

ФРЕНСИС МАРК МОНДИМОР

КАК ЖИТЬ

С «БИПОЛЯРКОЙ»?

ПОПУЛЯРНЫЙ ГИД ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
И ИХ РОДНЫХ

Как распознать болезнь и каких правил необходимо придерживаться, чтобы оставаться счастливым и благополучным.



Френсис Марк Мондимор
Как жить с «биполяркой»?
Популярный гид для
пациентов и их родных
Серия «Личный доктор»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=70334782

*Ф. М. Мондимор. Как жить с "биполяркой"? Популярный гид для пациентов и их родных: ООО «Издательство АСТ»; Москва; 2024
ISBN 978-5-17-159022-2*

Аннотация

В этом новом, всеобъемлющем и незаменимом руководстве по биполярному расстройству ведущий психиатр доктор Фрэнсис Марк Мондимор расскажет все, что вам нужно знать об этом недуге, и поможет прожить свою лучшую жизнь с помощью лекарств, терапии, поддержки семьи, друзей и медицинского обслуживания. Из этой книги вы узнаете всё об этой болезни: ее симптомы, различные формы, которые она может принять, и как именно психиатры ставят диагноз биполярного расстройства, о различных методах лечения этой болезни, в том числе и самых новых, о том, как в дальнейшем укрепить психическое здоровье, свести к минимуму симптомы болезни и продлить периоды

хорошего состояния, как можно подготовиться к осложнениям и как сохранить хорошие отношения с членами семьи.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

Содержание

Предисловие	6
Часть I. Что такое биполярное расстройство?	11
Глава 1. Настроение: норма и отклонение от нормы	13
Настроение	13
Мания	15
Глубокая депрессия	20
Гипомания	27
Смешанное состояние	30
Глава 2. Типы биполярного расстройства	34
Биполярное расстройство	34
Биполярное расстройство II типа	46
Циклотимическое расстройство	51
«Мягкие» биполярные расстройства	57
Часть II. Как лечат биполярное расстройство?	65
Глава 3. Лекарственные средства для стабилизации настроения	70
Препараты лития	70
Ламотриджин («Ламиктал»)	82
Карбамазепин («Тегретол», Equetro, Epitol)	89
Конец ознакомительного фрагмента.	91

Френсис Мондимор

Как жить с "биполяркой"?

**Популярный гид для
пациентов и их родных**

Francis Mark Mondimore, MD

The Concise Guide To Bipolar Disorder

© 2022 Johns Hopkins University Press

© Оформление. ООО «Издательство АСТ», 2024

*** * ***

Предисловие

Только что вам или кому-то из ваших близких поставили диагноз «биполярное расстройство», и вы сгораете от желания *немедленно* получить хоть какую-то информацию. И, скорее всего, думаете при этом: «Пусть я не смогу сразу освоить все до мелочей, но мне обязательно нужно понять самое основное. *Быстро!*». Эту книгу я написал для вас.

- Часть I расскажет вам, что нужно знать об этой болезни как таковой: ее симптомы, различные формы, которые она может принять, и как именно психиатры ставят диагноз биполярного расстройства.

- В части II мы поговорим о лечении. Эти главы посвящены лекарственным средствам и предписаниям. Кроме того, мы обсудим группу медицинских вмешательств, объединенную названием «*методы стимуляции мозга*». Такая терапия предполагает электрическую стимуляцию определенных участков мозга с помощью тончайших электродов. Затем мы рассмотрим различные виды психотерапии, в том числе разговорную терапию – один из важнейших компонентов лечения.

- Часть III даст советы о том, как в дальнейшем укрепить психическое здоровье. Она расскажет об изменениях в образе жизни и ваших привычках, способных, согласно последним исследованиям, свести к минимуму симптомы болезни

и продлить периоды хорошего состояния. Мы также обсудим, как можно подготовиться к возможным осложнениям и сохранить хорошие отношения с членами семьи.

- В части IV рассмотрены причины развития биполярного расстройства и механизмы его лечения. Ее содержание покажется вам более «научным», и эти главы можно считать дополнительным чтением. Однако я все же советую просмотреть их, хотя бы бегло. Вам станет проще воспринимать назначения врачей, разобравшись в их научном обосновании.

- Часть V – самая короткая, она обращена в будущее: к новым исследованиям биполярного расстройства и задачам, которые стоят перед учеными и клиницистами.

Биполярное расстройство в той или иной форме отмечается примерно у 2 % населения планеты. Однако если мы расширим границы статистической выборки, включив в нее и так называемые слабые формы болезни, эта доля увеличится до 5 %.

Клинические исследования снова и снова подтверждают тот факт, что рецидивы биполярного расстройства возникают не из-за того, что препараты не работают, а вследствие того, что пациенты прекращают их принимать или вообще пренебрегают лечением. Возможно, они просто не понимают, что рецидивы и повторы симптомов – это и есть признаки болезни, что *резкое* прекращение лечения чревато особенно высокими рисками, что побочные эффекты назначен-

ных средств могут быть нейтрализованы или взяты под контроль, а ученые постоянно открывают новые препараты. Надеюсь, моя книга окажется полезной для тех, кому предстоит принять нелегкое решение о терапии, сделав его информированным и осмысленным.

По данным исследований Альянса поддержки депрессии и биполярного расстройства (ранее – Национальная ассоциация больных депрессией и маниакально-депрессивным расстройством),¹ в начале 1990-х годов до 36 % больных не обращались за профессиональной помощью в среднем в течение *десяти лет* с момента появления первых симптомов. В этом же исследовании пациентам с биполярным расстройством в 36 % случаев неверный диагноз ставили по крайней мере один раз, прежде чем верифицировали нарушение: часто это происходило через многие годы после первого обращения к специалистам. В среднем, до получения верного диагноза, участникам опроса приходилось посетить 3,3 врача. В более позднем исследовании 2017 года было отмечено некоторое уменьшение периода времени, необходимого пациентам с биполярным расстройством для решения обратиться к медикам: вместо десяти лет на это уходило уже меньше шести.

Почему же эта болезнь так трудно поддается определе-

¹ Некоммерческая организация, предоставляющая группы поддержки людям, живущим с депрессией или биполярным расстройством, а также их друзьям и семье. (Здесь и далее примеч. перев.).

нию? Одна из причин кроется в том, что самая тяжелая ее форма, собственно, получившая название «биполярное расстройство», легко диагностируется и в то же время остается лишь одной из множества личин, присущих этому изменчивому недугу. Фактически «биполярное расстройство I типа»² отмечается реже, чем более легкие формы болезни, при которых практически единственными симптомами выступают неярко выраженная депрессия и перепады настроения. Мы понимаем, что многим пациентам с такой относительно легкой формой расстройства также помогают препараты для стабилизации настроения. Однако эта помощь становится им доступна лишь в том случае, когда они сами обращаются за лечением и получают верный диагноз.

Уинстон Черчилль, Георг Фредерик Гендель, лорд Байрон, Вирджиния Вульф, Эдгар Аллан По, Наполеон Бонапарт и Винсент Ван Гог – лишь немногие из политиков, писателей, художников и музыкантов, которые оставили свой след в мировой истории, несмотря на биполярное расстройство. Вот и в наши дни музыкальная сенсация Мэрайя Кэри³, актриса из «Звездных войн» Кэрри Фишер⁴ и телеведущая

² Американская классификация Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV) выделяет биполярное аффективное расстройство (БАР) I типа, предусматривающее наличие хотя бы одного развернутого маниакального или смешанного эпизода и одного эпизода депрессии.

³ Мэрайя Кэри (*англ.* Mariah Carey; род. 27 марта 1969 года) – американская певица, автор песен, музыкальный продюсер, актриса и филантроп.

⁴ Кэрри Фрэнсис Фишер (*англ.* Carrie Frances Fisher; 21 октября 1956 – 27 де-

и журналистка Джейн Поли⁵ – известные личности, страдающие от биполярного расстройства. И список этот можно продолжать бесконечно.

Однако подавляющее большинство пациентов, пораженных этой болезнью, – обычные люди, которым всего лишь хочется вернуться к привычной жизни после того, как им и их близким пришлось столкнуться с этим диагнозом.

Обратившись к этой книге, вы уже сделали важный шаг к укреплению собственного психического здоровья или помощи кому-то из близких. Многочисленные исследования показывают, что пациенты, ознакомившиеся с изнанкой своего недуга, справляются с ним лучше. У них реже повторяются рецидивы и быстрее проходят симптомы, им лучше удается поддерживать свой социальный и профессиональный уровень. Взглянув прямо в глаза болезни и решившись изучить ее механизм, вы уже подняли свои шансы на лучшую жизнь. *Поздравляю вас!*

кабря 2016) – американская актриса, сценаристка и прозаик, дочь актрисы Дебби Рейнольдс и певца Эдди Фишера. Известность получила благодаря исполнению роли принцессы Леи Органы в киносериале «Звездные войны».

⁵ Джейн Поли (англ. Margaret Jane Pauley; род. 31 октября 1950 года) – американская тележурналистка и писатель, активно освещающая новости с 1972 года. Она является ведущей телеканала CBS «Воскресное утро». Поли 13 лет была ведущей в программе NBC «Сегодня», а затем 12 лет соведущей в «Dateline» NBC. Она публично признала свою борьбу с биполярным расстройством.

Часть I. Что такое биполярное расстройство?

- **Биполярное расстройство подразумевает *нарушение настроения***

В главе 1 есть ответы такие основные вопросы как: «Что такое *настроение*?» и «Каким должно быть *нормальное* настроение?» Дано описание настроения, отклоняющегося от нормы, свойственного пациентам с биполярным расстройством. Вы узнаете, как сами больные описывают свое ненормальное настроение. Однако важно понимать, что не каждый человек с биполярным расстройством непременно должен испытать все описанные ниже симптомы. Ведь индивидуальный опыт уникален. Существует множество вариантов симптомов, которые могут быть отмечены у разных людей, а также степеней тяжести проявления нарушений.

- **У биполярного расстройства описано несколько подтипов. Болезнь классифицируют в соответствии с этими типами и стойкостью отмечаемых симптомов**

В главе 2 приведены классификация типов биполярного расстройства и способы постановки диагноза. Также дано пояснение, почему эта система не может быть совершенной. Следует понимать, что число пациентов, у которых болезнь

не вписывается в строгие рамки приведенных категорий, велико. Вы узнаете, почему это состояние так трудно диагностировать и почему ряд форм депрессии на поверку оказываются одной из форм биполярного расстройства.

Глава 1. Настроение: норма и отклонение от нормы

Биполярное расстройство – нарушение настроения, психиатрическое заболевание, связанное с проблемой управления чувствами.

Настроение

Настроение – это совокупность чувств, создающих основу нашего ощущения умственного и физического благополучия. В него входят такие чувства, как радость или горе, оптимизм или пессимизм. Также оно включает психологические ощущения, такие как апатию или отвагу. Настроение – точный показатель нашего эмоционального состояния, сложный набор чувств, демонстрирующий степень эмоционального комфорта.

В хорошем настроении человек уверен в себе и оптимистичен, расслаблен и дружелюбен, терпелив, открыт миру, рассудителен. Люди в хорошем настроении полны энергии и ощущения физического благополучия. У них крепкий сон и отличный аппетит. Они легко идут на общение и привлекательны для окружающих. Они с уверенностью смотрят в будущее и готовы к началу новых проектов. В хорошем настроении мир прекрасен, и жить в нем только в радость.

Соответственно, пребывая в плохом настроении, мы подвержены набору противоположных чувств. Замыкаемся и заняты только собственными мыслями. Нас может посетить ощущение пустоты или утраты. Мысли о будущем становятся непозволительной роскошью. Но если они и приходят, то, как правило, полные пессимизма, если не страха. Мы легко впадаем в гнев, а потом мучаемся чувством вины. Нам бывает трудно общаться с другими людьми, мы избегаем общества и стремимся к одиночеству. Энергия иссякает. Вера в себя тоже утрачивается: нас пугает то, что подумают и скажут о нас другие.

Обычно настроение напрямую зависит от внешней ситуации и обстоятельств. Однако у людей с биполярным расстройством настроение поднимается и падает само по себе, практически безотносительно того, что происходит в жизни. Люди с этим заболеванием страдают от слишком высоких «всплесков» и слишком глубоких «провалов». Также эти ненормальные перепады настроения зачастую чрезвычайно растянуты во времени. Аномально хорошее или плохое настроение может задержаться на недели или даже годы жизни.

