

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 специалистов 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* — соотносению 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 расстройство 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 димENSIONАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ. Национальный институт психического

[Почитать описание, отзывы и купить на сайте МИФа](#)

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 получают 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 была 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 Statistical Manual of mental disorders 5 (fifth edition), DSM-5^{*}; Американская психиатрическая ассоциация, 2013 год) пока не включает дименсиональный подход к диагностике^{**}. Однако некоторый прогресс в этом вопросе 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

^{*} 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.*

^{**} 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.*

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 целям, 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, чтобы 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 понимание. 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 *эуимные*, 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 (органа, 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 лично 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 методов лечения и повышении эффективности существующих [Geddes, Miklowitz, 2013]. Медикаментозная терапия обычно рассматривается как комбинация традиционных стабилизаторов настроения (например,

[Почитать описание, рецензии и купить на сайте МИФа](#)

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 эффективна 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*.

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.

* Кетамин является NMDA-антагонистом и применяется в основном для наркоза в медицине и ветеринарии. Эскетамин — спрей для носа В 2019 году Управление 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 же узнать, что работает в конкретном случае? Исследователи тестируют альтернативные методы лечения в сравнении с такими традиционными лекарствами, 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 альтернативных 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.

[Почитать описание, рецензии и купить на сайте МИФа](#)

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 подходящей 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, МВСТ) 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 дорогá 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, тетей, 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, Zimmerman, 2008]. У некоторых молодых 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.



[Почитать описание, рецензии
и купить на сайте](#)

Лучшие цитаты из книг, бесплатные главы и новинки:

