

# НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ<sup>1</sup>

Т.Ю. ЮДЕЕВА, Д.М. ЦАРЕНКО, Т.В. ДОВЖЕНКО

В статье представлен обзор зарубежных исследований социального познания у пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР). Описаны клиническая картина БАР двух типов, особенности течения этого заболевания, а также психосоциальное функционирование пациентов с БАР. Приводятся результаты исследований социального познания у пациентов с БАР, основанных на «теории психического» (Theory of Mind — ToM).

**Ключевые слова:** биполярное расстройство, социальное познание, «теория психического».

Изучение нарушений социального познания при различных формах психической патологии является актуальным для психологии, психиатрии и психотерапии на протяжении нескольких десятилетий, что связано с необходимостью разработки современных направлений психотерапевтической, психокоррекционной и психосоциальной помощи пациентам с психическими расстройствами [Холмогорова, Зарецкий, 2010; Пуговкина, Холмогорова, 2011; Пуговкина, 2014; Рычкова, 2014].

В последние годы на Западе наблюдается повышенный интерес к исследованию социального познания [Frith, Frith, 2003; Плужников, 2010]. Начало отечественным исследованиям нарушений социального познания было положено в работах, посвященных изучению социального интеллекта у больных шизофренией [Критская, Савина, 1982]. Исследования нарушений социального познания при шизофрении в российской науке продолжаются и в настоящее время [Рычкова, Сильчук, 2010; Кузин, 2014; Рычкова, 2014].

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского Научного Фонда (грант № 14-18-03461)

В последующем был проведен ряд исследований нарушений социального познания при депрессивных расстройствах [Плужников, 2010; Cusi, Nazarov, Holshausen, Macqueen, McKinnon, 2012]. Актуальность этих исследований определяется значительной распространенностью депрессивных расстройств, их клинической и социальной значимостью, необходимостью изучения влияния факторов социального познания на течение и прогноз болезни. Больше внимания было уделено изучению нарушения социального познания при биполярном аффективном расстройстве (БАР). Это касается как маниакальной, так и депрессивной фаз заболевания.

Изучение нарушений социального познания у пациентов с аффективными расстройствами проводится в рамках нескольких подходов, в том числе с позиций концепций социального и эмоционального интеллекта, осознанности, а также нарушений в сфере интерперсонального взаимодействия (недостаток социальной поддержки, сужение социальной сети, снижение удовольствия от общения) [Hansenne, 2007; Плужников, 2010; Пуговкина, Паламарчук, 2013].

Социальное познание можно определить как сложный комплекс психических процессов, лежащих в основе социальных взаимодействий. Это многомерное понятие в широком смысле складывается из способности к репрезентации своего сомато-психического состояния, понимания других людей и мотивации к межличностным контактам [Fiske, Taylor, 1991; Kunda, 1999; Amodio, Frith, 2006]. В последнее время отмечается повышенный интерес к проблеме изучения нейрокогнитивных функций и социального познания у больных биполярными аффективными расстройствами (БАР) [Samamé, Martino, Strejilevich, 2012]. Дефицитарность в этих областях может являться основой для серьезных нарушений поведения, а также затруднений повседневного и социального функционирования [Lahera, Montes, Benito, Valdivia, Medina, Mirapeix, 2008; Kurtz, Gerraty, 2009].

БАР является хроническим рецидивирующим заболеванием, характеризующимся депрессивными, маниакальными и смешанными эпизодами, симптоматика которых в большинстве наблюдений полностью редуцируется в периоды ремиссий [Мосолов, 2008]. Диагностика БАР, в частности биполярной депрессии (БД), является сложной проблемой. Дифференциальный диагноз БАР проводится с рекуррентной депрессией, шизофренией, расстройствами личности, злоупотреблением психотропными веществами, аффективными расстройствами, обусловленными соматическими или неврологическими причинами [Ушкалова, Костюкова, Мосолов, 2012].

*Клиническая картина и диагностические критерии БАР I и БАР II.* Клиническая картина БАР является сложной и характеризуется наличием в определенные периоды времени различных психопатологических проявлений: это депрессии и мании различной степени выраженности, смешанные состояния, симптомы тревоги, аффективно-бредовые проявления, нарушения поведения, расстройств когнитивной сферы и восприятия, а так же некоторые соматовегетативные симптомы.

Фазы БАР развиваются аутохтонно. Интермиссия, наступающая вслед за завершением депрессивной фазы, характеризуется эутимым настроением и критичностью к перенесенному болезненному эпизоду. После перенесенного гипоманиакального состояния, которое переживается пациентом как ощущение повышенного благополучия, здоровья, работоспособности и не приводит, в отличие от развернутых маний, к нарушению поведения, пациенты начинают оценивать это состояние как нормальное самочувствие.

В настоящее время выделяют 2 основные формы БАР: БАР I типа и БАР II типа (DSM-IV). БАР I типа характеризуется классическим течением с депрессивными и маниакальными фазами. БАР II типа предполагает наличие хотя бы одного развернутого депрессивного и хотя бы одного гипоманиакального эпизода (но не развернутой мании или смешанного состояния).

Диагностические критерии БАР II были впервые включены в американскую классификацию DSM-IV в 1994 году. В клинической классификации МКБ-10 диагностические критерии БАР II отсутствуют, хотя результаты исследований феноменологии, наследственности и течения БАР II позволяют определить его как самостоятельное заболевание с низкой вероятностью (не более 5—7 %) трансформации в БАР I [Judd, Akiskal, Schettler, 2003; Joyce, Luty, McKenzie, 2004; Regeer, Krabbendam, de Graaf, 2006]. В МКБ-10 БАР II включено лишь в подрубрику «Другие биполярные аффективные нарушения» (F31.8) наряду с рекуррентными маниакальными эпизодами. Кроме того, в МКБ-10 выделяют категорию «БАР неуточненное», для которой также отсутствуют диагностические критерии.

Отсутствие диагностических критериев для этой формы заболевания в классификации МКБ-10 существенно осложняет своевременную диагностику БАР II и делает установление диагноза БАР при отсутствии эпизодов развернутых маний практически невозможным. Данные о распространенности БАР в целом и БАР II, в частности, достаточно противоречивы, что, прежде всего, обусловлено трудностью диагностики [Sachs, 2004].

БАР в целом выявляется у 0,5—4,3 % больных первичного звена медицинской помощи. По данным ряда исследований, распространен-

ность БАР I на протяжении жизни составляет 0,5—2 %, БАР II — не менее 2 % [Bauer, Pfennig, 2005; Merikangas, Akiskal, Angst, 2007]. БАР I примерно с одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин [Merikangas, Akiskal, Angst, 2007]. Данные о гендерных различиях в распространенности БАР II более противоречивы. В некоторых исследованиях различий выявлено не было [Kawa, Carter, Joуce, 2005], однако в ряде исследований, выявлено преобладание этого диагноза у женщин [Mantere, Suominen, Leppämäki, 2004].

