. – <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00500.x>
123. Srivastava S., Ketter T.A. Clinical relevance of treatments for acute bipolar disorder: balancing therapeutic and adverse effects // *Clin Ther.* – 2011, Dec. – Vol. 33 (12). – B40–8. – <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.11.020>
124. Fountoulakis K.N., Kasper S., Andreassen O. et al. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2012, Jun. – Vol. 262, suppl. 1. – Pp. 1–48. – <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0323-x>
125. Sole E., Karriga M., Vieta E. Primenenie stabilizatorov nastroyeniya i antipsihotikov pri bipoljarnom rasstrojstve II tipa // Bipoljarnye rasstrojstva. Diagnostika, sovremennye predstavleniya i lechenie. – M.: MEDpress-inform, 2022. – 384 s.
126. Jung I., Lee M., Kang B., Kim M., Lee J. Lamotrigine treatment for patients with bipolar II disorder: retrospective report of 30 cases // *Bipolar Disord.* – 2008. – Vol. 10, suppl. 1/ – Pp. 45–46.
127. Sharma V., Khan M., Corpse C. Role of lamotrigine in the management of treatment-resistant bipolar II depression: a chart review // *J Affect Disord.* – 2008, Nov. – Vol. 111 (1). – Pp. 100–105. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.029>
128. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 // *Bipolar Disord.* – 2013. – Vol. 15 (1). – Pp. 1–44. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12025>
129. Kostjukova E.G. Rasshirenije pokazanij antipsihotikov vtorogo pokolenija: ot shizofrenii k bipoljarnomu affektivnomu rasstrojstvu // Sovremennaa Terapija Psihiceskih Rasstrojstv. – 2020. – № 3. – С. 29–37. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2020.79.73.004>
130. Meltzer C.L. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of Bipolar Affective Disorder // Poster presentation, XXII C.I.N.P. Congress. – Glasgo, UK, 1998.
131. Solmi M., Murru A., Pacchiarotti I. et al. Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review // *Ther Clin Risk Manag.* – 2017. – Vol. 13. – Pp. 757–777. – <https://doi.org/10.2147/TCRM.S117321>
132. Shafarenko A.A., Kapiletti S.G., Mosolov S.N. Sravnitel'naja jeffektivnost' i perenosimost' atipichnyh antipsihotikov pri kupirovanii maniakal'nyh sostojanij v ramkah shizoaffektivnogo i bipoljarnogo rasstrojstv // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2011. – Т. 21, № 3. – С. 58–65.
133. Cruz N., Sanchez-Moreno J. et al. Efficacy of modern antipsychotics in placebo-controlled trials in bipolar depression: a meta-analysis // *Int J Neuropsychopharmacol.* – 2010, Feb. – Vol. 13 (1). – Pp. 5–14. – <https://doi.org/10.1017/S1461145709990344>
134. Vieta E., Grunze H. Bipolar disorder – a focus on depression // *N Engl J Med.* – 2011. – Vol. 364 (16). – Art. 1581. – <https://doi.org/10.1056/NEJMc1101370>
135. Swartz H.A., Thase M.E. Pharmacotherapy for the treatment of acute bipolar II depression: Current evidence // *J Clin Psychiatry.* – 2011, Mar. – Vol. 72 (3). – Pp. 356–366. – <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05192gre>
136. Cerullo M.A., Strakowski S.M. A systematic review of the evidence for the treatment of acute depression in bipolar I disorder // *CNS Spectr.* – 2013, Aug. – Vol. 18 (4). – Pp. 199–208. – <https://doi.org/10.1017/S1092852913000102>
137. Calabrese J.R., Keck P.E., Macfadden W. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression // *Am J Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – Pp. 1351–1360. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1351>
138. Young A.H., McElroy S.L., Olausson B., Paulsson B., Embolden I. (D1447C00001); Embolden II (D1447C00134) Investigators. A randomised, placebo-controlled 52-week trial of continued quetiapine treatment in recently depressed patients with bipolar I and bipolar II disorder // *World J Biol Psychiatry.* – 2014, Feb. – Vol. 15 (2). – Pp. 96–112. – <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665177>
139. Thase M.E., Macfadden W., Weisler R.H. et al. Efficacy of quetiapine monotherapy in bipolar I and II depression. A double-blind, placebo-controlled study (The Bolder II Study) // *J Clin Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 26 (6). – Pp. 600–609. – <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000248603.76231.b7>
