Перевод
Эльвиры
Кондуковой

ДЭВИД
МИКЛОВИЦ

СПАСИТЕЛЬНОЕ РАВНОВЕСИЕ

Гид по комфортной
и полноценной жизни
с биполярным
расстройством

МИФ

Дэвид Микловиц

Спасительное равновесие. Гид по комфортной и полноценной жизни с биполярным расстройством

Серия «МИФ Психология»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=71860090
Спасительное равновесие. Гид по комфортной и полноценной жизни с биполярным расстройством / Дэвид Микловиц: ООО «МИФ»; Москва; 2025
ISBN 9785002147663

Аннотация

Книга от ведущего эксперта в области биполярного расстройства. Под обложкой – проверенные стратегии для управления этим состоянием, которые помогут справиться с его проявлениями и улучшат качество жизни.

Биполярное расстройство (БАР) – это состояние, которое требует понимания, терпения и правильного подхода. В «Спасительном равновесии» профессор психиатрии Дэвид Микловиц предлагает надежные способы управления симптомами БАР, опираясь на многолетние исследования

и клинический опыт. Книга дает практические советы, которые помогут контролировать перепады настроения, снизить риск рецидивов, наладить отношения с близкими.

Это не просто сборник рекомендаций, а полноценное руководство, в котором учтены реальные истории людей с БАР, современные методы терапии и стратегии самопомощи. Автор подробно объясняет, как медикаментозное лечение, когнитивно-поведенческая терапия и осознанный образ жизни могут работать в комплексе, помогая человеку обрести стабильность.

Книга адресована не только тем, кто живет с БАР, но и их близким, партнерам, друзьям и специалистам в области психического здоровья. Если вы ищете структурированную, научно обоснованную информацию, которая действительно помогает, «Спасительное равновесие» станет вашим надежным проводником к спокойствию и осознанности.

Для кого эта книга

Для людей с биполярным расстройством, для их близких и родственников и для помогающих специалистов.

Содержание

Отзывы 7
Предисловие 9
Введение. Биполярное расстройство: современный взгляд на проблему 14
Часть I. Опыт лечения и диагностики биполярного расстройства 39
Глава 1. Как эта книга поможет вам выжить и преуспеть 39
Глава 2. Природа биполярного расстройства 63
Конец ознакомительного фрагмента. 92

Дэвид Микловиц
Спасительное равновесие. Гид по комфортной и полноценной жизни с биполярным расстройством

Научный редактор Дмитрий Ковпак

На русском языке публикуется впервые

Все права защищены.
Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Copyright © 2019 The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. and the following credit: Published by arrangement with The Guilford Press

© Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «МИФ», 2025

* * *

Отзывы

Раньше я тратила уйму времени на поиск советов по управлению моим биполярным расстройством в интернете. Теперь, когда мне нужны новые идеи, как облегчить свое состояние, я обращаюсь к этой книге. Это потрясающий источник, богатый новаторскими и действенными стратегиями адаптации. В процессе чтения складывается впечатление, что автор обращается именно к вам – доктору Микловицу действительно небезразличны его пациенты.
Кристина С., Хьюстон, Техас

Эта простая и понятная книга окажет неоценимую помощь тем, кто страдает биполярным расстройством, а также их семьям. Я настоятельно рекомендую ее и абсолютно уверен в ее ценности.
Кей Редфилд Джеймисон, доктор психологии, автор книг «Беспокойный ум» и «Роберт Лоуэлл, поджигающий реку»

Эта книга – настоящее благословение. Мы с ужасом и болью наблюдали за прогрессированием болезни у нашей дочери. Как жаль, что в то время еще не было книги доктора Микловица, способной стать проводником в этом сложнейшем путешествии. Она не только доступно раскрывает суть биполярного расстройства больным и их близким, но и указывает

путь к стабильному настроению и полноценной жизни.
Вики Г., Санта-Моника, Калифорния

Доктор Микловиц – опытный терапевт и искусный исследователь, чья многолетняя работа с людьми, страдающими биполярным расстройством, нашла отражение в этой книге. Если вы или ваши близкие столкнулись с биполярным расстройством, настоятельно рекомендую ее.
Мария Фристад, доктор психологии, Американская коллегия профессиональной психологии (American Board of Professional Psychology, ABPP), Департамент психиатрии и поведенческого здоровья, Медицинский центр Wexner Университета штата Огайо

Авторитет, неравнодушие и опыт автора чувствуются в каждом абзаце книги… Ее стоит прочесть.
Представитель Национальный альянс по борьбе с психическими заболеваниями (National Alliance on Mental Illness, NAMI)

Рекомендована для библиотек образовательных учреждений, а также для средних и крупных общественных библиотек.
Журнал Library

Предисловие

Биполярное расстройство может стать отличным учителем. Это вызов, способный подготовить вас к тому, чтобы справиться со всеми остальными препятствиями в вашей жизни.
Кэрри Фишер

Я впервые заинтересовался биполярным расстройством (БАР) в 1982 году, когда, будучи стажером-психологом в медицинском центре Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (University of California Los Angeles, UCLA), вместе с коллегой руководил группой поддержки людей с биполярным расстройством. Работа оказалась непростой, но меня поражало, как члены группы – мужчины и женщины в возрасте от 19 до 50 лет – самостоятельно научились справляться со своим заболеванием. Они стали обращаться за медицинской и социальной помощью при первых признаках рецидивов, получать эмоциональную поддержку от близких и друзей, а также отделять себя от расстройства и бороться с его стигматизацией. Все они понимали, что для полноценной жизни одного приема лекарств недостаточно.

Этот опыт вдохновил меня выбрать тему диссертации по биполярному расстройству, в частности о семейных отношениях среди подростков старшего возраста и молодых

людей, только что выписанных из больницы. В последующие десятилетия я лечил или контролировал лечение сотен людей с биполярным расстройством – как молодых, так и пожилых, – а также сотрудничал с их семьями в контексте моих исследований и клинической практики. Люди, приходившие в мой кабинет, пребывали в различных клинических состояниях, имели уникальные проявления расстройства и убеждения в том, как его лечить; в их генетическом, биологическом или семейном прошлом присутствовали конкретные факторы, способствовавшие расстройству. Они по-разному представляли себе, что это значит для их будущего. Многие имели любовно-ненавистные отношения с болезнью: они ценили интенсивность эмоциональных переживаний, которые дарит мания, но ненавидели ее за периоды депрессии, непредсказуемость, а также эмоциональный, практический и финансовый ущерб, нанесенный их жизням.

В результате моего долгосрочного сотрудничества (в 1979–1997 годах) с покойным профессором UCLA Майклом Голдштейном была разработана *семейно-ориентированная терапия* (СОТ) – метод, который помогает людям с биполярным расстройством и их семьям справляться с рецидивами болезни. Данные моих экспериментальных исследований в Университете Колорадо и работы с коллегами из UCLA свидетельствуют о том, что люди, получающие СОТ и лекарства, имеют более низкие показатели рецидивов и менее тяжелые симптомы, чем люди, получающие ин-

дивидуальную поддерживающую помощь и лекарства. Улучшения наблюдаются в течение до двух лет после начала семейного лечения. Наши последние исследования показали, что подростки с биполярным расстройством также извлекают пользу от сочетания СОТ и лекарств в виде более мягких симптомов и более быстрого восстановления после рецидивов болезни. В исследованиях, финансируемых Национальным институтом психического здоровья, Фондом исследований мозга и поведения и различными семейными фондами, приняли участие более 1000 человек. Они различались по возрасту, этнической принадлежности, расе и социально-экономическому статусу и включали людей, переживающих свой первый маниакальный или депрессивный эпизод, а также тех, кто болеет б*о*льшую часть своей жизни; людей, для которых расстройство создает лишь периодические проблемы в жизни, и тех, кто постоянно попад*а*ет в больницы; людей в самых разных жизненных ситуациях и семьях.

Я написал эту книгу в ответ на потребность, выраженную практически всеми, с кем я работал, а также их семьями. Люди с расстройством желают большего понимания со стороны своих супругов / партнеров, родителей, братьев и сестер и коллег. Члены их семей, в свою очередь, хотят знать, как лучше помочь своему родственнику с биполярным расстройством, не впадая в раздражительность и избегая проявлений чрезмерного контроля и опеки. И пациенты, и их семьи задают основной вопрос, на который пытается ответить

эта книга: как люди с расстройством могут стабилизировать настроение и вести более полноценную жизнь, принимая лекарства и справляясь с ограничениями, которые накладывает болезнь?

ЧЕГО ЖДАТЬ ОТ ЭТОЙ КНИГИ?

Это книга о расширении возможностей пациента – признании реалий вашей болезни и возможных мерах по предотвращению рецидивов. Я твердо убежден, что лучше всего справляются с расстройством люди, которые научились распознавать триггеры своих циклов настроения и минимизировать их влияние. Они соблюдают режим приема лекарств и имеют доверительные отношения со своими врачами. У них есть постоянно наблюдающие их психиатры, или они посещают группы поддержки. Они научились ценить своих членов семьи – часто только близкие оставались с ними во время и после рецидивов болезни. Они стремятся как можно больше узнать о болезни из книг, статей или конференций, регулярно общаться с товарищами по несчастью и помогать им. Они научились жить с расстройством и достигать своих целей несмотря ни на что.

На той группе поддержки биполярного расстройства много лет назад меня впечатлила способность и готовность участников заботиться друг о друге, а также о себе. Один из участников группы регулярно ездил в местный стационар,

чтобы рассказать другим пациентам о преимуществах медицинской и психосоциальной помощи в Клинике нарушений настроения UCLA. Если у кого-то из группы начинался рецидив, другие быстро распознавали ранние предупреждающие признаки и предлагали помощь. Члены группы откровенно общались друг с другом, не скрывая и неприятных деталей.

Мне хотелось бы, чтобы эта книга выполняла ту же функцию, что и группа поддержки. Я искренне надеюсь, что после прочтения вы почувствуете себя менее одинокими в своей борьбе, поймете, что существуют эффективные методы лечения, и у вас под рукой будет план действий: как предотвратить разрушительное влияние перепадов настроения на вашу жизнь. Также я надеюсь, что в этой книге вы найдете и сумеете использовать то, что должны знать, даже если это не всегда приятно слышать. Больше всего я хочу, чтобы вы и члены вашей семьи убедились в том, что вы можете вести полноценную жизнь и достичь своих личных целей, несмотря на болезнь. Я желаю вам больших успехов в преодолении последствий биполярного расстройства.

Введение. Биполярное расстройство: современный взгляд на проблему

Эта книга посвящена людям, столкнувшимся с биполярным расстройством: у себя или у близких. Основная цель – познакомить читателей с достижениями в этой области и новыми подходами к лечению и самоконтролю. Некоторые потрясают, другие менее заметны, но большинство специалистов подтвердят, что сегодня люди с биполярным расстройством имеют лучшие перспективы, чем 10–20 лет назад. Сейчас им доступно больше вариантов лечения, чем раньше. Психотерапия все чаще признаётся эффективным дополнением к традиционным лекарствам; данные рандомизированных исследований подтверждают эффективность новых методов медикаментозного лечения, а практикующие врачи охотнее применяют подходы альтернативной и дополнительной медицины.

УНИКАЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТИ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Важно отметить постепенный сдвиг в подходе специали-

стов к людям с проблемами психического здоровья. Мы теперь признаём уникальность каждого индивидуума, и это проявляется в том, как мы диагностируем биполярное расстройство, в уровне и характере вовлеченности пациентов и членов их семей в планирование лечения, а также в стремлении к *индивидуально подобранному лечению* – соотнесению личных характеристик с эффективными методами терапии. Сегодня людей с биполярным расстройством (или их родственников) часто привлекают к принятию ключевых решений по поводу их лечения. Желание специалистов получать больше отзывов от пациентов приводит к разным результатам: люди с биполярным расстройством и члены их семей теперь работают в комитетах по защите прав человека при университетах, в комитетах по мониторингу безопасности данных, экспертных комиссиях по грантам и рабочих группах, принимающих решения о том, какие протоколы лечения следует применять в психиатрических учреждениях.

Персонализированное лечение – направление, которое почти наверняка улучшит индивидуальные результаты пациентов в долгосрочной перспективе. Я всегда считал, что люди с биполярным расстройством имеют право решать, что будет для них лучше, и, возможно, нести ответственность за это решение (патерналистская позиция же предполагает, что врач всегда знает, как лучше). Я призываю людей учитывать множество факторов, определяющих успех лечения: например, есть ли у кого-то еще в семье биполярное расстрой-

ство либо проявлялись только депрессивные или и маниакальные, и депрессивные эпизоды. Я всегда выступал за то, чтобы сами пациенты играли ведущую роль в управлении своей болезнью. Однако раньше я делал акцент на обеспечении пациентов и их семей актуальной исследовательской информацией, на основании которой они смогут принимать решения. Теперь же я сделаю упор на то, что мы знаем о факторах, влияющих на эффективность рассматриваемых вариантов, и расскажу, как адаптировать доступные методы лечения к вашим привычкам, состоянию здоровья, образу жизни или системе убеждений. Вы познакомитесь с рядом медицинских рекомендаций, связанных с персонализацией лечения.