Психиатры определяют и описывают четыре типа аномальных перепадов настроения при биполярном расстройстве. Люди с этой болезнью циклически погружаются и выходят из одного или более этих ненормальных состояний.

Мания

Мания предполагает чрезвычайно повышенное настроение, которое может быть эйфорическим или раздражительным. Это наиболее сильный и пугающий из симптомов биполярного расстройства. В маниакальном состоянии регулятор настроения выкручен на «высокое» (табл. 1.1). У многих людей с биполярным расстройством может вообще не наблюдаться эпизодов с полностью сформированной манией, однако наличие эпизода маниакального состояния подтверждает диагноз.

Мания часто развивается постепенно, и на ее полное формирование требуются недели. На первых этапах настроение медленно движется «вверх», так что люди полны приятных чувств и энергии. Завышенное ощущение благополучия и уверенности растет, постепенно переходя в эйфорию.

Перепады в настроении сопровождаются перепадами мышления. Человек чувствует, что стал мыслить яснее и рациональнее обычного. Также возникает ощущение, что ускоряется сам мыслительный процесс. Однако это ускорение прогрессирует, и «быстро» превращается «слишком быстро», а потом и «вразнос». Мысли, несущиеся вразнос, являются настолько типичным симптомом мании, что диагносты начинают сомневаться, если его не отмечают. Это судорожное, беспорядочное перескакивание от одной мысли к дру-

гой усиливается, пока не начинает приносить пациенту страдания.

Таблица 1.1. Симптомы мании

Группа симптомов	Симптомы
Симптомы, связанные с настроением	Повышенное, эйфорическое настроение
	Раздраженное настроение
	Чувство грандиозности происходящего
Симптомы, связанные с процессом мышления (когнитивные)	Ощущение повышенной концентрации
	Ускоренное мышление (мысли «вразнос»)

Группа симптомов	Симптомы
Физические симптомы	Повышенная энергичность
	Уменьшение потребности в сне
	Повышенный аппетит
	Повышенное либидо
Психиатрические симптомы	Грандиозные заблуждения
	Галлюцинации

Подобно тому, как из-за мании ускоряется мыслительный процесс, равным образом ускоряется и речь человека. Психиатры используют термин *речевой напор*. По мере развития эпизода мании пациент говорит все быстрее и быстрее в попытке передать идеи из ускоряющегося в голове водоворота мыслей. Иногда подобная симптоматика вынуждает больного прибегнуть к изложению мыслей на бумаге, в результате он со страшной скоростью заполняет страницу за страницей маловразумительным содержанием.

Завышенная энергичность и самооценка в эпизодах мании вызывают усиление целенаправленной активности или психомоторного возбуждения. Человек бросается осуществлять новые, часто нереальные проекты, внезапно проявляет интерес к областям, к которым обычно был равнодушен. Это может вылиться в неожиданное желание путешествовать, учиться новым языкам или игре на музыкальных инструментах. Каким бы ни было это новое увлечение, человек с манией посвящает себя ему на 110 %, не жалея времени на новые проекты или просиживая за ними ночи напролет.

От первого лица. **Мания**

«Я не сплю уже пятый день. И чем дольше я бодрствую, тем сильнее становлюсь... Я пил пиво, я курил, я мешал водку и пиво. Я клеился к любой девчонке, которая была не против. Когда все вокруг засыпали, я бродил по улицам, слу-

шал плеер и размышлял о вселенной. Я всегда носил с собой блокнот, чтобы запечатлеть на бумаге мои великие идеи. Мысли летели быстрее, чем я успевал писать... И как только мне приходила хорошая мысль, я хотел ее осуществить. Твердое убеждение, что в будущем всем будет править телепатия, толкало меня на чтение мыслей прохожих. Я понимал, что на освоение телепатии нужно время, но я был готов к любым трудностям».

Peter J. Barnes, *Sixty Days to Sanity: A College Freshman's Struggle to Overcome Mental Illness* (Printed by the author, 2005), 30.

Завышенная самооценка приводит к утрате ограничений. Это чревато высокой вероятностью последствий (например, расточительное поведение, невероятные коммерческие схемы, гиперсексуальность или повышенное употребление алкоголя). Мания не дает человеку подумать о том, откуда возьмется деньги для оплаты счетов за его новые увлечения.

Кроме того, мания непременно скажется на распорядке дня и пищевых привычках человека. Пониженная потребность в сне – один из манифестных симптомов мании – часто может стать тревожным звоночком для тех, у кого уже были такие эпизоды. Потребление пищи уменьшается, поскольку у человека с манией просто не остается времени на то, чтобы поесть. Он начинает худеть, иногда катастрофически.

По мере одновременного развития эйфории и ускоренно-

го мышления пациент с манией становится невероятно самоуверенным, переходя в так называемую стадию *грандиозности*. Страхи о неприятных исходах растворяются, им на смену приходит бесшабашный энтузиазм. Человек в стадии аффекта готов пуститься во все тяжкие, не думая о последствиях. Все больше утрачивая связь с реальностью, он *верит* в свою способность на великие дела. Его захватывает фантастическое, неопишуемое ощущение собственной мощи и важности. Пациент, страдающий манией, подвержен *грандиозным заблуждениям*. Он может вообразить себя президентом или премьер-министром, ученым гением, новым пророком. Или основоположником новой религии, новым воплощением Иисуса Христа или другого бога.

Иногда этот период «отличного настроения» в мании очень короток. Изначальный подъем быстро сменяется злобой и раздражительностью. Эти перепады могут повторяться какое-то время, но обычно неприятное, раздраженное состояние доминирует. Чаще всего именно эта раздражительность делает человека объектом внимания медиков.

По мере развития мании ускоренное мышление, повышенная энергия и утрата «тормозов» дезорганизуют пациента настолько, что приводят к нарушениям в психике и поведении. Человек на этой стадии становится неуправляемым, злобным. Этот этап развития болезни очень неприятен, даже несмотря на прямо противоположное начало. А полностью развернувшийся клинический эпизод мании еще и опасен.

Это обусловлено повышенным риском жестокости к окружающим (или к себе) и развивающимся впоследствии физическим стрессом. На протяжении последних десятилетий мания занимала значительное место в списке причин летальных исходов. Люди, страдавшие от этой болезни, погибали в результате полного физического истощения, обезвоживания или сердечно-сосудистых осложнений.

Глубокая депрессия

Глубокая депрессия – состояние, для которого характерен чрезвычайно низкий уровень настроения, сопровождаемый ослаблением мыслительных способностей и памяти, утратой интереса к некогда любимым занятиям, нарушениями сна и аппетита, физической и умственной заторможенностью или возбуждением, а также довольно часто суицидными мыслями и поведением (табл. 1.2). Через депрессивное состояние проходят практически все люди с биполярным расстройством, причем для подавляющего большинства пациентов оно становится основным симптомом. Пациенты проводят больше времени, скорее, в депрессивном, чем в маниакальном состоянии.

Синдром глубокой депрессии превращается в безжалостный, всепроникающий мрак и день за днем висит над человеком, не способным избавиться от него самостоятельно. Пациент в таком состоянии погружен в мысли об утрате, в со-

жаления и беспомощность. Особенно характерны размышления о чувстве вины, и психиатры, как правило, уделяют особое внимание вопросам о подобных ощущениях для диагностики депрессии. Воспоминания, связанные с виной, стыдом и сожалениями, типичны для состояния депрессии, вызванной нарушением настроения. В то же время они весьма *необычны* для «нормального» пониженного настроения. Люди, испытывающие физиологически обоснованное снижение настроения, в частности как следствие какой-то личной потери, обращают свои плохие чувства на факт этой потери. Лишь в самых необычных обстоятельствах они считают себя источником неприятностей и испытывают стыд или вину. Напротив, человек в эпизоде глубокой депрессии часто винит себя в своих горестях, а иногда и в горестях других людей. Наличие такой склонности к самообвинению – важный клинический признак депрессии.

Многие пациенты, находясь в глубокой депрессии, не описывают свое настроение как «мрачное» потому, что вместо этого испытывают подавленность, напряжение: это состояние принято называть *дисфорией*⁶. Этот факт указывает на важную особенность депрессии, которая не просто является усиленным вариантом обычного понижения настроения, но может оказаться реакцией на разочарование и потерю.

⁶ Дисфория (от греч. dys – нарушение, phoros – нести) – внезапно развивающиеся приступы раздражительности, недовольства окружающими и самим собой; люди в таком состоянии способны на оскорбления, иногда жестокие, агрессивные действия.

Таблица 1.2. Симптомы депрессии

Группа симптомов	Симптомы
Симптомы, связанные с настроением	<p>Подавленное настроение</p> <p>Дисфория, тоскливое раздраженное настроение</p> <p>Ежедневные перепады настроения (утренняя депрессия с повышением настроения в течение дня)</p> <p>Чувство вины</p> <p>Утрата способности получать удовольствие (ангедония);</p> <p>Социальная изоляция</p> <p>Суицидальные мысли</p>
Физические симптомы	<p>Нарушения сна:</p> <ul style="list-style-type: none"> • бессонница; • глубокая сонливость <p>Нарушенный аппетит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • похудение; • ожирение

Группа симптомов	Симптомы
Физические симптомы	Потеря либидо Хроническая усталость Запоры Головные боли Ухудшение физического состояния
Симптомы, связанные с процессом мышления (ког- нитивные)	Потеря концентрации Ослабление памяти Нерешительность Замедленное мышление
Психиатрические симптомы	Бредовое мышление Галлюцинации Приступы кататонии

Депрессия или ДЕПРЕССИЯ?

Одна моя коллега очень любит спорить о различиях депрессии с «д маленькой» и «Д большой». Она утверждает, что для нас нормально время от времени страдать от понижения настроения (депрессия с «д маленькой»), и что клинический синдром в этом случае надо описывать как Депрессия (с «большой Д»), или, еще точнее, ДЕПРЕССИЯ. И что чувство, присущее людям с нарушениями настроения в состоянии депрессии (читай ДЕПРЕССИИ), вовсе *не является* простым усилением обычного человеческого горя.

Еще одна определяющая черта глубокой депрессии – утрата интереса к некогда любимым занятиям. Человек в этом психологическом состоянии не может наслаждаться музыкой, кинофильмом или спортом – любым хобби, обычно приносившим ему удовольствие. Утрата способности радоваться получила название *ангедония* (производное от греческого слова, обозначающего «удовольствие»).

Понижаются также уровень энергии и когнитивные способности (в противоположность ранее описанному состоянию). Человек, находясь в депрессии, страдает от замедленного или неэффективного мышления, ослабления памяти и концентрации внимания. Он не способен обрабатывать информацию, рассуждать, в результате каждый выбор превращается в неразрешимую дилемму. У пожилых людей эти нарушения могут оказаться настолько сильными, что депрессию ошибочно диагностируют как болезнь Альцгеймера.

Тяжелая депрессия может спровоцировать нарушения сна. Часто на таком фоне возникает бессонница, но не исключены и противоположные эффекты, когда пациент спит слишком много (научное название этому состоянию – *гиперсомния*). Если депрессия связана с биполярным расстройством, повышенная сонливость наблюдается, пожалуй, чаще, чем в других вариантах клинической депрессии, для которых более характерна бессонница.

Страдает и аппетит. Как и в случае с нарушениями сна, отклонения вероятны в обоих направлениях: пациент ест или слишком много, или слишком мало. В таком случае в период депрессии будет наблюдаться либо потеря, либо повышение массы тела. Также вполне вероятна утрата либидо – симптом, более понятный с точки зрения общей утраты удовольствий от жизни.

Наиболее характерным физическим проявлением депрессии становится чувство постоянной усталости, с чрезвычайно низким уровнем энергии и апатией. Головные боли, запоры и тяжесть в груди также нередки, наряду с другими симптомами, приносящими физический дискомфорт. Люди с такими хроническими заболеваниями, как артрит или синдром раздраженного кишечника, в период депрессии, как правило, страдают от их обострения. Прослежена ассоциация между депрессией и синдромом хронического иммунодефицита, а также фибромиалгией (довольно болезненном состоянии суставов и мышц). Эта взаимосвязь подробно описана в медицинской литературе, хотя и не получила пока внятного объяснения. Возможно, депрессия понижает болевой порог, а значит, пациенты сильнее чувствуют боль и страдают от нее.