140. Suppes T., Hirschfeld R.M., Vieta E., Raines S., Paulsson B. Quetiapine for the treatment of bipolar II depression: Analysis of data from two randomized, double-blind, placebo-controlled studies // *World J Biol Psychiatry.* – 2008. – Vol. 9 (3). – Pp. 198–211. – <https://doi.org/10.1080/15622970701317265>
141. Jauhar S., Young A.H. Controversies in bipolar disorder: role of second-generation antipsychotic for maintenance therapy // *Int J Bipolar Disord.* – 2019. – Vol. 7. – Art. 10. – <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0145-0>
142. Garriga M., Solé E., González-Pinto A., Selva-Vera G., Arranz B., Amann B.L., Saiz-Ruiz J., Pérez-Blanco J., Vieta E. Efficacy of quetiapine XR vs. placebo as concomitant treatment to mood stabilizers in the control of subthreshold symptoms of bipolar disorder: Results from a pilot, randomized controlled trial // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2017, Oct. – Vol. 27 (10). – Pp. 959–969. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.08.429>
143. McIntyre R.S., Mancini D.A., Srinivasan J., McCann S., Konarski J.Z., Kennedy S.H. The antidepressant effects of risperidone and olanzapine in bipolar disorder // *Can J Clin Pharmacol.* – 2004, Fall. – Vol. 11 (2). – e218–26.

144. Guioz J.A., Yatham L.N., Palumbo J.M. et al. Risperidone long-acting injectable monotherapy in the maintenance treatment of bipolar I disorder // *Biol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 68 (2). – Pp. 156–162. – <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.01.015>
145. Vieta E., Montgomery S., Sulaiman A.H. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial to assess prevention of mood episodes with risperidone long-acting injectable in patients with bipolar I disorder // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2012. – Vol. 22 (11). – Pp. 825–835. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.03.004>
146. Vieta E., Goikolea J.M., Corbella B. et al. Risperidone safety and efficacy in the treatment of bipolar and schizoaffective disorders: results from a 6-month, multicenter, open study // *J Clin Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62 (10). – Pp. 818–825.
147. Tohen M., Vieta E., Calabrese J. et al. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression // *Arch Gen Psychiatry*. – 2003, Nov. – Vol. 60 (11). – Pp. 1079–1088. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.11.1079>
148. Stahl S.M., Morrisette D.A., Faedda G. et al. Guidelines for the recognition and management of mixed depression // *CNS Spectr.* – 2017. – Vol. 22 (2). – Pp. 203–219. – <https://doi.org/10.1017/S1092852917000165>
149. Tohen M., Vieta E., Goodwin G.M. et al. Olanzapine versus divalproex versus placebo in the treatment of mild to moderate mania: a randomized, 12-week, double-blind study // *J Clin Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69 (11). – Pp. 1776–1789. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1113>
150. Petri E., Bacci O., Barbuti M., Pacchiarotti I., Azorin J.-M., Angst J., Bowden C., Mosolov S., Vieta E., Young A.H., Perugi G. Obesity in patients with major depression is related to bipolarity and mixed features: evidence from the BRIDGE-II-MIX study // *Bipolar Disorders*. – 2017. – Vol. 378 (12). – Pp. 1561–1568. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12519>
151. Мосолов С.Н., Федорова Е.Ю. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при биполярном расстройстве. Клинико-социальные факторы // *Терапевтический архив*. – 2021. – Vol. 93 (12). – Pp. 1556–1561. – <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.12.201175>
152. Liebowitz M.R., Salmán E., Mech A., Dunner D., Johnson A.E., Akhtar J. et al. Ziprasidone monotherapy in bipolar II depression: An open trial // *J Affect Disord.* – 2009. – Vol. 118. – Pp. 205–208. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.070>
153. Hamilton M.A. rating scale for depression // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. – 1960. – Vol. 23. – Pp. 56–62. – <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
154. Guy W. (ed.). ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. – 1976. – Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare. – Available at: <https://archive.org/details/ecdeuassessmentm1933guyw> [accessed September 3, 2023].
