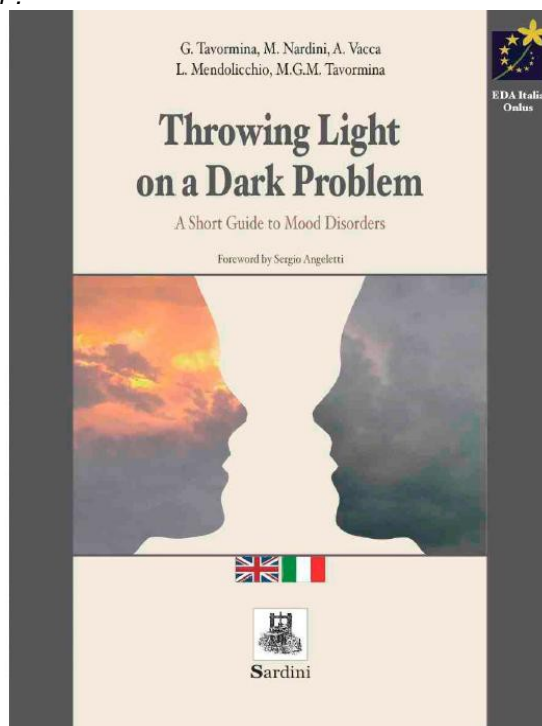


# Проливая свет на мрачную проблему

Русский перевод Дарья Смирнова

Russian version translated by Daria Smirnova

Original cover :



**Авторы:**

**Джузеппе Тавормина** - Giuseppe Tavormina (Centro Studi Psichiatrici – Provaglio d’Iseo, BS),

**Марчелло Нардини** - Marcello Nardini (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

**Антонелла Вакка** - Antonella Vacca (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

**Леонардо Мендоличчио** - Leonardo Mendolicchio (Università degli Studi di Foggia),

**Маурилло Джузеппе Мария Тавормина** - Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (UOSM 57 di Torre del Greco, NA, ASL Napoli 3 Sud)

Все права защищены и принадлежат “Итальянской Ассоциации Депрессии” (“EDA Italia ONLUS”)



**EDA Italia - ONLUS**  
*Associazione Italiana sulla Depressione*

**Headquarters: piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d’Iseo (BS) - Italy**

tel. / fax: +39 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org

web: [www.edaitalia.org](http://www.edaitalia.org)

P.IVA: 02897990988

## *Содержание*

Предисловие от Серхио Анджелетти

Введение от Винченцо Костиглиола

- 1) Что такое расстройства настроения?
- 2) Что такое биполярное аффективное расстройство?
- 3) Как проявляется биполярное аффективное расстройство?
- 4) Каковы симптомы биполярного аффективного расстройства?
- 5) Каковы основные признаки биполярного аффективного расстройства?
- 6) Какие трудности возникают при распознавании биполярного аффективного расстройства?
- 7) Могут ли дети и подростки страдать биполярным аффективным расстройством?
- 8) Каковы причины биполярного аффективного расстройства?
- 9) Излечимо ли биполярное аффективное расстройство?
- 10) Какие лекарства назначаются для лечения?
- 11) Какие нелекарственные терапевтические вмешательства эффективны при лечении биполярного аффективного расстройства?
- 12) Что такое группы самопомощи?
- 13) К кому обратиться за помощью при биполярном аффективном расстройстве?

Список литературы



EDA Italia ONLUS

## Предисловие

В этой небольшой книге через утонченную и изысканную игру слов возникают перед нами разные психологические концепции, фотографические образы и биохимические теории, которые описывают депрессию как мрачную проблему.

Данная брошюра создавалась для пациентов и тех людей, которым приходится осуществлять уход за больными и разделять с ними их изнурительное страдание. Книга подготовлена опытными международными экспертами, которые дали своему труду название «Проливая свет на мрачную проблему».

«Если я знаю тебя, тогда я знаю, как тебя встречать» и, надеюсь, тогда понимаю, как справиться с тобой. Здесь идет речь о том, как шаг за шагом и день за днем проживается состояние депрессии, когда ее симптомы то увеличиваются, то уменьшаются.

Это по-настоящему авторитетное издание освещает самые современные научные знания о депрессии и доносит их в доступной форме до внимания тех, кто страдает депрессией и боится столкнуться с ней.

Как всем нам известно, депрессия становится все более распространенным заболеванием. В связи с этим, важное и полезное содержание данной брошюры должно стать как можно более доступным своей целевой аудитории: и, фактически, данное издание является той самой доступной версией, предназначенной для международного читателя.