По данным большинства исследований, БАР II начинается в более позднем возрасте, чем БАР I [Baldessarini, Bolzani, Cruz, 2010; Larsson, Lorentzen, Mork, 2010]. Возраст начала заболевания может быть обусловлен генетическими факторами [Mathieu, Dizier, Etain, 2010]. Наиболее частый возраст начала заболевания БАР II — 25—30 лет. Пациенты с БАР не менее половины жизни проводят в болезненном состоянии, при этом депрессии доминируют в структуре заболевания как по частоте, так и по продолжительности [Judd, Akiskal, Schettler, 2002].

У больных с БАР I симптомы депрессии наблюдаются в 3—4 раза чаще, чем симптомы мании [Judd, Akiskal, Schettler, 2002], а у пациентов с БАР II — в 39 раз чаще, чем симптомы гипомании [Judd, Akiskal, Schettler, 2003]. Эти пациенты около 50 % времени жизни находятся в состоянии депрессии и лишь 1 % — в состоянии гипомании [Judd, Akiskal, Schettler, 2002]. Депрессивные эпизоды у больных БАР II по сравнению с БАР I отличаются, как правило, большей тяжестью и склонностью к хронификации [Judd, Akiskal, Schettler, 2003]. Во время эпизодов депрессии у больных БАР II чаще, чем у пациентов с БАР I, наблюдаются психотические симптомы [McIntyre, 2014].

Трудности диагностики БАР приводят к тому, что правильный диагноз устанавливается в среднем лишь через 8-12 лет после начала заболевания [Allilaire, 2010]. Результаты исследования Ушкаловой А.В. [Ушкалова, Костюкова, Мосолов, 2012] свидетельствуют, что БАР II практически не диагностируется в России. Исследование пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) с использованием современных диагностических критериев показало, что диагноз РДР был подтвержден только в 59,2 % наблюдений, а у 40,8 % пациентов диагноз был изменен на БАР, причем в 35,9 % — на БАР II и лишь в 4,9 % — на БАР I.

*Психосоциальное функционирование пациентов с БАР.* Биполярная депрессия, по данным ВОЗ, вызывает потерю большего числа лет жизни в связи с нетрудоспособностью (Disability-adjusted life year — DALY), чем все формы рака или неврологические расстройства, включая эпилеп-

сию и болезнь Альцгеймера [Merikangas, Jin, He, 2011]. Нарушение психосоциального функционирования коррелирует с количеством эпизодов депрессии, включая субсиндромальные формы [Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Leon, 2005]. БАР ассоциируется с высокой смертностью вследствие суицида, риск которого в 20-30 раз выше, чем в популяции [Pompili, Gonda, Serafini, 2013].

Результаты исследования Judd et al. (2005) показали, что в периоды между аффективными фазами у большинства больных БАР II сохраняется достаточно высокий уровень социального функционирования, хотя даже в периоды ремиссии он несколько ниже, чем у здоровых людей [Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Leon, Solomon, 2005]. Значительным дезадаптирующим фактором для пациентов с БАР является наличие когнитивного дефицита [Torrent, Martinez-Arán, Daban, 2006]. Выраженность нейрокогнитивных нарушений у больных БАР II сопоставима с таковым у больных БАР I и РДР [Boга, Yücel, Pantelis, Berk, 2011].

Установлено, что у 15% пациентов с БАР нарушение функционирования достаточно выражено в интервале между эпизодами заболевания. У 20 % пациентов происходит инверсия фазы без какого-либо промежутка восстановления, что снижает их социально-экономический статус [Schoeyen, Birkenaes, Vaaler, 2011]. Социальное функционирование лучше восстанавливается, как правило, у более молодых пациентов. Независимыми предикторами лучшей социальной адаптации являются более высокий уровень образования и наличие семьи или гражданского брака [Wingo, Baldessarini, Holtzheimer, Harvey, 2010]. Восстановление социальной активности, особенно в профессиональной области, у больных БАР II наступает значительно позже, чем исчезают клинические симптомы заболевания [Schoeyen, Birkenaes, Vaaler, 2011].

Исследования по изучению преморбидных особенностей личности у пациентов с БАР II выявили повышенную чувствительность к стрессовым воздействиям, предрасполагающую к дезадаптивным реакциям и депрессивным состояниям. Следствием этого является нарушение функционирования и социальной адаптации в различных сферах. У пациентов с БАР II по сравнению с БАР I отмечаются меньшая экстраверсия, склонность к выражению позитивных эмоций, а также более высокие показатели уровня невротизма и выраженная импульсивность, повышающая риск суицидальных попыток и злоупотребления психоактивными веществами [Akiskal, Kilzieh, Maser, 2006].

Биполярное аффективное расстройство связано со значительными нарушениями в социальном функционировании пациентов и с наличием семейных дисфункций, которые проявляются не только в периоды обострения, но и в периоды стабильного клинического состояния.

Психосоциальная нестабильность проявляется в разных областях жизни пациентов с диагнозом БАР: работа, отдых, жизнь с партнером или без него, любая социальная активность [Tohen, Hennen, Zarate, 2000; Zarate, Tohen, Land, Cavanagh, 2000; Huxley, Baldessarini, 2007]. Многие авторы отмечают, что социальная дезадаптация у пациентов с БАР проявляется не только во время аффективных рецидивов (это замечание касается как БАР I, так и II типа)[Ruggero, Chelminski, Young, Zimmerman, 2007].

В литературных данных встречается информация об исследованиях, авторы которых приходят к выводу, что функционирование пациентов с БАР по деструктивности сравнимо с функционированием пациентов, страдающим таким тяжелым заболеванием, как шизофрения [Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, Parente, 2001].

Как отмечает MacQueen с соавторами [MacQueen, Hajek, Alda, 2005], 30 % — 60 % пациентов с БАР имеют социальный и профессиональный дисбаланс даже во время стабильного состояния (ремиссий). Для пациентов с БАР особенно важно обращать внимание на симптомы депрессии, поскольку они являются фактором, ухудшающим социальное функционирование пациента на любой стадии заболевания [Pope, Dudley, Scott, 2007].

В исследовании Judd et al. (2005) была установлена тесная корреляционная связь между тяжестью симптомов БАР и уровнем социально-психологического функционирования [Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Leon, Solomon, 2005]. Однако противоположные результаты были получены в другом исследовании. В течение 15 лет проводился мониторинг 33 пациентов с БАР, заболевание которых началось с эпизода мании. Авторы установили, что тяжесть симптомов и течение заболевания не являются определяющими факторами социального функционирования данных пациентов [Buraick, Goldberg, Harrow, 2010].

*Исследования нарушений социального познания как фактора социальной дезадаптации при БАР.* Предпринимаются попытки выявления факторов, влияющих на социальное функционирование пациентов с БАР: исследуются когнитивные функции, злоупотребление алкоголем или наркотиками, побочные эффекты предыдущего фармакологического лечения, предыдущие эпизоды заболевания (в том числе их количество), преморбидные особенности функционирования, количество госпитализаций, неспособность следовать рекомендациям специалистов, личностные особенности, возраст начала заболевания. Все эти исследования, как правило, сталкиваются с проблемой определения и измерения нарушений функционирования [Jaeger, Vieta, 2007].