155. Selle V., Schalkwijk S., V zquez G.H., Baldessarini R.J. Treatments for acute bipolar depression: Meta-analyses of placebo-controlled, monotherapy trials of anticonvulsants, lithium and antipsychotics // *Pharmacopsychiatry*. – 2014, Feb. – Vol. 47 (2). – Pp. 43–52. – <https://doi.org/10.1055/s-0033-1363258>
156. Earley C.L., Burgess M.V., Rekeda L., Dickinson R., Szatm ri B., N meth G. et al. Cariprazine treatment of bipolar depression: a randomized double-blind placebo-controlled phase 3 study // *Am J Psychiatry*. – 2019. – Vol. 176 (6). – Pp. 439–448. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070824>
157. Earley W.R., Burgess M.V., Khan B., Rekeda L., Suppes T., Tohen M. et al. Efficacy and safety of Cariprazine in bipolar I depression: a double-blind, placebo-controlled phase 3 study // *Bipolar Disord.* – 2020. – Vol. 22. – Pp. 372–384. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12852>
158. Thase M.E., Jonas A., Khan A. et al. Aripiprazole monotherapy in nonpsychotic bipolar I depression: results of 2 randomized, placebo-controlled studies // *J Clin Psychopharmacol.* – 2008. – Vol. 28 (1). – Pp. 13–20. – <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e3181618eb4>
159. Dunn R.T., Stan V.A., Chhri L.S. et al. A prospective, open-label study of Aripiprazole mono- and adjunctive treatment in acute bipolar depression // *J Affect Disord.* – 2008. – Vol. 110 (1–2). – Pp. 70–74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.004>
160. McElroy S.L., Suppes T., Frye M.A. et al. Open-label aripiprazole in the treatment of acute bipolar depression: a prospective pilot trial // *J Affect Disord.* – 2007. – Vol. 101 (1–3). – Pp. 275–281. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.025>
161. Berk M., Tiller J.W.G., Zhao J. et al. Effects of Asenapine in bipolar I patients meeting proxy criteria for moderate-to-severe mixed major depressive episodes: A post hoc analysis // *J Clin Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76 (6). – Pp. 728–734. – <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08827>
162. Sachs G.S., Ice K.S., Chappell P.B. et al. Efficacy and safety of adjunctive oral ziprasidone for acute treatment of depression in patients with bipolar I disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *J Clin Psychiatry*. – 2011. – Vol. 72 (10). – Pp. 1413–1422. – <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05934>
163. Durgam S., Earley W., Lipschitz A. et al. An 8-week randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the safety and efficacy of Cariprazine in patients with bipolar I depression // *Am J Psychiatry*. – 2016. – Vol. 173 (3). – Pp. 271–281. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020164>
164. International Society for Bipolar Disorders (ISBD). 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. – 2018. – Pp. 1–74.
165. Grunze H., Vieta E., Goodwin G.M., Bowden C., Licht R.W., Möller H.-J. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression // *World J Biol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 11 (2). – Pp. 81–109. – <https://doi.org/10.3109/15622970903555881>
144. Guioz J.A., Yatham L.N., Palumbo J.M. et al. Risperidone long-acting injectable monotherapy in the maintenance treatment of bipolar I disorder // *Biol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 68 (2). – Pp. 156–162. – <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.01.015>
145. Vieta E., Montgomery S., Sulaiman A.H. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial to assess prevention of mood episodes with risperidone long-acting injectable in patients with bipolar I disorder // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2012. – Vol. 22 (11). – Pp. 825–835. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.03.004>
146. Vieta E., Goikolea J.M., Corbella B. et al. Risperidone safety and efficacy in the treatment of bipolar and schizoaffective disorders: results from a 6-month, multicenter, open study // *J Clin Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62 (10). – Pp. 818–825.