*Серхио Анджелетти - Sergio Angeletti*

## Введение

Мы всегда поражаемся, когда слышим новости о случаях, неожиданно произошедших с молодыми мамами их детьми, эпизодах самоубийств и убийств, часто не поддающихся никакому логическому объяснению, о пожилых людях, взрослых и подростках, которые без колебаний совершали какие-то экстремальные поступки. Может быть, вопрос в том, что мы не смогли своевременно заметить, что они страдали, и не распознали их просьбы о помощи, не поняв, что в тот момент они уже попали в водоворот депрессии.

Так что же такое депрессия, эта злокачественная, изнуряющая сила, которая проникает внутрь нас без очевидных внешних проявлений и причин.

Мы зачастую стигматизировали как слабых тех, кто страдал от депрессии, и это совсем несложно сделать в мире, который живет и процветает в атмосфере соревнований.

Всемирная Организация Здравоохранения утверждает, что депрессия займет третье место среди ряда наиболее важных причин формирования инвалидности, и что заболеваемость депрессией будет быстро расти, особенно среди женщин в возрасте от 15 до 44 лет.

Десять лет тому назад мы задали себе вопрос о том, что мы можем сделать, чтобы конкретно помочь людям, переживающим депрессивные состояния. Лекарство помогает, но одного лекарства недостаточно. Необходимо переломить вязкий круг страха, смущения, стыда и социальной отгороженности, неумолимо поглощающий депрессивного человека, который чувствует себя неспособным дать ответ современной конкурентной культуре, который чувствует, что он больше не может иметь нормальные сексуальные отношения, не может иметь конструктивные отношения со своими детьми, и не в состоянии справиться с повседневным стрессом на рабочем месте.

Нам показалось просто необходимым именно научить тому, что такое депрессия, описать этот вид патологии, болезни, которую в обществе до сих пор рассматривают как выражение слабости.

Нам необходимо было донести информацию о том, что депрессия является такой же болезнью, как и другие заболевания, и что ее можно лечить.

В связи с этим, мы даже предложили ввести в календарь событий День депрессии: день, посвященный информированию работников здравоохранения и широкой общественности о данной патологии, которая все чаще встречается в нашем обществе.

Вместе с коллегами из 10 европейских стран мы выбрали для этого дня дату Первого октября каждого года.

Если у вас сломана нога, Вам легко получить статус больного. С не видимой со стороны депрессивной патологией намного сложнее получить такой же статус!

Если депрессия не распознается, ее невозможно вылечить!

Послеродовая депрессия является ярким примером. Конечно, гормональные факторы принимают участие в развитии данного состояния, но также верно, что симптомы тревоги и стресса, которые испытывают матери, часто недооцениваются, потому что они считаются нормальными - связанными с уходом за новорожденным.

Что мы можем сделать?

На следует распознавать причины депрессии и учитывать факторы, которые ее усугубляют.

Мы должны настаивать на надлежащем образовании медицинских работников.

Мы должны разрабатывать образовательные программы и больше информировать общество о данной болезни.

Этот небольшой объем информации который мы подготовили, представляет собой наш непосредственный вклад в решение таких задач, как расширение области знаний и информирование о данной болезни, знакомство аудитории читателей с терминологией и описанием проявлений депрессий и причин их возникновения, кроме того, это помощь медицинским работникам, которые могут использовать данные материалы в терапии своих пациентов, и, в целом, проведение того самого важного света через темный извилистый туннель расстройств настроения.

Нам стоит понимать их лучше, чтобы суметь победить их.

*Винченцо Костильола - Vincenzo Costigliola*

*Президент Европейской Ассоциации Депрессии - President of EDA*



## **1) Что такое расстройства настроения?**

Расстройства настроения - это изменения аффективного фона и поведения, которые представляют собой преувеличенную реакцию в ответ на повседневные эмоции.

В настоящее время самые уважаемые международные эксперты придерживаются такой точки зрения на проблему расстройств настроения, что «если настроение - нехорошее, оно по факту является нестабильным».

Приблизительно один человек из пяти страдает от нестабильного настроения.

Нестабильное настроение может проявляться эпизодами депрессивного настроения, чередоваться с периодами раздражительности и беспокойства или сменяться эпизодами мании или эйфории, а также перемежаться с другими симптомами. В связи с этим международные эксперты стали употреблять такие термины, как «биполярное расстройство настроения» и «биполярный спектр».