СПЕКТР БИПОЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

Диагностика и лечение каждого человека как уникальной личности требует сдвига к рассмотрению психических расстройств в рамках дименсиональных моделей. Национальный институт психического здоровья (National Institute of Mental Health, NIMH) опубликовал ряд документов, описывающих систему исследовательских доменных критериев (Research Domain Criteria, RDoC). Она характеризует различные заболевания с точки зрения общих основ, таких как генетическая предрасположенность, эмоциональные или когнитивные нарушения. Вместо того чтобы однозначно

делить людей на больных и здоровых – например, тех, кто страдает биполярным расстройством, и тех, у кого его нет, – мы рассматриваем их в контексте спектра симптомов, функционирования и биологической уязвимости. В результате пациенты скорее получат лечение, нацеленное на их конкретные проблемы, даже если их симптомы не соответствуют полной картине биполярного расстройства.

Возьмем, например, биполярное расстройство и шизофрению. На первый взгляд они кажутся совершенно разными: первое характеризуется сильными колебаниями настроения, второе – бредовыми идеями и галлюцинациями. Однако RDoC подчеркивает, что у них около 40 % общих генов. Утверждение о том, что кто-то страдает шизофренией, а не биполярным расстройством, может привести к тому, что врачи упустят важные общие черты, такие как депрессия, склонность к самоубийству, проблемы в социальном восприятии или когнитивные нарушения, нарушения сна либо тревожность, которые могут возникать при обоих расстройствах. Но если мы говорим, что у человека есть нарушения в трех измерениях: настроения, психоза и функционирования, – мы увеличиваем вероятность того, что этот человек получит лечение, более точно соответствующее его клиническому профилю.

И не стоит предполагать, что все, у кого диагностировано биполярное расстройство, заполучили его одним и тем же путем. Один мог унаследовать его от родителя; у другого бы-

ла черепно-мозговая травма; третий пережил жестокое обращение в детстве и потерю близких, что привело к перепадам настроения и эмоций. Эти переменные должны учитываться при постановке диагноза и назначении лечения ради наилучшего ухода за каждым уникальным человеком.

Учитывая акцент на измерениях и наличие или отсутствие четко определенных и наблюдаемых поведенческих проявлений, пятое издание «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders 5 (fifth edition), DSM-5[1]; Американская психиатрическая ассоциация, 2013 год) пока не включает дименсиональный подход к диагностике[2]. Однако некоторый прогресс в этом во-

---

[1] DSM-5 (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition – «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» 5-го издания) – использующаяся в США с 2013 года нозологическая система, «номенклатура» психических расстройств. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association (APA)). *Прим. науч. ред.*

[2] Дименсиональный (многомерный) подход относится к аналитической структуре или методу, который предполагает рассмотрение множества измерений или факторов при изучении темы, вопроса или проблемы. Этот подход учитывает различные точки зрения, компоненты и аспекты для достижения всестороннего понимания и принятия обоснованных решений. Он часто включает в себя изучение различных взаимосвязанных факторов, таких как социальные, экономические, культурные, экологические и иные аспекты. Дименсия – это отдельный (независимый) признак целостного объекта, степень выраженности которого характеризуется определенной величиной, полученной в процессе измерения этого признака. *Прим. науч. ред.*

просе наблюдается. Например, DSM-5 признаёт, что у пациентов с депрессивным расстройством могут наблюдаться сопутствующие симптомы гипомании или мании, а у людей с этими нарушениями – сопутствующие симптомы депрессии. Теперь можно идентифицировать «субпороговые» смешанные эпизоды у людей как с депрессией, так и с биполярным расстройством, хотя в предыдущих изданиях DSM наличие любого смешанного эпизода автоматически означало биполярное расстройство I типа.

Как видите, диагнозы, поставленные с учетом различных аспектов заболевания, могут привести к более тонкой характеристике болезненных проявлений у разных людей. Например, если у вас основной диагноз – депрессия, только с одним или двумя маниакальными симптомами, ваш врач иногда решает, что у вас расстройство биполярного спектра. Вы же можете не согласиться с этим, и это очень важно, поскольку от диагноза зависит выбор лекарств: например, следует ли вам принимать одни антидепрессанты или в сочетании со стабилизаторами настроения. Однако мы должны убедиться, что ваш психиатр или терапевт не относит вас к пациентам, чьи заболевания лишь поверхностно напоминают ваше.

Я постараюсь помочь вам разобраться в новых выводах о биполярном расстройстве как о заболевании, включающем широкий спектр проявлений, чтобы вы оценивали поставленный первичный (или вторичный) диагноз в правильном

контексте. В итоге и дименсиональный, и категориальный подходы могут дать оптимальный результат, если вы и ваш врач пытаетесь найти оптимальное лечение.

АКЦЕНТ НА ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ

Личностно ориентированный подход проявляется и в наших новых определениях ответа на лечение. Многие люди с биполярным расстройством и члены их семей говорят, что качество жизни, или степень восстановления (способность оптимально функционировать, несмотря на болезнь), стали для них наиболее важным результатом, даже важнее, чем предотвращение рецидивов. Личностно ориентированный подход включает особый акцент на факторы жизнестойкости – личностные или исходящие из окружающей среды, которые помогают пережить самые трудные времена и при этом добиваться своих целей, а не только на факторы риска. Такой способ мышления лежит в основе позитивной психологии – личностно ориентированного подхода к психологическому здоровью, который подчеркивает факторы, обеспечивающие качество жизни и придающие ей смысл [Seligman, 2002].

Рассмотрим *фактор здорового образа жизни* (*ЗОЖ*). Я не раз подчеркивал важность регулярных ритмов сна и бодрствования, но ЗОЖ также включает регулярные физические упражнения, сбалансированное питание, витамины и баланс

рабочих (или волонтерских) нагрузок с личным временем для друзей или семьи. Сюда же относят время на медитацию, создание художественных произведений или игру на музыкальных инструментах, прослушивание музыки. Эти элементы здоровой жизни, конечно, рекомендованы всем, но страдающим биполярным расстройством здоровый образ жизни поможет предотвратить рецидивы под влиянием стресса. Другими словами, акцент на жизнестойкость придает особое значение факторам, которые поддерживают нас или улучшают наше здоровье, а не усугубляют болезнь.

Я считаю, что акцент на жизнестойкость и выздоровление побуждает людей вести лучшую и более осмысленную жизнь с меньшими ограничениями и больше контролировать свою судьбу. Надеюсь, врач скорректирует план лечения пациента с учетом факторов, уникальных для его ситуации, ценностей и целей вместо того, чтобы следовать принципу «панацеи для всех». Если выздоровление означает облегчение либо устранение симптомов в процессе работы, которая вас не удовлетворяет, или прием лекарств, которые переносятся с трудом, то нам нужно другое определение выздоровления и лучшие методы лечения. Я твердо убежден, что люди с биполярным расстройством счастливее, когда у них нет ожидания, что выздоровление равно полному отсутствию симптомов. Лучшее определение *выздоровления* – удовлетворяющая пациента и наполненная жизнь, несмотря на симптомы болезни, и возможность двигаться к своим жизненным це-

лям, не жертвуя психическим или физическим здоровьем.

На протяжении всей книги я буду побуждать вас задуматься о том, какие результаты для вас наиболее ценны, даже если они меняются со временем. Наиболее серьезные достижения не сводятся к устранению симптомов болезни и включают, например, окончание школы, повышение по работе, рождение детей или укрепление семейных либо романтических отношений. Чтобы решить, были ли методы лечения эффективными согласно вашим определениям выздоровления, надо сначала понять, чего вы хотите.

АКЦЕНТ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ПРИЗНАНИЕ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

В последнее десятилетие в СМИ публикуется множество историй о людях с биполярным расстройством. Многочисленные знаменитости (в том числе Кэтрин Зета-Джонс, Деми Ловато, Шинейд О'Коннор, Пэтти Дюк и Кэрри Фишер) открыто говорили о своем диагнозе. Некоторые из их историй поразительны. Например, олимпийская бегунья Сьюзи Фейвор Хэмилтон пишет о том, как стала проституткой в Лас-Вегасе во время длительной маниакальной фазы [Hamilton, 2016]. Кэрри Фишер описала обширную историю злоупотребления алкоголем и наркотиками, которая усугублялась в маниакальной фазе. От этих людей мы можем многое узнать о жизнестойкости. Они набрались мужества, что-

бы рассказать свою историю – не боясь, что это негативно повлияет на их карьеру, – и в результате снизился уровень общественной стигматизации, связанной с биполярным расстройством.

Широкое освещение в СМИ имело и негативные побочные эффекты. Биполярное расстройство иногда описывается как свойственное только богатым, эгоистичным людям; недуг, которым страдают исключительно творческие личности. Иногда им объясняют «плохое поведение» или нарушения закона. Такие неправильные представления распространяются всё шире из-за историй импульсивных, взбалмошных или чрезмерно восторженных знаменитостей, у которых случаются громкие публичные срывы. Обычные люди чувствуют раздражение, сравнивая себя со звездами («Как я справлюсь со всем этим без няни и уймы денег?» или «У меня те же симптомы, но нет актерского таланта»). В этом издании я уделяю больше внимания различию между болезнью и обычными перепадами настроения. Надеюсь, это поможет вам, вашим родным и близким друзьям понять, что значит биполярное расстройство (например, что вы не всегда сможете работать в полную силу) и что с ним никак не связано (например, далеко не все люди с этим недугом креативны и проявлению ваших талантов не поможет прекращение приема лекарств).

Более широкая осведомленность граждан о биполярном расстройстве, к сожалению, не перешла в глубокое понима-

ние. Сегодня гораздо больше людей составили для себя приемлемую, хотя и поверхностную картину того, что оно собой представляет, но к людям с психическими заболеваниями, включая тех, у кого биполярное расстройство, по-прежнему относятся предвзято: как к непредсказуемым, агрессивным и ненадежным. Это искаженное восприятие проявляется в постоянной дискриминации: в исследовании 2011 года с участием 1182 человек с биполярным расстройством 72 % сообщили о том, что испытали умеренный или высокий уровень социальной дискриминации [Brohan et al., 2011]. Она может повлиять на ваши шансы получить желаемую работу или повышение, привести к разрыву отношений, когда партнер узнает о вашей болезни, или поставить под угрозу ваши родительские права. В главе 13 подробно рассмотрены аргументы за и против раскрытия информации о своем расстройстве работодателю или коллегам, разных способов ее представления и знания ваших прав в профессиональной сфере.

АКЦЕНТ НА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Когнитивные функции – сфера, в которой значение индивидуальности и необходимости персонализированного ухода особенно велико. Мы всегда знали, что биполярное расстройство сопровождается проблемами с мышлением, вниманием, планированием, бдительностью, памятью и способностью к решению проблем, но только в последние 10 лет

стало ясно, что когнитивные нарушения присутствуют даже между эпизодами расстройства настроения, в «нормальные», или так называемые *эутимные*, периоды. У всех нас есть сильные и слабые стороны в когнитивной сфере, например: способность запоминать имена, вспоминать детали определенных ситуаций или разговоров либо уделять внимание нескольким задачам одновременно. Но для людей с биполярным расстройством тот факт, что когнитивные функции влияют на настроение и наоборот, создает особые проблемы. Когнитивные проблемы и депрессия – два сильнейших предиктора того, как люди с биполярным расстройством функционируют в обществе, например смогут ли они продолжать работать, поддерживать отношения и дружбу или успешно учиться [Gitlin, Miklowitz, 2017].

Серьезный прогресс в понимании когнитивных нарушений при биполярном расстройстве был достигнут благодаря технологии *нейровизуализации* (сканирования мозга). Например, когда люди с биполярным расстройством выполняют задачи, связанные с восприятием или управлением сильными эмоциями, у них наблюдаются сниженная активность префронтальной коры (отвечающей за планирование, предвидение, принятие решений и другие «исполнительные» функции мозга) и чрезмерная активация миндалевидного тела (*о*ргана, который, как известно, генерирует эмоциональную реакцию на угрозу) [Townsend, Altshuler, 2012].