147. Tohen M., Vieta E., Calabrese J. et al. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression // *Arch Gen Psychiatry*. – 2003, Nov. – Vol. 60 (11). – Pp. 1079–1088. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.11.1079>
148. Stahl S.M., Morrisette D.A., Faedda G. et al. Guidelines for the recognition and management of mixed depression // *CNS Spectr.* – 2017. – Vol. 22 (2). – Pp. 203–219. – <https://doi.org/10.1017/S1092852917000165>
149. Tohen M., Vieta E., Goodwin G.M. et al. Olanzapine versus divalproex versus placebo in the treatment of mild to moderate mania: a randomized, 12-week, double-blind study // *J Clin Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69 (11). – Pp. 1776–1789. – <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1113>
150. Petri E., Bacci O., Barbuti M., Pacchiarotti I., Azorin J.-M., Angst J., Bowden C., Mosolov S., Vieta E., Young A.H., Perugi G. Obesity in patients with major depression is related to bipolarity and mixed features: evidence from the BRIDGE-II-MIX study // *Bipolar Disorders*. – 2017. – Vol. 378 (12). – Pp. 1561–1568. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12519>
151. Mosolov S.N., Fedorova E.Ju. Risk razvitiya serdechno-sosudistykh zabolevanij pri bipoljarnom rasstrojstve. Kliniko-social'nye faktory // *Terapevticheskij arhiv*. – 2021. – Vol. 93 (12). – Pp. 1556–1561. – <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.12.201175>
152. Liebowitz M.R., Salmán E., Mech A., Dunner D., Johnson A.E., Akhtar J. et al. Ziprasidone monotherapy in bipolar II depression: An open trial // *J Affect Disord.* – 2009. – Vol. 118. – Pp. 205–208. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.070>
153. Hamilton M.A. rating scale for depression // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. – 1960. – Vol. 23. – Pp. 56–62. – <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
154. Guy W. (ed.). ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. – 1976. – Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare. – Available at: <https://archive.org/details/ecdeuassessmentm1933guyw> [accessed September 3, 2023].
155. Selle V., Schalkwijk S., V zquez G.H., Baldessarini R.J. Treatments for acute bipolar depression: Meta-analyses of placebo-controlled, monotherapy trials of anticonvulsants, lithium and antipsychotics // *Pharmacopsychiatry*. – 2014, Feb. – Vol. 47 (2). – Pp. 43–52. – <https://doi.org/10.1055/s-0033-1363258>
156. Earley C.L., Burgess M.V., Rekeda L., Dickinson R., Szatm ri B., N meth G. et al. Cariprazine treatment of bipolar depression: a randomized double-blind placebo-controlled phase 3 study // *Am J Psychiatry*. – 2019. – Vol. 176 (6). – Pp. 439–448. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070824>
157. Earley W.R., Burgess M.V., Khan B., Rekeda L., Suppes T., Tohen M. et al. Efficacy and safety of Cariprazine in bipolar I depression: a double-blind, placebo-controlled phase 3 study // *Bipolar Disord.* – 2020. – Vol. 22. – Pp. 372–384. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12852>
158. Thase M.E., Jonas A., Khan A. et al. Aripiprazole monotherapy in nonpsychotic bipolar I depression: results of 2 randomized, placebo-controlled studies // *J Clin Psychopharmacol.* – 2008. – Vol. 28 (1). – Pp. 13–20. – <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e3181618eb4>
159. Dunn R.T., Stan V.A., Chhri L.S. et al. A prospective, open-label study of Aripiprazole mono- and adjunctive treatment in acute bipolar depression // *J Affect Disord.* – 2008. – Vol. 110 (1–2). – Pp. 70–74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.004>
160. McElroy S.L., Suppes T., Frye M.A. et al. Open-label aripiprazole in the treatment of acute bipolar depression: a prospective pilot trial // *J Affect Disord.* – 2007. – Vol. 101 (1–3). – Pp. 275–281. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.025>
161. Berk M., Tiller J.W.G., Zhao J. et al. Effects of Asenapine in bipolar I patients meeting proxy criteria for moderate-to-severe mixed major depressive episodes: A post hoc analysis // *J Clin Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76 (6). – Pp. 728–734. – <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08827>
162. Sachs G.S., Ice K.S., Chappell P.B. et al. Efficacy and safety of adjunctive oral ziprasidone for acute treatment of depression in patients with bipolar I disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *J Clin Psychiatry*. – 2011. – Vol. 72 (10). – Pp. 1413–1422. – <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05934>
163. Durgam S., Earley W., Lipschitz A. et al. An 8-week randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the safety and efficacy of Cariprazine in patients with bipolar I depression // *Am J Psychiatry*. – 2016. – Vol. 173 (3). – Pp. 271–281. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020164>
164. International Society for Bipolar Disorders (ISBD). 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. – 2018. – Pp. 1–74.
