
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

Диагностические ошибки при применении диагноза биполярных и ассоциированных расстройств

Короткое клиническое руководство для врачей-психиатров,
психотерапевтов и ординаторов

All About DSM-5

Независимый образовательный проект

Андрей Анцыборов, Лема Анцыборов

КЛЮЧЕВОЙ ПРИНЦИП

Диагноз биполярного расстройства устанавливается не по факту «перепадов настроения», а по реконструкции отчётливых эпизодов, в рамках которых настроение, энергия, активность, сон, темп мышления и поведение меняются синхронно и заметно — то есть по эпизоду изменения поведения, не характерного

для нормативного функционирования пациента.

Содержание

- 01 Цена диагностической ошибки
- 02 Диагностический объект: эпизод и продолжное течение
- 03 Ошибка №1: «перепады настроения» вместо эпизода
- 04 Ошибка №2: пропущенная гипомания
- 05 Ошибка №3: униполярная депрессия как биполярная — и наоборот
- 06 Ошибка №4: смешанные признаки
- 07 Ошибка №5: антидепрессант-индуцированная активация
- 08 Ошибка №6: пограничное расстройство личности (ПРЛ)
- 09 Ошибка №7: РДВГ и симптоматика расстройств нейроразвития
- 10 Ошибка №8: психоактивные вещества и лекарственные препараты
- 11 Ошибка №9: «психоз» и шизоаффективное расстройство
- 12 Ошибка №10: соматические и неврологические проблемы
- 13 Возраст, послеродовой период и поздний дебют
- 14 Скрининг: полезный сигнал, не диагноз
- 15 Структурированный анамнез и сведения от окружения пациента
- 16 Диагностический таймлайн
- 17 Формулировка заключения и диагностическая неопределённость
- 18 Повторная проверка уже выставленного диагноза
- 19 Алгоритм первичной оценки
- 20 Дифференциальная матрица
- 21 Чек-лист проверки гипоманиакального эпизода
- 22 Минимальная соматическая и лекарственная проверка
- 23 Клинические виньетки: где возникает ошибка
- 24 Шаблон записи в истории болезни
- 25 Двадцать вопросов перед подтверждением диагноза
- 26 Ключевые выводы
- 27–28 Литература

РАЗДЕЛ 00

Как пользоваться руководством

Материал построен вокруг диагностических решений, а не вокруг перечисления критериев.

Целевая аудитория — врачи-психиатры, психотерапевты, врачи общей практики, клинические психологи в составе междисциплинарной команды и ординаторы. Предполагается знание базовой психопатологии.

Задача руководства — снизить вероятность пропущенного, преждевременного, чрезмерно широкого или «инерционно сохраняемого» диагноза биполярного расстройства. Для этого текст помогает организовать анамнез, дифференциальную диагностику, документирование и повторную оценку.

Границы применения. Это образовательный материал: он не заменяет клинический протокол и не является индивидуальной медицинской рекомендацией. Решения принимаются с учётом очной оценки, действующего законодательства, локальных стандартов, инструкций к препаратам и доступности наблюдения.

Терминология. Для клинического рассуждения сопоставляются DSM-5-TR и МКБ-11. Формулировки критериев из защищённых авторским правом руководств не воспроизводятся дословно — окончательную квалификацию следует сверять с официальным изданием.

Уровень доказательности. В основе руководства — официальные диагностические руководства и клинические рекомендации, дополненные современными обзорами; там, где данные ограничены, это указано прямо.

РАЗДЕЛ 01

Цена диагностической ошибки

Ошибка — это не только неверный диагноз, но и задержка, «преждевременная уверенность» в точности диагноза, или отсутствие пересмотра.

Биполярное расстройство нередко впервые проявляется депрессией, тогда как гипомания остаётся неоцененной: пациент не считает её болезнью, вспоминает как период здоровья или вовсе не замечает изменений собственного поведения. Отсюда риск того, что состояние годами квалифицируют как рекуррентное депрессивное расстройство.