Часто виновниками когнитивных нарушений называют

лекарства – и действительно, некоторые препараты (например, топирамат, или «Топамакс») у многих притупляют мыслительную деятельность. Однако когнитивные нарушения также особенность самого заболевания, и их выраженность может колебаться в зависимости от изменений в настроении. В наших силах сделать лечение более личностно ориентированным, если учесть различные когнитивные проблемы, с которыми сталкивается тот или иной человек на разных стадиях болезни. Например, *когнитивно-поведенческая терапия* (*КПТ; cognitive behavioural therapy, CBT*) во многом опирается на домашние задания, такие как ведение дневников настроения, мыслей, самооценок, поведения и сна; критический анализ первоначальных гипотез и поиск альтернатив. Если у вас серьезные трудности с памятью, вниманием и планированием, то, возможно, это неподходящий формат (но не метод) лечения для вас в текущий момент из-за имеющихся когнитивных трудностей.

Очень важно оценить, насколько вы можете восстанавливаться после эпизода болезни. Эта способность сильно варьируется у разных людей. Выраженность остаточных симптомов свидетельствует о том, что вы идете на поправку, но все равно остается ощущение, что вы не в форме (см. историю Марты в главе 1). Более того, люди с биполярным расстройством не всегда понимают, когда их когнитивные функции нарушены. В результате члены семьи раздражаются и обвиняют вас в том, что вы недостаточно стараетесь.

Хорошая новость в том, что исследователи по всему миру признают эти проблемы и за последнее 10-летие ученые разработали программы когнитивной реабилитации, направленные на улучшение мышления, памяти, работоспособности и социального функционирования (например, [Torrent et al., 2013]). Они обычно включают упражнения на память и внимание или решение проблем в индивидуальном либо групповом формате (см. главу 6). Также появились новые лекарства, которые улучшают когнитивные функции и безопасны при приеме вместе со стабилизаторами настроения.

Когнитивные нарушения вызывают сильные страхи у людей с этим расстройством и членов их семей. Они опасаются, что все когнитивные нарушения необратимы, что пациенты становятся слабоумными или уже достигли всего, на что способны. Это не так; я приведу доказательства того, что у многих людей когнитивные функции существенно расширяются при изменении лечения. Многие справляются с высокоинтеллектуальной работой, несмотря на когнитивные нарушения, связанные с биполярным расстройством.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА: РАНЬШЕ, СЕЙЧАС И В БУДУЩЕМ

В последние 10 лет медицинские исследования биполярного расстройства фокусировались на разработке новых ме-

тодов лечения и повышении эффективности существующих [Geddes, Miklowitz, 2013]. Медикаментозная терапия обычно рассматривается как комбинация традиционных стабилизаторов настроения (например, литий), атипичных антипсихотиков, антидепрессантов, транквилизаторов, психостимуляторов (при сопутствующем синдроме дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ) и снотворных. Параллельно все чаще проводятся экспериментальные испытания комбинаций лекарств и даже определенной последовательности их назначения, а не простых исследований «препарат А против препарата Б». Оценка качества жизни, или трудоспособности и социальной адаптированности, рассматривается как основной критерий. Проводятся фармакогеномные исследования, в которых лекарства назначаются на основе личного генетического профиля человека. Фармакотерапия биполярного расстройства стала гораздо более сложной и персонализированной, чем раньше.

Посмотрим, как изменились наши протоколы лечения. В предыдущих работах я цитировал часто высказываемое мнение о том, что антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) допускается назначать людям с биполярным расстройством только в сочетании с такими стабилизаторами настроения, как литий или ламотриджин. Новейшие исследования показывают, что это не всегда справедливо по отношению к людям с биполярным расстройством II типа. Для них эффектив-

на монотерапия антидепрессантами, в том числе для тех, кто плохо реагировал на литий [Amsterdam, Wang, Shults, 2010]. При биполярном расстройстве II типа частота маниакальных (или гипоманиакальных) «переключений» примерно одинакова у тех, кто получал только антидепрессант, и у тех, кто получал антидепрессант в сочетании со стабилизатором настроения или только стабилизатор настроения [Altshuler et al., 2017]. Эти выводы имеют вполне реальные последствия для вашего лечения: если у вас биполярное расстройство II типа и вы находитесь в тяжелой, хронической депрессии, вам способен помочь антидепрессант.

На рынке появились новые препараты, причем некоторые из них «перепрофилированы» с других медицинских состояний. Многие более современные лекарственные средства предназначены для людей с терапевтически резистентными формами биполярной или униполярной депрессии – состояниями пониженного настроения, на которые не действуют традиционные антидепрессанты. Примером перепрофилированного лекарства может считаться «Кетамин» – препарат, используемый для обезболивания. Было обнаружено, что он – сначала применявшийся внутривенно – быстро выводит людей из тяжелых депрессий [Zarate et al., 2012]. Однако есть у него и недостатки, в том числе непродолжительность воздействия и возможность злоупотребления[3].

[3] Кетамин является NMDA-антагонистом и применяется в основном для наркоза в медицине и ветеринарии. Эскетамин – спрей для носа В 2019 году Управ-

В контексте личностно ориентированного подхода к лечению врачи и пациенты сейчас гораздо более открыто относятся к альтернативным и дополнительным методам лечения: это не только лекарства, но и растительные средства или майндфулнес (практики осознанности, или осознанная медитация). Тестируются препараты, действующие на нейровоспалительные пути в мозге, в том числе омега-3 жирные кислоты (рыбий жир) как добавки к стабилизаторам настроения. Появляются многообещающие новые данные об эффективности транскраниальной магнитной стимуляции и терапии ярким белым светом. Но не все хотят принимать китайские травы, пробиотики либо гомеопатические средства или сидеть под лампами, чтобы избавиться от проблем с настроением. Как же узнать, что сработает в конкретном случае? Исследователи тестируют альтернативные методы лечения в сравнении с такими традиционными лекарствами,

---

ление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) США и другие органы здравоохранения во всем мире одобрили назальный эскетамин (S(+) изомер энантиомер (зеркально отраженный) кетамина в форме назального спрея под названием «Справато») для использования в сочетании с пероральным антидепрессантом для лечения устойчивой (резистентной) депрессии у взрослых. В Европейском союзе назальный эскетамин вместе с пероральным антидепрессантом одобрен в качестве краткосрочного лечения для быстрого уменьшения депрессивных симптомов у взрослых с умеренным или тяжелым эпизодом большого депрессивного расстройства, которые, согласно клинической оценке, представляют собой неотложную психиатрическую помощь. В то же время ряд исследователей утверждают, что по состоянию на 2024 год нет четко доказанного эффекта кетамина / эскетамина на лечение терапевтически резистентной депрессии. *Прим. науч. ред.*

как литий, или в комбинации с ними. Большинство альтернативных методов тестировалось в широких неизбирательных выборках людей с депрессией широкой этиологии, у которых могло быть и биполярное расстройство, но его конкретные проявления не всегда ясны.

У медицинских работников встречается весь спектр мнений – от признания эффективности исключительно фармацевтических препаратов при недоверии дополнительным методам лечения и до убежденности в эффективности исключительно дополнительных методов. Сторонники первой точки зрения любят высказывания вроде «Гомеопатические средства просто плацебо с крутыми названиями», а сторонники второй утверждают, что «Фармацевтическая промышленность – зло» или «Психиатрические препараты – яд для мозга».

Лично я убежден, что открытость к альтернативным и дополнительным методам лечения – положительная тенденция. Некоторые средства, такие как омега-3, похоже, действительно оказывают благотворное воздействие на физическое здоровье, настроение и качество жизни и при биполярном расстройстве, и при обычной депрессии. Пациенты чувствуют себя лучше, даже если это всего лишь эффект плацебо. Но не стоит закрывать глаза на возможные недостатки альтернативных методов; например, люди иногда принимают их за основное лечение («Мне не нужен литий, если я принимаю рыбий жир») или считают, что у альтернатив-

ных методов нет побочных эффектов (на самом деле они есть – для рыбьего жира это тошнота и расстройство желудка). Многие альтернативные лекарственные средства, рекламируемые как стабилизаторы настроения или антидепрессанты, не прошли плацебо-контролируемые испытания, что повышает риск худших результатов по сравнению с традиционным лечением.

И наконец, дополнительная медицина – крупная индустрия. Компании продвигают и наживаются на этих средствах, как и фармацевтические компании на традиционных лекарствах.

В книге, особенно в главе 6, есть описания дополнительных и альтернативных методов лечения. Моя цель – донести до вас правду об этих вариантах лечения и об их доказательной базе на данный момент, предоставив возможность выбирать из все более широкого ассортимента вариантов лечения. Вам не нужно приобретать горы лекарств в аптеке, а затем идти в магазин здорового питания за столь же ошеломляющим набором витаминов или добавок. Информированность потребителя делает планы лечения менее обременительными (и, вероятно, более эффективными).

ДОСТИЖЕНИЯ В ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ

Психотерапия биполярного расстройства – моя страсть,

особенно с участием членов семьи. За последнее десятилетие резко возросло количество исследований конкретных психосоциальных мер в комбинации с медикаментозным лечением; при этом оценивались индивидуальные, групповые, семейные и даже интернет-подходы. Люди с биполярным расстройством положительно воспринимают психотерапию, как и члены их семей. В нашем опросе 3000 членов Альянса поддержки больных депрессией и биполярным расстройством (Depression and Bipolar Support Alliance, DBSA) более 50 % респондентов сообщили, что они (или их близкие) получали как медикаментозное лечение, так и психотерапию.

Современные подходы к психотерапии признают уникальность жизненного опыта каждого человека, а также индивидуальные предпочтения в отношении видов лечения. Как уже упоминалось, один тип опыта проистекает из пережитой болезни и знания того, какие факторы важны именно для вашей стабильности. Иногда люди, пережившие маниакальные или депрессивные эпизоды, становятся лидерами групп взаимопомощи DBSA или Национального альянса по душевным заболеваниям и помогают другим справляться с этим расстройством.

С персонализированной медициной мы выбираем лечение, которое соответствует нашим факторам риска: если наиболее выражены семейные нарушения, подойдет семейно-ориентированная терапия; если кто-то борется с нерегулярностью цикла сна – бодрствования, более подходя-

щей окажется межличностная и социальная ритмическая терапия. Наличие в анамнезе сексуального насилия часто приводит к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), при котором первостепенную важность имеет когнитивно-поведенческая терапия. В одном исследовании большой депрессии было обнаружено, что когнитивно-поведенческая терапия на основе осознанности (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) более эффективна в снижении вероятности рецидивов у людей с тяжелой травмой в детстве по сравнению с теми, у кого ее не было [Williams et al., 2014].

Однако психотерапия имеет свои недостатки: часто она либо недоступна, либо слишком дорог*а* для пациента. Это серьезная проблема; и, хотя ситуация меняется к лучшему, ограничения в доступности услуг психотерапевта пока существуют. Тем не менее можно порекомендовать онлайн-ресурсы, которые помогут найти необходимые услуги, а также сайты и мобильные приложения, которые предлагают рекомендации по самопомощи на основе психотерапевтических методик.

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ

Переход к концепции персонализированной терапии выглядит вполне обоснованным на фоне того, что у многих, если не у большинства людей с биполярным расстройством,

первые симптомы возникают в детстве или подростковом возрасте. Мы знаем, что оно хотя и редко, но случается у детей в возрасте пяти лет, хотя нет единого мнения о его симптомах. Раннее начало биполярного расстройства, к сожалению, связано с более тяжелым течением во взрослом возрасте, с большим количеством сменяющих друг друга периодов, более длительным протеканием болезни и мыслями о самоповреждении или суициде [Post et al., 2010]. Но есть и хорошие новости: вмешательство на самых ранних этапах болезни с большей вероятностью приведет к излечению. В этой книге есть отдельная глава о детях (глава 14), которая дает ответы на многие вопросы родителей о детском биполярном расстройстве. Если в семье есть наследственная предрасположенность к биполярному расстройству у родственников первой или второй степени (дедушек, бабушек, теть, дядей) и у ребенка наблюдаются перепады настроения, проявляющиеся в неустойчивом сне, внезапных приливах энергии или взрывах плача либо смеха, то лучше всего отвести ребенка к детскому психиатру или психологу для комплексной диагностики. В главе 14 я рассказываю, как найти хорошего диагноста, какие вопросы ему задавать и как сообщить о результатах ребенку, не напугав его.

Если вы много читали о детском биполярном расстройстве или общались с родителями детей с этим заболеванием из других стран, вы почти наверняка сталкивались с различными мнениями о достоверности этого диагноза. Во всем

мире наблюдается много диагностической путаницы. Это отчасти связано с тем, что диагностические категории у детей сильно перекрываются (например, СДВГ может выглядеть очень похоже на манию). Если детям ошибочно ставят диагноз «биполярное расстройство», они могут годами получать неправильное лечение или обучаться по неподходящим образовательным планам. Другим детям и подросткам ставят диагноз «СДВГ», «тревожность» или «вызывающее оппозиционное расстройство», а на самом деле у них биполярное расстройство. Это также приводит к неэффективному лечению.

