

ГЛАВА 3

“Американские горки” при биполярном расстройстве

“Я достигну вершины Эвереста только для того, чтобы упасть с этой высоты в глубины ада”.

— Венди, 20 лет

У Венди продолжительная история депрессивных и маниакальных эпизодов. Первый депрессивный эпизод случился, когда ей было пятнадцать. Примерно в это время ее парень порвал с ней, потому что она не хотела посещать вечеринки или футбольные матчи, в которых он участвовал. Также примерно в этот период она перестала ходить на тренировки по легкой атлетике, отдалилась от друзей и оставалась в своей комнате в постели, когда родители не заставляли ее идти в школу. Спустя шесть недель у нее появилось больше энергии, она активнее вставала по утрам и завтракала, а ее оценки улучшились. Венди воссоединилась с большинством друзей и смогла вернуться в команду по легкой атлетике. Ее настроение было относительно стабильным в течение следующих двух лет.

Второй депрессивный эпизод был более интенсивным. Венди безудержно плакала, не могла встать с постели и была равнодушна к попыткам родителей заставить ее встать и собраться в школу. У нее просто не было сил. Родители отвели Венди к врачу, который диагностировал у нее депрессию. Услышав такой диагноз мать разрыдалась и сказала: “Я надеялась, что ее это минует”. Затем она вспоминала, как у нее, у ее сестры, у матери и бабушки диагностировали депрессию. Врач прописал Венди антидепрессант. Спустя неделю девушка стала крайне раздражительной и напористой, требовала все, что хотела, и становилась враждебной, если немедленно не получала желаемого. Она почти не спала и общалась с друзьями по телефону и через смс в любое время суток. Родители сначала отнеслись к этому поведению как к тому, что Венди снова стала “типичной семнадцатилетней девушкой”, хотя

раньше она так себя не вела. Поскольку Венди чувствовала себя “так прекрасно”, она перестала принимать антидепрессанты. Через несколько дней депрессивный эпизод вернулся с новой силой, все симптомы усилились. Родители вскоре обнаружили, что Венди не принимает антидепрессант, и стали следить, чтобы она принимала его каждое утро, но Венди только делала вид, что пьет лекарство, поскольку больше не хотела пытаться выздороветь. Она чувствовала, что ее мир и жизнь безнадежны. Через полтора месяца у нее появилось больше энергии, она почувствовала, что “более похожа на себя”, и смогла окончить среднюю школу и поступить в колледж.

Во время учебы в колледже она завела друзей, регулярно посещала занятия, получала хорошие оценки и хорошо функционировала. В середине первого курса она вдруг почувствовала прилив сил, как будто у нее появились ответы на все вопросы. Она не спала, общалась со множеством новых людей, почти не ела, болтала без умолку, неустанно работала над курсовой по английскому языку и занималась незащищенным сексом с едва знакомыми людьми. Друзья, не зная ее истории, сначала думали, что Венди несносна, а потом в течение нескольких дней заметили, что она не перестает говорить, чрезмерно активно флиртует, становится необычайно требовательной и легко расстраивается. Соседка по общежитию решила, что Венди принимает наркотики, и сообщила об этом в консультационный центр и профессору по английскому языку. Когда сотрудники колледжа попытались прояснить ситуацию, Венди расстроилась, заплакала, обвинила их в том, что они из зависти подавляют ее блестящие способности, и выбежала из общежития. Ее преследовали сотрудники, чтобы оказать помощь, Венди оглянулась и не увидела машину, выезжавшую из-за угла. Автомобиль сбил ее, в результате чего девушка перелетела через капот и упала на тротуар.

Венди отправили в больницу с травмами, царапинами и переломом запястья, но она сказала, что чувствует себя прекрасно, ничего не ощущает, что доказывает, что ее кости сделаны из титана. Пока она пребывала в отделении неотложной помощи, ее настрой и уровень энергии оставались повышенными, а настроение быстро менялось от сердитого к грустному, а затем обратно. Персонал пригласил специалиста по психическому здоровью для обследования. Венди встретила психолога, который определил маниакальный эпизод, поговорил с ее родителями, записал историю болезни и поставил диагноз “биполярное

аффективное расстройство (БАР) I типа”. Лекарства заменили стабилизаторами настроения, и Венди начала курс терапии, чтобы больше узнать о колебаниях настроения и научиться управлять ими. Родителей также проинформировали о признаках, симптомах и различных стратегиях интервенций при биполярном расстройстве. На данный момент у Венди хорошие прогнозы по лечению.