Возможна и обратная ошибка. Эмоциональная реактивность, хроническая импульсивность, нарушения сна, раздражительность или эффект психоактивных веществ

объединяются под ярлыком «биполярный спектр» без подтверждённой эпизодности — и пациент годами получает лечение, не соответствующее ведущему механизму расстройства.

РАЗДЕЛ 02

Диагностический объект: эпизод и продольное течение

Срез состояния недостаточен: биполярный диагноз — это вывод о структуре болезни во времени.

Маниакальный или гипоманиакальный эпизод — ограниченный во времени кластер взаимосвязанных изменений, отличающий пациента от его обычного состояния. Значение имеют не только настроение, но и энергия, активность, потребность во сне, скорость речи и мышления, целенаправленное поведение, контроль над импульсами и последствия этих изменений.

Отдельный симптом сам по себе неспецифичен: недостаток сна можно объяснить тревогой, стимуляторами, болью, или сменной работой; разговорчивость — темпераментом; финансовые траты — привычкой; раздражительность — конфликтом или синдромом отмены. Диагностический вес появляется только тогда, когда изменения синхронны и складываются в характерную динамику.

При нехватке данных допустимы формулировки: «биполярное расстройство под вопросом», «депрессивный эпизод с признаками повышенного риска биполярности» или «аффективное расстройство, требующее продольного наблюдения».

РАЗДЕЛ 03

Ошибка №1: «перепады настроения» вместо эпизода

Быстрая смена чувств в ответ на события — не то же самое, что быстрое циклирование, и сама по себе биполярность не подтверждает.

В обиходной речи словом «мания» часто называют сильную увлечённость чем-либо, а «перепадами» — любое изменение эмоций. Задача клинициста — перевести эти бытовые формулировки в наблюдаемые параметры. Если настроение меняется в течение минут или часов вслед за сообщением, конфликтом, одиночеством или оценкой окружающих, в первую очередь стоит думать о реактивной эмоциональной дисрегуляции, тревоге,

травматических реакциях, ПРЛ или особенностях темперамента.

Быстрые циклы в диагностическом смысле описывает число полноценных аффективных эпизодов в течение года, а не многократные колебания настроения за один день. Смешанные картины и очень быстрые изменения возможны, но использовать их как готовое объяснение без тщательной реконструкции синдрома и исключения веществ нельзя.

РАЗДЕЛ 04

Ошибка №2: «пропущенная» гипомания

Гипомания часто остаётся скрытой не потому, что её не было, а потому, что пациент не пережил её как проблему.

Пациент с депрессией подробно описывает страдание, а эпизоды подъёма нередко называет «наконец нормальным состоянием». Поэтому прямой вопрос «Была ли у вас гипомания?» почти бесполезен — нужна поведенческая реконструкция: сон, речь, контакты, инициативы, сексуальное поведение, вождение, расходы, конфликты, отзывы окружающих.

Снижение потребности во сне важно отличать от бессонницы: при гипомании человек спит меньше и чувствует себя бодрым, а при тревоге или депрессии обычно хочет спать, но не может, и страдает от усталости. Повышенная продуктивность значима, если она качественно необычна и сочетается с другими изменениями.

Настороженность при депрессии повышают: раннее начало, множество эпизодов, семейный анамнез биполярного расстройства, психотические симптомы, послеродовой эпизод, атипичические признаки, выраженная психомоторная активация, попытки суицида, возможная активация на антидепрессантах. Ни один из этих сигналов не является диагнозом сам по себе.

Если доказательств недостаточно, полезны дневник настроения и сна, данные переписки, банковских операций, графика работы и медицинских обращений — но только с согласия пациента и с соблюдением конфиденциальности.

РАЗДЕЛ 05

Ошибка №3: униполярная депрессия как биполярная — и наоборот

Депрессивный эпизод сам по себе не сообщает, к какому продольному расстройству он относится.

При первом депрессивном эпизоде биполярность может оставаться недоказуемой. Семейный анамнез, ранний дебют, рекуррентность, психоз, сезонность или атипичические симптомы повышают вероятность биполярного течения, но не заменяют собой маниакальный или гипоманиакальный эпизод, если классификация требует его для диагноза.