Многие специалисты научились отличать биполярное расстройство от похожих недугов. Но в некоторых регионах качество диагностики все еще недостаточно высокое. Родителям важно самим знать симптомы заболевания (см. симптомы у взрослых в главе 2 и симптомы у детей в главе 14), чтобы вовремя распознать неверно поставленный диагноз. Настаивайте на комплексной диагностике ребенка у детского психиатра или психолога, на практике знакомого с биполярным расстройством и его пограничными состояниями, – пусть даже это не его специализация.

Обнадеживает то, что некоторые дети с биполярным расстройством – даже имевшие полноценные маниакальные эпизоды в детстве, – похоже, не имеют рецидивов к концу подросткового возраста или к 20 годам [Birmaher et al., 2014; Geller, Tillman, Bolhofner, Zimerman, 2008]. У некоторых мо-

лодых людей наблюдается значительное улучшение ясности мышления и когнитивных функций по мере взросления. Поэтому, если вы подросток или юноша / девушка, только что узнавшие о своем диагнозе, имейте в виду: вам вовсе не обязательно всю оставшуюся жизнь принимать те же лекарства, что и сейчас. Мы пока не знаем, у какого процента людей наблюдается такой исход или как его предсказать. Но нам известно, что в долгосрочной перспективе биполярное расстройство протекает у разных людей по-своему. На протяжении всей книги я буду рассказывать о стратегиях снижения риска рецидивов.

* * *

Диагностика и лечение биполярного расстройства существенно усложнились – и, что еще важнее, стали более полезными для пациентов – благодаря новому подходу, основанному на уникальности каждого человека, что требует соответствующего протокола лечения. Методы терапии продолжают совершенствоваться для удовлетворения широкого спектра потребностей, выходящих за рамки предотвращения рецидивов заболевания и облегчения симптомов. Читая книгу, не забывайте, о чем шла речь во введении, чтобы максимально использовать новшества в этой области в практике своего лечения. Я начинаю с объяснения того, чем эта книга может быть полезна читателю, будь то пациент или член его

семьи.

Часть I. Опыт лечения и диагностики биполярного расстройства

Глава 1. Как эта книга поможет вам выжить и преуспеть

ЧЕМ ЭТА КНИГА МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛЕЗНА?

• Поможет понять симптомы, диагноз и причины биполярного расстройства.

• Расскажет об эффективных медицинских и психологических методах лечения.

• Научит методам саморегуляции, которые помогут справиться с циклами настроения.

• Поможет вернуться к прежней функциональности в семье и на работе.

• Объяснит, как адаптировать схемы лечения и образ жизни к уникальным особенностям, симптомам и жизненной ситуации пациента.

34-летняя Марта попала в больницу после того, как вырвалась из дома, где жила с мужем и двумя детьми школьного возраста, и провела ужасную ночь в городе, расположенном более чем в двух часах езды. Ее проблемы начались около двух недель назад, когда она стала необычайно раздражительной по отношению к своему мужу Эрику, «хлопотала по дому» (по его словам) и выходила из себя из-за мелких проступков их детей. Постепенно она стала все меньше спать и все больше погружалась в обдумывание многочисленных идей по созданию высокотехнологичного стартапа, который собиралась открыть. Несмотря на сильную сосредоточенность, Марта очень легко отвлекалась. Кроме того, она стала очень быстро говорить.

Ее проблемы достигли апогея, когда однажды вечером она в ярости вышла из дома вскоре после ужина и под влиянием минутного побуждения отправилась на автобусе в казино в полутора сотнях километров от дома. По ее словам, в тот же вечер она познакомилась в баре с мужчиной и отправилась с ним в постель. На следующее утро она позвонила мужу и, плача, рассказала о случившемся. Разумеется, он был очень зол и поехал за ней в казино. Вовремя приехав в условленное место, он обнаружил, что Марты там нет. Вернувшись домой, он застал жену растрепанной, невыспавшейся и злой. Прорыдав несколько часов, она согласилась поехать с ним на обследование в местную больницу. Ее поместили в стационар и поставили диагноз «биполярное расстройство I типа,

маниакальная фаза».

Биполярное расстройство – расстройство настроения, которым страдает по меньшей мере каждый 50-й человек, а по некоторым оценкам – каждый 25-й. Оно создает высокие риски возникновения проблем в семье, обществе и на работе, от которых страдала и Марта. Люди с биполярным расстройством также подвержены высокому риску соматических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, а также склонности к самоубийству. К счастью, шансы на взятие болезни под контроль высоки. С помощью лекарств, психотерапии и методов саморегуляции можно контролировать быстрые смены настроения – от маниакальных подъемов до тяжелых депрессивных спадов (так называемые эпизоды расстройства настроения), предотвращать эпизоды в будущем, уменьшать влияние провоцирующих событий окружающей среды, хорошо справляться с работой и общественной жизнью. Возможно, эти обещания звучат как фантазии, но они отражают результаты десятилетий исследований, а также разнообразные и полные надежды истории людей, страдающих этим расстройством.

Если у вас уже диагностировано биполярное расстройство, или вы думаете, что оно у вас есть, или беспокоитесь о члене семьи либо друге с таким диагнозом, эта книга поможет вам понять его суть, научиться эффективно управлять им и научить этому других. В следующих главах вы най-

дете актуальную информацию о природе биполярного расстройства, его причинах, медицинских и психологических методах лечения, а также об изменениях в образе жизни, необходимых для того, чтобы с ним справиться. Кроме того, вы узнаете, как адаптировать эти стратегии лечения или самоконтроля к своему случаю. Эта информация актуальна для вас независимо от того, проходили ли вы стационарное лечение, как Марта, или постоянное амбулаторное, которое получает все большее распространение.

СИМПТОМЫ, ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ И САМОКОНТРОЛЬ

Врач, наблюдавший Марту в стационаре, очень быстро поставил ей диагноз «биполярное расстройство» и рекомендовал схему приема стабилизирующего настроение препарата – лития, а также антипсихотического препарата второго поколения (second generation antipsychotic, SGA) под названием рисперидон («Риспердал»).

Уже через несколько дней стало ясно, что болезнь Марты прекрасно поддается лечению. Но когда врач уже планировал ее выписку, у нее возникло множество вопросов и опасений по поводу всего, что с ней происходит. Почему ей вынесли «этот смертный приговор», «накачали лекарствами и так быстро избавились» (ее слова)? Почему на нее

навесили ярлык маньячки, хотя, по ее мнению, большая часть того, что она сделала, прекрасно объяснялась ее личностью или стилем общения? «Я всегда была напористой и прямой, – жаловалась она своему врачу, мужу и почти всем, с кем встречалась. – С каких пор все, что я делаю, считается психическим заболеванием?» Ее врач выражал сочувствие, но сообщаемой им информации оказалось слишком мало, чтобы ее удовлетворить. Находясь под сильным давлением необходимости быстро госпитализировать и выписывать людей, он оставил ей список лекарств, которые нужно принимать, но не сумел доходчиво объяснить, что с ней произошло и чего ожидать по возвращении домой.

Если бы вы оказались на месте Марты, то, вероятно, пребывание в больнице вызвало бы у вас такое же недоумение и разочарование, как и у нее. По моему опыту, люди с биполярным расстройством и члены их семей обычно жаждут информации об этом недуге, особенно во время или после маниакального либо депрессивного эпизода, даже если он не сопровождался госпитализацией. Конечно, самим пациентам легче усваивать информацию о нем, когда самые тяжелые симптомы уже удалось купировать. Но даже во время пребывания в больнице Марта и ее муж стремились получить как можно больше информации: почему врачи заподозрили у нее это заболевание, какие симптомы проявляются у человека с этим расстройством, каково ожидаемое тече-

ние болезни и какие методы лечения могут помочь? Им было бы полезно знать, чего ожидать после ее выписки из больницы, каков риск повторения эпизодов. Без этой информации Марте было трудно оценить свои переживания в контексте. В результате она начала сомневаться в точности диагноза и, как следствие, в целесообразности соблюдения назначенного лечения.

Основная идея этой книги заключается в том, что понимание сути вашей болезни поможет вам и вашим близким принять ее, жить и справляться с ней эффективнее. Вот несколько важных вопросов, которые часто остаются без ответа, поскольку у врачей-психотерапевтов просто нет времени или они не знают ответов:

- Каковы симптомы биполярного расстройства?
- Кто я, если не считать моего расстройства?
- Где заканчивается настроение и начинается биполярное расстройство?
- Почему я заболел?
- Как узнать, что болезнь подступает?
- Что вызывает смену циклов моего настроения и отличаются ли причины перехода к маниакальной фазе от причин впадения в депрессию?
- Что я могу сделать, чтобы свести к минимуму вероятность рецидива?
- Как рассказать о своей болезни другим людям?

• Чего мне ожидать от будущего?

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Умение собирать всю возможную информацию о своей болезни помогает предотвратить рецидив или хотя бы минимизировать связанный с ним ущерб, а также ставить адекватные цели на ближайшее и отдаленное будущее.

Надеюсь, что, дочитав до конца эту книгу, вы получите ответы на эти вопросы, а также более полное представление о биполярном расстройстве, глубокое понимание того, что вы за личность, как заболевание влияет на вашу жизнь и как им управлять. Я также надеюсь, что вы будете знать, куда обратиться, если в будущем возникнут новые проблемы и вам понадобятся дополнительная информация и совет.

АДАПТАЦИЯ К ПОСЛЕДСТВИЯМ ЭПИЗОДА

Марта вышла из больницы с рецептами на литий и рисперидон и назначенной встречей с новым врачом через две недели. При выписке она согласилась следовать рекомендациям персонала стационара и продолжать прием лекарств, мало что зная о действии этих препаратов и о том, что именно они лечат. Она чувствовала себя неуверенной,

возбужденной, раздражительной и растерянной. Она жаловалась на физические боли, которые не имели очевидного источника. Эти неприятные ощущения во многом были результатом продолжающихся симптомов ее расстройства; но, не имея никакой информации об этом, Марта полагала, что спутанность сознания и боли вызваны исключительно литием.

Затем она заметила, что ее настроение начало постепенно ухудшаться. Она чувствовала себя оцепеневшей, ничто ее не интересовало, она уставала, но не могла заснуть, хотя отчаянно этого хотела. Она стала больше «отсыпаться» днем, пытаясь наверстать упущенное за ночь. Проснувшись днем, она чувствовала себя хуже и с трудом справлялась со своими обычными обязанностями, такими как приготовление ужина или помощь детям в выполнении домашнего задания. Она боялась общаться с соседями. Впервые в голову пришла мысль о самоубийстве. Она чувствовала вину за то, что ее расстройство может повлиять на детей, и думала, не будет ли им лучше без нее.

У Марты развилась инфекция верхних дыхательных путей, из-за которой она кашляла до поздней ночи, не в силах уснуть. Стресс усугублялся тем, что соседи делали в своем доме ремонт и рано утром ее пробуждал от беспокойного сна строительный шум. Сон становился все более непостоянным, а распорядок дня и ночи – когда ложиться спать и когда

просыпаться – менялся изо дня в день.

Примерно через неделю после выписки из больницы у Марты резко ухудшилось настроение. Ее мысли начали метаться, вновь и вновь возвращаясь к технологическому стартапу. Затем, как она позже описала, в одно мгновение она решила, что все ее проблемы – не только спутанность сознания, но и цикличность настроения, нарушения сна и вялость – вызваны литием. Не посоветовавшись с врачом и никому ничего не сказав, она снизила дозу. Не ощутив немедленных отрицательных результатов, она полностью прекратила прием препарата. Затем и рисперидона. Марта снова стала очень раздражительной, мало спала и снова попала в больницу всего через три недели после выписки.

История Марты слишком типична. Не понимая в полной мере природы своего расстройства, она восприняла приступ как своего рода нервный срыв, требующий лишь временного медикаментозного лечения. Она не знала, что заболевание может быть рецидивирующим. В главе 2, главе 3 и главе 4 вы познакомитесь с предполагаемым течением биполярного расстройства и различными формами перепадов настроения. Это придаст вам уверенности, поможет придерживаться плана лечения и контролировать себя, чтобы избежать рецидивов.

Марте также было бы полезно узнать о факторах, которые, по нашему мнению, обусловливают цикличность бипо-

лярного расстройства: о сложном взаимодействии генетического фона, индивидуальной нейрофизиологии и жизненного стресса, о чем мы поговорим в главе 5. Многие люди, страдающие биполярным расстройством, постоянно испытывают чувство вины и занимаются самобичеванием, считая, что их перепады настроения вызваны исключительно психологическими факторами или даже слабостью характера. Марта могла бы избежать подобных самообвинений, если бы знала, что резкие смены ее настроения связаны с изменениями в функционировании рецепторов нервных клеток или активности лимбической системы мозга. Ее переживания стали бы более понятными в контексте ее генеалогического древа: у ее матери была тяжелая депрессия, а дед по отцовской линии однажды был госпитализирован по поводу «душевного расстройства» и «истощения».