От первого лица. **Глубокая депрессия**

Хуже всего моя нерешительность. Я даже не могу выбрать, что надеть или что поесть. Я не в состоянии решить, надо ли

мне вставать или можно оставаться в постели. Пора принимать душ или не пора. Я сам себя не понимаю, а потому не в состоянии решить, что же мне делать.

Norman Endler, *Holiday of Darkness: A Psychologist's Personal Journey Out of His Depression* (New York: John Wiley and Sons, 1982), 4.

Подобно тому, что наблюдается во время эпизодов мании, у людей в момент проявления биполярного расстройства могут отмечаться нарушения мышления, получившие у психиатров название *бреда*. Чем сильнее взгляд пациента на мир и на самих себя окрашивается тонами навязчивых перепадов настроения, там легче человек в состоянии депрессии поверит в то, что вокруг творится что-то ужасное, например, что его уволят или лишат диплома, и его семья пойдет по миру. Этот страх бедности может усугубляться бредом, порожденным физическим дискомфортом, развившимся именно по причине депрессии. Человек может решить, что у него рак, СПИД или какое-то другое смертельное заболевание.

При тяжелой депрессии могут развиваться и *галлюцинации*, хотя не так часто, как при мании. Галлюцинации соответствуют настроению, поэтому бывают пугающими, даже ужасными. Эмиль Крепелин, немецкий психиатр начала XX века, первым описавший состояние, известное нам как биполярное расстройство, так передает галлюцинации своих пациентов: «[Он] видит ужасных духов, смерть, толпы монстров...

скончавшихся родных... Пациент слышит крики и мольбы подвергающихся пыткам близких людей... Еда у него имеет вкус мыла или экскрементов, или трупов и гнили».

В некоторых случаях особо тяжелого состояния люди впадают в летаргию и отчаяние – депрессивный ступор. Во времена, когда для столь бедственного состояния не существовало лечения, Крепелин описывает его как глубочайшую пропасть депрессии: «Пациенты лежат на койках, безучастные ко всему. Они не проявляют никаких эмоций: они немые и недоступны. Они ходят под себя, они устремляют перед собой пустой взгляд... как маска с широко распахнутыми глазами». По счастью, современным психиатрам редко приходится сталкиваться с депрессией, развившейся до стадии *кататонии*.

Гипомания

Гипомания – это состояние мягкой формы мании, менее тяжелое в своих проявлениях. Для него характерны стабильно приподнятое настроение, низкая потребность в сне, гиперактивность, чувство полного физического благополучия. По сути, гипомания – это расстройство настроения, ее вполне можно считать симптомом-предвестником эпизода мании (напомним, повышения настроения, уровня энергии, скорости мышления и речи, и иногда некоторой раздражительности).

Люди в состоянии гипомании не подвержены тяжелым когнитивным нарушениям, характерным для мании. Они определенно не настолько раздражены, чтобы дойти до жестокого обращения с другими или с собой. Тем не менее гипомания также чревата неприятностями. Неоправданная самоуверенность опасна рискованными вложениями в недвижимость или продукты на рынке. Она может подтолкнуть человека к грандиозным авантюрам в бизнесе. Повышенная сексуальность приводит к беспорядочным связям. Раздражительность – к спорам и размолвкам с родными, коллегами или соседями, способными надолго испортить отношения. Даже легкая форма гипомании может спровоцировать пациента, чрезмерно уверившегося в своих суперспособностях, отказаться от хорошей работы или разбазарить личные накопления в аванюре быстрого обогащения. Он просто может слишком быстро вести машину. И все эти поступки грозят тяжелыми последствиями.

От первого лица. **Гипомания**

Я практически все время занят, занят, занят... Составляю отчеты, играю в теннис, катаюсь на лыжах, пишу мемуары, беседую, читаю, хожу в кино, не сплю по ночам, встаю рано утром, постоянно в движении: занят, занят, занят... И как гипоман, я не могу остановиться, чтобы проанализировать мысли, чувства или поступки. Я почти всю жизнь был слишком занят и не всегда останавливался, чтобы обдумать, что

я делаю... я чаще критиковал других и даже высказывался свое мнение на людях... я был агрессивен, не сдержан и перебивал других.

Norman Endler, *Holiday of Darkness: A Psychologist's Personal Journey Out of His Depression* (New York: John Wiley and Sons, 1982), 4.

Люди в состоянии гипомании редко обращаются за лечением, по крайней мере, поначалу: помните, они ведь чувствуют себя *довольно* хорошо. Однако, прожив какое-то время с болезнью, многие начинают понимать, какие бы приятные чувства не сопровождали недуг на начальных этапах, обычно они служат признаком проблем. Гипомания может оказаться предвестием провала в депрессию или дальнейшего развития мании.

Поскольку люди с этой формой расстройства не проявляют нарушений психики, их нельзя подвергнуть принудительному лечению. Все потому, что законным обоснованием для принудительного лечения является поведение, представляющее угрозу. И человек с гипоманией может оставаться без помощи профессионалов неделями, даже месяцами, в зависимости от финансового положения, кредитной истории, карьеры, отношений и общего состояния здоровья.

Как мы увидим ниже в этой главе, иногда люди с биполярным расстройством испытывают эпизоды депрессии или гипомании, но так и не доходят до глубокой мании. По этой

причине, термин *маниакально-депрессивный психоз* был вычеркнут из словаря психиатров десятилетия назад. Классическое «маниакально-депрессивное» расстройство с эпизодами глубокой мании и депрессии может оказаться лишь одним из многих проявлений болезни.

Смешанное состояние

Смешанное состояние – аффективное состояние (иногда называемое «смешанное аффективное состояние»), при котором присутствует либо смешение, либо быстрое чередование маниакальных (или гипоманиакальных) и депрессивных симптомов. В качестве других названий этого недуга выступают *смешанная мания* и *дисфорическая мания*.

Психиатры до сих пор спорят о четком наборе характеристик этого состояния, однако давно было отмечено, что симптомы депрессии и мании у некоторых людей могут проявляться практически одновременно (табл. 1.3). Это состояние характерно определенным разнообразием нарушений настроения, отличных от депрессии и типичной мании, но объединяющих черты обеих. Ускоренное мышление и гиперактивность, типичные для мании, сохраняют свои неприятные свойства. Вместо эйфории эти нарушения сочетаются с депрессивным, угнетенным, безнадежным настроением.

Таблица 1.3. Симптомы смешанного состояния у десяти

Симптомы	Доля пациентов (%)
Депрессия	100
Раздражительность	100
Гиперактивность	100
Бессонница	93
Ускоренная речь	93
Враждебность	79
Фонтан идей	43
Приступы тревоги	43
Бред (депрессивный)	36
Бред (недепрессивный)	21

Точно так же, как невозможно ошибиться при виде глубокой мании, несомненно проявляет себя и смешанное состояние. Но в точности как стадия легкой гипомании может быть неотличима от приподнятого нормального настроения, стадия легкого смешанного состояния распознается с большим трудом. Иногда смешанное состояние длится всего несколько часов. И если пациент жалуется мне на беспричинные, гневные «выплески», я обязательно учитываю возможность

⁷ Источник: *Data from Frederick K. Goodwin and Kay Redfeld Jamison, Manic-Depressive Illness (New York: Oxford University Press, 1990), 49.*

легкой формы смешанного состояния. *Тревожность* – одно из частых описаний, которое люди дают своим ощущениям от эпизода смешанного состояния. Однако это не обычная боязливость или страх: она напоминает скороварку, грозящую взорваться под давлением негативных эмоций.

Смешанное состояние может представлять опасность, так как человек находится под воздействием депрессивных мыслей вкупе с излишком энергии, беспокойства и внутреннего ощущения давления и напряжения. Этот излишек энергии подвергает пациента высокому риску навредить себе суицидальным поведением. Также в смешанном состоянии люди часто демонстрируют саморазрушающее поведение, не чреватое немедленной гибелью, но не менее трагичное. Пациенты могут резать себя или наносить ожоги. Больные признаются мне, что такие отчаянные поступки позволяют перенаправить ужасную внутреннюю боль и напряжение «изнутри» «наружу». Для них физическая боль не так страшна, как внутренние терзания в смешанном состоянии.

От первого лица. **Смешанное состояние**

Иногда такие периоды полного отчаяния могут довести до действительно ужасного напряжения. Мысли беспорядочно скачут с одного на другое, но вместо приподнятого ощущения космических мыслей, свойственных раннему периоду ускоренного мышления, разум наполняется жуткими звуками и образами смерти и разложения: трупы на пляже, рас-

терзанные останки животных, мертвые тела в морге с бирками на пальцах. В такие напряженные периоды я становлюсь особенно раздражительным, беспокойным и злым, и единственный способ избавиться от напряжения – долгий забег по пляжу или бесконечные метания по комнате взад – вперед, как белый медведь в клетке.

Kay Redfield Jamison, *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness* (New York: Vintage Books, 1996), 36.

Выводы

- *Биполярное расстройство – это нарушение настроения, психиатрическое заболевание, связанное с проблемами в регуляции настроения.*

- *Психиатры определяют и описывают четыре основных вида нарушений настроения при биполярном расстройстве: манию, глубокую депрессию, гипоманию и смешанное состояние. В ходе развития биполярного расстройства люди циклически погружаются и выходят из одного или более из этих нарушенных состояний.*

Глава 2. Типы биполярного расстройства

Биполярное расстройство классифицируется по нескольким типам, в зависимости от преобладания симптоматики нарушений настроения в ходе болезни. Три нозологии – биполярное расстройство I типа, биполярное расстройство II типа⁸ и циклотимия – имеют четкое определение. Споры идут в основном о том, как классифицировать прочие вероятные варианты болезни. Как правило, их объединяют в группу так называемых «мягких» биполярных расстройств.

Биполярное расстройство

У людей с биполярным расстройством I типа отмечаются эпизоды маниакального психоза и глубокой, парализующей депрессии. В обзоре Всемирной организации здравоохранения показан результат опроса более чем 61 тыс. человек из одиннадцати разных стран, согласно которому средняя частота случаев биполярного расстройства составляет 0,6 %.

⁸ В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), используемой в российской психиатрии, «биполярное расстройство, тип II» не выделяется как отдельный диагноз, а входит в рубрику F31.8 «другие биполярные аффективные расстройства».

То есть примерно каждый шестой из тысячи человек страдает от этого заболевания. Биполярное расстройство часто проявляется в конце периода полового созревания или в начале взрослой жизни, с наибольшей долей вероятности на протяжении третьего десятилетия (то есть между 20 и 29 годами) жизни.

Схема на рис. 2.1 представляет картину развития биполярного расстройства I типа. Судя по всему, период эпизодов нарушений настроения широко варьирует, так же, как общий ритм болезни сугубо индивидуален для каждого пациента.

Биполярное расстройство I типа часто характеризуется чередующимися циклами рецидивов и ремиссий: его симптомы то появляются, то исчезают. Эта особенность болезни, как и *всех прочих* нарушений настроения, создает трудности при диагностике, лечении и научном изучении нозологии.

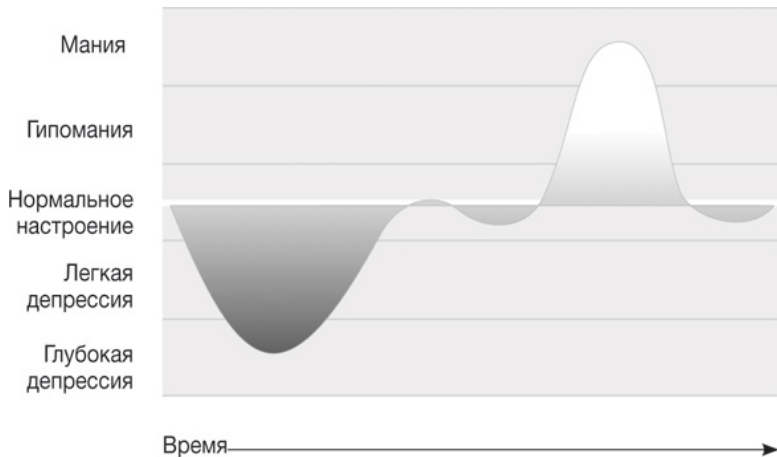


Рисунок 2.1. Перепады настроения при биполярном расстройстве I типа. Источник: иллюстрации от Jenna Macfarlane

Биполярное расстройство I типа: чего ожидать

Открытию эффективных методов лечения этой болезни предшествовало множество блестящих исследований. Они фиксировали и анализировали закономерности проявления симптомов в тех случаях, когда биполярное расстройство не лечили, – *естественную историю* болезни.

Сколько эпизодов отмечалось у пациентов до того, как они начинали лечение? Насколько длительными они были? Какие были между ними промежутки?

В 1942 году ученых заинтересовали записи о 66 пациентах

с «маниакально-депрессивным психозом». У некоторых из них история болезни фиксировалась на протяжении 26 лет. У ряда пациентов на всем протяжении наблюдения был отмечен лишь один эпизод обострения болезни. Примерно у одной трети – от двух до трех, еще у трети – от четырех до шести, и у оставшихся – больше семи (табл. 2.1). Лишь у единиц зафиксировали двадцать и больше эпизодов. К несчастью, не было возможности выяснить, не случались ли еще два – три или более двадцати эпизодов в течение жизни.

В этом исследовании средняя продолжительность периода между обострениями была 6,5 месяца. Но следует учитывать, что эпизоды мании и депрессии могут быть как короткими, так и особенно длинными. Пока не стало доступным современное лечение, люди могли годами пребывать в состоянии мании. Можно только радоваться тому, что в наши дни врачам не приходится иметь дело с пациентами, столь длительный период страдающими от мании. Современные средства с доказанной эффективностью снимают эти симптомы, и, как правило, улучшение наступает уже через несколько дней, в крайнем случае – недель.

Таблица 2.1. Количество эпизодов болезни у 66 пациентов с биполярным расстройством⁹

⁹ Данные по Thomas A. C. Rennie, “Prognosis in Manic-Depressive Psychoses” *American Journal of Psychiatry* 98, no. 6 (1942): 801–14. <https://doi.org/10.1176/ajp.98.6.801>.

Число эпизодов	Доля пациентов (%)
1	8
2–3	29
4–6	26
Более 7	37

Примечание: Исследование проводилось в период, когда лечения биполярного расстройства не существовало.

Как диагностируют биполярное расстройство?

В современной практике не существует ни анализа крови, ни типичного результата сканирования головного мозга, позволяющих верифицировать диагноз «биполярное расстройство». Психиатру необходимо получить информацию от самого пациента на предмет *семейного анамнеза*, типов и периодичности возникающих у него *симптомов*.

Семейный анамнез чрезвычайно важен: биполярное расстройство часто поражает кровных родственников, что подтверждает частично наследственный характер болезни. Из всех факторов риска более половины приходится на генетические. В шведском исследовании 2019 года было установлено, что у близнецов доля риска, относящегося к генетическим факторам (число, называемое *наследственной предрасположенностью* к болезни), составляет 60 %. Это значит, что если человек обратился к врачу из-за нарушений настро-

ения и имеет в родне кого-то с диагнозом «биполярное расстройство», его шанс заболеть значительно выше.

Вы уже прочли о том, какие *симптомы* характерны для мании, гипомании, глубокой депрессии и смешанного состояния. Не вызывают сомнения состояния маниакального психоза, равно как и глубокой депрессии. Гипоманию определить труднее из-за того, что люди часто не распознают ее эпизоды в качестве отклонения от нормы. Соответственно, не упоминают о них, когда их спрашивают о перепадах настроения. Психиатр должен помнить о том, что необходимо задать наводящие вопросы о периодах повышенной энергии, пониженной потребности в сне и приподнятого настроения, не имеющих внешних причин. Иногда такие периоды отмечают не сами пациенты, а их родные и близкие. Вот почему специалисты часто просят прийти на прием вместе с кем-то из членов семьи: для получения более общей картины. Или же врач может попросить разрешения выслушать дополнительную точку зрения, позвонив родственникам больного по телефону.

Как вы увидите в этом разделе, установить тип диагностируемого биполярного расстройства помогает *последовательность* симптомов. И снова члены семьи могут оказаться для врача незаменимым источником сведений.

Далее психиатр спрашивает о других деталях, предположительно связанных с биполярным расстройством. Например, ряд лекарственных препаратов может спровоцировать

симптомы мании или гипомании, привести пациента с биполярным расстройством в состояние повышенной энергичности или раздражения. Чаще всего это характерно для антидепрессантов, а также для стероидов и таких стимуляторов, как метилфенидат.

А как насчет периодов между атаками? Для многих людей с биполярным расстройством современные медикаменты стали надежным средством профилактики рецидивов. Но сколько длились такие ремиссии в то время, когда не существовало этих лекарств? Эмиль Крепелин отмечает, что между рецидивами могут пройти годы и даже десятилетия: в одном случае перерыв между эпизодами составил 44 года.

Последующие исследования показали, что без лечения эпизоды биполярного расстройства могут учащаться с возрастом и запускаться легче, чем на первоначальном этапе. Другие научные работы в данной области продемонстрировали, что люди могут перескакивать от депрессии к эпизоду мании без промежуточного этапа нормального настроения. У многих период депрессии растягивается на недели или месяцы, чтобы потом перейти в эпизод мании, также продолжительностью в несколько месяцев. Часто это заканчивается новым скачком и наступает третья фаза – период затяжной депрессии (рис. 2.2).

Исследование 1969 года посвящено 100 эпизодам мании и также демонстрирует связь между периодами мании и депрессии. На этот раз примерно у половины пациентов уче-

ные зафиксировали по меньшей мере один скачок: депрессия предшествовала или следовала за эпизодом мании. Были также отмечены некоторые признаки того, что при скачке от депрессии к мании болезнь труднее поддается лечению, чем при обратном переходе.

Биполярное расстройство I типа – классический пример маниакально-депрессивного нарушения с эпизодами полностью развившейся мании и глубокой депрессии. Также для него характерны продолжительные периоды «спячки», когда симптомы временно пропадают (табл. 2.2.). Число эпизодов широко варьирует, однако пациенты с одним – двумя – скорее исключение, чем правило. До появления эффективных медикаментов средняя продолжительность каждого эпизода без лечения составляла 6 месяцев, хотя в практике встречались случаи, длиной в несколько лет.

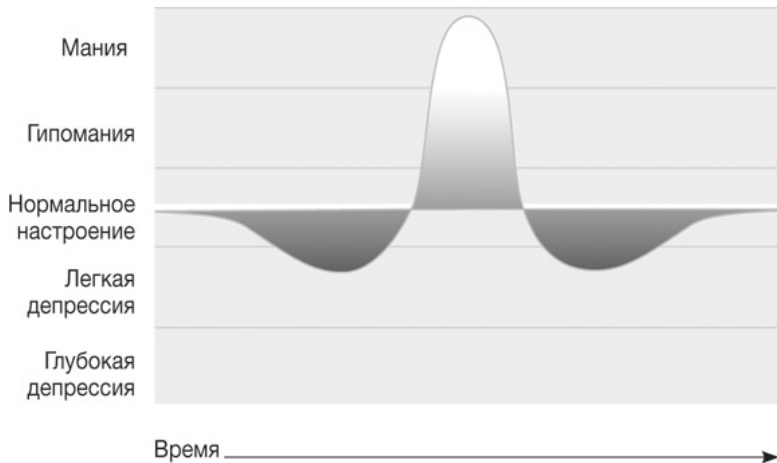


Рисунок 2.2. Трехфазная последовательность эпизодов демонстрирует периоды депрессии, сменяемые эпизодами мании и новыми периодами депрессии. Психиатрам нередко наблюдают пациентов, обратившихся за лечением в фазе депрессии и получивших назначение антидепрессантов, ставших, в свою очередь, триггером для особенно тяжело-го первого эпизода мании. Источник: иллюстрации от Jenna Macfarlane

Таблица 2.2. Характеристики биполярного расстройства I типа

Настроение	Другие характеристики
Эпизоды полностью развившейся мании	Без лечения эпизоды длятся около 6 месяцев
Эпизоды глубокой депрессии	Частые галлюцинации и бред
	Трехфазные эпизоды (депрессия, мания, депрессия)
	Учащение рецидивов с возрастом

Что значит «маниакально-депрессивный»?

Вы наверняка сталкивались с терминами *маниакально-депрессивный*, *маниакально-депрессивная болезнь*, *расстройство* или даже *маниакально-депрессивный психоз*. Все это устаревшие названия того, что мы сейчас обсуждаем как биполярное расстройство.

В конце XIX века молодой немецкий психиатр Эмиль Крепелин ввел это название в шестом издании своего «Учебника психиатрии», объединив под ним все психические заболевания, связанные с циклической сменой ненормальных настроений, в том числе и те случаи, которые сейчас известны как *большое депрессивное расстройство*. (Я буду часто ссылаться в этой книге на доктора Крепелина, чьи определения для людей с биполярным расстройством прошли проверку временем).

Термин «маниакально-депрессивный» вышел из употребления в 1970-х годах, когда стало очевидно, что много лю-

дей с этим заболеванием ни разу не испытали эпизодов полностью развившейся мании, но тем не менее страдали как от депрессии, так и от других состояний с аномальным эмоциональным фоном в качестве противоположного полюса на шкале настроений, откуда и пошло название «*биполярное*».

Многие люди с биполярным расстройством I типа испытывают практически полную ремиссию в периоды между эпизодами. Такая закономерность течения болезни часто предполагает, что пациент хорошо воспримет лечение литиевыми препаратами. В частности, из 209 участников исследования, проведенного сотрудниками Мичиганского университета, примерно у половины наблюдали практически полное отсутствие симптомов в период между эпизодами обострения биполярного расстройства I типа – до 90 % времени ремиссии. Ученые назвали такой вид биполярного расстройства I типа «стабильным».

Остальные пациенты делились на две практически равные группы. Одна – «депрессивного» типа, у которой на протяжении 23 % от общего времени наблюдались хотя бы какие-то симптомы депрессии. Вторая группа пребывала в ремиссии 70 % времени, а период клинических проявлений примерно в равных частях был представлен симптомами депрессии и мании. Эту так называемую группу «быстрых циклов» составляли пациенты с более частыми, но короткими периодами обострения. Как упоминалось выше, «стабиль-

ная» группа наблюдалась на протяжении многих лет и хорошо отвечала на лечение препаратами лития. Возможность достоверного выделения больных, которые хуже реагируют на применение лития, может оказаться полезной для поиска эффективной терапии (рис. 2.3).

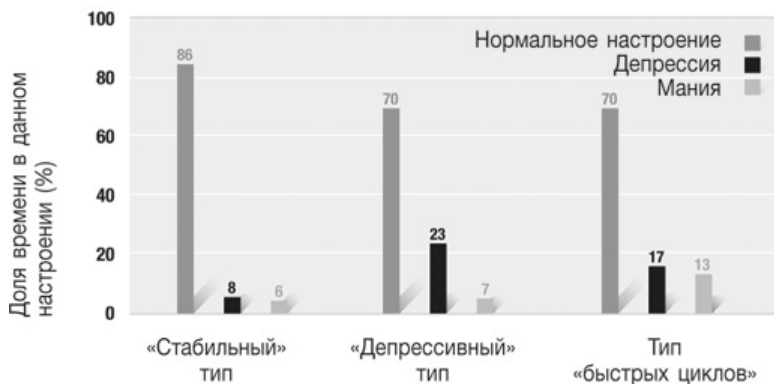


Рисунок 2.3. Три вида биполярного расстройства I типа, основанных на полученных данных. Высота колонки соответствует доле времени, которое длится каждый вид изменений настроения. В каждом подтипе пациенты проводят больше времени в состоянии депрессии, чем в состоянии мании. Источник: иллюстрации от Jenna Macfarlane

Биполярное расстройство II типа

У людей с биполярным расстройством II типа наблюдаются эпизоды глубокой депрессии и эпизоды гипомании. У них мания никогда не развивается полностью, хотя может отмечаться смазанная картина смешанных состояний. Схема закономерности смены настроений при биполярном расстройстве II типа приведена на рис. 2.4. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота развития биполярного расстройства II типа составляет 0,4 % – примерно у четырех человек из каждой тысячи.

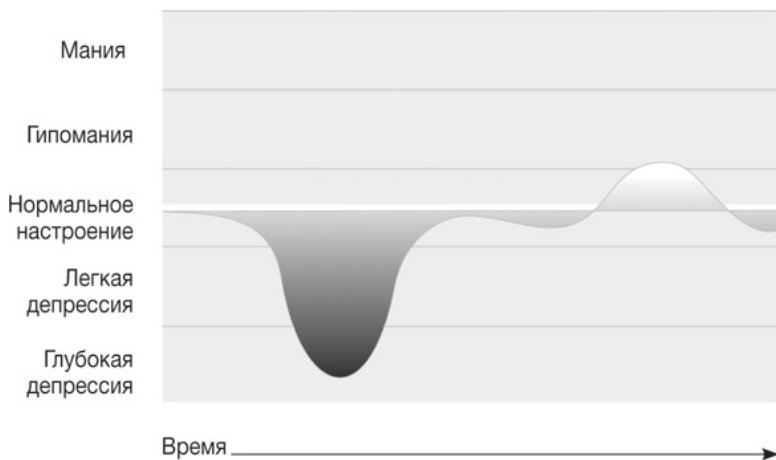


Рисунок 2.4. Перепады настроения при биполярном

расстройстве II типа. Источник: иллюстрации от Jenna Macfarlane

Болезнь, которая спит

Когда речь идет о телесном недуге, мы привыкли иметь дело с болезнью, у которой есть начало, середина и конец. Например, рассмотрим пневмонию – инфекционное заболевание легких, вызванное бактериями. Оно начинается с повышения температуры тела, кашля, болей в груди и одышки. Эти симптомы ухудшаются на протяжении часов, а иногда дней. До эры антибиотиков люди дожидались момента так называемого *кризиса*, когда внутренняя защита организма мобилизовала максимум сил на борьбу с вторжением бактерий, после чего пациент либо выздоравливал, либо умирал. И кто бы ни взял верх – пациент или бактерии, но болезнь заканчивалась. (По счастью, сейчас мы имеем в арсенале антибиотики, воздвигающие непреодолимый барьер на пути вторжения патогенов).

Биполярное расстройство очень отличается от пневмонии, потому что попросту не имеет начала, середины и конца. Или, если выразиться точнее, у него отмечается множество начал и множество окончаний. Симптомы биполярного расстройства могут проявиться у человека, а потом, *вообще без лечения*, исчезнуть на годы.

Поскольку для нас наиболее привычна концепция окончания болезни как исчезновение ее симптомов, и пациен-

там, и их родным особенно трудно принять другую закономерность. Клинические признаки биполярного расстройства могут уйти в *ремиссию* после лечения (или вообще сделать это спонтанно в некоторых случаях). Однако они практически неизбежно вернутся, если не будет предпринята адекватная профилактика болезни. Ведь это и есть отличительная черта биполярного расстройства, особенно I типа – его тенденция к *рецидивам*. Лечение может дать полную ремиссию. Проявления недуга могут исчезнуть полностью. Однако сама болезнь на этом не заканчивается. Вместо этого она словно впадает в спячку, и *симптомы могут вернуться в любой момент*.

Первоначально исследователи полагали, что пациенты с историей гипомании и депрессии, но без мании находятся на ранней стадии развития «маниакально-депрессивной» болезни. Но большое количество наблюдений в 70–80-х гг. XX века доказали ошибочность этого мнения. В одном из таких исследований, предпринятом доктором Вильямом Кориуэллом с соавт., несколько лет велись наблюдения за людьми с повторяющимися эпизодами депрессии и гипомании. Было отмечено, что меньше чем у 5 % из них никогда не было мании. Биполярное расстройство II типа – вовсе не прелюдия к «полностью развившейся» маниакально-депрессивной болезни; пациенты с биполярным расстройством II типа не находятся на ранних стадиях биполярного расстрой-

ства I типа.

Чего ждать от биполярного расстройства II типа

Биполярное расстройство II типа часто ошибочно определяют, как легкую форму биполярного расстройства I типа. Несмотря на то что у пациентов с биполярным расстройством II типа не наблюдаются самые тяжелые симптомы полностью развившейся мании, больные практически все время испытывают иные проявления. Для нарушения II типа характерны длительные периоды депрессии, и они часто могут оказаться более разрушительными, чем пугающие, но краткосрочные эпизоды при биполярном расстройстве I типа (рис. 2.3).

Исследование, проведенное в 2011 году в Южной Корее, озаглавлено «Различия клинических признаков между биполярным расстройством I и II типов» и подробно описывает эти различия. Так, ученые отмечают, что люди с расстройством II типа чаще подвержены сезонным переменам в клинической картине. «Сезонные перемены» подразумевают, что больные чаще страдают от депрессии осенью и зимой и чувствуют себя лучше (или даже переживают эпизод гипомании) весной и летом. Также они склонны к ускоренной смене циклов. В то время как пациенты с биполярным расстройством I типа чаще страдают от маниакальной раздражительности, эпизоды гипомании у страдающих II типом характеризуются приподнятым настроением. Раздражитель-

ность отмечается реже.

С учетом симптомов депрессии люди с биполярным расстройством II типа чаще страдают от психомоторного возбуждения (непроизвольных бесцельных движений, таких как постоянная ходьба, ускоренная речь, или постукивание пальцем или ногой), чувства вины и суицидальных мыслей. Также при этом типе болезни чаще отмечаются случаи фобий или нарушений питания. Обычно с возрастом у пациентов с биполярным расстройством II типа реже наблюдаются эпизоды гипомании, а с достижением среднего возраста начинают доминировать эпизоды депрессии.

Таблица 2.3 Характеристики биполярного расстройства II типа

Настроение	Другие характеристики
Эпизоды глубокой депрессии. Эпизоды гипомании.	Повышенные сонливость и аппетит во время депрессии. Иногда депрессия носит хронический характер. Семейный анамнез биполярного расстройства II типа. Первая госпитализация в более позднем возрасте. Меньшее количество госпитализаций. Повышенный риск алкоголизма.

Циклотимическое расстройство

У людей с циклотимическим расстройством отмечают-ся кратковременные частые периоды депрессивных симпто-мов и гипомании, перемежаемые непродолжительными пе-риодами нормального настроения. При этом у пациентов не наблюдаются эпизоды ни полностью развившейся ма-нии, ни глубокой депрессии. Закономерность проявления симптомов циклотимического расстройства представлена на рис. 2.5. По существу, эти люди постоянно пребывают в цик-лической смене легкой депрессии и легкой приподнятости настроения.

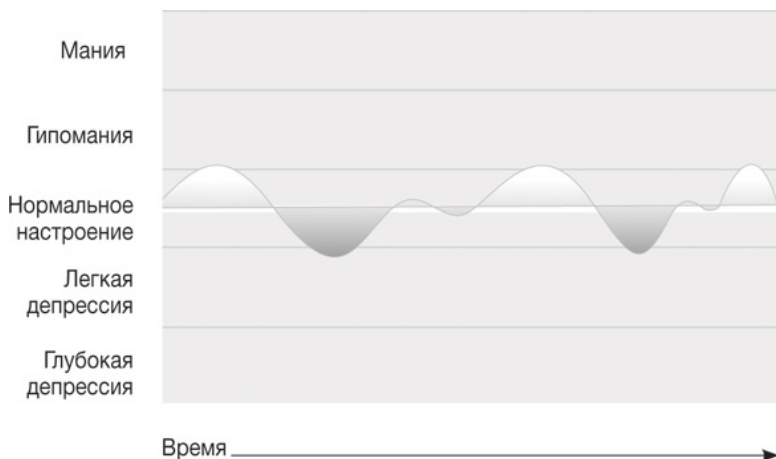


Рисунок 2.5. Перепады настроения при циклотимическом расстройстве. Источник: иллюстрации от Jenna Macfarlane

Эмиль Крепелин, немецкий психиатр, создавший современную концепцию биполярного расстройства, отмечал, что циклотимия наблюдалась примерно у 3–4 % его пациентов. Он предположил, что гораздо больше людей страдает от той же болезни, «протекающей вне зоны внимания медиков». Многие годы Американская система классификации психиатрических заболеваний верифицировала циклотимию скорее как индивидуальную особенность личности, нежели как заболевание, развившееся вследствие нарушений биохимических процессов в головном мозге. В первых редакциях DSM («Диагностическое и статистическое руководство по психическим болезням»), оно так и называлось – *персональное циклотимическое расстройство*. Только в 1980 году *циклотимическое расстройство* перенесли в группу нарушений настроения, где оно остается по сей день.

Таблица 2.4. Характеристики циклотимического расстройства

Настроение	Другие характеристики
Частые перепады от легкой депрессии к легкой гипомании. Краткость, беспорядочность циклов (измеряются днями). Только короткие периоды нормально-го настроения.	Часто перепады настроения происходят в момент пробуждения. Симптомы впервые появляются в раннем отрочестве или после 20 лет. Заболевание часто принимают за «проблемы развития личности». Иногда перетекает в биполярное расстройство II типа.

В настоящее время циклотимия рассматривается как подтип биполярного расстройства, причем такая классификация подтверждается изучением семейного анамнеза. У людей с циклотимией часто есть родные, страдающие биполярным расстройством, гораздо реже – семейная история изолированной депрессии. Эксперименты с лечением подтвердили эту связь: перепады настроения при циклотимическом расстройстве часто отвечают на сходные методы лечения других биполярных расстройств. Это открытие также показало, что циклотимия является «химической» проблемой в той же степени, что и остальные биполярные расстройства.

Современные исследования на больших выборках показывают частоту заболевания от 0,4 до 2,4 %. Это подтверждает предположение, что многие больные просто не обращаются за помощью или не получают лечения.

Циклотимическое расстройство: чего ожидать

У людей с циклотимическим расстройством наблюдаются частые подъемы и падения настроения, перемежаемые относительно краткими периодами «нормы», как видно из рис. 2.4. Такая постоянная нестабильность объясняет, почему психиатры так долго определяли расстройство, как характеристику «личности». Как и следовало ожидать, устойчивая нестабильность настроения порождает нарушения во многих областях жизни. В исследовании 1979 года 46 пациентов с циклотимией продемонстрировали различные перепады эмоций и поведения: от нарушений сна до проблем на работе и в обществе, что отражено в табл. 2.5.

Таблица 2.5. Особенности мышления и поведения у 46 пациентов с циклотимическим расстройством

Характеристика	Доля пациентов (%)
<i>Настроение</i>	
Периоды раздражительности по несколько дней	50
Выплески взрывной агрессивности	50
<i>Мышление</i>	
Неустойчивая самооценка, колеблющаяся между низкой оценкой себя и избыточ- ной самоуверенностью	75
Периоды смешения мыслей, сменяющие- ся периодами обостренного, креативного мышления	50

Характеристика	Доля пациентов (%)
<i>Активность и поведение</i>	
Периоды повышенной сонливости, перемежающиеся с периодами низкой потребности в сне	75
Неопределенность в количестве и качестве работы	75
Странные экстравагантные покупки, финансовые провалы	75
Постоянная смена увлечений работой, учебой, хобби или планов на будущее	50
Наркотическая или алкогольная зависимость	50
Экстравертность, перемежающаяся интровертностью	50
Неожиданная неразборчивость в связях или уход из семьи	40
Энтузиазм в присоединении к новым общественным движениям и столь же скорое охлаждение к ним	25

Источник: данные по H. S. Akiskal, M. K. Khani, and A. Scott-Strauss, "Cyclothymic Temperamental Disorders," *Psychiatric Clinics of North America* 2, no. 3 (1979): 527–54; quoted in Frederick K. Goodwin and Kay Redfield Jamison,

Manic-Depressive Illness (New York: Oxford University Press, 1990), 54.

Циклотимическое расстройство обычно проявляется в очень ранние годы. Исследование 894 молодых участников исследования (от 5 до 17 лет) показало, что примерно три четверти пациентов впервые почувствовали симптомы в возрасте всего 10 лет. То есть вся группа отличается особенно ранним проявлением болезни по сравнению с пациентами с клинической депрессией или биполярным расстройством II типа.