Чтобы лучше понять, что такое нестабильность и изменчивость настроения, давайте представим, что настроение состоит из трех основных компонентов: настроение, фон, содержание идей, мышления, и двигательные функции. Если мы понимаем, что все эти три компонента снижены, то есть мы обнаруживаем депрессивное настроение, замедление мышления, недостаток энергии или желания двигаться, то перед нами - депрессивное состояние. Если, напротив, мы обнаруживаем, что все три компонента усилены, то есть мы видим эйфорическое настроение, обилие быстро меняющихся идей и повышенную двигательную активность, в таком случае мы соотнесим данные расстройства настроения с маниакальным состоянием.

## **2) Что такое биполярное аффективное расстройство?**

Биполярное аффективное расстройство характеризуется чередованием депрессивного состояния и маниакального (или гипоманиакального). Когда человек не полностью переключается с одного состояния на другое (другими словами, когда он не полностью в депрессии и не в развернутом маниакальном состоянии), тогда он находится в так называемом смешанном состоянии.

Во многих случаях симптомы пациента бывает нелегко распознать, и пациент может испытывать недомогание в течение многих лет, прежде чем он получит правильный диагноз и адекватное лечение.

Типичным возрастом начала заболевания является возраст от двадцати до тридцати лет, но, на самом деле, заболевание может начаться в любом возрасте. Различий в показателях заболеваемости между мужчинами и женщинами нет, однако, женщины, как правило, чаще переживают депрессивные состояния и реже - маниакальные.

Первый эпизод может быть как маниакальным, так и депрессивным. Если первый эпизод был маниакальным, то пациент, как правило, страдает от маниакальных эпизодов чаще, чем переживает депрессивные состояния. Однако, не следует путать нормальные колебания настроения - те «подъемы и спады», с которыми все мы сталкиваемся в нашей повседневной жизни, - с тем тяжелым опытом, который переживают лица, страдающие биполярным расстройством. Биполярное расстройство может серьезно нарушить межличностные

отношения, привести к потере работы, а, в крайних случаях, - даже к попыткам самоубийства.

В отличие от обычных «подъемов и спадов», которые мы все испытываем в нашей жизни, симптомы биполярного расстройства характеризуются выраженной интенсивностью, продолжительностью и стойкостью, и часто представляют собой очень тяжелые состояния.

«Маниакально-депрессивная болезнь искажает Ваше душевное состояние и Ваши идеи, заставляет Вас совершать ужасные поступки, разрушает основы Вашего рационального мышления и часто подрывает волю к жизни.

Это болезнь с биологическими причинами, но она проявляется на психологическом уровне. Это уникальное заболевание, по сравнению с другими расстройствами, учитывая те преимущества и удовольствия, которые оно может позволить испытывать, но в результате оно приносит огромные страдания и даже приводит к самоубийству. Мне повезло, что я не умер от этой болезни, повезло получить лучшее из доступных видов лечения и сохранить моих друзей, коллег и семью».

(Кей Рэдфилд Джемисон, Беспокойный разум, ТЕА, 1995, стр. 20).

### 3) Как проявляется биполярное аффективное расстройство?

У биполярного расстройства есть много проявлений, потому что симптомы могут различаться как в рамках всего спектра изменений настроения [от маниакального до депрессивного], так и по качеству и количеству симптомов, а также - по их интенсивности. В связи с этим клиническим разнообразием, эксперты сформулировали концепцию биполярного спектра, подразумевающую наличие большого количества симптомов и проявлений расстройства, из ряда которых картина типичного биполярного расстройства является лишь верхушкой айсберга. Наиболее часто встречаются следующие проявления расстройства;

- Биполярное аффективное расстройство I типа: в прошлом его называли маниакально-депрессивным психозом. В основном, встречается у мужчин и характеризуется наличием в картине расстройства маниакальных и депрессивных эпизодов равной степени выраженности.
- Биполярное аффективное расстройство II типа: это наиболее распространенная форма заболевания. В основном, встречается у женщин и характеризуется депрессивными эпизодами, которые протекают более тяжело, чем маниакальные эпизоды.
- Циклотимия: данные пациенты страдают от постоянного изменения настроения по интенсивности и продолжительности, которые являются более выраженными, чем ожидаемые физиологические.
- Смешанные состояния (смешанные депрессивные состояния или дисфория): одновременно присутствуют раздражительность, чувство напряжения, грусть и эмоциональная лабильность, а также часто проявляются соматические симптомы (головные боли-мигрени, колит, мышечное напряжение).
- Депрессивные эпизоды (большие или рецидивирующие): длительные и стойкие (или рецидивирующие, часто сезонные) депрессивные эпизоды, которые могут быть тяжелыми по степени выраженности.