Симптомы определяют диагноз

Вы можете использовать опыт Венди, поскольку он очень распространен. Изменение ее настроения сначала выглядит как депрессия, которую игнорируют, потому что у Венди заметно снижение функционирования, но оно не достигает уровня серьезной социально-экономической (в ее случае социально-академической) дисфункции. Депрессия проходит, но когда возвращается, то проявляется более интенсивно, вызывая значительную дисфункцию. До этого у нее еще не было маниакального эпизода, поэтому такое лечение депрессии целесообразно. Обратите внимание, что назначены только лекарства, никакой терапии. Это также слишком частое явление. Психотерапия могла бы стать ресурсом для постоянного обучения навыкам определения и контроля колебаний настроения.

Некоторые лекарства способствуют проявлению маниакально подобных симптомов (раздражительность, требовательность, отсутствие сна). Их называют маниакально подобными, потому что они еще не соответствуют критериям полноценного маниакального или гипоманиакального эпизодов (они будут описаны ниже). Это еще одна ситуация, с которой вы могли сталкиваться. Во многих случаях люди прекращают прием лекарств в маниакальной фазе биполярного расстройства. Если вы были в такой ситуации, возможно, вы чувствовали себя так прекрасно и энергично, что не хотели, чтобы это заканчивалось, но, как вы знаете, это случается всегда. Во время маниакальной фазы также наблюдается высокая степень нарушения проницательности, что усложняет проблему, и прекращение приема лекарств может привести к резкому возобновлению депрессивных симптомов. Последующий этап — возвращение симптомов с повышенной интенсивностью, как в случае Венди.

Родители заметили серьезные нарушения и постарались активно участвовать в оказании помощи Венди. Однако они не заметили маниакально подобных симптомов и не знали, что Венди следует пройти повторное

обследование. Родители не были осведомлены о симптомах, о том, как с ними справляться и что делать при появлении новых. В то же время Венди не принимала лекарств и не видела в них необходимости, а семья и друзья не знали, что она не выполняет предписаний врача, не знали о последствиях несоблюдения режима приема лекарств. Затем маниакально подобный эпизод перешел в тяжелый депрессивный. К счастью, Венди смогла справиться со следующим тяжелым депрессивным эпизодом и стабилизировать состояние на длительный период.

Маниакальный эпизод Венди в колледже был настолько тяжел, что ей потребовалась помощь других людей. Именно в больнице врачи смогли точно определить расстройство, предоставить актуальную информацию и назначить подходящее лечение. Эта история может расстроить вас и обратить ваше внимание на родителей и окружение Венди, которые, возможно, *должны были* быть более внимательными к ее проблемам и беспокойству. Помните, что вы читаете это с позиции “наблюдателя”, и психическое заболевание — сложное для диагностирования и лечения состояние, особенно когда вы самостоятельно пытаетесь получить помощь и найти ресурсы (с позиции “обывателя”). Родители Венди не знали признаков и симптомов, поскольку ее мать была знакома только с депрессией, но не с манией. Врач не предупредил их, чтобы они обратили внимание на другие симптомы, не предложил Венди пройти курс терапии и не дал иных необходимых инструкций. Это очень распространенное явление. Важно, чтобы вы и ваши близкие были осведомлены и бдительны в отношении выявленных заболеваний и возможных сопутствующих расстройств. В этом очень помогут книги, подобные этой.

Опыт Венди — лучший сценарий для такого тяжелого и многогранного расстройства. Реальность такова, что биполярное аффективное расстройство редко встречается само по себе. В истории Венди присутствует только биполярное расстройство, однако состояние примерно 95% людей с ним также соответствует критериям трех и более психиатрических диагнозов [Kessler, 1999]. Одно из наиболее сложных — ПРЛ, поскольку оно негативно влияет не только на проявление симптомов и колебания настроения, но и на распространенность и вероятность ремиссий биполярного расстройства [Bieling et al., 2003; Tamam, Ozpoyraz, & Karatas, 2004]. Вот почему вам и вашим близким необходимо больше узнать об этом заболевании и о коморбидных состояниях, чтобы уменьшить путаницу при выявлении и лечении этого сложного расстройства.