Результаты большого числа исследований показывают, что плохое функционирование пациентов с БАР частично связано со сниженной способностью к пониманию других людей, то есть с процессами, связанными с социальным познанием.

Исследователи выделяют четыре основных домена, входящих в понятие «социальное познание»: эмоциональные процессы, социальное восприятие, теория психического и атрибутивный стиль [Pinkham, Penn, Green, Buck, Healey, Harvey, 2013]. В целом, эти домены ассоциированы с одним из аспектов социального познания — теорией психического (Theory of Mind — ToM), которая определяет возможность восприятия и оценки как своего собственного, так и чужого психического состояния, включающего желания, убеждения, знания, намерения и чувства [Frith, Frith, 2003].

*Теория психического (ToM).* При анализе социального познания чаще всего обращаются к теории психического (Theory of Mind — ToM). Постоянно растет количество доказательств того, что даже в неболезненном состоянии пациенты с БАР демонстрируют нарушения социального познания. Это касается задач на понимание ложных, а также задач на понимание верных убеждений. В ряде публикаций [Judd, Akiskal, Schettler, 2003] приводятся данные об отсутствии полной ремиссии между приступами у пациентов с БАР. Это значит, что у пациентов отмечаются субсиндромальные симптомы, но их выраженность не соответствует критериям, позволяющим классифицировать данное состояние как рецидив. Такая субсиндромальная неустойчивость может оказывать влияние на когнитивные процессы, описываемые теорией психического [McKinnon, Cusi, Macqueen, 2010].

Авторы отмечают, что у пациентов с БАР наблюдаются нарушения социального функционирования не только во время рецидива [Kerr, Dunbar, Bentall, 2003], но и в состоянии ремиссии [Inoue, Tonooka, Yamada, Kanba, 2004; Bora, Vahip, Gonul, Akdeniz, Alkan, Ogut, Eryavuz, 2005; Lahera, Montes, Benito, Valdivia M, Medina, Mirapeix, 2008; Schenkel, Marlow-O'Connor, Moss, Sweeney, Pavuluri, 2008].

*Эмпатия* стала предметом специального изучения на втором этапе разработки модели ToM. В настоящее время эмпатия рассматривается как многогранный процесс, включающий когнитивный и аффективный компоненты [Shamay-Tsoory, Harari, Szepsenwol, Levkovitz, 2009].

Результаты исследования, посвященного изучению различных параметров эмпатии [Bozidakas, Kosmidis, Tonia, Gajufallos, Focas, 2007], показали, что у больных с БАР обнаружен дефицит способности к понима-

нию намерений других людей, т.е. нарушен когнитивный компонент эмпатии. То же самое касается и эмоционального ответа на стресс у пациентов с БАР, что согласуется с выводами о нарушениях в восприятии эмоций и регулировании собственной эмоциональности. Дефицит когнитивного компонента эмпатии, обнаруженный у пациентов с БАР, с повышением аффективного компонента [Shamay-Tsoory, Harari, Szepsenwol, Levkovitz, 2009]. Снижение когнитивного компонента эмпатии связано со снижением когнитивной гибкости. В исследованиях Shamay-Tsoory [Shamay-Tsoory, Harari, Szepsenwol, Levkovitz, 2009] установлено, что префронтальные дисфункции, более связаны с эмпатией, чем «гиперчувствительные» к эмоциональным стимулам лимбические структуры.

По мнению исследователей [Galvez, Thommi, Ghaemi, 2011], аффективная эмпатия у больных с БАР является положительным психологическим фактором в прогностическом отношении. В то же время остается невыясненным, каким образом повышение аффективного компонента эмпатии влияет на жизнь пациентов. Также непонятно, какая связь существует между уровнем эмпатии у пациентов с БАР и особенностями протекания болезни, в частности, числом эпизодов ухудшения состояния.

*Распознавание эмоций.* Способность распознавать эмоции по выражению лица имеет важное значение для адекватной социальной адаптации. Пациенты, страдающие БАР, испытывают трудности в распознавании эмоций удивления и страха [Summer, Papadopoulou, Bruno, Cipolotti, Ron, 2006; Vozikas, Kosmidis, Tonia, Gajyfallos, Focas, 2007], печали и гнева [McClure, Pore, Hoberman, Pine, Leibenluft, 2003]. Исследователи также отмечают сложности в общей интерпретации выражения лица, которые наблюдаются у пациентов с БАР даже в состоянии ремиссии [Vozikas, Kosmidis, Tonia, Gajyfallos, Focas, 2007; Demtl, Seidel, Kryspin-Exner, Hasmann, Dobmeier, 2009].

Исследования показали, что пациенты, страдающие депрессией (как монополярной, так и биполярной формой) не в состоянии идентифицировать различные эмоции [Demtl, Seidel, Kryspin-Exner, Hasmann, Dobmeier, 2009]. У пациентов с монополярной депрессией снижена способность к распознаванию эмоции радости, в то же время они склонны не просто хорошо распознавать эмоцию печали, но и принимать за печаль другие эмоции. У этих пациентов результаты эксперимента зависят от фазы заболевания.

Нарушения распознавания эмоций, обнаруженные у пациентов с БАР, не связаны с симптомами депрессии. В исследованиях, посвящен-



ных оценке способности к распознаванию эмоций [Venn, Gray, Montagne, Murray, Michael Burt, Frigerio, Perrett, Young, 2004; Summers, Papadopoulou, Bruno, Cipolotti, Ron, 2006; Rich, Grimley, Schmajuk, Blair, Blair, Leibenluft, 2008], у больных БАР зафиксировано общее снижение чувствительности и точности идентификации эмоций, не связанное с депрессивной симптоматикой (как это имело место в случае монополярной депрессии). В то же время установлено, что пациентам с БАР для распознавания эмоций необходимо более интенсивное (экспрессивное) их выражение [Schaefer, Baumann, Rich, Luckenbaugh, Zarate, 2010].

Исследования, результаты которых приведены выше, проводились не только на взрослой, но и на детской выборке. Применялись одинаковые методики. Зафиксированные в двух выборках (детской и взрослой) результаты позволяют предполагать, что нарушение распознавания эмоционального выражения лица другого человека является фактором, указывающим на более глубокий уровень заболевания у пациентов, страдающих депрессией [Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Leon, 2005].

Нейрокогнитивные исследования. В мета-аналитическом обзоре 42 исследований [Kurtz, Gerraty, 2009], посвященных нейрокогнитивным дисфункциям при БАР, показано, что биполярные расстройства характеризуются умеренными когнитивными нарушениями, которые утяжеляют течение острой фазы заболевания, а также оказывают прямое влияние на успешность реабилитации и косвенно влияют на социальное познание больных [Bell, Tsang, Greig, Bryson, 2009].