165. Grunze H., Vieta E., Goodwin G.M., Bowden C., Licht R.W., Möller H.-J. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression // *World J Biol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 11 (2). – Pp. 81–109. – <https://doi.org/10.3109/15622970903555881>

166. Grunze H., Vieta E., Goodwin G.M., Bowden Ch., Licht R.W., Azorin J.-M., Yatham L., Mosolov S., Möller H.-J., Kasper S. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Acute and long-term treatment of mixed states in bipolar disorder // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2018. Vol. 19 (1). – Pp. 2–58. – <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1384850>
167. Perugi G., Pacchiarotti I., Mainardi C., Verdolini N., Menculini G., Angst J., Azorin J.-M., Bowden C.L., Mosolov S., Young A.H., Vieta E. Patterns of response to antidepressants in major depressive disorder: Drug resistance or worsening of depression are associated with a bipolar diathesis // *European Neuropsychopharmacology*. – 2019. – Vol. 29, no. 7. – Pp. 825–834. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.06.001>
168. Gitlin M.J. Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy // *Int J Bipolar Disord.* – 2018. – Vol. 6. – Art. 25. – <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0133-9>
169. Viktorin A., Lichtenstein P., Thase M.E. et al. The risk of switch to mania in patients with bipolar disorder during treatment with an antidepressant alone and in combination with a mood stabilizer // *Am J Psychiatry*. – 2014. – Vol. 171 (10). – Pp. 1067–1073. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111501>
170. Fountoulakis K.N. An update of evidence-based treatment of bipolar depression: Where do we stand? // *Curr Opin Psychiatry*. – 2010. – Vol. 23. – Pp. 19–24. – <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333e132>
171. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и терапия. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 383 с.
172. Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современная терапия депрессивной фазы при биполярном аффективном расстройстве // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. – 2012. – № 11, вып. 2. – С. 72–81.
173. Pacchiarotti I., Bond D.J., Baldessarini R.J. et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders // *Am J Psychiatry*. – 2013. – Vol. 170 (11). – Pp. 1249–1262.
174. Макэлой С.Л., Израэл А. Применение антидепрессантов при биполярном расстройстве II типа // *Биполярные расстройства. Диагностика, современные представления и лечение*. – М.: МЕДпресс-информ, 2022. – 384 с.
175. McElroy S.L., Weisler R.H., Chang W. et al. Embolden II (Trial D1447C00134) Investigators: A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monotherapy in adults with bipolar depression (Embolden II) // *J Clin Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71 (2). – Pp. 163–174. – <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04942gre>
176. Amsterdam J.D., Lorenzo-Luaces L., Soeller I. et al. Short-term venlafaxine v. lithium monotherapy for bipolar type II major depressive episodes: Effectiveness and mood conversion rate // *Br J Psychiatry*. – 2016. – Vol. 208 (4). – Pp. 359–365. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169375>
177. Amsterdam J.D., Shults J. Efficacy and safety of long-term fluoxetine versus lithium monotherapy of bipolar II disorder: a randomized, double-blind, placebo substitution study // *Am J Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167 (7). – Pp. 792–800. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020284>
178. Amsterdam J.D., Lorenzo-Luaces L., Soeller I. et al. Safety and effectiveness of continuation antidepressant versus mood stabilizer monotherapy for relapse prevention of bipolar II depression: a randomized, double-blind, parallel-group, prospective study // *J Affect Disord.* – 2015. – Vol. 185. – Pp. 31–37. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.070>
179. Parker G., Tully L., Olley A. et al. SSRIs as mood stabilizers for bipolar II disorder? A proof of concept study // *J Affect Disord.* – 2006. – Vol. 92 (2–3). – Pp. 205–214. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.024>
180. Yatham L.N. Diagnosis and management of patients with bipolar II disorder // *J Clin Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66, suppl. 1. – Pp. 13–17.
166. Grunze H., Vieta E., Goodwin G.M., Bowden Ch., Licht R.W., Azorin J.-M., Yatham L., Mosolov S., Möller H.-J., Kasper S. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Acute and long-term treatment of mixed states in bipolar disorder // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2018. Vol. 19 (1). – Pp. 2–58. – <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1384850>
167. Perugi G., Pacchiarotti I., Mainardi C., Verdolini N., Menculini G., Angst J., Azorin J.-M., Bowden C.L., Mosolov S., Young A.H., Vieta E. Patterns of response to antidepressants in major depressive disorder: Drug resistance or worsening of depression are associated with a bipolar diathesis // *European Neuropsychopharmacology*. – 2019. – Vol. 29, no. 7. – Pp. 825–834. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.06.001>
168. Gitlin M.J. Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy // *Int J Bipolar Disord.* – 2018. – Vol. 6. – Art. 25. – <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0133-9>
169. Viktorin A., Lichtenstein P., Thase M.E. et al. The risk of switch to mania in patients with bipolar disorder during treatment with an antidepressant alone and in combination with a mood stabilizer // *Am J Psychiatry*. – 2014. – Vol. 171 (10). – Pp. 1067–1073. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111501>
170. Fountoulakis K.N. An update of evidence-based treatment of bipolar depression: Where do we stand? // *Curr Opin Psychiatry*. – 2010. – Vol. 23. – Pp. 19–24. – <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333e132>
171. Mosolov C.N., Kostjukova E.G., Kuzavkova M.V. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo. Diagnostika i terapija. – M.: Medpress-inform, 2008. – 383 s.
172. Ushkalova A.V., Kostjukova E.G., Mosolov S.N. Sovremennaja terapija depressivnoj fazy pri bipoljarnom affektivnom rasstrojstve // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2012. – № 11, vyp. 2. – S. 72–81.
173. Pacchiarotti I., Bond D.J., Baldessarini R.J. et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders // *Am J Psychiatry*. – 2013. – Vol. 170 (11). – Pp. 1249–1262.
174. Makjelroj S.L., Izrael A. Primenenie antidepressantov pri bipoljarnom rasstrojstve II tipa // *Bipoljarnye rasstrojstva. Diagnostika, sovremennye predstavlenija i lechenie*. – M.: MEDpress-inform, 2022. – 384 s.
175. McElroy S.L., Weisler R.H., Chang W. et al. Embolden II (Trial D1447C00134) Investigators: A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monotherapy in adults with bipolar depression (Embolden II) // *J Clin Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71 (2). – Pp. 163–174. – <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04942gre>
176. Amsterdam J.D., Lorenzo-Luaces L., Soeller I. et al. Short-term venlafaxine v. lithium monotherapy for bipolar type II major depressive episodes: Effectiveness and mood conversion rate // *Br J Psychiatry*. – 2016. – Vol. 208 (4). – Pp. 359–365. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169375>
177. Amsterdam J.D., Shults J. Efficacy and safety of long-term fluoxetine versus lithium monotherapy of bipolar II disorder: a randomized, double-blind, placebo substitution study // *Am J Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167 (7). – Pp. 792–800. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020284>
178. Amsterdam J.D., Lorenzo-Luaces L., Soeller I. et al. Safety and effectiveness of continuation antidepressant versus mood stabilizer monotherapy for relapse prevention of bipolar II depression: a randomized, double-blind, parallel-group, prospective study // *J Affect Disord.* – 2015. – Vol. 185. – Pp. 31–37. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.070>
179. Parker G., Tully L., Olley A. et al. SSRIs as mood stabilizers for bipolar II disorder? A proof of concept study // *J Affect Disord.* – 2006. – Vol. 92 (2–3). – Pp. 205–214. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.024>
180. Yatham L.N. Diagnosis and management of patients with bipolar II disorder // *J Clin Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66, suppl. 1. – Pp. 13–17.