Знание биологических причин вашего расстройства также прояснит, почему последовательный прием лекарств становится необходимым условием поддержания хорошего настроения. Марта знала, что ей нужно принимать лекарства, но не понимала почему. Глава 6 и глава 7 посвящены медикаментозному лечению биполярного расстройства. В настоящее время существует множество препаратов различного состава и дозировок. Врачи должны быть всегда в курсе того, какие препараты следует рекомендовать тем или иным пациентам, поскольку протоколы лечения этого расстройства меняются очень быстро.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ: СОВЕТ

ОБЩЕНИЕ С ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ

Вы будете эффективнее управлять своим расстройством, если сможете открыто обсуждать со своим врачом вопросы о том, какие лекарства наиболее эффективны в вашем случае, каковы их побочные эффекты и какие эмоции вы испытываете при их приеме. Не все люди одинаково реагируют на различные препараты. Возможно, у вас наблюдаются необычные ответы на то или иное лекарство, которые можно устранить, скорректировав дозировку или перейдя на аналог. Возможно, вы опасаетесь, что при длительном приеме лекарства повредят почкам или приведут к гибели клеток мозга. Все это вполне объяснимые опасения, которые должен развеять ваш врач.

Стратегии самоконтроля

Помимо приема лекарств и встреч с психиатром, существуют и другие – правильные и неправильные – способы управления биполярным расстройством. Самоконтроль включает умение распознавать свои индивидуальные триггеры, провоцирующие эпизоды расстройства, и соответствен-

но корректировать свою жизнь.

В этой книге рассказано о нескольких инструментах самоконтроля, благодаря которым периоды стабильного настроения станут более продолжительными. Например, Марте помогли бы мониторинг сна и бодрствования или соблюдение регулярного распорядка дня и ночи, включая отход ко сну и пробуждение в одно и то же время (эти стратегии описаны в главе 8). Ведение таблицы настроения (также рассматривается в главе 8) позволило бы отслеживать ежедневные изменения настроения и выявлять, как те соотносятся с колебаниями сна, пропусками приема лекарств и стрессовыми событиями. Напомним, что ухудшение настроения Марты было спровоцировано респираторной инфекцией и строительным шумом от соседей, вызвавшими стресс и нарушившими цикл сна – бодрствования. Помимо распознавания этих событий как триггеров, Марта и ее муж могли бы составить список ранних признаков, которые предупредили бы их о приближении приступа мании. В случае Марты таковыми были раздражительность и внезапный, не имевший реальных оснований интерес к созданию технологического стартапа. В главе 9 приводится полный обзор возможных ранних признаков приближающегося приступа.

На первом этапе погружения в депрессию определенные поведенческие стратегии могли бы удержать Марту от приступа, включая упражнения по поведенческой активации и техники когнитивной реструктуризации, описанные в гла-

ве 10. Ей было бы полезно знать, что с суицидальными мыслями и чувствами – распространенным компонентом биполярного синдрома – можно бороться с помощью профилактических стратегий, включающих поддержку друзей и родственников, консультации и медикаменты, как описано в главе 11. Она могла бы понять наблюдающиеся различия между женщинами и мужчинами в период депрессии (например, роль менструального цикла), а также освоить приемы устранения медицинских осложнений, которые возникают у женщин, принимающих нормотимики (глава 12).

Наконец, многие люди, страдающие биполярным расстройством, беспокоятся о том, что их дети могут унаследовать его. В таких случаях чувствуешь, что над головой всегда висит меч. Марта постоянно беспокоилась о Кирстен, своей 14-летней дочери, которая вступила в подростковый возраст с его сменами настроения, раздражительностью, замкнутостью, проблемами со сном и ухудшением успеваемости. Было ли это реакцией на болезнь матери или началом ее собственного заболевания? В главе 14 вы прочитаете, как распознать ранние признаки биполярного расстройства у своих детей, а также получите представление о некоторых полезных стратегиях для уточнения диагноза и, если это оправдано, раннего вмешательства.

Эффективный контроль ситуации в семье и на работе

Марта провела в больнице еще пять дней, но на этот раз была выписана с более четким планом дальнейших действий. Она встретилась с врачом, который собирался наблюдать ее амбулаторно, чтобы контролировать прием лекарств и делать анализ сыворотки крови. Команда социальных работников стационара также помогла организовать амбулаторный прием у психолога, специализирующегося на лечении аффективных расстройств. На этот раз Марта чувствовала себя лучше после госпитализации, но опасалась того, что произойдет, когда она вернется домой.

После выписки Марта рассказала о случившемся близким друзьям. Они сочувствовали ей, но говорили что-то вроде: «Наверное, у всех бывают маниакально-депрессивные состояния» и «Может, ты просто слишком много работала?». Когда она рассказала одному из друзей, что принимает литий, тот предупредил: «Осторожно, может быть зависимость». Хотя она знала, что друзья пытаются поддержать ее, эти слова сбили ее с толку. Действительно ли она больна или просто переживает трудные времена? А ее проблемы – это болезнь или крайние проявления ее характера? Разве врачи не говорили ей, что препараты, стабилизирующие настроение, должны приниматься в течение длительного времени?

Муж Марты, Эрик, казалось, не знал, как к ней относиться. Он искренне заботился о ней и хотел

помочь, но часто проявлял навязчивость в вопросах, например, о том, принимала ли она лекарства. Он отмечал незначительные сдвиги в ее эмоциональных реакциях, которые раньше не обратили бы на себя внимания, но теперь он называл их «твоими перепадами настроения». Марта, в свою очередь, восприняла это как заявление о том, что она «больше не имеет права на нормальные эмоциональные реакции». Она сказала ему: «Ты же не можешь просто приносить мне таблетки с литием каждый раз, когда я слишком громко смеюсь или плачу во время фильма».

В другие моменты Эрик злился и критиковал ее плохой уход за детьми. Действительно, у нее не хватало сил, чтобы отвезти их на кружки или вовремя собрать в школу. Она чувствовала, что не в состоянии справиться с социальными требованиями, предъявляемыми к родителям. «Ты недостаточно стараешься, – сказал Эрик. – Ты должна взять себя в руки и победить это». В другой раз он заявлял, что из-за болезни ей не следует брать на себя слишком большую нагрузку. Марта перестала понимать, чего ожидает от нее муж. Ни он, ни она не осознавали, что большинству людей после госпитализации необходим спокойный период восстановления, чтобы они могли полностью оправиться от приступа биполярного расстройства.

Дети смотрели на Марту с подозрением, боясь, что она разразится раздражительной тирадой, как это было перед первой госпитализацией.

Марте стало казаться, что ее семья ополчилась против нее. Домашний стресс, пережитый после эпизода, способствовал развитию депрессии и желания отстраниться от всего. Учитывая финансовые трудности семьи, Марта решила немедленно вернуться на должность программиста, но почувствовала, что не в состоянии выдержать длительные поездки на работу и обратно. Придя на работу, она уставилась на экран компьютера с недоумением. «Программы, которые я раньше хорошо знала, теперь кажутся мне тарабарщиной», – жаловалась она. В конце концов она рассказала руководителю о своей госпитализации в психиатрическую клинику. Поначалу он отнесся с пониманием, но вскоре начал давить на нее, требуя вернуться к прежнему уровню функционирования. Она чувствовала себя неуютно рядом с коллегами, которые казались ей раздражительными и уклоняющимися от общения. Сдвиги в графике работы, которые раньше были привычным делом, провоцировали перепады настроения.

После госпитализации у Марты возникли серьезные проблемы: она не могла снова найти свое место дома, на работе и в обществе. Люди, страдающие другими хроническими заболеваниями, такими как диабет, кардиологические нарушения, рассеянный склероз или рак, также порой испытывают трудности во взаимоотношениях с партнером, детьми, другими членами семьи, друзьями и коллегами. Когда вы воз-

вращаетесь в свой обычный мир после аффективного эпизода, даже самые доброжелательные члены семьи не знают, как интерпретировать изменения в вашем поведении (например, раздражительность или отсутствие мотивации). Они часто ошибочно полагают, что вы ведете себя так специально и могли бы контролировать себя, если бы постарались. Они склонны критиковать вас, оценивать и осуждать. Они могут ошибочно полагать, что вы не можете позаботиться о себе, и пытаться делать за вас то, что вполне вам по силам. Например, они пытаются активно распоряжаться вашим временем, направлять вашу карьеру, сообщать информацию о вас врачу, постоянно расспрашивать вас о лекарствах, проявлять бдительность даже при самых незначительных изменениях в вашем эмоциональном состоянии.

Работодатель обычно проявляет сочувствие и одновременно нетерпение. Коллеги относятся к вам настороженно, подозрительно или даже с испугом. Кроме того, вы иногда чувствуете, что не можете сосредоточиться на работе так же, как до болезни. Все эти трудности – часть восстановительного периода, который следует за эпизодом заболевания. Вероятно, проблемы с концентрацией внимания уменьшатся, когда стабилизируется настроение. Однако очень неприятно ощущать, что вы не можете работать так же эффективно, как раньше.

Как вы, вероятно, знаете, биполярное расстройство имеет социальную стигму, не свойственную большинству забо-

леваний. Несмотря на то что это явное нарушение работы мозга, а его генетические и биологические основы глубоко исследованы, оно по-прежнему рассматривается как психическое заболевание. Многие люди до сих пор ошибочно полагают, что это связано с вашим личным выбором или моралью. В результате, узнав о своем диагнозе, вы чувствуете отчужденность окружающих.

Однако есть надежда, что можно многое сделать, чтобы разъяснить близким, коллегам и друзьям природу заболевания. Конечно, вряд ли вы почувствуете себя комфортно, видя реакцию на ваше расстройство, но, по крайней мере, частично она зависит от того, как вы это преподнесете. Глава 13 посвящена изучению способов эффективной адаптации в семье и на работе. Вы узнаете, как говорить о своем расстройстве с семьей, друзьями и коллегами, чтобы они могли помочь вам наилучшим образом и не навязывали своих заблуждений (как это было в случае с Мартой). Вы изучите конкретные стратегии эффективного общения и решения проблем в семье, чтобы разногласия по поводу расстройства не перерастали в непродуктивные и стрессовые споры.

Марта: эпилог

Первый год после двух госпитализаций был для Марты трудным, но сейчас, спустя несколько лет, ей гораздо лучше. Она нашла психиатра, с которым чувствует себя комфортно. Она принимает

литий, ламотриджин («Ламиктал») и препараты для щитовидной железы. Ее настроение и поведение всё еще колеблются – например, она остро реагирует на разногласия с мужем, у нее бывают периоды подавленности или немотивированности, – но эти симптомы больше не выводят ее из строя. Отчасти благодаря готовности следовать протоколу приема препаратов, стабилизирующих настроение, ей не потребовалось интенсивное стационарное лечение, которое она получала вначале.

Отношения Марты и Эрика улучшились. Они регулярно посещают психотерапевта, специалиста по проблемам семьи, который помог определить, как диагноз Марты влияет на их отношения, как конфликты в их взаимодействии влияют на ее болезнь и какие проблемы в их жизни с болезнью не связаны. Вместе они составили список признаков приближающихся приступов и действий, которые необходимо предпринять при их появлении (например, позвонить врачу и записаться на прием, чтобы скорректировать лекарства и, возможно, предотвратить госпитализацию). Ее дети стали более терпимо относиться к ее плохому настроению, а она сама с большим энтузиазмом занимается воспитанием детей. Что касается ее 14-летней дочери Кирстен, то Марта организовала обследование у детского психиатра в том же центре, где она проходила лечение. Психиатр пришел к выводу, что у Кирстен развилась легкая депрессия, вероятно связанная с событиями в ее

семейной жизни и в неудачных отношениях с парнем. Была рекомендована индивидуальная терапия, которая принесла хороший результат.

Марта разочаровалась в своей работе и в конце концов пришла к выводу, что «просто не может работать на полную ставку». Она решила попробовать себя в качестве фрилансера. Хотя это менее выгодно в финансовом плане, чем постоянная работа, зато позволяет снизить стресс и организовать предсказуемый график.

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Одна из задач этой книги – ознакомить вас с ролью семьи и других социальных факторов в усилении или ослаблении цикличности биполярного расстройства.

Марта теперь лучше понимает, что такое биполярное расстройство и как им управлять. Например, ведя таблицу настроения, она научилась различать – как для себя, так и для других – повседневные, нормальные перепады настроения и более резкие при биполярном расстройстве. Она теперь умеет поддерживать регулярный цикл сна – бодрствования. Она осознаёт, что контроль над своей болезнью – ключ к тому, чтобы оправдывать собственные ожидания от себя. Теперь ей легче доверять мужу, а особенно близкой подруге, и заручиться их поддержкой, когда она чувствует подавлен-

ность или суицидальные желания. Марта признаёт, что ее расстройство рецидивирующее, но при этом чувствует, что больше контролирует свою судьбу. Подводя итог своим достижениям по части способности справляться с расстройством, она сказала: «Я научилась принимать то, что биохимия в моем мозге иногда выходит из строя, но она – это не я. Если бы я могла изменить что-то одно, то выбрала бы отношение других людей и его воздействие на меня, хотя это их проблема, а не моя».

Прежде всего эта книга – о надежде. Если вам только что поставили диагноз «биполярное расстройство» или даже вы пережили множество рецидивов, то, вероятно, испытываете страх перед будущим. История Марты – хотя она, возможно, представляет собой лишь одну из форм расстройства и одну из жизненных ситуаций – отражает приемы, с помощью которых люди учатся жить с биполярным расстройством. Этот диагноз не означает отказа от своих надежд и устремлений. Как вы вскоре увидите, с этим расстройством можно примириться, выработать навыки его преодоления и продолжать жить полной жизнью.

Структура книги

Эта книга состоит из трех частей. Из оставшихся глав (2–4) части I вы узнаете о симптомах и рецидивирующем характере расстройства с точки зрения пациента, а также с точки зрения его родственников и поставившего диагноз врача.

Вы познакомитесь с поведением, которое считается характерным для биполярного спектра, и поймете, чего ожидать от процесса диагностики. В главе 4 вы найдете советы о том, как справиться с диагнозом, и ответите на вопрос, который задают себе многие: это болезнь или это я?

В части II, в главе 5, представлен обзор генетических, биологических и экологических характеристик расстройства. Вы поймете, что оно связано не только с биологией или с окружающей средой, но и с их взаимодействием. В главе 6 рассматриваются препараты для лечения биологических аспектов расстройства (стабилизаторы настроения, SGA, антидепрессанты) и новые, альтернативные подходы к лечению, в том числе их эффективность, наши представления об их действии и побочных эффектах. Мы поговорим о роли психотерапии в более эффективной борьбе с перепадами настроения и их триггерами. Глава 7 посвящена проблеме принятия и примирения с необходимостью длительного приема лекарств. Для людей с биполярным расстройством и многими другими рецидивирующими заболеваниями регулярный и длительный прием препаратов создает множество эмоциональных и практических проблем. Из этой главы вы узнаете, почему постоянный прием лекарств так важен и почему некоторые распространенные аргументы в пользу отказа от них (например, «Мне не нужно принимать таблетки, когда я чувствую себя хорошо») ошибочны.

Часть III начинается с советов по управлению настрое-

нием и улучшению качества повседневной жизни (глава 8); далее рассматриваются стратегии по преодолению перехода в манию (глава 9), а также способы распознавания и преодоления депрессии (глава 10). Отдельную главу я посвятил работе с суицидальными мыслями и чувствами (глава 11), которые для многих людей с биполярным расстройством становятся постоянным источником боли. Вы узнаете о том, как получить помощь от других людей при возникновении суицидальных мыслей, а также о том, что можно сделать, чтобы справиться с этими чувствами самостоятельно.

Глава 12 содержит множество актуальной информации и советов для женщин, в том числе о том, как биполярное расстройство влияет на репродуктивный цикл, как правильно вести беременность и послеродовой период с учетом аффективных симптомов и приема лекарств, как недуг и его лечение воздействуют на здоровье женщин. Глава 13 поможет вам справиться с семейным, социальным и рабочим стрессом, который обычно сопровождает расстройство, и поведает другим о проблемах, с которыми вы сталкиваетесь. Наконец, в главе 14 рассказано о том, как получить качественную психиатрическую диагностику для своего ребенка и что делать с полученной информацией. Вы прочитаете о современных возможностях лечения (не только медикаментозных), а также о том, что мы знаем и чего не знаем о дальнейшей судьбе детей, которым рано был поставлен этот диагноз. Я надеюсь, что после этого у вас появится четкий план оказа-

ния помощи своему ребенку.

Глава 2. Природа биполярного расстройства

Хотя биполярное расстройство очень трудно диагностировать, описания его в учебниках создают впечатление, что это не так уж сложно. В конце концов, что может быть более драматичным, чем переход от необычайно маниакального поведения, когда человек чувствует себя на вершине мира и заряжен энергией, к депрессии, замкнутости и мыслям о самоубийстве? Задумайтесь над удивительным фактом. В среднем период между первым эпизодом депрессии или маниакальными / гипоманическими симптомами и постановкой диагноза с последующим лечением составляет 8 лет [Post, Leverich, 2006]. Почему так много времени нужно для того, чтобы человек с этим расстройством обратил на себя внимание специалистов по психическому здоровью? Отчасти ответ таков: поведение, которое мы обобщенно называем биполярным расстройством, выглядит очень по-разному, в зависимости от точки зрения. Но даже если люди согласны с тем, что поведение человека отклоняется от нормы, у них обычно совершенно разные представления о причинах. Вот пример Лорен, 28-летней одинокой матери троих детей:

Лорен называет себя «наркоманкой от фитнеса».

За последние три недели типичный день проходил так: собрав детей в школу, она спешила в спортзал, где два часа занималась на велотренажере. Затем она съедала стаканчик йогурта и отправлялась на пешую прогулку, продолжавшуюся большую часть дня. Затем она забирала детей из школы, готовила для них ужин и проводила вечер в основном на тренажере StairMaster. Но она не обращалась к психиатру до тех пор, пока к концу второй недели не обессилела окончательно и не потеряла работоспособность. Тогда она оставила детей со своими родителями и несколько дней отсыпалась. Она призналась, что у нее было несколько подобных случаев.

Теперь рассмотрим, как Лорен, ее мать и врач говорят о ее поведении. Женщина описывает свои проблемы как результат чрезмерной занятости. «Невероятно трудно заботиться о троих детях, вести домашнее хозяйство и пытаться сохранить здоровье, – утверждает она. – Мой бывший муж очень мало помогает, а друзей, которые могли бы поддержать, у меня не так много. Иногда я испытываю сильную перегрузку, но всегда возвращаюсь к нормальному ритму жизни». Ее мать считает, что она «безответственна и эгоцентрична», «предпочитает заниматься спортом, а не заботиться о детях», и задается вопросом, получают ли ее внуки достаточное воспитание. Врач поставил Лорен диагноз «биполярное расстройство II типа».

Кто прав? Лорен полагает, что ее поведение зависит

от условий жизни. Ее мать описывает то же поведение как обусловленное ее личностными качествами. Ее психиатр считает, что у нее биологически обусловленное расстройство. Различия в трактовке ее поведения создают проблему для Лорен, поскольку в каждом из случаев свой способ разрешения ситуации. Лорен думает, что окружающие, в частности ее мать, должны быть более благожелательными и больше помогать. Ее мать уверена, что Лорен должна стать более ответственной. Врач считает, что Лорен нужно принимать препараты, стабилизирующие настроение.

Практически каждый пациент, с которым я работал, описывает свое поведение не так, как это сделал бы врач или член семьи. Возьмем, например, Брента, у которого были проблемы с работой. Он говорит, что у него депрессия, но полагает, будто причина в том, что он не может найти общий язык со своим слишком придирчивым руководителем. Выход из ситуации он видит в том, чтобы уволиться и найти работу в более лояльном коллективе. Его жена Алиса считает, что он маниакально вспыльчив и раздражителен, а депрессия тут ни при чем. Лучше ему записаться на длительную психотерапию для решения проблем с руководителями-мужчинами. Она также уверена, что он слишком много пьет и ему необходимо посещать собрания анонимных алкоголиков. Врач Брента считает, что у него постманиакальный депрессивный эпизод и ему поможет сочетание лекарственных препаратов и терапии у психотерапевта, специали-

зирующегося на семейных отношениях.

Психиатры и психологи обычно рассматривают биполярное расстройство как набор симптомов, которые должны присутствовать группами (более одного одновременно) и длиться определенное время, обычно в виде *эпизодов*, которые имеют начальную фазу, фазу худшего проявления симптомов и фазу восстановления (см. врезку ниже). Традиционный подход к психиатрической диагностике, описанный в главе 3, следует этой логике. Пациенты же часто предпочитают рассматривать биполярное расстройство как ряд жизненных событий, в которых собственно симптомы имеют второстепенное значение по сравнению с факторами, их спровоцировавшими. У членов семьи или близких может быть иная точка зрения, подчеркивающая особенности личности пациента или рассматривающая отклоняющееся поведение в исторической перспективе (например, «Она всегда была угрюмой»). Хотя точки зрения разные, все они имеют под собой основания.

В этой главе я расскажу о различных точках зрения на биполярные колебания настроения и о том, как они приводят к совершенно разным взглядам на рекомендуемые методы лечения. Сюда относятся точка зрения пациентов, страдающих этим расстройством, точка зрения наблюдателей (обычно родителей, супругов или близких друзей) и, наконец, точка зрения врача. Конечно, есть еще мнение общества в целом, которое основано на стигматизации психических забо-

леваний или половинчатых представлениях о том, что значит быть психически больным. Любая из этих точек зрения может повлиять на вашу. При чтении этой главы поставьте себе следующие вопросы:

- Как я переживаю перепады своего настроения?
- Похожи ли они на те, что испытывают другие люди с биполярным расстройством?
- В чем я вижу причины своего поведения?
- Чем мое самовосприятие отличается от того, как меня воспринимают другие?
- Чем мое самовосприятие отличается от того, как меня воспринимает мой врач?
- Приводят ли эти различия в восприятии к разногласиям в выборе стратегии лечения?
- Влияют ли на мое поведение общественные ожидания, заставляющие меня не рассказывать никому о своем заболевании?

Понимание этих различных точек зрения будет очень полезно для вас, независимо от того, переживаете ли вы первый эпизод, или их у вас было уже множество; в любом случае вы получите представление о том, чем ваш опыт отличается от опыта людей, не страдающих биполярным расстройством. Возможно, вы также поймете, почему члены вашей семьи, сослуживцы или друзья так уверены в том, что меди-

каментозное лечение принесет вам пользу, даже если вы так не считаете.

АЗЫ: ЧТО ТАКОЕ БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО?

Начнем с определения синдрома биполярного расстройства. Его ключевая характеристика – резкие перепады настроения, от маниакальных подъемов до тяжелых депрессий. Синдром называется *расстройством настроения*, поскольку глубоко влияет на переживание человеком эмоций и возникновение аффекта (способ передачи эмоций другим людям). *Биполярным* оно называется потому, что настроение колеблется между двумя полюсами – высоким и низким, в отличие от *униполярного расстройства*, при котором колебания происходят вокруг одного полюса – низкого. Некоторые предпочитают более широкий термин *расстройство биполярного спектра*, который включает биполярно-подобные состояния, менее тяжелые, чем традиционные биполярные расстройства I или II типа (например, неуточненное биполярное расстройство), но причиняющие страдания и мешающие нормально жить.

ЧТО ТАКОЕ ЭПИЗОД БИПОЛЯРНОГО НАСТРОЕНИЯ?

- Набор симптомов, которые проявляются одновременно, с начальной продромальной, средней острой и конечной фазой восстановления.
- Полярность эпизода биполярного расстройства может быть депрессивной, маниакальной, гипоманиакальной или смешанной.
- Эпизоды могут длиться от нескольких дней до нескольких месяцев.
- У некоторых людей полярность настроения меняется в середине эпизода (например, с депрессивного на маниакальное или с маниакального на смешанное).

В состоянии маниакального возбуждения люди испытывают такие эмоции в различных сочетаниях: приподнятое или эйфорическое настроение (чрезмерное счастье или экспансивность); раздражительное настроение (чрезмерная злость и обидчивость); повышение активности и уровня энергии; снижение потребности в сне; мания величия (завышенное представление о себе и своих возможностях); повышенная разговорчивость; беглые мысли или перескакивание с одной идеи на другую; изменения мышления, восприятия и внимания (например, отвлекаемость); импульсивное, безрассудное поведение. Маниакальные эпи-

зоды приводят к значительным нарушениям в поведении на работе, в обществе или семье (например, к арестам или дорожно-транспортным происшествиям). Если у человека наблюдается большинство этих симптомов, но без нарушения функционирования, мы используем термин *гипомания.* Маниакальные и гипоманиакальные эпизоды чередуются с периодами депрессии, когда человек становится очень грустным, тоскливым или «впадает в уныние», теряет интерес к привычному, вес и аппетит, чувствует усталость, испытывает трудности со сном, чувство вины и плохое отношение к себе, с трудом концентрируется или принимает решения, у него часто возникает желание покончить с собой.

Эпизоды мании или депрессии могут длиться от нескольких дней до нескольких месяцев. Кроме того, многие люди с биполярной депрессией (около 34 % [McIntyre et al., 2015]) испытывают депрессивные и маниакальные симптомы одновременно; это называется *смешанными эпизодами*, о них я расскажу в следующей главе. Важно знать о таких эпизодах, поскольку они обычно более продолжительные и тяжелые, чем маниакальные или депрессивные; часто связаны с употреблением алкоголя и наркотиков [McIntyre et al., 2015].