Когда биполярные и пограничные симптомы пересекаются

Возможно, вы задавались вопросом, вызваны ли ваши симптомы БАР или ПРЛ. Это распространенный вопрос, вызывающий недоумение не только у вас, но и у многих психотерапевтов, психиатров и других специалистов в этой области. Если вы не будете торопиться и разберетесь в теме, как мы делаем в этой главе, вы уменьшите путаницу и получите очень полезные ответы, которые сможете использовать для управления своими симптомами.

Исследования показали, что биполярное аффективное расстройство и ПРЛ коморбидны примерно в 27,6% случаев [Gunderson et al., 2006]. В связи с высокой степенью распространенности важно исключить или подтвердить наличие одного из них или обоих, чтобы обеспечить правильное ведение клиента и эффективное лечение. Когда биполярное расстройство и ПРЛ составляют ваше КПРЛ, вы, члены вашей семьи, друзья, коллеги и лечащие специалисты сталкиваются с рядом серьезных проблем из-за сходства симптомов. Их проявления трудно распознать.

Раздражительность, резкая смена мыслей и идей, быстрая речь, рискованное поведение и импульсивность — симптомы ПРЛ, но они также проявляются, когда человек находится в маниакальной фазе биполярного расстройства. Во время депрессивной фазы БАР человек испытывает упадок сил, продолжительную грусть, снижение активности, плохую концентрацию внимания и сложности в принятии решений, чрезмерное беспокойство и тревожность, чувство вины, а также возможные суицидальные мысли, намерения или действия. Эти симптомы часто встречаются у людей с ПРЛ. Средний возраст клиента с первым маниакальным или гипоманиакальным эпизодом примерно восемнадцать лет. Первые симптомы ПРЛ чаще всего также проявляются в юношеском возрасте, который начинается в восемнадцать лет [APA, 2013]. Из-за сходства симптомов и аналогии возраста появления первых эпизодов, неудивительно, что возникает путаница, влияющая на выбор интервенций.

Если вам поставили диагноз биполярное аффективное расстройство, а на самом деле это ПРЛ, то подход к лечению и ожидания от терапевтических вмешательств будут значительно отличаться и, вероятно, не приведут к желаемому результату. В данном случае это может

означать, что вам назначено лекарство, ограниченно воздействующее на симптомы или вызывающее побочные эффекты, а курс терапии могут и вовсе не назначить, как в случае Венди. При прохождении терапии траектория и цели лечения *будут другими*, и вряд ли будут содержать терапевтические стратегии из эффективных методов лечения ПРЛ, таких как диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) или терапия, фокусирующаяся на переносе (ТФП).

В противоположном случае, если у вас диагностировано ПРЛ, но на самом деле это биполярное расстройство, вы не будете получать лекарства, стабилизирующие настроение, или использовать интервенции, помогающие точно определить проблемные области, такие как нарушение когнитивного функционирования [Porter, Inder, et al., 2020]. Кроме того, ваш психиатр может быть недостаточно подготовлен к управлению и противостоянию вашим колебаниям настроения и последующим изменениям поведения, которые часто наблюдаются у людей с диагнозом биполярного расстройства. Вас могут ошибочно воспринимать как “резистентного к лечению”, что означает, что вы целенаправленно не следуете предписаниям. Правда в том, что эпизоды колебаний настроения, сопровождающие ваше биполярное расстройство, можно лишь незначительно контролировать без надлежащего медикаментозного вмешательства. Это может привести к тому, что вы и ваш врач-психотерапевт почувствуете недоумение, разочарование и безнадежность, и будете бояться собственных мыслей, эмоций и поведения. К сожалению, это часто приводит к преждевременному прекращению лечения.

Давайте еще раз рассмотрим историю Венди, чтобы увидеть, как меняется представление о ее болезни, когда мы понимаем, что она соответствует критериям КПРЛ, состоящего из биполярного расстройства и ПРЛ.

Сложность случая Венди

В возрасте двадцати лет Венди пришла на прием в консультационный центр колледжа после окончания стационарной программы лечения, где ей поставили диагноз биполярное расстройство. Она рассказала терапевту, что, начиная с пятнадцати лет, ей ставили множество диагнозов. Когда первый парень расстался с ней, она была подавлена. Именно после этого разрыва Венди в полной мере ощутила пустоту внутри. Пустота была там уже давно, но раньше удавалось заполнять

ее школьными занятиями и общением с друзьями. Это перестало работать, и она все глубже погружалась в свою “внутреннюю пустоту”.