У пациентов с БАР выявлены нарушения в структурах головного мозга, связанных с эмоциональными и когнитивными процессами [Shamay-Tsoory, Nagari, Szepeswol, Levkovitz, 2009]. Нейровизуализационные исследования при БАР также выявляют признаки структурно-функциональных изменений мозга, более выраженные у больных с повторными эпизодами [Gama, Kunz, Magalhães, Kapczynski, 2013].

Данные, полученные при электрофизиологическом исследовании, свидетельствуют о нарушении у больных БАР компоненты вызванных потенциалов ЭЭГ, амплитуда которой связана с обработкой в коре эмоциональных раздражителей как предиктора социально-когнитивного профиля пациентов [Ibañez, Aguado, Baez, Huepe, Lopez, Ortega, 2013].

У больных БАР как во время аффективных фаз, так и в эутимических периодах, выявляются нарушения эмоциональной переработки в виде снижения способности к различению эмоций по лицевой экспрессии, а также нарушения атрибуции психического состояния [Montag, Ehrlich, Neuhaus, Dziobek, Heekeren, Heinz, 2010; Summers, Papado-poulou, Bruno, Cipolotti, Ron, 2006; Martino, Marengo, Igoa, Scápola, Ais, Perinot, 2011].

При этом у пациентов с БАР также ухудшена способность к различению выражений лица, зависящая от состояния внутренней префронтальной коры, миндалины и их взаимодействия [Gama, Kunz, Magalhães, Karczinski, 2013; Lim, Baldessarini, Vieta, Yucel, Bora, Sim, 2013].

Исследование атрибуции у больных БАР в эутимическом периоде выявило, что дефицит в когнитивной составляющей теории психического (способности к определению убеждений, знаний и намерений других людей) с одновременной сохранностью эмоциональной составляющей (способности распознавать эмоции) коррелирует с числом эпизодов мании [Kerr, Dunbar, Bentall, 2003; Lahera, Montes, Benito, Valdivia, Medina, Mirapeix, 2008; Olley, Malhi, Bachelor, Cahill, Mitchell, Berk, 2005].

Поиск объяснения нарушения социального познания. Все рассмотренные факторы связаны с дефицитом социального познания, наблюдаемого у пациентов с БАР. До настоящего времени не предложена единая теоретическая модель, объединяющая данные, полученные в различных исследованиях.

Учитывая, что гены БАР передаются без фенотипических проявлений, концепция эндофенотипа (наследственные признаки, связанные с генетикой) рассматривается как одна из стратегий для выявления соответствующих генов [MacQueen, Hajek, Alda, 2005].

Исследования показали, что на процессы социального познания влияют, например, скорость обработки информации и память, т.е. процессы, непосредственно связанные с общим функционированием [Glahn, Almasy, Bargin, Hare, Peralta, Kent, 2010]. Эти данные свидетельствуют о том, что дефицит социального познания не связан напрямую с течением заболевания.

До настоящего времени остаются неясными различия в когнитивных нарушениях у больных с разными типами БАР. Так, у пациентов с БАР I типа обнаружен дефицит вербальной памяти [Martinez-Aran, Vieta, Colom, Torrent, Sanchez-Moreno, Reinares, Benabarre, Goikolea, Brugue, Daban, Salarnero, 2004], в то время как у пациентов II типа БАР — более низкий уровень образной памяти и способности к решению логических задач.

Исследования последних лет показывают, что восстановление функциональной адаптации зависит не только от отсутствия клинических проявлений заболевания. Учитывая, что социальное функционирование — это ключевой момент в реабилитации при психических нарушениях [Schon, Denhov, Torog, 2009], восстановление различных областей социального познания видится в качестве решающего фактора в работе с пациентами с БАР.

Терапия психических заболеваний направлена, главным образом, на редукцию клинических проявлений. С учетом того, что даже во время ремиссии у больных БАР отмечаются когнитивные дисфункции и трудности социального функционирования, представляется целесообразным проведение нейропсихологической реабилитации этих пациентов. Наряду с фармакотерапией с больными необходимо проводить психотерапию (индивидуальную, групповую и семейную психотерапию, тренинг социальных навыков, тренинг по распознаванию эмоций и т.д.).

Правильная диагностика и своевременное начало лечения БАР позволит избежать таких тяжелых осложнений, как парасуициды, частота которых при депрессивных и смешанных состояниях достигает 25-50% [Novick, Swartz, Frank, 2010]. Получены данные [Tondo, Lepri, Baldesarini, 2007], что завершённые суицидальные попытки чаще встречаются у пациентов с БАР II, чем с БАР I.

Помощь пациенту с БАР должна заключаться не только в купировании симптоматики во время обострения заболевания, но и быть направлена на восстановление адекватного уровня социального функционирования, что позволит пациенту иметь приемлемое качество жизни. Видимо, в решении этих вопросов социальное познание играет решающую роль. Ключевыми аспектами социального познания являются теория психического, способность к эмпатии и распознаванию эмоций.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. М. Медпресс-информ, 2008. 384 с.
- Критская В.П., Савина Т.Д.* Исследование некоторых особенностей познавательной деятельности, обусловленных формированием шизофренического дефекта // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. М., 1982. С. 122—149.
- Кузин Ю.А.* Исследование атрибуции при расстройствах шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2, С. 99—106.
- Плужников И.В.* Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах // Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2010.
- Пуговкина О.Д.* Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 26—32.
- Пуговкина О.Д., Паламарчук Л.С.* Социальный интеллект и хронификация депрессии // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 114—125.
- Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б.* Терапевтический альянс в психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 3. С. 14—21.

- Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2014.
- Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 2. С. 5—15.
- Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Проблемы диагностики и терапии биполярной депрессии: от доказательных научных исследований и клинических рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств / Под ред. С.Н. Мосолова. М., 2012. С. 529—553.
- Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 21.12.2010).
- Аkiskal H.S., Kiltzieh N., Maser J.D. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients // J Affect Disord. 2006. Vol. 92. Pp. 19—33.
- Allilaire J.F. Diagnosis of bipolar disorder and rationale of early treatment // Bull Acad Natl Med. 2010. Dec. № 194(9). Pp. 1695—1703.
- Amodio D.M., Frith C.D. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition // Nat. Rev. Neurosci. 2006. № 7. Pp. 268—277. doi: 10.1038/nrn1884.
- Baldessarini R.J., Bolzani L., Cruz N. Onset-age of bipolar disorders at six international sites // J Affect Dis. 2010. № 121. Pp. 143—146.
- Bauer M., Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders // Epilepsia. 2005. № 46 Pp. 8—13.
- Bell M., Tsang H.W., Greig T.C., Bryson G.J. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2009. № 35. Pp. 738—747. doi: 10.1093/schbul/sbm169.
- Bora E., Vahip S., Gonul A.S., Akdeniz F., Alkan M., Ogut M., Eryavuz A. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder // Acta Psychiatr. Scand. 2005. Aug. № 112(2). Pp. 110—116.
- Bora E., Yucel M., Pantelis C., Berk M. Meta-analytic review of neurocognition in bipolar II disorder // Acta Psychiatr Scand. 2011. № 123(3). Pp. 165—174.
- Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Tonia T., Gajyfallos G., Focas K., Karavatos A. Humor appreciation in remitted patients with bipolar disorder // J. Nerv Ment. Dis. 2007. № 195(9). Pp. 773—775.
- Buraick K.E., Goldberg J.F., Harrow M. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up // Acta Psychiatr. Scand. 2010. № 122(6). Pp. 499—506.
- Cerimele J.M., Chwastiak L.A., Dodson S., Katon W.J. The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review // Gen Hosp Psychiatry. 2014. № 36(1). Pp. 19—25.
- Cusi A.M., Nazarov A., Holshausen K., Macqueen G.M., McKinnon M.C. Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders // J. Psychiatry Neurosci. 2012. № 37(3). Pp. 154—169. doi: 10.1503/jpn.100179.
- Demtl B., Seidel E.M., Kryspin-Exner I., Hasmann A., Dobmeier M. Facial emotion recognition in patients with bipolar I and bipolar II disorder // Br. J. Clin. Psychol. 2009. № 48. Pp. 363—375.

- Dickerson F.B., Sommerville J., Origoni A.E., Ringel N.B., Parente F.* Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: Do they differ in their cognitive and social functioning? // *Psychiatry Res.* 2001. № 10. Pp. 21–27.
- Fiske S.T., Taylor S.E.* *Social Cognition / 2nd Edn.* NY: McGraw-Hill Book Company, 1991.
- Frith U., Frith C.D.* Development and neurophysiology of mentalizing // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 2003. № 358. Pp. 459–473. doi: 10.1098/rstb.2002.1218
- Galvez J.F., Thommi S., Ghaemi S.N.* Positive aspects of mental illness: A review in bipolar disorder // *J. Affect Disord.* 2011. № 128. Pp. 185–190.
- Gama C.S., Kunz M., Magalhaes P.V., Kapczynski F.* Staging and neuroprogression in bipolar disorder: a systematic review of the literature // *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2013. № 35. Pp. 70–74. doi: 10.1016/j.rbp.2012.09.001.
- Glahn D.C., Almasy L., Barguil M., Hare E., Peralta J.M., Kent J.W.* Neurocognitive endophenotypes for bipolar disorder identified in multiplex multigenerational families // *Arch. Gen. Psychiatr.* 2010. № 67(2). Pp. 168–177.
- Hansenne M.* Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // *Psychiatry Research.* 2007. № 1. Pp. 63–68.
- Huxley N., Baldessarini R.J.* Disability and its treatment in bipolar disorder // *Bipolar Disord.* 2007. № 9. Pp. 180–193.
- Ibanez A., Aguado J., Baez S., Huepe D., Lopez V., Ortega R.* From neural signatures of emotional modulation to social cognition: individual differences in healthy volunteers and psychiatric participants // *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2013. [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/scan/nst067
- Inoue Y., Tonooka Y., Yamada K., Kanba S.* Deficiency of theory of mind inpatients with remitted mood disorder // *J. Affect Disord.* 2004. № 82(3). Pp. 403–409.
- Jaeger J., Vieta E.* Functional outcome and disability in bipolar disorders: ongoing research and future directions // *Bipolar Disord.* 2007. № 9(1–2). Pp. 1–12.
- Joyce P.R., Luty S.E., McKenzie J.M.* Bipolar II disorder: personality and outcome in two clinical samples // *Aust N Z J Psychiatry.* 2004. № 38. Pp. 433–438.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J., Endicott J., Leon A.C., Solomon D.A.* Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. № 62(12). Pp. 1322–1330.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J.* 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. № 73. Pp. 19–32.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J.* The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2002. № 59(6). Pp. 530–537.
- Judd L.L., Akiskal H.S.* The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases // *J. Affect. Disord.* 2003. № 73(1–2). Pp. 123–131.
- Kawa I., Carter J.D., Joyce P.R.* Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation // *Bipolar Disord.* 2005. № 7(2). Pp. 119–125.

- Kerr N., Dunbar R.I.M., Bentall R.P.* Theory of mind deficits in bipolar affective disorder // *J. Affect. Disord.* 2003. № 73. Pp. 253—259. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00008-3.
- Kunda Z.* *Social Cognition: Making Sense of People* / Cambridge, MA: MIT Press, 1999.
- Kurtz M.M., Gerraty R.T.* A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical states // *Neuropsychology* 2009. № 23. Pp. 551—562. doi: 10.1037/a0016277
- Lahera G., Montes J.M., Benito A., Valdivia M., Medina E., Mirapeix I.* Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? // *Psychiatry Res.* 2008. № 161. Pp. 309—317. doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.009
- Larsson S., Lorentzen S., Mork E.* Age at onset of bipolar disorder in a Norwegian catchment area sample // *J. Affect. Disord.* 2010. № 124. Pp. 174—177.
- Lim C.S., Baldessarini R.J., Vieta E., Yucel M., Bora E., Sim K.* Longitudinal neuroimaging and neuropsychological changes in bipolar disorder patients: review of the evidence // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2013. № 37. Pp. 418—435. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.003
- MacQueen G.M., Hajek T., Alda M.* The phenotypes of bipolar disorder: relevance for genetic investigations // *Mol. Psychiatry.* 2005. № 10(9). Pp. 811—826.
- Mantere O., Suominen K., Leppamaki S.* The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS) // *Bipolar Disord.* 2004. № 6(5). Pp. 395—405.
- Martinez-Aran A., Vieta E., Colom F., Torrent C., Sanchez-Moreno J., Reinares M., Benabarre A., Goikolea J.M., Brugue E., Daban C., Salarnero M.* Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome // *Bipolar Disord.* 2004. № 6(3). Pp. 224—232.
- Martino D. J., Marengo E., Igoa A., Scapola M., Ais E. D., Perinot L.* Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year follow-up study // *J. Affect. Disord.* 2011. № 116. Pp. 37—42. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.023.
- Mathieu F., Dizier M.H., Etain B.* European collaborative study of early-onset bipolar disorder: evidence for genetic heterogeneity on 2q14 according to age at onset // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* 2010. № 153B(8). Pp. 1425—1433.
- McClure E.B., Pope K., Hoberman A.J., Pine D.S., Leibenluft E.* Facial expression recognition in adolescents with mood and anxiety disorders // *Am. J. Psychiatry.* 2003. № 160(6). Pp. 1172—1184.
- McIntyre R.S.* Improving the early recognition and diagnosis of bipolar disorder // *J. Clin. Psychiatry.* 2014. № 75(2). P. 03.
- McKinnon M.C., Cusi A.M., Macqueen G.M.* Impaired theory of mind performance in patients with recurrent bipolar disorder // *Psychiatry Research.* 2010. № 177. Pp. 261—262.
- Mehta U.M., Thirthalli J., Subbakrishna D.K., Gangadhar B.N., Eack S.M., Keshavan M.S.* Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: a systematic review // *Schizophr. Res.* 2013. № 148. Pp. 3—11. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.009.

- Merikangas K.R., Akiskal H.S., Angst J.* Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2007. № 64(5). Pp. 543—552.
- Merikangas K.R., Jin R., He J.P.* Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative // Arch. Gen. Psychiatry. 2011. № 68(3). Pp. 241—251.
- Merikangas K.R., Lamers F.* The 'true' prevalence of bipolar II disorder // Curr. Opin. Psychiatry. 2012. № 25(1). Pp. 19—23.
- Montag C., Ehrlich A., Neuhaus K., Dziobek I., Heekeren H.R., Heinz A.* Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients // J. Affect. Disord. 2010. № 123. Pp. 264—269. doi: 10.1016/j.jad.2009.08.017.
- 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. № 12. Pp. 1—9.
- Olley A.L., Malhi G.S., Bachelor J., Cahill C.M., Mitchell P.B., Berk M.* Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder // Bipolar Disord. 2005. № 7. Pp. 43—52. doi: 10.1111/j.1399-5618.2005.00254.
- Pinkham A.E., Penn D.L., Green M.F., Buck B., Healey K., Harvey P.D.* The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel // Schizophr. Bull. 2013. [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/schbul/sbt081
- Pompili M., Gonda X., Serafini G.* Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature // Bipolar Disord. 2013. № 15(5). Pp. 457—490.
- Pope M., Dudley R., Scott J.* Determinants of social functioning in bipolar disorder // Bipolar Disord. 2007. № 9(1—2). Pp. 38—44.
- Regeer E.J., Krabbendam L., de Graaf R.* A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population // Psychol. Med. 2006. № 36. Pp. 619—627.
- Rich B.A., Grimley M.E., Schmajuk M., Blair K.S., Blair R.J., Leibenluft E.* Face emotion labeling deficits in children with bipolar disorder and severe mood dysregulation // Development and Psychopathology. 2008. № 20. Pp. 529—546.
- Ruggero C.J., Chelminski I., Young D., Zimmerman M.* Psychosocial impairment associated with bipolar II disorder // J. Affect. Disord. 2007. № 104(1—3). Pp. 53—60.
- Sachs G.S.* Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2004. № 422. Pp. 7—17.
- Samame C., Martino D.J., Streljevic S.A.* Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach // Acta Psychiatr. Scand. 2012. № 125. Pp. 266—280. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01808.
- Schaefer K.L., Baumann J., Rich B.A., Luckenbaugh D.A., Zarate C.A.* Perception of facial emotion in adults with bipolar or unipolar depression and controls // J. Psychiatr. Res. 2010. May 24. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.04.024.
- Schenkel L.S., Marlow-O'Connor M., Moss M., Sweeney J.A., Pavuluri M.N.* Theory of mind and social inference in children and adolescents with bipolar disorder // Psychol. Med. 2008. № 38(6). Pp. 791—800.
- Schoeyen H.K., Birkenaes A.B., Vaaler A.E.* Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population // J. Affect. Disord. 2011. № 129(1—3). Pp. 68—74.

- Schon U.K., Denhov A., Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness // *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2009. № 55(4). Pp. 336—347.
- Shamay-Tsoory S., Harari H., Szepsenwol O., Levkovitz Y. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2009. № 21(1). Pp. 59—67.
- Summers M., Papadopoulou K., Bruno S., Cipolotti L., Ron M.A. Bipolar I and bipolar II disorder: cognition and emotion processing // *Psychol. Med.* 2006. № 36(12). Pp. 1799—1809.
- Tohen M., Hennen J., Zarate C. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder with psychotic features // *Am. J. Psychiatry*. 2000. № 157. Pp. 220—228.
- Tondo L., Lepri B., Baldessarini R.J. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients // *Acta Psychiatr. Scand.* 2007. № 116(6). Pp. 419—428.
- Torrent C., Martinez-Aran A., Daban C. Cognitive impairment in bipolar II disorder // *Br. J. Psychiatry*. 2006. № 189. Pp. 254—259.
- Venn H.R., Gray J.M., Montagne B., Murray L.K., Michael Burt D., Frigerio E., Perrett D.I., Young A.H. Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder // *Bipolar Disord.* 2004. № 6(4). Pp. 286—293.
- Wingo A.P., Baldessarini R.J., Holtzheimer P.E., Harvey P.D. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients // *Bipolar Disord.* 2010. № 12(3). Pp. 319—326.
- Zarate C., Tohen M., Land M., Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder // *Psychiatric Quarterly*. 2000. № 71. Pp. 309—329.

## VIOLATIONS OF SOCIAL COGNITION AND SOCIAL ADAPTATION IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER<sup>2</sup>

*T.YU. YUDEEVA, D.M. TSARENKO, T.V. DOVZHENKO*

Foreign researches review of social cognition among patients with bipolar affective disorder (BAD). In this review we described the clinical picture of two types of BAD, characteristic features of course of disease and psycho-social behavior of patients with BAD. The results of research based on the theory of mind (Theory of Mind — ToM).

**Keywords:** bipolar disorder, social cognition, Theory of Mind.

Bipolyarnoe affektivnoe rasstroystvo: diagnostika i terapiya / Pod red. S.N.Mosolova. M. Medpress-inform. 2008. 384 p.

---

<sup>2</sup> This article was prepared with the financial support of the Russian Science Foundation (grant No. 14-18-03461).