#### 4) Каковы симптомы биполярного заболевания?

Биполярное расстройство вызывает резкие изменения настроения от эйфорических состояний с раздражительностью или без - до абсолютной грусти с чувством полной безнадежности. Эти изменения в настроении сопровождаются интенсивными колебаниями чувства энергии и изменениями в поведении.

Эйфорические эпизоды называются маниакальными эпизодами, эпизоды с грустью - депрессивными эпизодами. Периоды с одновременным присутствием эйфории / раздражительности и напряжения / печали называются смешанными состояниями.

Между эпизодами мании и депрессии настроение может вернуться к норме, и эти периоды называются периодами эутимии (эутимические фазы).

##### *Депрессивная фаза.*

В депрессивной фазе настроение характеризуется ощущением печали, несчастья, меланхолии, безнадежности и беспомощности. Пациент чувствует меньше энергии, сил и легко устает. У пациента снижена мотивация, он не проявляет инициативы и часто бросает делать что-то, потому что он / она чувствует, что он / она не сможет достичь

успеха или чувствует, что не сможет быть счастлив в результате совершаемых им действий и поступков. Пациент испытывает затруднения при формулировании своих мыслей, строительстве планов, и у него / нее складывается впечатление, что он / она не способен/на и потеряла способность или дух совершать действия.

Наиболее распространенными симптомами депрессивного эпизода являются:

- Грусть, пессимизм и отчаяние;
- Сниженная самооценка: чувство неудачи и утраты способностей;
- Одиночество и скука: потеря интереса ко всему и чувство, что он / она больше ничего не чувствует к людям, которых любит;
- Плохая мотивация, отсутствие желания встать и пойти;
- Отсутствие или снижение сексуального влечения;
- Нарушения сна (бессонница) и плохой аппетит (ест слишком мало или слишком много);
- В самых тяжелых случаях возникают мысли о самоубийстве и желание умереть.

##### *Маниакальная фаза.*

Маниакальную фазу по ее проявлениям следует рассматривать как противоположную депрессивной фазе: во время депрессивной фазы пациент чувствует себя несчастным, лишенным чувства собственного достоинства и энергии, в то время как в период маниакальной фазы больной ощущает себя и свое состояние с точностью до наоборот. Он / она чувствует себя особенно счастливым, уникальным, избранным, гениальным и способным на все без ограничений. Пациент обычно сильно возбужден, ощущает чрезмерный прилив энергии и сил, его мышление ускорено, оригинально и богато идеями. Поведение пациента обычно окрашено позитивным тоном, зачастую имеет доминирующий, эксгибиционистский или провокационный характер. Он воспринимает окружающую среду как содружественную сферу, цели как достижимые, успех как само собой разумеющееся, а препятствия как незначительные, при этом людей, которые с ним не согласны, он подвергает критике или даже нападкам. В некоторых случаях состояние пациента может достигать уровня психоза, с



симптомами грандиозности, мистификации или бредовыми идеями преследования.

*Наиболее распространенными симптомами маниакальной фазы являются:*

- ощущение чрезмерного оптимизма, гениальности, всемогущества и способности достичь чего угодно;
- ускоренное мышление и быстрая речь: человек в маниакальной фазе говорит очень быстро и зачастую его трудно понять;
- манера высказываться таким образом, что слушателю трудно понять пациента (пациент перескакивает с одного аргумента на другой без какой-либо четкой логической связи или перехода, а иногда рифмование является единственным связующим звеном в ходе изложения различных по содержанию мыслей - полет или скачка идей);
- небольшая продолжительность ночного сна, отсутствие усталости, создается впечатление, что пациент обладает неиссякаемым запасом энергии;
- восприятие гипертрофировано, усилено: звуки кажутся громче, а цвета - ярче;
- планирование целого ряда грандиозных проектов, которые, однако, кажутся не очень реалистичными, тогда как сам человек чувствует, что у него есть особые таланты и что ему суждено обязательно добиться успеха, так что он начинает много проектов и при этом не завершает ни один из них;
- безрассудное поведение, при котором пациент ведет себя так, будто для него не существует никаких запретов и говорит то, что думает без учета последствий, а также чрезвычайно сексуально расторможен (это приводит к необдуманным поступкам и неловким ситуациям), тогда как ранее пациент был рассудительным и осторожным;
- бесполезные покупки и чрезмерные траты, в связи с чем пациенты могут накапливать большие долги и неуместно вкладывать денежные средства;
- в наиболее тяжелых случаях пациент может быть чрезвычайно агрессивным: человек в маниакальной фазе может быть сутяжным, причинять беспокойство другим людям и выражать физическую агрессию;
- в наиболее тяжелых случаях у пациентов может развиваться бред величия, они могут быть убеждены, что обладают особой силой, экстраординарными способностями, любимы какой-то знаменитостью и т. д.

## **5) Каковы основные признаки и симптомы, которые нельзя игнорировать, чтобы преуспеть в ранней диагностике этих болезней?**

Своевременная и корректная диагностика биполярного аффективного расстройства является одной из ключевых важных задач системы общественного здравоохранения. Данный диагноз часто не учитывается, не выявляется, не лечится или лечится некорректно, что, в свою очередь, вызывает серьезные последствия; ухудшение межличностных отношений, потеря работы, семейные кризисы, токсикомания, импульсивность, самоповреждения или нанесение вреда другим (семейные трагедии, самоубийства, изнасилования и т. д.).

В связи с этим, ранняя диагностика исключительно значима для дальнейшего эффективного лечения. Диагностически важной информацией является наличие какой-либо из форм расстройства хотя бы у одного члена семьи.

Чтобы установить *диагноз мании или гипомании*, необходимо выявить четко очерченный период ненормального и стойко повышенного настроения с проявлениями экспансивности

или раздражительности. Расстройства настроения должны быть достаточно тяжелыми, ставить под угрозу деятельность в рамках учебного процесса, работы или способности функционировать в системе общественных отношений.

Для диагностики *депрессии* необходимо выявить такой период, продолжительностью не менее двух недель, при котором имела место быть потеря интереса или удовольствия в отношении всех или большинства видов деятельности.

Депрессия должна быть достаточно серьезной, вызывать изменение аппетита, массы тела, нарушения сна, трудности с концентрацией внимания, а также чувство вины, собственной неполноценности или ощущение отчаяния; также могут быть выявлены мысли о смерти или самоубийстве.

Важно исключить возможность того, что данные симптомы вызваны употреблением наркотиков или какой-либо соматической патологией. Врач должен провести полное медицинское обследование и соответствующие диагностические тесты, иногда может понадобиться также и неврологическое обследование.

В некоторых случаях человек может переживать только эпизоды эйфории / гипомании / мании или только периоды депрессии, чередующиеся с периодами стабильного настроения. Если в клинической картине болезни присутствуют только эпизоды депрессии, болезнь обычно называют **Большим депрессивным расстройством**, (и используют термин периодической/рекуррентной болезни, если данное состояние возникает периодически или циклически).

## б) Какие трудности возникают при распознавании и лечении данной болезни?

Основные затруднения при распознавании и лечении данного заболевания обычно возникают в период маниакальной фазы. Как правило человек, находящийся в маниакальной фазе, отказывается от лечения. Он не признает, что он болен, и на самом деле, даже утверждает, что никогда не чувствовал себя лучше в своей жизни. Страдающий биполярным расстройством часто испытывает чувство освобождения во время маниакального состояния. Во время депрессивной фазы люди чувствуют себя подавленными, считают себя неудачниками, а свое будущее - бесперспективным, и впоследствии, когда пациенты переживают маниакальные состояния, эти неприятные чувства внезапно исчезают. Во время маниакального эпизода люди чувствуют себя уверенными в себе, свободными делать все, что хотят, без каких-либо на то запретов и ограничений. Пациентам кажется, что все легко достижимо, и даже самые необычные проекты кажутся реализуемыми.

*Во время маниакальной фазы* способность реалистично рассуждать и критически относиться к ситуации снижена, и все попытки подавить свои побуждения исчезают, а вместе с ними исчезают также все сомнения и тревоги. Однако, как только это психологическое состояние выдыха заканчивается, человек, страдающий биполярным аффективным расстройством, вынужден противостоять последствиям всех тех своих безрассудных действий и неловких поступков, которые совершил (например, получение кредитов на несколько миллионов евро, увольнение с работы в момент гнева, промискуитет без каких-либо мер предосторожности и т. д.).