В конце концов “я выползла наружу и почувствовала себя прежней, но начала оглядываться и искать того, кто украл моего парня”. Ее подруга Джессика флиртовала с ним, и Венди просто была уверена, что он собирается переспать с Джессикой. Во время перемены она увидела флиртующую Джессику и, как объяснила, просто взбесилась: “Я подбежала к ней, бросила ее книги на пол и вцепилась ей в лицо. Я сказала, чтобы она оставила моего парня в покое”. Джессика заплакала, но Венди словесно и физически давила на нее, пока Джессика не оттолкнула ее, и это переросло в драку. Венди и раньше попадала в неприятности, но это был первый случай драки. Кроме того, Венди стала более распушенной, ее старые друзья начали отдаляться от нее, но она встретила новых, которые вели себя так же. Это подтолкнуло ее продолжать идти по разрушительному пути. Венди отчаянно хотела вписаться в новую компанию, чтобы почувствовать, что ее приняли и признали.

Второй депрессивный эпизод привлек внимание родителей, и она узнала о случаях депрессии по материнской линии. Венди очень разозлилась на мать за то, что она скрывала это. Венди потеряла к ней доверие. Ей было интересно, какие еще секреты скрывает мама. В результате она больше не могла доверять родителям. Она никогда не доверяла отцу и чувствовала, что почти не знает его, потому что он постоянно работал. “Вместо того чтобы довериться им, я доверилась друзьям и сексуальным партнерам. Это позволяло мне ощущать себя целостной и чувствовать принадлежность”, — объяснила она. Принимая антидепрессанты, она обнаружила, что еще больше стремится получить то, чего хочет. Она могла представлять свои желания и чувствовать вкус успеха. Венди чувствовала себя энергичной, неудержимой, непобедимой и как будто ей больше не нужны были лекарства. В это время она также была агрессивной и требовательной, почти не спала, разговаривала и переписывалась с друзьями в любое время суток. Вскоре внутренняя пустота снова втянула ее в депрессию. В течение следующих шести недель у нее преобладали чувства незнания себя, боль от уловок матери и безразличия отца, а также неопределенность будущего. Они усугубляли ее состояние и держали ее, будто она “завернута в тысячефунтовое, холодное, мокрое, удушающее одеяло”. Она постепенно вышла из депрессии, но остались боль от предательства матери, чувство

эмоциональной оставленности из-за поведения отца и неуверенность в том, кто она и что должна делать со своей жизнью. Ей казалось, что эти чувства будут преследовать ее везде, куда бы она ни пошла. Родители потребовали, чтобы Венди поступила в колледж, и она неохотно согласилась, чувствуя, что это безнадежно, потому что у нее не было ни знаний, ни навыков, чтобы окончить учебу. Она предпочла бы найти работу и выйти замуж за какого-нибудь парня, чтобы родить ребенка и дать ему любовь, которой никогда не получала.

Во время учебы в колледже она не знала, что ее интересует и кем она хочет быть. У нее случился приступ гнева после того, как парень, с которым она познакомилась за неделю до этого, не перезвонил ей сразу после того, как она оставила ему сообщение. Во время приступа она кричала, била кулаками по стене, свернулась калачиком и плакала на кровати, потому что была убеждена, что он с другой, что он бросил ее и что, возможно, вместе с другой женщиной смеется над ней за ее спиной. Когда он наконец перезвонил, она непрерывно кричала, что она ему безразлична и что он изменяет ей или сделает это при первой возможности.

После того как эти отношения закончились, она стала очень распушенной, а ее настроение менялось от грустного до злого и веселого. Она часто ругалась с соседкой по комнате, когда та говорила, что беспокоится о ней. Венди интерпретировала ее переживания как оскорбительные замечания, а также воспринимала это как разговоры свысока и унижение ее достоинства. Затем у нее появились короткие периоды грусти, но не такие, как раньше. Она не принимала лекарств и была в середине первого курса, как вдруг почувствовала прилив энергии, как много лет назад. Венди стала еще более склонной к сексуальным приключениям с несколькими партнерами, ее возбуждение и паранойя усилились, она непрерывно разговаривала, стала еще более требовательной и легко расстраивалась. Когда соседка по комнате сообщила о ее поведении в консультационный центр и их профессору английского языка, Венди стала агрессивной, обвиняя ее в зависти и желании разрушить ее жизнь. Убегая от работников консультационного центра, она попала под машину и была доставлена в отделение неотложной помощи, где встретилась с психологом, диагностировавшим у нее биполярное расстройство.