Эпизоды биполярного расстройства не развиваются в одночасье, и тяжесть маний или депрессий сильно варьирует. Многие люди переходят к мании поэтапно. В 1973 году два лидера в этой области науки, доктора Габриэль Карлсон и Фредерик Гудвин, заметили, что на ранних стадиях мании

люди чувствуют себя «на взводе» или заряженными энергией, а в их мыслях проносятся многочисленные идеи [Carlson, Goodwin, 1973]. Им требуется все меньше сна, они чувствуют себя легкомысленными и раздражительными (гипомания). Позже у них развиваются полномасштабные мании, характеризующиеся эйфорией, гневом, импульсивным поведением, например транжирством, и интенсивной, лихорадочной активностью. На самых поздних стадиях мании у человека могут появиться спутанность сознания, бред (иррациональные убеждения), галлюцинации (голоса или вид*е*ния), а также сильная, невыносимая тревога. Не обязательно люди проходят все эти стадии; многие получают лечение еще до того, как наступает наиболее запущенная стадия.

Люди также постепенно впадают в депрессию, хотя стадии этого процесса менее четкие. У некоторых людей тяжелые депрессии возникают как будто ниоткуда, в те моменты, когда в остальном они чувствуют себя хорошо. У некоторых депрессивные эпизоды спровоцированы жизненными событиями, например разрывом отношений. У других серьезная депрессия развивается на фоне хронических периодов, называемых *дистимическими* или *стойкими депрессивными расстройствами* (см. главу 10).

Периоды между маниакальными и депрессивными эпизодами у многих людей протекают без симптомов. У других же симптомы, оставшиеся после предыдущих эпизодов, проявляются в виде нарушений сна, постоянной раздражительно-

сти или плохой концентрации внимания. По данным проводившегося в течение 13 лет исследования, люди с биполярным расстройством в среднем треть недель своей жизни проводят в состоянии депрессии, около 9 % – в состоянии мании, около 6 % – в смешанном или быстро меняющемся состоянии и около 53 % – в эутимическом состоянии, или нормальном настроении [Judd et al., 2002]. Большинство людей из-за болезни испытывают проблемы в социальной и трудовой жизни.

Около 1 % населения в целом страдает *биполярным расстройством I типа*, характеризующимся переходами от глубокой депрессии до полной мании. Еще 1 % населения страдает *биполярным расстройством II типа*, включающим разновидности от тяжелой депрессии до более легкой формы – гипомании. Новые случаи биполярного расстройства были выявлены у детей младшего возраста и пожилых, однако средний возраст начала заболевания – около 18 лет, при этом у большинства оно диагностируется в возрасте от 15 до 19 лет [Merikangas et al., 2007]. При биполярном расстройстве обычно прописывают различные препараты, в идеале – в сочетании с доказательной психотерапией (см. главу 6). В частности, к ним относятся:

• *стабилизаторы настроения*, такие как карбонат лития, вальпроат («Депакот») или ламотриджин («Ламиктал»);

• *SGA* (также называемые *атипичными антипсихотика-*

ми), такие как кветиапин («Сероквель»), рисперидон («Риспердал»), зипрасидон («Геодон»), арипипразол («Абилифай»), оланзапин («Зипрекса») или луразидон («Латуда»);

• *противотревожные средства*, такие как клоназепам («Клонопин») или лоразепам («Ативан», «Теместа»);

• *антидепрессанты*, такие как эсциталопрам (Lexapro), циталопрам (Celexa), сертралин («Золофт»), пароксетин («Паксил»), бупропион (Wellbutrin), венлафаксин (Effexor) и в последнее время кетамин (обсуждение рисков, связанных с антидепрессантами, см. в главе 6).

РАЗЛИЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МАНИЮ И ДЕПРЕССИЮ

Как уже отмечалось, симптомы, связанные с биполярным аффективным расстройством, совершенно по-разному воспринимаются пациентом, наблюдателем (родственником, другом) и врачом. Оно влияет на настроение, поведение и мышление. Ваше настроение, вполне привычное и ясное вам, не всегда понятно другим. Вы можете не всегда осознавать свое поведение и его влияние на окружающих, а другие (семья, друзья, врачи) прекрасно это понимают. Один и тот же набор моделей поведения или переживаний оценивается с разных точек зрения, и можно представить, насколько велика вероятность их неверного толкования.

Возможно, вы довольно четко описываете свои мысли

и чувства. В маниакальной фазе ваши мысли текут стремительно, а жизнь кажется удивительной и прекрасной. Вы больше, чем обычно, говорите, свободнее раскрываете свои мысли. Наблюдатели, например члены семьи, обычно обращают внимание на вашу речь, которую характеризуют как слишком откровенную, шумную, громкую или враждебную, а также на ваше поведение – опасное для вас самих или окружающих, импульсивное, негативно влияющее на членов семьи (например, внезапная трата или инвестирование денег). Врач обычно обращает внимание на то, насколько ваши настроение, сон и поведение отклоняются от нормального состояния. Он также учитывает продолжительность симптомов, интенсивность их проявления и способность вызывать нарушения в вашем функционировании (см. врезку ниже).

Далее я описываю манию и депрессию с точки зрения изменений настроения, сна и поведения. Я сосредоточусь на личных переживаниях, которые действительно определяют эпизоды биполярного расстройства и кратко приведены во врезке ниже.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ: СОВЕТ

ПОЙМИТЕ, ЧТО ДРУГИЕ ЛЮДИ ВОСПРИНИМАЮТ ВАШИ НАСТРОЕНИЕ И ПОВЕДЕНИЕ ИНАЧЕ, ЧЕМ ВЫ САМИ

Родные и друзья реагируют на изменения в вашем поведении; вы обращаете внимание на перемены в своем настроении, мыслях, энергичности или сне; врачи сравнивают ваши настроение и поведение с нормальным состоянием – вашим или других пациентов, с которыми они работали. Это не означает, что они правы, а вы нет, но понимание различных точек зрения способно предотвратить разногласия, которые приводят к задержкам в постановке диагноза и лечении.

Вы согласны, что у вас переменчивое настроение, но объясняете его причины иначе, чем ваш врач, члены семьи или друзья. Люди с биполярным расстройством часто сердятся, когда врач предлагает им список симптомов и спрашивает, сколько их у них было и как давно. Они неохотно соглашаются с тем, что страдают от раздражительного настроения, но при этом всегда могут объяснить, что его вызвало; окружающие не замечают причин.

«Американские горки» настроения

Как я могу строить планы, рассчитывать на что-то или на кого-то? Я никогда не знаю, как буду себя чувствовать. Я могу быть бодрой, счастливой и полной идей, но потом самые незначительные мелочи выводят меня из равновесия. Я пью чай, а он не так горяч, каким должен быть с моей точки зрения, – и я тут же реагирую на это (ругаюсь, кричу), настроение меняется мгновенно… Я боюсь своего настроения.

30-летняя женщина с биполярным расстройством I типа

Большинство людей с биполярным расстройством описывают свое настроение как изменчивое, непредсказуемое, «поражающее своим разнообразием» или «как на качелях». Оно может быть раздражительным (во время депрессии или мании), эйфоричным, приподнятым или чрезмерно непостоянным (мания), а также чрезвычайно грустным или даже «застывшим» (депрессия).

СИМПТОМЫ МАНИАКАЛЬНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ

- Перепады настроения (эйфория, раздражительность, депрессия).
- Изменения в уровне энергии или активности.
- Изменения в мышлении и восприятии.
- Суицидальные мысли.
- Проблемы со сном.

- Импульсивное или саморазрушительное поведение.

Как перепады настроения выглядят в глазах окружающих

Когда я злюсь, никто не должен попадаться мне на глаза. Мне хочется крушить всё и вся. Любая мелочь провоцирует меня. Я ненавижу всех, ненавижу свою жизнь и хочу покончить с собой каким-нибудь очень драматичным способом. Это как злость с острыми краями, такое жгучее чувство.

23-летняя женщина с биполярным расстройством II типа

Члены семьи, описывая эмоциональную неустойчивость своего биполярного брата, ребенка или родителя, обычно подчеркивают, что испытывают страх перед внезапными вспышками гнева, которые, по их мнению, они не провоцировали. Рассмотрим этот разговор между 21-летней Жанель и ее матерью после того, как Жанель набросилась на маму всего несколько минут назад:

Жанель. *Я хочу вернуться и жить с тобой. Я справлюсь с этим.*

Мама. *Но ты сейчас не в лучшем состоянии. Посмотри, как ты сейчас разозлилась.*

Жанель. *Но ты сказала, что я не готова заботиться о себе! Конечно, я взорвалась!*

Мама. *А ты и не готова. Я это вижу, ты слишком остро реагируешь на мои слова; значит, говорить*

о выздоровлении пока рано.

Трудно считать перепады настроения свидетельством болезни, особенно когда каждая эмоциональная реакция кажется оправданной, учитывая происходящие с тобой события. Жанель ее вспышку гнева воспринимала как адекватную реакцию на действия матери, которая только что усомнилась в ее дееспособности. Мать знает, какой бывает ее дочь, когда она здорова, и воспринимает ее раздражительность как существенное отклонение от нормы.

Эйфорические периоды маниакального состояния кажутся человеку с этим расстройством исключительно приятными. Доктор Кей Джеймисон много пишет о «восторженности», чудесных ощущениях, которые могут сопровождать маниакальные эпизоды и состояния повышенной креативности, и о том, как желание сохранить эти ощущения может привести человека к отказу от лекарств [Jamison, 2005]. Однако не все люди с биполярным расстройством испытывают эйфорию. Например, Бет, 42 года, описала свое настроение во время маниакальных эпизодов как «внезапное осознание того, что я больше не в депрессии». Сет, 27 лет, охарактеризовал свое маниакальное состояние как «уставший, но заведенный». Для некоторых людей маниакальное настроение – это просто крайняя степень раздражительности.

Близким ваша эйфория или приподнятое настроение могут показаться странными или клоунскими, они могут не разделять вашего энтузиазма, но вряд ли будут так же

обеспокоены этим, как вашей раздражительностью. У ваших родственников, особенно тех, кто пережил с вами один или несколько предыдущих эпизодов, эйфорическое настроение вызывает беспокойство в той степени, в какой оно предвещает развитие полноценного маниакального эпизода. Раздражительность доставляет больше беспокойства, тем более если она направлена на них, заставляет их бояться конфликтов или даже насилия.

Теперь подумайте о том, что вы испытываете в состоянии депрессии. Описали бы вы ее как сильную тоску, оцепенение, ощущение отстраненности от окружающих, отсутствие интереса к тому, что вам обычно нравится? Один человек сказал об этом прямо: «Депрессии съедают меня заживо. Я чувствую себя как в аквариуме, который отделяет меня от других людей. Это просто безнадежность: я не вижу для себя будущего». Однако член семьи, друг или возлюбленный может расценить вашу депрессию как самовнушение.

Близкие поначалу обычно сочувствуют вам, но затем начинают раздражаться и досадовать. Они думают, что вы недостаточно стараетесь или все это пройдет само собой, если вы «правильно настроитесь». Вероятно, такая реакция покажется вам неприятной, необоснованной и лишенной эмпатии.

На что обращает внимание врач? Чтобы определить, правилен ли диагноз (если он ставится впервые), или у вас на-

блюдается рецидив расстройства (если диагноз ставился ранее), врач оценит, отличаются ли ваши настроения по характеру или интенсивности от настроений здоровых людей и вашего настроения в период хорошего самочувствия. Выходит ли ваше настроение – эйфорическое, раздражительное или депрессивное – из-под контроля и сохраняется ли несколько дней подряд? Приводят ли перепады настроения к проблемам в социальной, рабочей и/или семейной жизни? Вопросы, перечисленные во врезке ниже, – примеры вопросов, которые может задать врач, чтобы определить, можно ли диагностировать состояние вашего настроения с клинической точки зрения.

ИЗМЕНЕНИЯ В УРОВНЕ ЭНЕРГИИ И АКТИВНОСТИ

Если кто-то попросит вас описать свои симптомы, вы, возможно, не станете заострять внимание на перепадах настроения. Многие люди в ответ на вопрос, какое у них настроение, рассказывают о своей энергии и уровне активности. Они больше обращают внимание на то, что они делают или не делают, чем на то, что они чувствуют. Они сосредоточены на подъеме энергии, который испытывают во время маниакальных и смешанных фаз, или снижении ее уровня во время депрессивных фаз. Фактически в DSM-5 *повышение активности* – основной критерий маниакального эпизода на-

ряду с приподнятым или раздраженным настроением.