Многие люди с циклотимическим расстройством никогда не испытывают более тяжелые симптомы расстройства настроения. Однако исследования показали, что у значительной их доли со временем наблюдаются эпизоды мании или глубокой депрессии, то есть болезнь переходит в форму биполярного расстройства I или II типа. Однако поскольку примерно половина из общего числа людей с циклотимией так и не проявляют симптомов биполярного расстройства, она по праву определяется как самостоятельное заболевание.

«Мягкие» биполярные расстройства

«Мягкие» биполярные расстройства – нарушения настроения, отчасти схожие с прочими подтипами болезни, но не вписывающиеся в строгие рамки их определений (табл. 2.6).

Психиатры давно говорят о многообразии нозологий. Эмиль Крепелин отмечал, что «изначально практически невозможно строго отделить» друг от друга различные формы биполярного расстройства. «Повсюду есть переходы», – утверждал он.

Часто к врачам обращаются пациенты с симптомами депрессии и болезнью, похожей на биполярное расстройство. Специалисты используют определения *псевдоуниполярная депрессия* и *биполярное расстройство III типа* для описания глубокой депрессии с отдельными чертами биполярного расстройства, не укладывающимися в традиционные категории диагноза биполярного расстройства. Однако на сегодня ни один из этих терминов не получил места в таких диагностических системах, как DSM.

Таблица 2.6. Характеристики «мягкого» биполярного расстройства

Признаки	Биполярное расстройство в семейном анамнезе. История мании или гипомании после лечения антидепрессантами. История «смешанных» состояний. Депрессивный, «гипер-» или циклический темперамент. Рецидивы депрессии.
-----------------	--

Депрессия или биполярное расстройство?

В 1970-х годах в Национальном институте психического здоровья было обследовано 559 человек с диагнозом «депрессивное расстройство». Одной из целей работы было установить, как серьезные депрессии сказываются на дальнейшей жизни пациентов. С некоторыми участниками этой группы ученые работали на протяжении многих лет.

В 1995 году авторы опубликовали серию обзоров с результатами первых десяти лет наблюдений. В одной из статей отмечалось, что почти у 90 % из участников с «депрессией» в этот период развились эпизоды гипомании: тем самым, болезнь перешла в форму биполярного расстройства III типа¹⁰. Первый эпизод гипомании обычно отмечался в течение нескольких месяцев после начала депрессии, однако в некоторых случаях миновало девять лет до установления точного диагноза. Иногда эти люди с «депрессией» переживали эпизод мании, то есть у них развивалось биполярное расстройство I типа, но это отмечалось относительно редко (только в 3,9 % случаев).

Люди с депрессией, впоследствии испытывавшие период гипомании (биполярное расстройство II типа), в среднем были на пять лет моложе, когда у них манифестировала депрессия. Первый эпизод депрессии отличался относительной продол-

¹⁰ H. S. Akiskal, J. D. Maser, P. J. Zeller, J. Endicott, W. Coryell, M. Keller, M. Warshaw, P. Clayton, and F. Goodwin, "Switching from 'Unipolar' to Bipolar II: An 11-Year Prospective Study of Clinical and Temperamental Predictors in 559 Patients," *Archives of General Psychiatry* 52, no. 2 (1995): 114–23. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950140032004>.

жительностью – почти в три раза длиннее.

В 2011 году был опубликован новый обзор наблюдений за этой же группой пациентов. Прошел 31 год с того момента, как симптомы депрессии сделали их участниками исследования. За более продолжительный период времени лишь у одного из пяти пациентов с «депрессией» наблюдалось биполярное расстройство (19,6 %), из них у 12,1 % выявлено биполярное расстройство II типа, а у 7,5 % – I типа¹¹.

В этом обзоре также указано, что добровольцы, у которых отмечались даже единичные симптомы гипомании в начале исследования, подвергались большему риску развития биполярного расстройства.

Эти исследования показали, что люди с «депрессией», у которых впоследствии проявляется биполярное расстройство (I и II типа), как правило:

- впервые переживают глубокую депрессию в более юном возрасте;
- с большей вероятностью имеют биполярное расстройство в семейном анамнезе;
- с большей вероятностью будут иметь отдельные слабые симптомы гипомании.

По мере накопления опыта лечения биполярного рас-

¹¹ J. G. Fiedorowicz, J. Endicott, A. C. Leon, D. A. Solomon, M. B. Keller, and W. H. Coryell, "Subthreshold Hypomanic Symptoms in Progression from Unipolar Major Depression to Bipolar Disorder," *American Journal of Psychiatry* 168, no. 1 (2011): 40–48. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10030328>.

стройства и результатов научных исследований нарушений настроения, возникает уверенность в том, что многие люди, страдающие главным образом от депрессивных симптомов, могут получить пользу от медикаментов, применяемых для лечения биполярного расстройства. В течение почти полувека психиатры делили нарушения настроения на униполярную депрессию, болезнь, характеризующуюся исключительно симптомами депрессии, и биполярные расстройства, когда люди страдают от эпизодов депрессии, но наряду с этим также от состояний мании, гипомании или смешанных форм.

Судя по всему, «мягкие» биполярные расстройства способствовали смене такой классификации, ведь у многих пациентов доминируют депрессивные симптомы лишь со слабыми оттенками мании. Иногда единственной зацепкой становится биполярное расстройство в семейном анамнезе. Чаще случается так, что у них бывают краткие периоды приподнятого настроения, не воспринимаемые ими как нечто ненормальное, однако они, при ближайшем рассмотрении, несут в себе черты гипомании: пониженную потребность в сне, существенную энергичность, несвойственную обычно самоуверенность и утрату «тормозов». У больных могут наблюдаться периоды раздражительности и возбуждения, длящиеся всего несколько часов и, вероятно, являющиеся признаками легкого смешанного состояния.

Мне пришлось работать со многими пациентами, посто-

янно меняющими один антидепрессант на другой для лечения, как им было сказано, «униполярной депрессии», и практически не чувствующими улучшения. У большинства из них имеются нераспознанные ранее признаки биполярного расстройства. Когда эти больные получали лекарства, более специфичные для биполярного расстройства, симптомы депрессии у них часто (и значительно) облегчались.

Общий спектр нарушений настроения

Эмиль Крепелин, автор термина *маниакально-депрессивное расстройство*, возражал против того, чтобы устанавливать диагноз «маниакально-депрессивный» всем людям с нарушениями настроения. Аналогично и к тем, у кого отмечали симптомы депрессии. Эта идея исчерпала себя уже в первой половине XX века. Тогда появился термин *униполярная депрессия*, и психиатры стали классифицировать чисто депрессивные заболевания отдельно от биполярных расстройств.

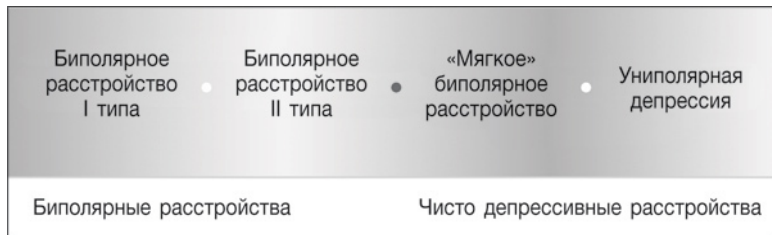


Рисунок 2.6. Полный «спектр» нарушений настроения, от

«чистой» униполярной депрессии до биполярного расстройства I типа. Источник: иллюстрации от Jenna Macfarlane

Многие современные специалисты по нарушениям настроения готовы оспорить правоту Крепелина. Они считают, что нарушения настроения варьируют в пределах одного спектра, с чисто депрессивными расстройствами на одном его конце и биполярными расстройствами I типа – на другом.

В обзоре, опубликованном в 2007 году, рассмотрено более 1100 статей с высказываниями как за, так и против этой идеи¹². Я твердо убежден в том, что большинство врачей, на практике занятых лечением пациентов с нарушениями настроения, рано или поздно вынуждены согласиться с доводами доктора Крепелина: им приходится постоянно сталкиваться с пациентами, не вписывающимися в строгие рамки определений из классификации в DSM.

Выводы

• *Биполярные расстройства классифицируются в соответствии с перепадами настроения, наблюдаемыми в течение болезни. Наиболее четкие критерии имеются для биполярных расстройств I и II типа, а также для циклотимического расстройства. Однако до сих пор ведутся споры о*

¹² F. Benazzi, “Is There a Continuity between Bipolar and Depressive Disorders?” *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, no. 2 (2007): 70–76. <https://doi.org/10.1159/000097965>.

критериях для разнообразных вариаций болезни под общим названием «мягкие» биполярные расстройства.

- На данный момент нет ни анализов крови, ни методов визуальных исследований мозга, позволяющих поставить однозначный диагноз «биполярное расстройство». Для диагностики психиатры собирают информацию у пациента, изучают его семейный анализ и закономерности проявления симптомов.

Часть II. Как лечат биполярное расстройство?

• Успех лечения биполярного расстройства обеспечивают три условия:

- *медикаментозная терапия*;
- *психотерапия и консультации*;
- *гигиена психики* (последовательность изменений образа жизни, которые способствуют лучшему контролю над симптомами).

Пока не существует способа полного излечения от биполярного расстройства, однако есть немало возможностей держать под контролем его симптомы у подавляющего большинства пациентов. В третьей, четвертой и пятой главах я буду последовательно знакомить вас с этими приемами и методами.

Подобно многим заболеваниям, расстройства настроения необходимо постоянно держать под контролем. В частности, мы не можем окончательно вылечить артериальную гипертензию или диабет, но есть практические методы решить эти проблемы и предотвратить связанные с ними осложнения – инфаркт, инсульт, потерю зрения и почечную недостаточность. Эти грозные состояния можно профилактировать при условии хорошего контроля основного заболевания. Причем

такой контроль может потребоваться на протяжении всей жизни. Биполярное расстройство ничем не отличается. Его «осложнения» могут быть катастрофичны: разрушенные отношения, финансовый крах и самое страшное – суицид. Точно так же, как мы умеем отлично управляться с повышенным давлением и диабетом, есть способы контролировать биполярное расстройство с целью профилактики его осложнений.

Я не могу не подчеркнуть, что каждый из этих трех компонентов имеет решающее значение для эффективного управления заболеванием. Лучший способ надежно держать биполярное расстройство под контролем – уделять равное внимание этим разным, но взаимодополняющим подходам. Опустите один из них, и вы неизбежно обречете себя на новый виток болезни. И снова здесь нет отличий от менеджмента, например, диабета. Конечно, нельзя обойтись без медикаментов, регулирующих уровень сахара в крови, но также жизненно важно уделять внимание и правильному питанию.

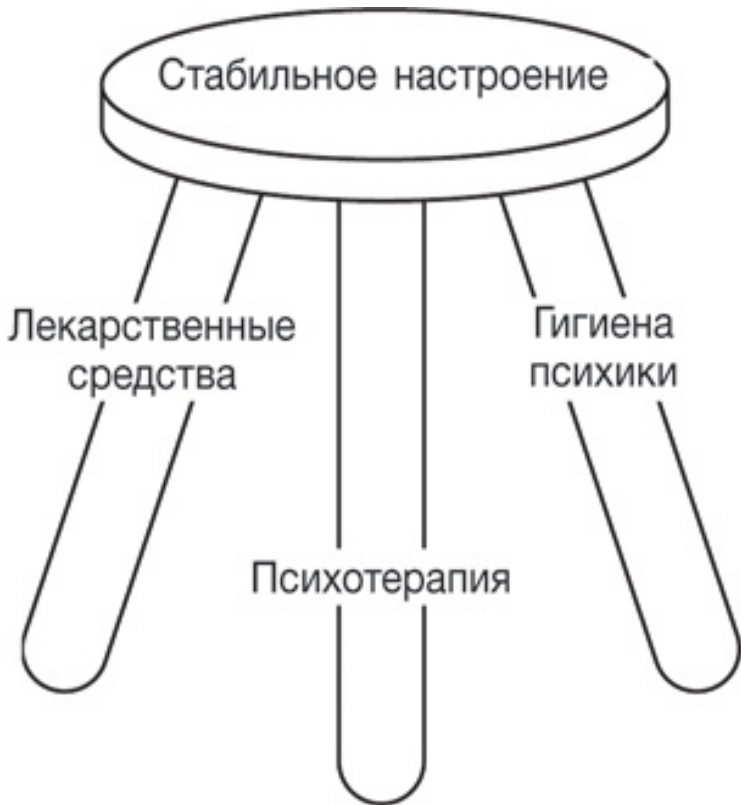


Рисунок II.1. Три компонента контроля биполярного расстройства

• Поскольку биполярное расстройство возникает из-за проблем в биологическом функционировании головного мозга, важным элементом лечения явля-

ются лекарственные средства и прочие медицинские подходы для нормализации биологических функций.