Зачастую *депрессивные фазы* следуют сразу за маниакальными фазами, и ситуация является полностью противоположной. Настроение сниженное, подавленное, с утратой интересов и способности получать удовольствие. Значимость жизни утрачивается, а жизнь кажется глубоко несчастной. Продолжительность сна и аппетит могут увеличиваться или уменьшаться. Пациент легко устает, ощущает нехватку энергии и ему очень трудно концентрироваться. Депрессивные фазы могут быть настолько тяжелыми по степени

выраженности, что могут привести к самоповреждениям или самоубийству.

*Злоупотребление наркотиками и алкоголем часто ассоциировано с заболеванием биполярным расстройством и может значительно усугубить его тяжесть и течение.*

Диагноз биполярного расстройства не может быть поставлен на основании анализов крови или рентгенологического исследования головного мозга. Диагноз основывается на выявлении симптомов и на рассмотрении в длиннике истории болезни, а также истории семьи, если она есть имеется в наличии. В связи с этим крайне важно сообщить специалисту о всех симптомах, мыслях, поведении пациента, а также эпизодах, происходивших в жизни других членов семьи. Именно по этой причине пациенту рекомендуется приходить на консультацию в сопровождении члена семьи или друга, который может рассказать врачу об отношениях пациента и его поведении в течение последних нескольких месяцев.

**Таким образом, необходимо учитывать следующие моменты:**

- семейная история биполярного расстройства или самоубийств;
- предыдущие эпизоды длительной гипомании / эйфории / раздражительности;
- первое появление симптомов расстройства (или их повторение) в определенные сезоны (зимой или на протяжении лета);
- предыдущие эпизоды циклотимии (изменения настроения в постоянном или непрерывном формате);
- наличие симптомов тревоги, включая панику или обсессивные симптомы;
- наличие частых головных болей (мигреней), мышечного напряжения, желудочно-кишечных расстройствах, изменения аппетита;
- история злоупотребления психоактивными веществами (будь то периодическое или постоянное злоупотребление).

Иногда во время тяжелых эпизодов мании или депрессии могут присутствовать **психотические симптомы**. Наиболее распространенными являются:

- сенсорные галлюцинации (пациенты слышат голоса, видят вещи, которые не существуют, необычные запахи, которые другие люди не ощущают...),
- бредовые идеи (ложные суждения, не поддающиеся критике и коррекции со стороны, которые не могут быть объяснены логикой или культуральными ценностями).

Люди с биполярным расстройством, которые переживают психотические симптомы, могут получить неверный диагноз шизофрении.

## **7) Могут ли дети и подростки страдать биполярным расстройством?**

Биполярное расстройство может иметь раннее начало и может проявляться у детей и подростков. Важно проводить различия между нормальными кризисами развития в детско-подростковом возрасте и наличием расстройства настроения. Это сделать намного проще, если известно, что один из родителей ребенка также страдает биполярным расстройством.

В отличие от проявлений расстройства у взрослых, в детском и раннем подростковом возрасте болезнь может обнаруживать себя в форме быстрых, неожиданных и беспричинных перемен настроения, которые могут наблюдаться иногда даже несколько раз в день. Дети с биполярным расстройством часто очень раздражительны и агрессивны и могут

демонстрировать разрушительные тенденции в поведении, а иногда переживать эпизоды обостренного чувства счастья и радости, которые часто являются необоснованными.

На последнем этапе в подростковом возрасте заболевание имеет те же характеристики и проявления, что и во взрослом возрасте. Некоторые дети и подростки склонны оказываться в рискованных ситуациях и постоянно делать вызов в сторону авторитетных взрослых (родители, учителя и т.д.).

*Данное заболевание у детей и подростков часто сопровождается употреблением запрещенных наркотиков и алкоголя с целью справиться со своими душевными переживаниями, которые молодые люди не способны понять и которые им трудно обсуждать со взрослыми.*

*Суицидальные мысли* также распространены у пациентов детско-подросткового возраста и не должны игнорироваться. В этом случае молодому человеку срочно нужна помощь детского или взрослого психиатра.

Идея о том, что «тот, кто говорит о самоубийстве, обычно не свершает его», и что целью пациента является простое привлечение внимания, на наш взгляд, представляет собой серьезную фундаментальную ошибку. Думая и относясь таким образом, человек недооценивает важное послание, которое человек передает, и недооценивает рискованность его мыслей. Если такого молодого человека оставить одного, он становится раздражительным и разочарованным, так как он чувствует, что его неправильно поняли. Вместо этого очень важно предложить ему внимание, утешить и попытаться приободрить его. Человек, который нашел в себе смелость выразить чувства и мысли в отношении самоубийства в присутствии другого человека, уже вышел за пределы своих собственных возможностей справиться с проблемой: это означает, что ему нужна наша помощь и поддержка.