Одна из трактовок этих перепадов состоит в том, чтобы рассматривать биполярное расстройство как дисрегуляцию мотивационных побуждений, а также настроения. Нарушение таких нормальных мотивационных побуждений, как потребность в еде, сне, сексе, общении с другими людьми и достижениях, – неотъемлемая часть биполярного маятника. Нормальные побуждения, определяющие наше поведение, чрезмерно усиливаются при мании и ослабевают при депрессии.

ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ЗАДАЕТ ВРАЧ, ЧТОБЫ ОТЛИЧИТЬ БИПОЛЯРНЫЕ ПЕРЕПАДЫ НАСТРОЕНИЯ ОТ ЕГО НОРМАЛЬНЫХ КОЛЕБАНИЙ

• Вызывают ли ваши перепады настроения проблемы в социальной или семейной жизни?

• Приводят ли ваши перепады настроения к снижению производительности труда, длящемуся более нескольких дней?

• Продолжаются ли перепады настроения несколько дней подряд с небольшими облегчениями, или они происходят, когда случается что-то хорошее?

• Замечают ли другие люди изменения вашего настроения и комментируют их?

• Сопровождаются ли перепады настроения

заметными изменениями в мышлении, сне, уровне энергии или активности?

• Выходят ли ваши перепады настроения из-под контроля настолько, что приходится вызывать полицию или госпитализироваться?

Если на большинство из этих вопросов вы ответили «да», скорее всего, ваши перепады настроения выходят за пределы нормы.

Например, люди в маниакальном состоянии стремятся к вознаграждению и часто не могут не ввязаться в схемы его достижения. В депрессии эти порывы сменяются замкнутостью, выраженным снижением мотивации или апатией, когда ничто не приносит удовольствия. Такие перепады настроения, разумеется, могут серьезно влиять на повседневную жизнь и продуктивность человека.

Приливы энергии

Я чувствую себя так, словно на высокой скорости заклинило мотор. Вокруг все движутся слишком медленно, и мне хочется ехать, ехать, ехать. Я чувствую себя одной из тех игрушек, которые кто-то заводит и заставляет крутиться, делать кульбиты или что-то еще… и остановиться – все равно что оказаться в клетке.

38-летняя женщина с биполярным расстройством I типа

Рассмотрим приливы энергии, которые сопровождают

маниакальные эпизоды. У Лорен этот подъем выражался в интенсивном стремлении к выполнению определенной деятельности (физические упражнения и приведение себя в форму). У Синтии – в сильном желании социальных контактов и стимуляции. В состоянии мании она обзванивала людей по всей стране, с которыми не общалась годами, составляла двойные и тройные графики общения и быстро начинала скучать в чьем-то обществе. Маниакальные эпизоды у Джолин приобрели сексуальную окраску – коллекционирование как можно большего числа сексуальных партнеров ощущалось ею как физическая потребность. Нил переживал этот подъем как стремление постоянно есть: «Я никак не мог наесться. Они [медперсонал больницы] положили передо мной целую курицу, и я как будто вдыхал ее».

Нарциссизм

Часто повышение активности сопровождается нарциссическим мышлением или поведением. *Нарциссическим* мы называем поведение, которое большинство людей сочло бы «зашкаливающим», опасным и нереалистичным. Обычно это связано с завышенной (иногда бредовой) самооценкой или убежденностью в своих силах и способностях.

> *Я зашел с мамой в шикарный ресторан и стал прыгать и бегать, а на потолке висели люстры. Я подумал, что я Супермен или что-то в этом роде, подпрыгнул, ухватился за одну из них и начал*

раскачиваться на ней.
21-летний мужчина описывает свое маниакальное поведение при биполярном расстройстве I типа

Нарциссическое поведение обычно сопровождается чувством всемогущества или эйфории, но не всегда. Вы можете быть самоуверенными, а затем резко раздражаться из-за того, что окружающие не хотят соглашаться с вашими идеями или планами. Нарциссическое поведение вредно не только из-за риска для здоровья, но и потому, что оно заканчивается чувством стыда, усугубляющим депрессию после маниакального эпизода. В случае с вышеупомянутым молодым человеком вызвали полицию, произошла потасовка, после чего он был госпитализирован. Впоследствии он рассказывал о случившемся с некоторой долей бравады, однако признавался, что чувствовал себя неловко из-за своего поведения на публике.

Во время гипоманиакальных эпизодов, которые возможны при биполярном расстройстве как I, так и II типа, у человека возникают менее ярко выраженные нарциссические мысли, чем во время маниакальных эпизодов.

Люди в состоянии гипомании считают, что они умнее окружающих, лучше выглядят, более сообразительны, более изобретательны и реже принимают неверные решения, чем другие, но это не достигает уровня бреда (например, обладания особыми способностями). Они верят, что их действия всегда приведут к успеху и никогда не повлекут других по-

следствий.

Депрессивная заторможенность

Для каждого уже приведенного примера можно представить, как будет выглядеть контрпример в депрессивной фазе. Вы можете стать необычайно заторможенными, как будто «движетесь сквозь патоку». Самые обыденные задачи требуют огромных усилий. Аппетит обычно снижен, а принятие душа или чистка зубов кажутся очень трудным делом. Как правило, депрессивному человеку меньше всего хочется секса, а физические упражнения становятся еще менее привлекательными. Общение представляется неприятным занятием, требующим слишком большой концентрации и умственной энергии. Кроме того, оно может таить в себе угрозу, даже если собеседники – ваши друзья или соседи. В состоянии депрессии кажется, что практически невозможно наслаждаться чем-то из вышеописанных занятий, даже если очень хочется. Другими словами, депрессия существенно отличается от лени.

При гипомании и мании, в состоянии возбуждения и эйфории, можно выполнить важные дела и реализовать множество планов по развитию личности. К сожалению, депрессивные последствия маниакальных эпизодов делают эти планы трудновыполнимыми или даже невыполнимыми. Невозможность реализовать планы, задуманные в маниакальном состоянии, может стать причиной отчаяния в депрессии.

Один 19-летний молодой человек с биполярным расстройством так описал переход от мании к депрессии: «Я как морская свинья. Я взлетаю высоко в воздух, а потом кричу: “Я снова падаю!” А потом я опускаюсь под воду – и весь воздух, солнечный свет и океанский бриз просто исчезают».

Что видят другие?

У 20-летней Стефани было несколько эпизодов биполярного расстройства. Ее старшая сестра так описывала ее маниакально активное поведение:

> *Она участвует в творческих проектах, которые мы все активно поддерживаем, например расписывает вручную посуду или делает фигурки из мыла и пытается их продать. Но потом она заходит слишком далеко. Она пытается продавать их в соцсетях, а когда не получается, впадает в бешенство и не спит ночами за компьютером, а затем терпит крах – и все проекты оказываются заброшенными.*

Быстрая смена энергии и активности, сопровождающая подъемы и спады, часто становится источником семейных конфликтов. Для наблюдателей ваше чрезмерно активное поведение в период гипомании выглядит привлекательным и обнадеживающим, особенно после депрессии. Но оно теряет свое очарование по мере того, как вы становитесь все более маниакальным, а ваше поведение начинает выглядеть неистовым и бесцельным. Наблюдатели (в частности, чле-

ны семьи), как правило, не замечают того ощущения целеустремленности, которое вы можете испытывать. Они могут раздражаться по поводу вашей возбужденности, целеустремленности и явного отсутствия заботы о других. В крайних маниакальных состояниях члены семьи начинают беспокоиться, что вы причините вред себе или кому-то другому. Параллельно они расстраиваются из-за вашей бездеятельности в депрессивных фазах и проводят «подбадривающие беседы», которые только способствуют развитию у вас чувства вины или неадекватности.

Для врача повышение активности – самый верный признак наступления гипомании или мании, но он, скорее всего, будет искать доказательства того, что ваше поведение последовательно активно в различных ситуациях. Одного факта, что вы взялись за дополнительные рабочие проекты, недостаточно для того, чтобы диагностировать манию. Поэтому врач может спросить вас, сколько звонков вы сделали, сколько часов проработали, как спали, сколько денег потратили, сколько общественных мероприятий организовали, какими были ваша сексуальная активность или влечение. Он также может судить о вашем состоянии по тому, как вы ведете себя в его кабинете: сидите ли спокойно, быстро ли отвечаете на вопросы, часто ли перебиваете, не уходите ли от ответа, углубляясь в пространные и не связанные с заданным вопросом рассуждения. Он обращает внимание на психомоторное возбуждение, например на то, разминаете ли вы руки,

копошитесь в вещах, шагаете или постоянно ерзаете. Аналогично врач обращает внимание на психомоторную заторможенность (замедленность движений), «сглаженную» мимику или амимичное выражение лица во время депрессии.

Важно помнить, что вам повышение энергии и активности, сопровождающее маниакальные или даже гипоманиакальные эпизоды, представляется продуктивным, творческим и целенаправленным. Другим же, в том числе вашему врачу, оно кажется бессмысленным, не соответствующим реальности или сигнализирующим о развивающемся заболевании. Во время депрессии вы ощущаете неспособность выполнять даже самые простые действия, а окружающие могут несправедливо обвинять вас в лени. Такое разное восприятие вызовет конфликт с окружающими, но важно выслушать их точку зрения и одновременно объяснить собственную (см. «Активное слушание» в главе 13).

ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЛЕНИИ И ВОСПРИЯТИИ

Я чувствую себя так, как будто нахожусь на одной из открыток города, снятых ночью движущейся камерой. Огни как будто имеют хвосты, весь мир перемещается – мне это нравится. В голове столько мыслей, что кажется, будто я сейчас лопну.

26-летняя женщина с биполярным расстройством I типа

Маниакальное и депрессивное настроения почти всегда сопровождаются изменениями в мышлении. При мании отмечаются ускорение психических функций (*гонка мыслей*) и словесное выражение одной мысли за другой в быстром темпе (*полет идей*). Многие воспринимают мир иначе: цвета становятся ярче, а звуки – нестерпимо громкими. На самых поздних стадиях мании может наблюдаться спутанность сознания: мир начинает казаться неуправляемым колесом обозрения. Во время мании память порой кажется очень четкой и ясной. Вы можете чувствовать себя образцом остроумия, легко связывать одну идею с другой, вспоминать события в мельчайших подробностях. Однако такое мнимое улучшение памяти часто иллюзорно: людям, страдающим манией, кажется, что они помнят всё лучше, чем на самом деле. Во время мании нарушаются внимание и концентрация. Вы не можете сосредоточиться на чем-то одном, поскольку пытаетесь обрабатывать слишком большие объемы информации одновременно. Ваше внимание легко отвлекается на такие обыденные вещи, как случайные шумы, выражения лиц окружающих или прикосновение одежды к коже.

По мере нарастания мании ваши мысли становятся всё более спутанными и даже бессвязными. Собеседники не всегда способны вас понять. Иногда они пытаются удержать внимание на объекте беседы и просят вас сбавить темп. Вероятно, такое общение будет раздражать вас: окружающие покажутся медлительными, тупыми и неинтересными.

У некоторых людей с биполярным расстройством I типа во время мании развиваются *галлюцинации* (не соответствующая реальности переработка воспринятых данных от органов чувств) и *бред* (нереалистичные, ошибочные убеждения). Особенно часто встречаются нарциссические бредовые идеи, например о том, что вы исключительно талантливы в области, в которой не имеете формального образования, что у вас необычайно высокий интеллект или вы владеете телепатией (умеете получать информацию от других людей, не разговаривая с ними). В более тяжелых бредовых состояниях люди верят, что обладают особыми способностями, стали крупными общественными деятелями или получают послания от Бога, как рассказывала одна 19-летняя девушка:

> *[Когда я переходила в манию], в моей голове возникла идея, что надо устроить вечеринку для всех, кого знаю. Проходили дни, и я все больше верила, что все мои врачи – все, кто когда-либо лечил меня, – придут. Вскоре мне показалось, что придет Брюс Спрингстин, Бейонсе, и я услышала голос Бога, который сказал мне: «Иди к Деннису [бывшему парню], ты ему нужна».*

Бред и галлюцинации особенно пугают близких, которые воспринимают их как самый очевидный признак «сумасшествия». Врачи также уделяют особое внимание этим симптомам, но при этом обращают внимание на менее яркие признаки искаженного мышления. Рассмотрим такой обмен мнениями между психологом и 20-летним мужчиной, кото-

рый сходил с гребня своего маниакального кайфа. Он сидел с книгой по юриспруденции на коленях и утверждал, что сможет сдать экзамен на адвоката, не посещая юридическую школу. И готов подать в суд на любого, кто попробует это оспорить.

Доктор. *Были ли у вас на этой неделе необычные мысли или переживания?*

Пациент. *Нет, ничего особенного.*

Доктор. *Какие-нибудь ощущения, что у вас есть особые способности или вы знаменитость? На прошлой неделе вы много думали о Боге и о том, что у вас есть…*

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.