Пораженные нейроны (клетки – функциональные единицы головного мозга и нервной системы в целом) считаются источником биполярного расстройства. Чтобы лекарство было эффективным, оно должно либо защищать нейроны, либо повышать их число в тех зонах мозга, которые отвечают за регуляцию эмоций. В главах 3–6 мы подробно обсудим это лечение.

• Биполярное расстройство психологически угнетает не только самого пациента, но и его семью. Умение снимать стресс необходимо для того, чтобы не позволять симптомам вернуться.

Консультации и психотерапия вооружают человека с биполярным расстройством инструментами, с которыми он проложит верный курс по жизни, осложненной этим жестоким заболеванием. И индивидуальная, и коллективная терапия и группы поддержки показали себя эффективными способами избежать рецидивов и поддержать в хорошей форме людей с биполярным расстройством. Этому компоненту посвящена глава 7.

• Биполярное расстройство – заболевание, чувствительное к стрессу. Изменения образа жизни, избавляющие от физического и психологического стресса, –

совершенно необходимый аспект лечения.

Данная тема настолько важна, что на ее обсуждение отведена вся третья часть этой книги.

Глава 3. Лекарственные средства для стабилизации настроения

Лекарства, стабилизирующие настроение, – основа терапии биполярного расстройства. Эти препараты снимают симптомы депрессии и мании, предотвращают рецидивы эпизодов болезни. Их эффект называют профилактикой или поддерживающей терапией.

Решение о принятии препарата – серьезный шаг, поэтому, прежде чем начинать лекарственную терапию, проконсультируйтесь с врачом. – Прим. ред.

Препараты лития

Терапевтический эффект препаратов лития для биполярного расстройства был случайно открыт в конце 1940-х годов австралийским психиатром Джоном Фредериком Джо-зефом Кейдом. Кейд трудился в крупной муниципальной психиатрической больнице в Мельбурне и заинтересовался определением содержания азотистых оснований в моче больных биполярным расстройством. В своих опытах он пытался вводить эти соединения морским свинкам, чтобы изучить их воздействие на поведение животных, при этом используя препараты лития для разложения этих веществ. Вскоре Кейд обратил внимание на то, как литий успокаивает

животных, и предположил, что он может стать основой для нового седативного препарата. Доктор начал с введения минимальных доз солей лития пациентам с психиатрическими заболеваниями и получил значительный антимианиакальный эффект у людей с биполярным расстройством.

В десятилетие, последующее за открытием Кейда, датский психиатр Могенс Шоу начал применять литий для лечения людей с биполярным расстройством. Он обнаружил, что вдобавок к явному антимианиакальному и антидепрессивному эффектам литий снижает вероятность рецидивов болезни. Вскоре появились тысячи исследований, посвященных этой группе препаратов, сделавших их, пожалуй, самыми всесторонне исследованными медикаментами в психиатрии. К 1970-м годам содержащие соли лития препараты уже стали стандартом, по которому оценивали эффективность других средств для лечения биполярного расстройства, и они сохраняют эту позицию по сей день (рис. 3.1).

Я уже говорил во введении к части II, что многие препараты для лечения биполярного расстройства оказывают защитный эффект на нейроны. Таким образом, препараты солей лития, входящие в этой группу, имеют *нейропротекторный эффект*. Это воздействие настолько значительно, что визуальные методы исследования буквально показали, как увеличивается объем мозга в качестве ответа на их применение у людей с биполярным расстройством. Нет ничего удивительного и в том, что этот эффект развивается относительно

медленно. Литию требуются недели, чтобы начать помогать пациентам в глубокой депрессии или мании. По этой причине при тяжелой форме болезни назначают одновременно с литием другие препараты, по крайней мере на первых порах. Их я собираюсь обсудить в следующей главе.

Терапевтический профиль препаратов лития

В природе литий встречается в минеральных источниках, морской воде и некоторых рудах. В лекарственных препаратах обычно содержится карбонат лития. Когда ион карбоната реагирует с натрием, образуется карбонат натрия (также известный как пищевая сода).

Будучи элементом таблицы Менделеева, литий в нашем теле не подвергается ни изменениям в процессе метаболизма, ни химическим преобразованиям. Благодаря его сходству с натрием, организм поступает с литием так же, как поступает с натрием (солью). Литий быстро всасывается в кишечнике, попадает в кровоток, фильтруется почками и выводится из организма. После начала приема препарата для стабилизации уровня лития в организме требуется около пяти дней. Это значит, что при изменении дозы средства необходимо пять дней, чтобы новый уровень лития в крови стабилизировался.

Литий имеет низкий *терапевтический индекс*, то есть разница между терапевтической и токсичной дозами невелика. По счастью, ученые разработали дешевый и точный метод

измерения уровня минерала в крови, по результатам которого можно сделать своевременную коррекцию приема препарата.

Таблица 3.1. Терапевтический профиль лития

Класс препаратов	Нормотимическое средство
Торговые наименования	Eskalith, Eskalith-CR, Lithobid, Lithonate, Lithotabs
Период полувыведения (ч)	14–30

Участие в метаболизме	Нет
Путь выведения	Через почки
Примечания	Крайне важно контролировать концентрацию в крови

Контроль уровня лития в крови необходим не только из-за возможной токсичности вещества, но и потому, что по результатам клинических исследований в большинстве случаев следует поддерживать содержание лития в крови на стабильном уровне. Речь идет о «терапевтическом уровне», то есть о таком содержании лития в кровотоке, которое необходимо для лечения, а не о «нормальном уровне». Литий

входит в группу элементов, находящихся в организме в следовых количествах, и в норме содержится в неопределяемой концентрации. Хотя у экспертов нет единого мнения по оптимальной концентрации минерала для лечения биполярного расстройства, стандартом признано содержание 0,5–0,8 миллиэквивалента на литр (mEq/L). В некоторых случаях хороший контроль над симптомами достигается даже при более низких уровнях, например у пожилых людей. Таким образом, определение необходимой концентрации лития требует индивидуального подхода к каждому пациенту.

Доктор Шоу, в качестве признанного «отца» литиевой терапии, отмечал, что «даже такие незначительные изменения уровня лития, как 0,1–0,2 mEq/L в ту или иную сторону, могут значительно повысить качество жизни пациента во время поддерживающего лечения». Содержание лития (как практически любого лекарственного средства) должно быть измерено через 12 часов после приема последней дозы. Наиболее простой способ это осуществить – явиться в лабораторию и сдать кровь спустя 12 часов после приема препарата на ночь. Например, если лекарство принимали в 23:00, пациенту следует явиться на анализ к 11:00 следующего дня, взяв с собой обычную утреннюю дозу средства.

Для некоторых людей с биполярным расстройством препараты солей лития особенно эффективны. Они становятся жизненно необходимыми, воистину волшебной таблеткой. Причем у большинства из этих больных другие препараты

просто не обеспечивают такого надежного контроля симптомов.

Побочные эффекты препаратов лития

У многих лекарственных средств побочные эффекты *дозозависимы*, то есть чем выше доза, тем сильнее будет выражено неблагоприятное действие. Препараты с литием здесь не исключение. Вот почему врачи обязательно стараются назначать наименьшие дозы для поддерживающего лечения.

Симптомы литиевой интоксикации

Для лития разница между терапевтическим и токсичным уровнями в крови очень невелика по сравнению с большинством других препаратов. Поэтому лицам, получающим лечение, очень важно ознакомиться с симптомами слишком высокого уровня лития в крови, или *литиевой интоксикации*. Пожилые люди особенно уязвимы. Для простоты восприятия мы поделили симптомы литиевой интоксикации на две группы.

Острая интоксикация наблюдается в тех случаях, когда уровень лития поднимается *внезапно*. Это происходит, если пациент по ошибке принял лишнюю дозу, при тяжелом обезвоживании организма или после целенаправленной передозировки. Тогда симптомы в основном касаются пищеварительного тракта:

- диарея;

- тошнота и рвота;
- боли в желудке;
- головокружение;
- мышечная слабость.

Хроническая интоксикация наблюдается, когда уровень лития в крови постепенно поднимается до токсичного. Это происходит либо при изменении дозы, либо по мере развития почечной недостаточности. Симптомы сбоя пищеварительного тракта менее характерны, доминируют нарушения работы нервной системы:

- заторможенное мышление или смешанные мысли;
- сильный тремор (дрожание, обычно наиболее заметное в руках);
- невнятная речь;
- неуклюжая походка или проблемы с равновесием.

В обоих случаях высокий уровень лития в крови может закончиться возникновением комы или летальным исходом. Отравление литием – показание для вызова бригады скорой помощи и госпитализации в реанимационное отделение.

Для высоких уровней лития характерны эффекты, напоминающие избыточное потребление натрия (поваренной соли): сильная жажда, частое мочеиспускание и отечность. Эти побочные эффекты часто носят временный характер и исчезают по мере привыкания организма к лечению. Побочные эффекты лития представлены в табл. 3.2.

Литий действует раздражающе на желудочно-кишечный тракт и может вызвать тошноту или диарею. Прием лекарства на полный желудок обычно значительно облегчает эти симптомы. Легкое дрожание рук (тремор) может возникать при высоких дозах. Средства пролонгированного действия, которые снижают пиковый уровень лития в крови, возникающий после каждой дозы, могут ослабить этот симптом. Часто врачи назначают препараты для устранения тремора, так называемые *бета-блокаторы*, доказавшие свою эффективность. Одним из побочных эффектов является избыточная масса тела. К сожалению, противопоставить ему можно лишь весьма хлопотные подходы: диету и физическую активность.

От 5 до 35 % людей, принимающих препараты лития, отмечают подавление функции щитовидной железы (гипотиреоз). Это может вызвать учащение циклических перепадов настроения вдобавок к симптомам пониженного содержания тиреоидных гормонов в крови (вялость, сухая кожа, чувствительность к духоте и отечность век – вот перечень самых ранних проявлений). Если создается впечатление, что литий «больше не работает» у конкретного пациента (например, удовлетворительное состояние внезапно сменяется обострением болезни), следует заподозрить гипотиреоз. В случае подтверждения диагноза назначают заместительную гормональную терапию. В качестве мониторинга рекомендуют регулярные рутинные тесты на гормоны щитовидной железы.

Надежный «антисуицидный» эффект лития

Люди с биполярным расстройством находятся в зоне повышенного риска суицида: у них он в 20–30 раз выше, чем в среднем в популяции. В анамнезе у половины пациентов попытка добровольного ухода из жизни в раннем возрасте. По счастью, кроме способности предотвращать рецидивы болезни, препараты лития дают специфический «антисуицидный» эффект.

Многие исследования подтверждают, что минерал значительно снижает число попыток суицида и смертей вследствие суицида по сравнению с антидепрессантами или другими нормотимиками у пациентов с биполярным расстройством. Длительное лечение литием снижает частоту попыток суицида примерно на 9 %, а смертей в результате их реализации – на 20 %.

Опубликованный в 2016 году во французском психиатрическом журнале *'Encéphale* обзор содержит вывод, что «для профилактики суицида... совершенно необходимо» в течение длительного времени поддерживать содержание лития в крови на терапевтическом уровне¹³. Минерал регулирует обмен серотонина в головном мозгу, тем самым снижая импульсивность и агрессивность. Нестабильность именно этих

¹³ V. Benard, G. Vaiva, M. Masson, and P. A. Geoffroy, "Lithium and Suicide Prevention in Bipolar Disorder," *L'Encéphale* 42, no. 3 (2016): 234–41. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.006>.

факторов повышает риск суицида у людей с биполярным расстройством.

Литий способен спровоцировать обострение уже имевшихся проблем с кожей, но очень редко вызывает новые дерматологические болезни сам по себе. Однако пациентам с псориазом, акне и другими заболеваниями подобного рода может потребоваться визит к специалисту.