## 8) Каковы причины биполярного аффективного расстройства?

Точные причины биполярного аффективного расстройства до сих пор не известны. Большинство исследований данного заболевания показывают, что оно вызвано биохимическим дисбалансом в определенных отделах мозга, что, в свою очередь, определяет изменения в системах связей между нейронами.

Нейроны используют нейротрансмиттерные химические вещества для связи между собой.

Например, такие как моноаминовые нейротрансмиттеры (серотонин, норадреналин и дофамин), возбуждающие аминокислотные нейротрансмиттеры глутамат или ингибирующий аминокислотный нейротрансмиттер гамма-аминомасляная кислота (ГАМК).

Лекарства, которые используются для лечения биполярного аффективного расстройства, или стабилизаторы настроения, оказывают влияние на эти системы нейронных связей.

Другие исследования показывают, что биполярное аффективное расстройство является следствием **неисправности во внутриклеточных системах-мессенджерах** (двигательные системы в клетках) в определенных конкретных отделах мозга.

Возможно, что развитие биполярного расстройства происходит в результате нарушений процессов «сенсibilизации» или «возбуждения».

Эта теория предполагает, что первые эпизоды болезни вызваны стрессовыми событиями (тяжелая утрата, потеря работы, хронические заболевания и т.д.), но каждый эпизод вызывает изменения в мозге, которые повышают вероятность возникновения каждого следующего эпизода болезни, до тех пор, пока, в конце концов, эпизоды не начинают развиваться уже

спонтанно.

Этот процесс был впервые описан при объяснении механизмов развития эпилепсии, и это объясняет, почему некоторые противосудорожные препараты также эффективны при лечении биполярного расстройства.

Травмирующие жизненные события, такие как тяжелые утраты, хронические заболевания, злоупотребление наркотиками или серьезные финансовые проблемы могут вызывать эпизоды этой болезни у предрасположенных к ней лиц.

Генетическая предрасположенность к биполярному расстройству установлена: заболевание действительно прослеживается между семейными поколениями. У более двух третей людей, страдающих данной патологией, имеется, по крайней мере, один родственник первой линии родства, который страдает периодическими сменами настроения или большой депрессией.

## 9) Излечимо ли биполярное аффективное расстройство?

Биполярное аффективное расстройство является хроническим заболеванием, однако, большинство людей, которые страдают от этого заболевания, могут достичь состояния стабилизации настроения при адекватном лечении.

**Долгосрочное профилактическое лечение почти всегда является необходимым.**

Основной подход в терапии этого заболевания заключается в том, что недостаточно лечить только маниакальный или депрессивный эпизод, но, наиболее важно проводить правильное лечение самой болезни.

Терапевтическая стратегия, которая объединяет лекарственные и психотерапевтические вмешательства, считается оптимальной для лечения этой болезни с целью улучшить ее прогноз.

Существуют ситуации, когда могут быть серьезные изменения в настроении, несмотря на адекватные меры лечения. В этих ситуациях при первых признаках расстройства настроения важно своевременно обратиться к психиатру, который сможет предотвратить полное развитие нового эпизода и откорректировать дозы постоянно принимаемого лекарства. Есть и другие факторы, которые могут оказывать влияние и провоцировать обострения, - такие, как стрессовые события в жизни, разочарования, чрезмерное употребление кофе, алкоголя, запрещенных наркотиков или других стимуляторов, серьезные нарушения сна, плохое качество жизни, некоторые лекарства, сопутствующие заболевания, травмы и тяжелая утрата.

**Психотерапевтические интервенции** направлены на то, чтобы помочь пациенту лучше узнать его собственный способ функционирования и принять его, чтобы отличать себя и свою личность от болезненных проявлений, чтобы улучшить способности справляться со стрессом, и, таким косвенным образом уменьшить факторы, которые способны спровоцировать новый рецидив.

«Неописуемо, психотерапия возвращает человека к здоровью. Она позволяет разобраться в этой путанице, останавливает те чувства и мысли, которые меня пугают, восстанавливает контроль и надежду, и дает возможность учиться всему этому... Никакая таблетка не может помочь мне осознать проблему и справиться с ней, когда я не хочу принимать таблетки; таким же образом, ни одна психотерапия не может предотвратить мою манию или мою депрессию сама по себе. Мне нужно и то, и другое».

(Кей Редфилд Джэмисон, Беспокойный разум, ТЕА, 1995).