Сначала Венди назначили стабилизатор настроения, который немного уменьшил ее возбуждение и экспансивное настроение, но паранойя

и враждебность остались. Вначале она отказывалась участвовать в терапии и угрожала причинить себе вред, если ее не выпустят. Она нарушала порядок в отделении, спорила с другими пациентами и часто выражала свое несогласие с тем, как с ней обращаются. Она постоянно твердила, что никто о ней не заботится, что окружающие давят на нее, и она будет вынуждена перейти к насилию. Ей меняли тип и дозировку лекарств, но симптомы практически не ослабевали.

В течение следующего месяца она начала принимать участие в лечении и продолжала соблюдать режим приема лекарств. В ходе терапии проявились симптомы ПРЛ: нестабильная самооценка, чрезмерная самокритичность, хроническое чувство пустоты, неопределенность целей и стремлений, нарушение способности распознавать чувства и потребности других, склонность чувствовать себя оскорбленной, а также длительная история интенсивных, нестабильных и конфликтных близких отношений, характеризующихся недоверием, эмоциональной зависимостью и тревожной озабоченностью реальной или предполагаемой оставленностью.

В ходе терапии и регулярных визитов к психиатру Венди многое узнала о себе и своем опыте. В настоящее время она практически не состоит в отношениях и работает над своим чувством отчуждения от окружающих. Она продолжает принимать лекарства и хорошо понимает причины их назначения и важность регулярного приема. Она продолжает испытывать незначительные симптомы депрессии, которые длятся от нескольких часов до суток. Венди приняла свои диагнозы биполярного расстройства и ПРЛ и намерена стать успешным человеком, узнав о признаках и симптомах КПРЛ и о том, как с ними справиться.

Между двумя вариантами истории Венди существует огромная разница. Первая — сложная, но сравнительно менее хаотична и запутана. Во второй части недоумение и интенсивность симптомов осложняют клиническую картину. Поначалу кажется, что все симптомы объясняются маниакальным эпизодом, но когда с ними удастся справиться, некоторые проблемы сохраняются. Социально-экономическая (или социально-академическая) дисфункция остается, проводить лечение намного сложнее из-за сохраняющейся патологии. Если бы психолог и другие специалисты, занимающиеся лечением Венди, знали о распространенной коморбидности между БАР и ПРЛ, они бы при поступлении обследовали ее на наличие этого расстройства. После его

выявления можно было бы провести лечение, направленное на ослабление симптомов ПРЛ и одновременное устранение биполярных колебаний настроения. История Венди иллюстрирует важность информированности о ПРЛ и то, как это расширяет рамки этих расстройств, что в итоге улучшает диагностику и лечение. Знания — сила, нужно использовать их, чтобы различать эти расстройства, что мы и сделаем в следующем разделе.

Различия между БАР и ПРЛ

Как вы узнали из истории Венди, определить различия между биполярным аффективным расстройством и ПРЛ не так-то просто. У специалистов часто возникает путаница при попытке выяснить, какое это заболевание — одно, другое или оба сразу. БАР состоит из симптомов, которые являются полярными крайностями настроения, отсюда и термин “биполярный”. В верхней части этой крайности располагается маниакальный эпизод, а в нижней части — большой депрессивный эпизод.

Дополнительную путаницу вносит наличие так называемых гипоманиакальных эпизодов. Гипоманиакальные и маниакальные эпизоды очень похожи, но различаются степенью тяжести и продолжительностью симптомов. Мания и гипомания включают в себя поведение и настроение, отличающиеся от тех, что обычно наблюдаются у конкретного человека. Во время маниакального эпизода человек не может успешно выполнять необходимую повседневную работу и может нуждаться в госпитализации из-за бреда или галлюцинаций. Также высока вероятность нарушения понимания поведения и эмоций окружающих. Во время гипоманиакального эпизода члены семьи и друзья замечают разницу в поведении и настроении человека. Нарушения присутствуют, но выполнение человеком повседневных заданий возможно, а в некоторых случаях даже вероятно. Например, вы можете быстро встать с постели, собраться на работу и носиться по дому, делая все одновременно, потому что вы полны энергии, но слишком возбуждены и рассеяны, чтобы действительно пойти на работу, поскольку все время появляются новые стимулирующие задачи.