Гипердиагностика возникает, когда резистентность депрессии, раздражительность, тревога или кратковременная активация после начала лечения автоматически трактуются как биполярность. В таких случаях стоит заново проверить адекватность доз, приверженность лечению, употребление веществ, нарушения сна, соматические причины и точность исходного диагноза.

На раннем этапе формулировка может оставаться вероятностной. Важнее выстроить план наблюдения и заранее объяснить пациенту, какие изменения сна, энергии и поведения требуют срочного обращения к врачу.

РАЗДЕЛ 06

Ошибка №4: смешанные признаки

Смешанная картина повышает риск и диагностическую сложность, но не отменяет задачу установить ведущий эпизод.

При депрессии могут одновременно присутствовать ускорение мыслей, повышенная разговорчивость, внутреннее напряжение, раздражительность, импульсивность, рост энергии. При мании возможны подавленность, чувство вины, суицидальные мысли. Такие картины требуют особого внимания к риску, веществам и медикаментозной активации.

Распространённая ошибка — называть «смешанным состоянием» любую тревожную ажитированную депрессию. Ажитация, бессонница и раздражительность сами по себе неспецифичны; нужны признаки противоположного полюса, возникающие синхронно и не объяснимые акатизией, паникой, отменой вещества или личностной реактивностью.

Темп: мысли быстрые или навязчиво повторяются вокруг одной тревожной темы?

Энергия: увеличена — или пациент мучительно возбуждён и истощён?

Сон: потребность снижена — или человек хочет спать, но не может?

Действие: возросла целенаправленная активность или только беспокойство?

Ятрогения: совпало ли начало с изменением антидепрессанта, стимулятора или стероида?

РАЗДЕЛ 07

Ошибка №5: антидепрессант-индуцированная активация

После назначения препарата возможны разные феномены, и не каждый из них — мания.

Установите дату начала, изменения дозы и прекращения приёма каждого препарата — включая безрецептурные средства, стимуляторы, каннабиноиды, гормоны и добавки. Сопоставьте её с первой бессонной ночью, изменением энергии, поведением и восстановлением после отмены.

DSM-5-TR допускает диагностическое значение за полноценным маниакальным или гипоманиакальным синдромом, возникшим на фоне лечения и сохраняющимся за пределами ожидаемого физиологического действия препарата. Клинически это, тем не менее, требует осторожной временной реконструкции: краткой нервозности или бессонницы для такого вывода недостаточно.

РАЗДЕЛ 08

Ошибка №6: пограничное расстройство личности (ПРЛ)

ПРЛ и биполярное расстройство способны имитировать друг друга, сосуществовать или ошибочно исключать друг друга.

Для ПРЛ характерна устойчивая уязвимость регуляции эмоций и отношений, которая обычно проявляется с подросткового или раннего взрослого возраста в разных контекстах. Колебания аффекта здесь чаще кратки и связаны с переживанием отвержения, одиночества, угрозы отношениям или изменением образа значимого человека.

Биполярный эпизод, напротив, представляет собой отчётливое отклонение от исходного состояния и включает изменения энергии, сна, темпа мышления и целенаправленной активности. При этом раздражительность, импульсивность, самоповреждение, суицидальность и нестабильность отношений сами по себе не позволяют надёжно различить эти два диагноза.

Ответ на нормотимик или психотерапию не стоит использовать как ретроспективный диагностический тест. Коморбидность возможна — тогда продольные критерии каждого расстройства нужно доказывать отдельно.

РАЗДЕЛ 09

Ошибка №7: РДВГ и симптоматика нейроразвития

Хроническая невнимательность и импульсивность — это не то же самое, что эпизодическое усиление активности.

Стимуляторы и другие препараты способны усложнять картину. Прежде чем говорить о мании, нужно установить, был ли полный синдром, какова его временная связь с дозой и сохранялся ли он после окончания ожидаемого действия препарата.