- Kritskaya V.P., Savina T.D.* Issledovanie nekotorykh osobennostey poznavatel'noy deyatel'nosti, obuslovlennykh formirovaniem shizofrenicheskogo defekta. Eksperimental'no-psikhologicheskie issledovaniya patologii psikhicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii / Pod red. Yu.F. Polyakova. — M., 1982. Pp. 122—149.
- Kuzin Yu.A.* Issledovanie atributsii pri rasstroystvakh shizofrenicheskogo spectra. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2014. T. 24. № 2. Pp. 99—106.
- Pluzhnikov I.V.* Emotsional'nyy intellekt pri affektivnykh rasstroystvakh: Diss. ... kand. psikhol. nauk. M., 2010.
- Pugovkina O.D.* Mindfulness-based cognitive therapy: kognitivnaya psikhoterapiya, osnovannaya na osoznannosti v lechenii khronicheskoy depressii. Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv. 2014. № 2. Pp. 26—32.
- Pugovkina O.D., Palamarchuk L.S.* Sotsial'nyy intellekt i khronifikatsiya depressii. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2013. № 1. Pp. 114—125.
- Pugovkina O.D., Kholmogorova A.B.* Terapevticheskiy al'yans v psikhoterapii. Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv. 2011. № 3. Pp. 14—21.
- Rychkova O.V.* Narusheniya sotsial'nogo intellekta u bol'nykh shizofreniey. Diss. ... dokt. psikhol. nauk. M., 2014.
- Rychkova O.V., Sil'chuk E.P.* Narusheniya sotsial'nogo intellekta u bol'nykh shizofreniey. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2010. T. 20. № 2. Pp. 5—15.
- Ushkalova A.V., Kostyukova E.G., Mosolov S.N.* Problemy diagnostiki i terapii bipolar'noy depressii: ot dokazatel'nykh nauchnykh issledovaniy i klinicheskim rekomendatsiyam. // Biologicheskie metody terapii psikhicheskikh rasstroystv / Pod red. S.N. Mosolova. M. 2012. Pp. 529—553.
- Kholmogorova A.B., Zaretskiy V.K.* Mozhet li byt' polezna rossiyskaya psikhologiya v reshenii problem sovremennoy psikhoterapii: razmyshleniya posle KhKh kongressa internatsional'noy federatsii psikhoterapii (IFP). [Elektronnyy resurs] // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. 2010. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashcheniya: 21.12.2010).
- Akiskal H.S., Kilzieh N., Maser J.D.* The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. // J Affect Disord. 2006. Vol. 92. Pp. 19—33.
- Allilaire J.F.* Diagnosis of bipolar disorder and rationale of early treatment. // Bull Acad Natl Med. 2010. Dec. № 194(9). Pp. 1695—1703.
- Amodio D.M., Frith C.D.* Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. // Nat. Rev. Neurosci. 2006. № 7. Pp. 268—277. doi: 10.1038/nrn1884
- Baldessarini R.J., Bolzani L., Cruz N.* Onset-age of bipolar disorders at six international sites // J Affect Dis. 2010. № 121. Pp. 143—146.
- Bauer M., Pfennig A.* Epidemiology of bipolar disorders. // Epilepsia. 2005. № 46 Pp. 8—13.
- Bell M., Tsang H.W., Greig T.C., Bryson G.J.* Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. // Schizophr. Bull. 2009. № 35. Pp. 738—747. doi: 10.1093/schbul/sbm169
- Bora E., Vahip S., Gonul A.S., Akdeniz F., Alkan M., Ogut M., Eryavuz A.* Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder // Acta Psychiatr. Scand. 2005. Aug. № 112(2). Pp. 110—116.
- Bora E., Yucel M., Pantelis C., Berk M.* Meta-analytic review of neurocognition in bipolar II disorder. // Acta Psychiatr Scand. 2011. № 123(3). Pp. 165—174.

- Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Tonia T., Gajyallos G., Focas K., Karavatos A.* Humor appreciation in remitted patients with bipolar disorder. // *J. Nerv Ment. Dis.* 2007. № 195(9). Pp. 773—775.
- Buraick K.E., Goldberg J.F., Harrow M.* Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. // *Acta Psychiatr. Scand.* 2010. № 122(6). Pp. 499—506.
- Cerimele J.M., Chwastiak L.A., Dodson S., Katon W.J.* The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review. // *Gen Hosp Psychiatry.* 2014. № 36(1). Pp. 19—25.
- Cusi A.M., Nazarov A., Holshausen K., Macqueen G.M., McKinnon M.C.* Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. // *J. Psychiatry Neurosci.* 2012. № 37(3). Pp. 154—169. doi: 10.1503/jpn.100179.
- Demtl B., Seidel E.M., Kryspin-Exner I., Hasmann A., Dobmeier M.* Facial emotion recognition in patients with bipolar I and bipolar II disorder. // *Br. J. Clin. Psychol.* 2009. № 48. Pp. 363—375.
- Dickerson F.B., Sommerville J., Origoni A.E., Ringel N.B., Parente F.* Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: Do they differ in their cognitive and social functioning? // *Psychiatry Res.* 2001. № 10. Pp. 21—27.
- Fiske S.T., Taylor S.E.* *Social Cognition / 2nd Edn.* NY: McGraw-Hill Book Company, 1991.
- Frith U., Frith C.D.* Development and neurophysiology of mentalizing. // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 2003. № 358. Pp. 459—473. doi: 10.1098/rstb.2002.1218
- Galvez J.F., Thommi S., Ghaemi S.N.* Positive aspects of mental illness: A review in bipolar disorder. // *J. Affect Disord.* 2011. № 128. Pp. 185—190.
- Gama C.S., Kunz M., Magalhaes P.V., Kapczynski F.* Staging and neuroprogression in bipolar disorder: a systematic review of the literature. // *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2013. № 35. Pp. 70—74. doi: 10.1016/j.rbp.2012.09.001
- Glahn D.C., Almasy L., Barguil M., Hare E., Peralta J.M., Kent J.W.* Neurocognitive endophenotypes for bipolar disorder identified in multiplex multigenerational families. // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2010. № 67(2). Pp. 168—177.
- Hansenne M.* Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // *Psychiatry Research.* 2007. № 1. Pp. 63—68.
- Huxley N., Baldessarini R.J.* Disability and its treatment in bipolar disorder. // *Bipolar Disord.* 2007. № 9. Pp. 180—193.
- Ibanez A., Aguado J., Baez S., Huepe D., Lopez V., Ortega R.* From neural signatures of emotional modulation to social cognition: individual differences in healthy volunteers and psychiatric participants. // *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2013. [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/scan/nst067
- Inoue Y., Tonooka Y., Yamada K., Kanba S.* Deficiency of theory of mind inpatients with remitted mood disorder. // *J. Affect Disord.* 2004. № 82(3). Pp. 403—409.
- Jaeger J., Vieta E.* Functional outcome and disability in bipolar disorders: ongoing research and future directions. // *Bipolar Disord.* 2007. № 9(1—2). Pp. 1—12.
- Joyce P.R., Luty S.E., McKenzie J.M.* Bipolar II disorder: personality and outcome in two clinical samples. // *Aust N Z J Psychiatry.* 2004. № 38. Pp. 433—438.

- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J., Endicott J., Leon A.C., Solomon D.A. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. № 62(12). Pp. 1322—1330.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. 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. № 73. Pp.19—32.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. № 59(6). Pp. 530—537.
- Judd L.L., Akiskal H.S. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. // J. Affect. Disord. 2003. № 73(1—2). Pp. 123—131.
- Kawa I., Carter J.D., Joyce P.R. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. // Bipolar Disord. 2005. № 7(2). Pp. 119—125.
- Kerr N., Dunbar R.I.M., Bentall R.P. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. // J. Affect. Disord. 2003. № 73. Pp. 253—259. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00008-3
- Kunda Z. Social Cognition: Making Sense of People / Cambridge, MA: MIT Press, 1999.
- Kurtz M.M., Gerraty R.T. A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical states. // Neuropsychology 2009. № 23. Pp. 551—562. doi: 10.1037/a0016277
- Lahera G., Montes J.M., Benito A., Valdivia M., Medina E., Mirapeix I. Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? // Psychiatry Res. 2008. № 161. Pp. 309—317. doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.009
- Larsson S., Lorentzen S., Mork E. Age at onset of bipolar disorder in a Norwegian catchment area sample // J. Affect. Disord. 2010. № 124. Pp. 174—177.
- Lim C.S., Baldessarini R.J., Vieta E., Yucel M., Bora E., Sim K. Longitudinal neuroimaging and neuropsychological changes in bipolar disorder patients: review of the evidence. // Neurosci. Biobehav. Rev. 2013. № 37. Pp. 418—435. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.003
- MacQueen G.M., Hajek T., Alda M. The phenotypes of bipolar disorder: relevance for genetic investigations. // Mol. Psychiatry. 2005. № 10(9). Pp. 811—826.
- Mantere O., Suominen K., Leppamaki S. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). // Bipolar Disord 2004. № 6(5). Pp. 395—405.
- Martinez-Aran A., Vieta E., Colom F., Torrent C., Sanchez-Moreno J., Reinares M., Benabarre A., Goikolea J.M., Brugue E., Daban C., Salarnero M. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. // Bipolar Disord. 2004. № 6(3). Pp. 224—232.
- Martino D. J., Marengo E., Igoa A., Scapola M., Ais E. D., Perinot L. Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year follow-up study. // J. Affect. Disord. 2011. № 116. Pp. 37—42. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.023.

- Mathieu F., Dizier M.H., Etain B.* European collaborative study of early-onset bipolar disorder: evidence for genetic heterogeneity on 2q14 according to age at onset. // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* 2010. № 153B(8). Pp. 1425—1433.
- McClure E.B., Pope K., Hoberman A.J., Pine D.S., Leibenluft E.* Facial expression recognition in adolescents with mood and anxiety disorders. // *Am. J. Psychiatry.* 2003. № 160(6). Pp. 1172—1184.
- McIntyre R.S.* Improving the early recognition and diagnosis of bipolar disorder. // *J. Clin. Psychiatry.* 2014. № 75(2). P. 03.
- McKinnon M.C., Cusi A.M., Macqueen G.M.* Impaired theory of mind performance in patients with recurrent bipolar disorder. // *Psychiatry Research.* 2010. № 177. Pp. 261—262.
- Mehta U.M., Thirthalli J., Subbakrishna D.K., Gangadhar B.N., Eack S.M., Kesha-  
van M.S.* Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: a systematic review. // *Schizophr. Res.* 2013. № 148. Pp. 3—11. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.009
- Merikangas K.R., Akiskal H.S., Angst J.* Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2007. № 64(5). Pp. 543—552.
- Merikangas K.R., Jin R., He J.P.* Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011. № 68(3). Pp. 241—251.
- Merikangas K.R., Lamers F.* The 'true' prevalence of bipolar II disorder. // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2012. № 25(1). Pp. 19—23.
- Montag C., Ehrlich A., Neuhaus K., Dziobek I., Heekeren H.R., Heinz A.* Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. // *J. Affect. Disord.* 2010. № 123. Pp. 264—269. doi: 10.1016/j.jad.2009.08.017.
- 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. № 12. Pp. 1—9.
- Olley A.L., Malhi G.S., Bachelor J., Cahill C.M., Mitchell P.B., Berk M.* Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder. // *Bipolar Disord.* 2005. № 7. Pp. 43—52. doi: 10.1111/j.1399-5618.2005.00254.
- Pinkham A.E., Penn D.L., Green M.F., Buck B., Healey K., Harvey P.D.* The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. // *Schizophr. Bull.* 2013. [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/schbul/sbt081
- Pompili M., Gonda X., Serafini G.* Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. // *Bipolar Disord.* 2013. № 15(5). Pp. 457—490.
- Pope M., Dudley R., Scott J.* Determinants of social functioning in bipolar disorder. // *Bipolar Disord.* 2007. № 9(1—2). Pp. 38—44.
- Regeer E.J., Krabbendam L., de Graaf R.* A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population. // *Psychol. Med.* 2006. № 36. Pp. 619—627.
- Rich B.A., Grimley M.E., Schmajuk M., Blair K.S., Blair R.J., Leibenluft E.* Face emotion labeling deficits in children with bipolar disorder and severe mood dysregulation. // *Development and Psychopathology.* 2008. № 20. Pp. 529—546.

- Ruggero C.J., Chelminski I., Young D., Zimmerman M. Psychosocial impairment associated with bipolar II disorder. // *J. Affect. Disord.* 2007. № 104(1–3). Pp. 53–60.
- Sachs G.S. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2004. №. 422. Pp. 7–17.
- Samame C., Martino D.J., Strojilovich S.A. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. // *Acta Psychiatr. Scand.* 2012. № 125. Pp. 266–280. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01808.
- Schaefer K.L., Baumann J., Rich B.A., Luckenbaugh D.A., Zarate C.A. Perception of facial emotion in adults with bipolar or unipolar depression and controls. // *J. Psychiatr. Res.* 2010. May 24. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.04.024
- Schenkel L.S., Marlow-O'Connor M., Moss M., Sweeney J.A., Pavuluri M.N. Theory of mind and social inference in children and adolescents with bipolar disorder. // *Psychol. Med.* 2008. № 38(6). Pp. 791–800.
- Schoeyen H.K., Birkenaes A.B., Vaaler A.E. Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. // *J. Affect. Disord.* 2011. № 129(1–3). Pp. 68–74.
- Schon U.K., Denhov A., Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2009. № 55(4). Pp. 336–347.
- Shamay-Tsoory S., Harari H., Szepsenwol O., Levkovitz Y. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2009. № 21(1). Pp. 59–67.
- Summers M., Papadopoulou K., Bruno S., Cipolotti L., Ron M.A. Bipolar I and bipolar II disorder: cognition and emotion processing. // *Psychol. Med.* 2006. № 36(12). Pp. 1799–1809.
- Tohen M., Hennen J., Zarate C. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder With psychotic features. // *Am. J. Psychiatry.* 2000. № 157. Pp. 220–228.
- Tondo L., Lepri B., Baldessarini R.J. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. // *Acta Psychiatr. Scand.* 2007. № 116(6). Pp. 419–428.
- Torrent C., Martinez-Aran A., Daban C. Cognitive impairment in bipolar II disorder. // *Br. J. Psychiatry.* 2006. № 189. Pp. 254–259.
- Venn H.R., Gray J.M., Montagne B., Murray L.K., Michael Burt D., Frigerio E., Perrett D.I., Young A.H. Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder. // *Bipolar Disord.* 2004. № 6(4). Pp. 286–293.
- Wingo A.P., Baldessarini R.J., Holtzheimer P.E., Harvey P.D. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. // *Bipolar Disord.* 2010. № 12(3). Pp. 319–326.
- Zarate C., Tohen M., Land M., Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. // *Psychiatric Quarterly.* 2000. № 71. Pp. 309–329.