Временные рамки — критический компонент, на который нужно обращать внимание при определении маниакального и гипоманиакального

эпизодов. Для маниакального эпизода симптомы должны продолжаться в течение одной недели или дольше, а при гипоманиакальном они присутствуют в течение четырех или более дней [APA, 2013]. Важно помнить, что, если гипоманиакальный эпизод не лечить, он может привести к маниакальному. Осознать разницу между маниакальными и гипоманиакальными эпизодами важно для понимания степеней мании, но в дальнейшем мы будем использовать термин “маниакальный” или “мания” для обозначения как маниакальных, так и гипоманиакальных симптомов.

Центральные компоненты, которые помогут определить различия между биполярным расстройством и ПРЛ, — временные рамки и тяжесть симптомов. При биполярном расстройстве симптомы должны присутствовать определенный период времени (четыре или более дней подряд) и выходить за рамки обычного поведения. Например, симптомы мании у Венди: она не спит, непрерывно переписывается с друзьями, ведет беспорядочную половую жизнь, чувствует себя невероятно сильной и уверена, что у нее есть на все ответы, в течение недели неустанно трудится над курсовой по английскому. Это симптомы, не связанные с ее ПРЛ. У Венди случился приступ гнева из-за того, что парень не перезвонил ей после того, как она оставила ему сообщение. Во время приступа она кричала, била кулаками по стене и плакала на кровати. Когда он перезвонил, она вопила, что безразлична ему и что он ей изменял. Это симптомы ПРЛ (неуместный, сильный гнев или трудности с его контролем), а не биполярного расстройства.

Другой важный отличительный признак — наличие стрессора (стрессоров) и связанного с ним глубинного содержания, которое стрессор активирует перед эпизодами мании и депрессии, например чувство оставленности, пустоты, отверженности и т.д., наблюдаемые у людей с ПРЛ, но не у людей с биполярным расстройством. Обратите внимание на момент, когда парень не перезвонил Венди. Стрессором стало то, что парень не перезвонил немедленно, это активировало ее глубинное содержание — чувства покинутости и пустоты, побуждающие ее дезадаптивный паттерн поверхностного содержания справляться с ними приступами гнева, в том числе криком, битьем стен и плачем. Если бы парень перезвонил сразу же, то вероятность того, что у Венди активировались бы личностные факторы глубинного содержания — чувства покинутости и пустоты (см. главу 2 о проблемах глубинного

и поверхностного содержания личности при ПРЛ) и возник бы эпизод гнева, — вероятность этого была бы меньше.

Если явный стрессор(ы) невозможно определить, а вы ведете себя не так, как обычно, например, проявляете эйфорию или манию величия в течение четырех или более дней, важно понимать, что это показатель маниакального эпизода, а не ПРЛ. Например, во время маниакального эпизода Венди более возбуждена, радостна и энергична, чем обычно, спит несколько часов в сутки, общается с новыми людьми и занимается с ними сексом, пишет и звонит друзьям в любое время дня и ночи. Когда вы изучаете ее поведение долгое время, невозможно определить его стрессовый фактор. Это потому, что поведение связано с маниакальным эпизодом, а не с ПРЛ.

При биполярном аффективном расстройстве возможны периоды стабильности настроения и поведения, когда вы не переживаете маниакальный или депрессивный эпизод. Если у вас ПРЛ, у вас вероятны периоды нестабильности, часто повторяющиеся на протяжении всей вашей истории. Кроме того, при биполярном расстройстве вероятность того, что у вас будут глубокие, значимые, длительные и менее бурные отношения выше, чем при ПРЛ. Это связано с тем, что у людей с ПРЛ часто нарушаются отношения из-за их вспышек гнева и импульсивности, паранойи, идеализации и обесценивания партнера, в то время как у людей с биполярным расстройством такая вероятность ниже.