РДВГ начинается в период развития и проявляется устойчиво в нескольких сферах жизни. Биполярные симптомы, напротив, эпизодичны и представляют собой изменение поведения, не характерное для нормативного функционирования пациента. Для дифференциации полезнее не сравнивать списки симптомов, а строить две временные линии — детскую/постоянную и аффективно-эпизодическую.

РДВГ и биполярное расстройство могут сосуществовать. В этом случае хронические симптомы отделяют от эпизодических, а лечение планируют с учётом текущей аффективной стабильности и риска активации.

РАЗДЕЛ 10

Ошибка №8: психоактивные вещества и лекарственные препараты

Интоксикация, отмена и медикаментозные эффекты способны воспроизводить почти весь маниакальный синдром.

Кокаин, амфетамины и другие стимуляторы вызывают эйфорию, бессонницу, ускорение речи, подозрительность, иногда психоз. Каннабис может сопровождаться тревогой, дисфорией, психотическими и аффективными симптомами. Алкоголь и седативные средства особенно важны в фазах интоксикации и отмены.

Среди лекарственных причин стоит помнить о глюкокортикоидах, дофаминергических средствах, стимуляторах, некоторых антидепрессантах и других препаратах с нейropsychиатрическими эффектами, а также о гормонах, безрецептурных деконгестантах, энергетиках, добавках и психоактивных продуктах неизвестного состава.

Составьте календарь употребления по дням, а не общий ответ «иногда».

Зафиксируйте дозу, путь приёма, частоту, дату последнего приёма и период отмены.

Сопоставьте симптомы с окном интоксикации, отмены и устойчивого воздержания.

Используйте токсикологическое исследование как часть данных, учитывая окна обнаружения и возможные ложные результаты.

Не требуйте полного воздержания как условия психиатрической помощи — лечите риск и оба расстройства одновременно.

РАЗДЕЛ 11

Ошибка №9: психоз и шизоаффективное расстройство

Временная связь психоза с аффективными эпизодами важнее яркости отдельных психотических симптомов.

Психотические симптомы возможны при тяжёлой мании или депрессии; их содержание может быть согласовано или не согласовано с настроением, но это не решает нозологический вопрос автоматически. Главное — присутствовал ли психоз за пределами выраженного аффективного эпизода и насколько надёжно это установлено.

Распространённая ошибка — заключать «шизоаффективное расстройство» из самого факта одновременного присутствия психоза и симптомов настроения. Здесь нужна продольная реконструкция периодов болезни, доли аффективных эпизодов и независимого психоза — в соответствии с используемой классификацией.

Учитывайте негативные симптомы, когнитивное снижение, дезорганизацию, преморбидное функционирование и динамику между эпизодами — но ни один из этих признаков не стоит использовать изолированно.

РАЗДЕЛ 12

Ошибка №10: соматические и неврологические проблемы

Поздний дебют, атипичное течение или неврологические признаки требуют расширения диагностического поля.

Лабораторного анализа, подтверждающего первичное биполярное расстройство, не существует. Исследования нужны для поиска альтернативных причин, оценки безопасности лечения и коморбидности; их объём определяется анамнезом, возрастом, данными осмотра, принимаемыми препаратами и локальными рекомендациями.

Тиреоидная дисфункция и другие эндокринные состояния.

Неврологические заболевания: эпилепсия, опухоль, травма, нейродегенеративный процесс.

Инфекция, аутоиммунное или системное воспалительное заболевание при соответствующих признаках.

Делирий, метаболическое нарушение, гипоксия, дефицитное состояние.

Лекарственная или токсическая этиология, включая стероиды и дофаминергические препараты.

Нарушения сна — особенно при выраженном циркадном сдвиге или подозрении на апноэ.

РАЗДЕЛ 13

Возраст, послеродовой период и поздний дебют

Одна и та же симптоматика имеет разную априорную вероятность и разный дифференциальный ряд в разные периоды жизни.

Дети и подростки. Раздражительность, импульсивность и эмоциональные вспышки в этом возрасте неспецифичны. NICE рекомендует устанавливать диагноз у молодых пациентов после интенсивного продольного наблюдения командой с соответствующим опытом; семейного анамнеза и депрессии без подтверждённой мании для диагноза недостаточно.

Молодые пациенты взрослого возраста. Здесь стоит реконструировать нейроразвитийный анамнез, начало употребления веществ, циркадный режим и изменения функционирования. Первые гипомании у таких пациентов бывают социально подкреплены и становятся заметны только ретроспективно.

Перинатальный период. Послеродовая мания или психоз требуют неотложной специализированной оценки — с учётом скорости изменения риска, способности заботиться о ребёнке, сна, поддержки, соматического состояния и безопасности. История послеродовых эпизодов повышает настороженность при последующих беременностях.

Поздний дебют. Первый маниакальный синдром в среднем или пожилом возрасте требует особенно тщательного поиска лекарственной, неврологической, эндокринной или иной соматической причины. Расторможенность в этом возрасте не стоит списывать на деменцию или «характер» без оценки синдрома — и наоборот.

РАЗДЕЛ 14

Скрининг: полезный сигнал, не диагноз

Положительный результат MDQ или другого опросника означает необходимость интервью, а не готовое заключение.

Скрининговые инструменты помогают систематически опросить пациента о симптомах и выделить тех, кому нужна углублённая оценка. Их результат зависит от популяции, формулировок вопросов, точности ретроспективной памяти и выбранного порога — положительная прогностическая ценность в специализированной клинике и в общей популяции будет разной.

Ложноположительный результат возможен при ПРЛ, РДВГ, употреблении веществ, тревоге, травматических расстройствах, хронической эмоциональной дисрегуляции. Ложноотрицательный — при отсутствии инсайта, «забывании» гипомании, восприятии подъёма как нормы или оценке только текущего состояния.

РАЗДЕЛ 15

Структурированный анамнез и сведения от окружения пациента

Хорошее интервью снижает и риск пропуска, и риск гипердиагностики — если вопросы привязаны к времени и поведению.

Начните с причины обращения и текущего синдрома, затем переходите к самому выраженному периоду подъёма или раздражительности. Симптомы лучше не перечислять без привязки ко времени: удерживайте один выбранный период и уточняйте все изменения внутри него.

«В каком месяце это было? Что происходило за неделю до начала?»
«Сколько часов вы спали и как чувствовали себя утром?»
«Какие дела вы начали? Что довели до конца?»
«Кто первым сказал, что вы изменились? Что именно он заметил?»
«Были ли долги, конфликты, сексуальный риск, опасное вождение, увольнение?»
«Какие вещества и лекарства присутствовали в те дни?»
«Как и когда состояние закончилось? Что осталось после него?»

Сведения от окружения пациента особенно важны при подозрении на манию, психоз, когнитивное нарушение или низкий инсайт. Получайте согласие, объясняйте цель беседы и по возможности обсуждайте расхождения с самим пациентом. Исключение — ситуации, регулируемые законом, и непосредственная угроза безопасности.

РАЗДЕЛ 16

Диагностический таймлайн

Визуальная временная линия превращает разрозненные сведения в проверяемую модель течения болезни.

Начертите горизонтальную линию от детства до настоящего момента. Сверху отмечайте настроение, энергию и функционирование; снизу — вещества, препараты, соматические события, беременность и роды, стрессоры, госпитализации. Единицы времени — месяцы или годы, в зависимости от точности памяти.

Отмечайте степень уверенности в каждом пункте: подтверждено документом, подтверждено источником, сообщено пациентом, предполагается. Примерную дату не стоит превращать в ложную точность.

РАЗДЕЛ 17

Формулировка заключения и диагностическая неопределённость

Структура заключения задаёт дисциплину рассуждения даже там, где данных пока недостаточно.

Заключение стоит строить по одной и той же структуре: текущий синдром; продольные данные; основания диагноза; альтернативы; вещества, лекарства и соматика; риск; степень уверенности; план наблюдения. Источник существенных сведений указывается отдельно.

Неопределённость не равна бездействию: можно управлять риском, избегать потенциально опасных решений, проводить психообразование и заранее согласовать с пациентом признаки, требующие раннего обращения, — продолжая при этом диагностический поиск.

Хорошая запись должна позволить другому врачу понять, какие новые данные укрепят диагноз, а какие заставят его изменить — это и есть правило пересматриваемости, снижающее диагностическую инерцию.

РАЗДЕЛ 18

Повторная проверка уже примененного диагноза

Длительность диагноза в карте — не доказательство его точности.

Пересмотр диагноза показан при необычном течении, отсутствии ожидаемого ответа на лечение, выраженной полипрагмазии, несогласии пациента, противоречивых выписках, позднем дебюте, новых сведениях от близких или длительном отсутствии убедительных эпизодов. Сам по себе пересмотр не означает автоматическую отмену лечения.

Найдите первую запись, где появился диагноз, и первичные основания для него.

Отделите документированные факты от последующих копирований записи.

Заново постройте таймлайн до начала психофармакотерапии.

Проверьте, не были ли симптомы вызваны веществами, лекарствами или делирием.

Оцените альтернативы и возможную коморбидность.

Не отменяйте резко препараты только ради «диагностической чистоты».

Обсудите изменение формулировки с пациентом, не обвиняя прежних врачей.

Если диагноз подтверждается — уточните тип расстройства, текущий/последний эпизод, ремиссию, психотические и смешанные признаки, цикличность и сопутствующие расстройства. Если не подтверждается — зафиксируйте, какие критерии не воспроизводятся и какая формулировка лучше объясняет имеющиеся данные.

РАЗДЕЛ 19

Алгоритм первичной оценки

Последовательность шагов здесь важнее их количества.

1. Неотложность. Оцените суицидальный и гетероагрессивный риск, психоз, возбуждение, делирий, кататонию, интоксикацию, синдром отмены, способность к самопомощи и наличие безопасной среды.
2. Текущий синдром. Опишите настроение, энергию, сон, активность, речь, мышление, психоз, функцию и тяжесть состояния.
3. Один лучший кандидатный эпизод. Выберите конкретный период прошлого подъёма или раздражительности и реконструируйте его день за днём.
4. Альтернативная этиология. Сопоставьте вещества, лекарства, соматические и неврологические признаки с временной динамикой.
5. Продольная карта. Отметьте депрессии, возможные подъёмы, психоз, межэпизодное состояние, лечение и функционирование.
6. Независимые данные. С согласия пациента используйте сведения близких, выписки, рецепты, дневники и другие надёжные источники.
7. Формулировка и план. Укажите степень уверенности, альтернативы, риск, недостающие данные и дату повторной оценки.

РАЗДЕЛ 20

Дифференциальная матрица

Матрица не заменяет интервью — она помогает не упустить конкурирующие объяснения.

РАЗДЕЛ 21

Чек-лист проверки гипоманиакального эпизода

Заполняется для одного конкретного периода — а не «вообще по жизни».

Вывод: подтверждённый эпизод / вероятный эпизод / недостаточно данных / альтернативное объяснение.

Недостающие

данные:

Дата повторной оценки: _____

РАЗДЕЛ 22

Минимальная соматическая и лекарственная проверка

Объём обследования всегда индивидуален; таблица задаёт вопросы, а не универсальный пакет анализов.

Нормальные результаты не «доказывают психиатрию», а патологические не всегда объясняют синдром. Каждую находку стоит связывать с конкретной клинической гипотезой, временной динамикой и вероятностью причинной роли.

РАЗДЕЛ 23

Клинические виньетки: где возникает ошибка

Виньетки учебные и не описывают реальных пациентов.

Виньетка 1. Пациентка 29 лет обращается с третьим эпизодом депрессии. На MDQ много положительных ответов. «Подъёмы» длятся несколько часов после примирения с партнёром, сниженной потребности во сне нет, с подросткового возраста присутствуют страх оставления и самоповреждение. Ошибка — диагноз БАП по результату скрининга. Правильный следующий шаг — оценка ПРЛ, травмы и коморбидной депрессии, без запрета на дальнейший поиск истинной гипомании.

Виньетка 2. Мужчина 34 лет сообщает о «бессоннице на антидепрессанте». Он тревожен, хочет спать, не чувствует энергии, постоянно ходит из-за мучительного внутреннего беспокойства. Ошибка — назвать это смешанным эпизодом. Следующий шаг — оценить акатизию, тревожную активацию, дозу препарата и непосредственный риск.

Виньетка 3. Студент 21 года после нескольких ночей на психостимуляторах говорит быстро, подозрителен, строит грандиозные планы; подобных эпизодов до употребления не

было. Ошибка — сразу установить БАР I. Следующий шаг — обеспечить безопасность, лечить интоксикацию, провести токсикологию и наблюдать после ожидаемого восстановления.

Виньетка 4. Женщина 46 лет лечится от рекуррентной депрессии. Супруг описывает два периода по неделе: сон 3 часа без усталости, непрерывная речь, пять новых проектов, долги, необычная сексуальная активность. Ошибка — принять субъективное отрицание «мании» за отсутствие эпизода. Следующий шаг — подробная реконструкция периода, документирование последствий и квалификация по официальным критериям.

РАЗДЕЛ 24

Шаблон записи в истории болезни

Структуру стоит копировать по смыслу, а не превращать в формальность.

1. Причина обращения и источник сведений. Пациент / близкий / выписка / иное; надёжность и ограничения источника.
2. Текущий синдром. Настроение; энергия; сон; речь; мышление; активность; психоз; кататония; функция; тяжесть.
3. Риск. Суицид, агрессия, импульсивные действия, самопомощь, дети/иждивенцы, доступ к средствам, защита.
4. Кандидатный эпизод подъёма. Даты; изменение от нормы; синхронные признаки; наблюдаемость; функция; завершение.
5. Депрессивные эпизоды и межэпизодное состояние. Число, тяжесть, психоз, сезонность, послеродовые эпизоды, восстановление.
6. Альтернативные причины. Вещества; лекарства; сон; соматика; неврология; делирий; травма; нейроразвитие.
7. Семейный и продольный анамнез. Диагнозы у родственников; суициды; госпитализации; раннее функционирование.
8. Диагностическая формулировка. Основная гипотеза; подтверждённые основания; спецификаторы; коморбидность.
9. Альтернативы и степень уверенности. Что говорит «за» и «против»; каких данных не хватает.
10. План. Неотложные меры; обследование; коллатеральные данные; дневник; консилиум; дата пересмотра.

РАЗДЕЛ 25**Двадцать вопросов перед подтверждением диагноза**

Последняя остановка перед диагностической поспешностью.

Есть ли хотя бы один конкретный период с датами и границами?

Было ли отчётливое изменение относительно личной нормы?

Изменились ли одновременно настроение и энергия/активность?

Было ли настоящее снижение потребности во сне?

Были ли изменения видны окружающим?

Изменилось ли функционирование и каким образом?

Не спутаны ли продуктивность и хаотическая занятость?

Не спутаны ли ускоренные мысли с тревожной руминацией?

Не спутана ли мания с акатизией или бессонницей?

Проверена ли временная связь с веществами?

Проверена ли полная лекарственная история?

Рассмотрены ли соматические и неврологические причины?

Построена ли линия психоза относительно аффективного эпизода?

Проверены ли ПРЛ, РДВГ, ПТСР и тревожные расстройства?

Допускается ли коморбидность вместо ложного «или-или»?

Есть ли независимые сведения и какова их надёжность?

Не используется ли семейный анамнез как замена эпизоду?

Не используется ли ответ на препарат как диагностический тест?

Указана ли степень уверенности и план получения данных?

Обсуждён ли диагноз с пациентом понятным и нестигматизирующим языком?

РАЗДЕЛ 26**Ключевые выводы**

Диагностическая точность держится на дисциплине времени, языка и повторной проверки.

Биполярность подтверждает эпизодический синдром, а не само слово «перепады».

Гипоманию ищут поведенческими вопросами и коллатеральным анамнезом.

Депрессия с факторами риска требует наблюдения, но факторы риска не заменяют критерии.

Смешанные признаки нужно отличать от тревоги, агитации, акатизии и отмены веществ.

Антидепрессант-индуцированная активация требует временной и синдромальной реконструкции.

ПРЛ, РДВГ, ПТСР, вещества и БАР могут быть альтернативами или сосуществовать.

Психоз квалифицируют по отношению ко времени аффективного эпизода.

Поздний или атипичный дебют снижает порог соматического и неврологического поиска.

Скрининг помогает выбрать следующий вопрос, но не выдаёт диагноз.

Диагностическая неопределённость должна иметь план и дату пересмотра.

Старый диагноз проверяют по первичным основаниям, а не по числу копирований в карте.

Наблюдаемые данные, альтернативы и степень уверенности документируются всегда.

РАЗДЕЛ 27–28**Литература и руководства**

Основные источники, использованные при подготовке методических указаний.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA Publishing; 2022.
2. American Psychiatric Association. DSM-5-TR Update Supplement. September 2025.
3. World Health Organization. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. Geneva: WHO; 2024.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. Updated 2 September 2025.
5. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Bipolar Disorder. 2023.
6. Keramatian K, Chithra NK, Yatham LN. The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence. *Focus*. 2023;21(4).
7. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. CANMAT and ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97-170.
8. Malhi GS, Bell E, Boyce P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021;55(1):7-117.
9. Scott J, Graham A, Yung A, Morgan C, Bellivier F, Etain B. A systematic review and meta-analysis of delayed help-seeking, delayed diagnosis and duration of untreated illness in bipolar disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;146(5):389-405.
10. Berk M, Corrales A, Trisno R, et al. Bipolar II disorder: a state-of-the-art review. *World Psychiatry*. 2025;24(2):175-189.
11. Temes CM, Boccagno C, Gold AK, et al. Comorbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: phenomenology, course, and treatment considerations. *Bipolar Disord*. 2024;26(6):548-555.
12. Kouros I, Holmberg H, Ekselius L, Ramklint M. Temperament, but not childhood trauma, distinguishes borderline personality disorder from bipolar disorder and ADHD. *Nord J Psychiatry*. 2024;78(1):79-86.
13. Little B, Anwyll M, Norsworthy L, et al. Processing speed and sustained attention in bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord*. 2024;26(2):109-128.
14. Shen H, Zhang L, Xu C, Zhu J, Chen M, Fang Y. Analysis of misdiagnosis of bipolar disorder in an outpatient setting. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2018;30(2):93-101.
15. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Is bipolar disorder overdiagnosed? *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):935-940.
16. Ruggero CJ, Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2010;44(6):405-408.
17. Ghouse AA, Sanches M, Zunta-Soares G, Swann AC, Soares JC. Overdiagnosis of bipolar disorder: a critical analysis of the literature. *Sci World J*. 2013;2013:297087.
18. Singh T, Rajput M. Misdiagnosis of bipolar disorder. *Psychiatry (Edmont)*. 2006;3(10):57-63.
19. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, et al. Bipolar disorders. *Lancet*. 2020;396(10265):1841-1856.

20. Trivedi MH. Tools and strategies for ongoing assessment of depression: a measurement-based approach to remission. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 6:26-31.
21. Aboraya A, Rankin E, France C, El-Missiry A, John C. The reliability of psychiatric diagnosis revisited. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006;3(1):41-50.
22. Bradford A, Meyer AND, Khan S, Giardina TD, Singh H. Diagnostic error in mental health: a review. *BMJ Qual Saf*. 2024;33(10):663-672.
23. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NG87.
24. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. 2024.
25. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. TIP 42. Updated 2020.

Дата актуализации. Поиск и сверка источников выполнены 29 июля 2026 года. Перед клиническим использованием проверьте обновления DSM-5-TR, МКБ-11 и применимых национальных рекомендаций.

Подготовлено для образовательного проекта All About DSM-5. Материал не содержит данных пациентов или идентифицируемых клинических случаев.