Еще один побочный эффект, наблюдающийся у значительной доли людей, принимающих литий, это заметное понижение ментальной активности и координации. Пациенты жалуются на ослабление памяти и когнитивных способностей и на необъяснимую «вялость» деятельности мозга. Эффект дозозависим, и это еще одна причина стремиться сократить прием препарата до минимального уровня, достаточного для адекватного контроля симптомов перепада настроения.

Таблица 3.2. Устранение побочных эффектов от препаратов, содержащих литий

Побочный эффект	Способ устранения
Тошнота, диарея	Принимать не на голодный желудок
	Сменить препарат
Избыточная масса тела	Диета, физическая активность
Отеки	Возможен прием диуретиков, но только по назначению врача
Тремор	Бета-блокаторы
Обострение имевшихся ранее проблем кожи	Дерматологические препараты
Гипотиреоз	Заместительная гормональная терапия

Вследствие длительного приема литий может повлиять на работу почек и вызвать повышенное мочевыделение. Эта проблема развивается медленно, ее легко отследить с помощью лабораторных исследований и ликвидировать, принимая амилорид. Это лекарственное вещество воздействует на процесс всасывания воды и других веществ в почках. Если застать проблему на ранних стадиях, процесс, как правило, бывает обратимым, и поэтому лечащему врачу важно объяснить пациенту необходимость обращать внимание на уча-

стившиеся позывы к мочеиспусканию по ночам.

На ранних этапах применения лития появлялись данные о том, что эти препараты разрушают мочевыделительную систему вплоть до необходимости диализа. В настоящее время ученые выяснили, что такое обострение случается крайне редко, и, как правило, у людей, уже находившихся в группе риска по заболеваниям почек по другим причинам. Чаще всего это относится к плохо контролируемым высокому кровяному давлению и диабету. По счастью, на развитие этих осложнений требуются десятилетия, а это значит, что врачи, осознавая все риски, обязательно будут отслеживать работу почек, назначая соответствующие анализы вместе с мониторингом лития в крови.

В редких случаях литий может вызвать наследственные пороки сердца, но здесь риск действительно минимальный. Тем не менее само по себе решение о приеме этой группы препаратов во время беременности очень трудное, требует обстоятельных консультаций и с психиатром, и с акушером. Кроме того, литий выделяется с грудным молоком, и поэтому пациентки, принимающие его, не должны кормить грудью младенца.

Выводы о литии

- *Литий остается золотым стандартом для лечения пациентов с биполярным расстройством I типа.*
- *Литий становится «волшебной таблеткой» для людей с*

биполярным расстройством I типа: он необходим и эффективен для поддержания пациентов в стабильной форме.

- *Анализы на содержание лития в крови нужно сдавать обязательно, но интерпретацию результатов лучше оставить специалистам. Оптимальный уровень минерала в крови строго индивидуален и зависит от таких факторов, как фаза заболевания, тяжесть симптомов и возраст.*

- *Женщинам детородного возраста, принимающим литий, обязательно следует обсудить с лечащим врачом свои планы беременности. Многие пациентки решают, что риск воздействия эпизода болезни на ребенка перевешивает относительно низкую вероятность врожденных дефектов.*

Ламотриджин («Ламиктал»)

Как это будет справедливо и для некоторых лекарств, описанных ниже в данной главе, изначально ламотриджин применялся для лечения эпилептических припадков. Он был известен как дополнительный препарат для пациентов с эпилепсией, уже принимавших другие противосудорожные средства. Исследователи обратили внимание на то, что эта когорта больных отмечала повышение настроения и ощущение благополучия, даже если препарат и не помогал снять приступы эпилепсии. Эти наблюдения дали повод начать исследования воздействия лекарства на людей с нарушением настроения, и очень скоро выяснилось, что ламотриджин яв-

ляется эффективным средством для многих больных из этой группы.

Подобно литию, ламотриджин, по-видимому, обладает нейтропротекторным эффектом, объясняющим его воздействие на биполярное расстройство.

Терапевтический профиль ламотриджина

В 2003 году были опубликованы данные двух больших исследований, посвященных сравнению эффективности ламотриджина с литием (и плацебо) для предотвращения эпизодов болезни у людей с биполярным расстройством. Каждое исследование продолжалось по 18 месяцев. В одной работе участники находились на стадии выхода из эпизода мании или смешанного состояния, во второй – выходили из депрессии. Когда оба исследования показали, что ламотриджин не хуже лития удерживает людей с биполярным расстройством в стадии ремиссии, этот препарат внезапно вышел на первое место. И быстро превратился в один из столпов лечения биполярного расстройства.

Обнадеживающий результат этих исследований заключался в несомненной эффективности ламотриджина в терапии депрессии и биполярного расстройства: превосходная новость. Это открытие оказалось тем более важным, что, как вы увидите позже, эпизод депрессии при биполярном расстройстве гораздо хуже поддается лечению, чем эпизоды мании или смешанного состояния. Вы уже знаете из гла-

вы 2, что у людей с биполярным расстройством II типа возникает больше проблем из-за депрессии, чем из-за мании, и что именно депрессии могут оказаться наиболее затяжными, разрушительными и не поддающимися лечению состояниями. Ламотриджин часто заполняет тот пробел в терапии, в котором так нуждаются эти пациенты, потому что литий не дает необходимого эффекта (табл. 3.3). И наоборот, ламотриджин менее результативен, чем литий, для лечения людей с биполярным расстройством I типа.

Для ламотриджина не требуются рутинные анализы крови благодаря его низкой токсичности и тому, что терапевтический эффект не зависит от содержания препарата в крови.

Побочные эффекты ламотриджина

В противоположность другим нормотимикам, ламотриджин дает минимальные побочные эффекты. В начале приема возможны тошнота или расстройство пищеварительного тракта, а также некоторые из тех неблагоприятных действий, которые свойственны большинству препаратов, воздействующих на головной мозг: сонливость, головокружение и головные боли. В ряде случаев прием высоких доз сопровождается усугублением тех же проблем, что возникают при терапии литием. По своему опыту могу сказать, что снижение дозы, как правило, решает эти проблемы.

Редкое, но серьезное осложнение, которое может вызвать ламотриджин, – опасная аллергическая реакция под назва-

нием *токсический эпидермальный некролиз*, или синдром Лайелла. Это наиболее тяжелая форма кожной аллергической реакции в группе *полиморфных эритем*. Сообщения об этом эффекте появились вскоре после того, как ламотриджин стали использовать для лечения эпилепсии в начале 1990-х годов. Исследования показали, что наиболее высокому риску такой реакции подвержены дети и лица, начавшие прием препарата с высоких доз. В настоящее время применение ламотриджина начинают с низких доз (примерно с одной десятой от максимальной терапевтической дозы) и постепенно повышают их на протяжении недель. Таким образом, врачи элиминируют вероятность тяжелой кожной реакции на ламотриджин, хотя для достижения обычной терапевтической дозы (200–400 мг/сут) уходит около пяти недель.

Таблица 3.3. Терапевтический профиль ламотриджина

Класс препаратов	Нормотимическое средство
Торговые наименования	«Ламиктал»
Период полувыведения (ч)	5–24
Участие в метаболизме	Взаимодействует с карбамазепином, вальпроатом

Пусть выведения	Через печень
Примечания	Низкая вероятность побочных эффектов, за исключением редких случаев тяжелой кожной реакции

Учитывая то, что *слабая* кожная реакция может развиваться не только на фоне применения лекарственных препаратов, но и на многие другие агенты, важно напомнить пациенту перед началом терапии ламотриджином о необходимости отслеживать реакцию на другие вещества. Если высыпания появляются в ответ на прием ламотриджина, возникает терапевтическая дилемма: является ли этот случай полиморфной эритемой или слабой кожной реакцией? Здесь есть опасность без причины оставить пациента без терапии, отменив потенциально эффективный препарат. Именно поэтому лица, начинающие лечение ламотриджином, должны придерживаться протокола, разработанного в Стэнфордском университете (табл. 3.4) с целью профилактики сыпи иной этиологии. У меня была пациентка, которой предыдущий специалист отменил прием ламотриджина из-за высыпаний, впоследствии определенных, как реакция на сумах. Она без проблем смогла возобновить прием препарата и довести его до терапевтической дозы. А я обязательно предупреждаю своих пациентов, назначая им ламотриджин: «Никакой работы

в саду, пеших прогулок или новых ресторанов, шампуней и стиральных порошков. Не оставайтесь на солнце и заботьтесь о коже!»

В некоторых случаях пациентам с биполярным расстройством прекрасно помогает ламотриджин, однако у них наблюдаются слабые формы полиморфной эритемы. Как показывает немалое число исследований и мой клинический опыт, иногда, если начать с малых доз и повышать их медленнее, чем обычно, люди могут достичь терапевтической дозы и поддерживать ее без опасности осложнений. Хотя, безусловно, прежде чем принять такой план лечения, врач должен подробно обсудить с пациентом вероятность риска, а впоследствии наблюдать за ним с особым вниманием.

Таблица 3.4. Стэнфордский протокол для начала приема ламотриджина

Не начинать прием ламотриджина раньше, чем через две недели после исчезновения любых высыпаний на коже, вирусной инфекции или вакцинации.

Находясь на улице, избегать прямых солнечных лучей и контактов с ядовитыми растениями.

В первые три месяца приема, по возможности, избегать воздействия новых:

- лекарств;
- продуктов;
- гигиенических и косметических средств;
- стиральных порошков и ополаскивателей.

Дополнением к протоколу начального приема в низких дозах является условие, что в случае перерыва в приеме ламотриджина на какой-то срок пациенту нельзя возобновлять лечение в тех же дозах. Эксперты советуют тем, кто прервал лечение на неделю и больше, снова начинать с низких доз.

Выводы о ламотриджине

- *Ламотриджин проявил себя особенно эффективным средством в случаях биполярного расстройства II типа.*
- *У препарата превосходный профиль побочных эффектов.*
- *Риск острой кожной реакции существует, но он относительно низок, здесь особенно полезно соблюдение Стэнфордского протокола.*

- *Даже в случаях появления кожной реакции есть возможность «второй попытки» применения терапии.*
- *При перерыве в приеме ламотриджина на неделю или больше возобновлять лечение следует с низких доз.*

Карбамазепин («Тегретол», Equetro, Epitol)

После того, как в 1960-х годах карбамазепин был одобрен для контроля эпилептических припадков, стало появляться все больше исследований, отмечавших, что люди с эпилепсией, принимавшие карбамазепин и жаловавшиеся также на проблемы с перепадами настроения, не только стали хорошо контролировать припадки, но равным образом улучшили свое психическое состояние. Оставалось сделать лишь небольшой шаг и испытать действие карбамазепина на людях, страдающих нарушениями настроения, но без эпилепсии.

Терапевтический профиль карбамазепина

Хотя препарат уже не один десяток лет применяется для лечения биполярных расстройств, его эффективности было посвящено не так много исследований, как у других лекарственных средств. Однако и этот пробел постепенно заполняется, и к тому же ведутся исследования в новой области препаратов пролонгированного действия.

Карбамазепин все реже используется для лечения биполярного расстройства по трем причинам. Во-первых, в проведенных исследованиях он не проявил особых преимуществ перед прочими нормотимиками. Во-вторых, для него очень трудно точно подобрать эффективную дозу. И в-третьих, препарат несет риск тяжелых побочных эффектов, хотя и относительно низкий.

Было проведено хорошо организованное двойное слепое рандомизированное исследование, показавшее, что люди, принимавшие карбамазепин, на самом деле чувствовали себя *хуже*, чем те, кому давали препараты солей лития. Тем не менее у каждого практикующего психиатра (включая и меня) наверняка встречался такой пациент, как «миссис Б.», чью историю болезни опубликовали в статье от Национального института психического здоровья (NIMH) в 1983 году.

Миссис Б., женщина, 53 года, с историей не поддающейся лечению маниакально-депрессивной болезни ускоренной цикличности, требовавшей постоянной госпитализации с 1956 года вплоть до поступления в NIMH в 1978 году. Она не отвечала на антипсихотические препараты, антидепрессанты и соли лития... После назначения карбамазепина состояние настолько улучшилось, что ее выписали... Во время последующей госпитализации ее тяжелая мания снова не отвечала на лечение антипсихотиками, и улучшения не наблюдалось, пока вновь не назначали карбамазепин.

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.