Биполярное аффективное расстройство гораздо лучше поддается медикаментозному лечению, чем ПРЛ, и недостаточная эффективность медикаментов в отношении факторов глубинного содержания можно рассматривать как отличительный признак при постановке диагноза. Это различие основано на эффективности медикаментов при биполярном расстройстве, поскольку они значительно снижают не только тяжесть маниакальных и депрессивных эпизодов, но и продлевают период стабильности, если принимать их по предписанию. Лекарства ограниченно воздействуют на ПРЛ. Медикаментозное лечение затрагивает только содержание поверхностной структуры, такие факторы, как депрессию, тревожность, импульсивность и т.д. Оно не ослабляет тяжесть проявления глубинного содержания, таких факторов, как чувство пустоты, низкая самооценка или оставленность. Из-за этих различий в реакции на лекарства при ПРЛ, скорее всего, будут назначены препараты разных групп (например, антипсихотики, анксиолитики,

антидепрессанты, стабилизаторы настроения и антиконвульсанты), чтобы снизить интенсивность проявления факторов глубинного содержания. Но лекарства не могут этого сделать [Starcevic & Janca, 2018]. Например, не существует лекарств от страха быть оставленным или от чувства пустоты. Многие утверждают, что эти проблемы проявляются как депрессия и тревожность, поэтому лечение этих психологических проблем — это лечение факторов глубинного содержания. Однако из-за ПРЛ вы, скорее всего, будете продолжать сообщать о снижении эффективности лекарств при лечении симптомов ПРЛ, часто ощущая пустоту и страх, что любимый человек вас бросит. Это происходит потому, что проблемы с глубинным содержанием определяют симптомы содержания поверхностного.

Подумайте об этом: определение симптомов мании, депрессии и ПРЛ

Симптомы определяют диагноз, но во многих случаях они накладываются друг на друга, что приводит к неправильной диагностике и к упущенному времени на лечение не того расстройства. Знание и осознание симптомов поможет вам точнее определить, какие диагнозы у вас присутствуют, каких расстройств у вас нет, и встречаются ли у вас симптомы разных расстройств, указывая на КПРЛ.

Разделите новую страницу рабочей тетради на две колонки. Напишите “Маниакальные симптомы” в верхней части колонки слева и “Депрессивные симптомы” в верхней части колонки справа. Поставьте пп. от 1 до 11 в левой колонке и от 1 до 16 в правой. По мере прочтения каждого симптома ставьте “В”, если симптом верен и часто встречается, или “Н”, если симптом неверен и встречается редко. Обязательно прочитайте указания и обратите внимание на временные рамки, т.к. они имеют решающее значение для определения того, будут ли симптомы ситуативно обусловленными или они проявляются в нескольких контекстах. Симптомы, возникающие в разных контекстах, связаны с психическими расстройствами, тогда как ситуативно обусловленные связаны с обстоятельствами или местом.

Определяйте наличие этих симптомов и проблем только в том случае, если вы не употребляете наркотики или алкоголь, не принимаете лекарства, влияющие на ваше самочувствие. Этот список не предназначен для постановки клинического диагноза, но он даст вам представление о ваших симптомах и проблемах, чтобы в дальнейшем вы могли лучше справиться с ними и обратиться за соответствующей психиатрической помощью. Начнем с оценки наличия маниакальных симптомов.

Маниакальные симптомы

Оценивая симптомы от п. 1 до п. 11, учтите, что они должны непрерывно проявляться в течение четырех или более дней, чтобы можно было отнести их к верным (“В”).

1. Мое настроение необыкновенно приподнятое, я более возбужден, чем обычно.
2. Я сильно сфокусирован на цели и полон энергии до такой степени, что это создает проблемы.
3. Чувствую, что нахожусь на вершине мира, могу сделать что угодно и заслуживаю всего прекрасного и особенного.
4. Сплю меньше трех часов за ночь, не чувствуя усталости и изнеможения.
5. Я более разговорчив, чем обычно, или чувствую, что меня заставляют говорить.
6. Я многословен и моя речь бессвязна, мысли или идеи быстро меняются, не связанные друг с другом.
7. Легко отвлекаюсь на несущественные детали или что-либо, происходящее в моем окружении.
8. Я необычайно интенсивен и целеустремлен в учебе или на работе, при выполнении какого-либо дела или в сексе.
9. Мне тревожно и беспокоит, что заставляет меня чувствовать сильную потребность постоянно двигаться.
10. Активно участвую в деятельности с высокой вероятностью негативных последствий, например, трачу деньги, веду беспорядочную половую жизнь, принимаю неверные решения в бизнесе или на работе.
11. Эти симптомы вызывают социально-экономическую дисфункцию.

Депрессивные симптомы

Оценивая симптомы от п. 1 до п. 16, учтите, что они должны непрерывно проявляться в течение двух или более недель, чтобы можно было отнести их к верным (“В”).

1. Я чувствую грусть, безнадежность и беспомощность большую часть дня почти каждый день.
2. Окружающие заметили, что у меня угрюмое настроение и что я выгляжу грустным.
3. У меня значительно снижен или отсутствует интерес к тому, что мне обычно нравится.

4. Я теряю вес из-за того, что не ем и у меня нет аппетита.
5. Набираю вес из-за переедания.
6. Плохо сплю.
7. Постоянно пересыпаю (гиперсомния).
8. Испытываю беспокойство, которое вызывает у меня сильную потребность постоянно двигаться.
9. У меня постоянно низкий уровень энергии или я чувствую себя очень усталым.
10. Мои депрессивные симптомы не ослабевают, даже когда ситуация разрешается или в мою жизнь возвращаются другие люди.
11. Я чувствую себя никчемным или виноватым без видимой причины или за что-то, что сделал.
12. Мне трудно сосредоточить внимание или принять решение.
13. Я думаю о смерти или суициде.*
14. У меня есть конкретный план покончить с жизнью.*
15. Я совершаю действия, направленные на то, чтобы покончить с жизнью.*
16. Эти симптомы вызывают социально-экономическую дисфункцию.

**Эти симптомы связаны с мыслями или намерением причинить себе вред или совершить самоубийство. Пожалуйста, обратитесь ко “Введению” и изучите раздел “Суицидальные мысли или намерения”, чтобы найти ресурсы, которые вам помогут.*

Уделите время и вспомните симптомы ПРЛ из главы 1, чтобы понять различия симптомов БАР и ПРЛ. Просмотрите свои оценки маниакальных и депрессивных симптомов и отметьте или обведите кружком те, что вы определили как верные для вас. Эти симптомы значимы для вас, их наличие повышает вероятность того, что биполярное аффективное расстройство — точный диагноз. Помните, что это упражнение на развитие инсайта, а не на диагностику, и только квалифицированный психиатр или специалист в области психического здоровья может поставить диагноз.

Последний критерий является универсальным симптомом, и если вы определили его как верный для вас, вы тем самым указываете на то, что другие симптомы, которые вы также определили как верные, значительно нарушают вашу жизнь. Это повышает вероятность соответствия критериям истинного расстройства. Однако если вы отметили универсальный симптом как неверный, у вас могут быть симптомы, связанные с БАР, но они не настолько сильны, чтобы постоянно нарушать вашу жизнь. Вы все равно должны

продолжить изучение этой темы, вам будет полезно прочесть следующую главу, чтобы научиться навыкам управления симптомами.

Перечисление своих симптомов — очень важный опыт, потому что ПРЛ и коморбидные расстройства сложно определить, если рассматривать их как единое целое. Если воспринимать заболевание как комбинацию конкретных симптомов и проблем, то ваше КПРЛ становится более контролируемым, а ваши усилия более эффективными и целенаправленными, поскольку они ориентированы на конкретные симптомы. Это приводит к ослаблению симптомов и к общему контролю над КПРЛ.

Изучая информацию в главе и выполняя упражнения, вы могли обнаружить, что у вас много симптомов, характерных для мании, депрессии и ПРЛ. Это указывает на то, что у вас КПРЛ, которое состоит из биполярного аффективного расстройства и ПРЛ. Следующая глава поможет вам воспользоваться этими знаниями и применить их для изучения стратегий управления своим КПРЛ.

В этой главе мы рассмотрели сходства и различия биполярного аффективного расстройства и ПРЛ. Этот тип КПРЛ озадачивает не только клиентов, но и опытных специалистов. Мы надеемся, что эта глава уменьшила путаницу, которая обычно возникает при диагностике и лечении КПРЛ, состоящем из БАР и ПРЛ. Глава была написана для того, чтобы дать вам четкое понимание следующих тем:

- симптомы биполярного расстройства и ПРЛ, составляющие этот тип КПРЛ;
- различия и сходства обоих расстройств, вызывающие путаницу между биполярным расстройством и ПРЛ;
- различия и сходства между маниакальными и гипоманиакальными симптомами;
- ваши проблемы, маниакальные, депрессивные симптомы и симптомы ПРЛ, которые помогут вам лучше понять эпизоды и колебания настроения.

Знания, которые вы получили из этой главы, можно применять при изучении навыков и способностей, представленных в следующей главе. Знания необходимы для изменений. Важно использовать их, чтобы преодолевать то, что вас сдерживает, например, применять их против вашего КПРЛ.