## 10) Какие лекарства показаны для лечения?

Препараты, используемые для лечения биполярного расстройства, обычно назначают психиатры.

Используются следующие группы лекарственных препаратов:

- **Стабилизаторы настроения** (это препараты первого выбора, и они необходимы для того, чтобы контролировать нарушения и изменения настроения в любом направлении: к этой группе препаратов относят литий и противоэпилептические препараты);
- **Атипичные антипсихотики** (данные препараты используются, потому что они обладают терапевтическим эффектом / свойством выравнять настроение);
- **Антидепрессанты**: данные препараты применяются только во время депрессивной фазы заболевания и обязательно в сочетании со стабилизаторами настроения для того, чтобы снизить потенциальный риск пациента переключиться и войти в состояние противоположного полюса (мания) расстройства настроения и для коррекции (или профилактики обострений болезни) характера течения болезни с целью увеличить продолжительность периодов здорового состояния с отсутствием симптомов и, как следствие, увеличить их число в ряду «циклов болезни».

## 11) Какие психосоциальные и психотерапевтические вмешательства доступны для лечения болезни?

Данные терапевтические мероприятия обычно проводятся психологами и другими профессиональными работниками, которые прошли специальное обучение техникам работы с расстройствами настроения, но они всегда должны быть согласованы с психиатром, который является лечащим врачом данного пациента.

Наиболее часто используемые методики, используемые при лечении биполярного расстройства:

- Когнитивно-поведенческая терапия,
- Психобразование,
- Когнитивно-конструктивная психотерапия,
- Семейная терапия,
- Психосоциальная реабилитация.

**Когнитивно-поведенческая терапия** является одним из наиболее эффективных психотерапевтических методов лечения данного заболевания. Ее эффект основан на том, что помогает пациенту лучше понять и справиться с симптомами болезни и помочь врачу точнее изучить особенности развития симптомов у данного пациента, чтобы подобрать наиболее эффективное лечение.

Данный подход также включает технологии **психобразования** как пациента, так и его семьи, что позволяет им лучше понять различные фазы и особенности течения болезни. Часто семья недооценивает определенные симптомы, такие как бессонница, эйфория и раздражительность, понимая их с точки зрения особенностей характера, или аспектов, связанных с волевыми качествами человека, влиянием плохой компании или образа жизни.

**Психосоциальная реабилитация** является одним из ключевых элементов в терапии

пациента, который на определенном этапе освободился от симптомов болезни, и хорошо понимает свое физиологическое состояние, заново занимает свое место в обществе, не только потому что он чувствует себя лучше и может вернуться к работе, а также потому, что он осознает и ощущает себя способным справиться сам со своими трудностями с разрушительными элементами болезни, и жить дальше так, чтобы справиться со своей болезнью. Среди эффективных методов психосоциальной реабилитации расстройств настроения можно выделить вокальную терапию, или терапию пением, танцевательную терапию, арт-терапию и спортивные занятия (в частности, бег, плавание и командные игры). Эффект групповой работы снижает личное напряжение, помогает поставить новые задачи и поощряет сотрудничество и взаимодействие в процессе достижения общей цели.

## 12) Что такое группы самопомощи?

Группы самопомощи или группы взаимопомощи для пациентов и их семей представляют собой небольшие группы, состоящие из лиц, которые страдают похожими проблемами, и которые регулярно собираются вместе, чтобы поделиться своими переживаниями и опытом, и предложить друг другу понимание и поддержку.

Те, кто посещают группы, могут найти в них информацию, поддержку, чувство солидарности и даже дружбу. Группы самопомощи были одобрены ВОЗ.

*Работа групп самопомощи базируется на новой концепции, которая мотивирует и поощряет пациентов и их семьи понять и взять на себя ответственность за болезнь, и является неотъемлемой частью новой культуры и нового подхода к решению проблем, связанных с психическим здоровьем.*

## 13) Куда следует обращаться за помощью для лечения депрессии и биполярного аффективного расстройства?

*Каждый человек, страдающий биполярным аффективным расстройством, должен находиться под регулярным наблюдением врача-психиатра, который имеет специальную подготовку по диагностике и лечению данной болезни.*

Правильное ведение аффективных расстройств имеет основополагающее значение для повышения качества жизни пациента и его семьи. Для этого нужно правильно понимать, учитывать понятия и применять определенные подходы:

- психиатр должен являться основным лечащим врачом;
- хороший терапевтический союз с пациентом необходим для того, чтобы пациент корректно следовал плану лечения;
- депрессия - это болезнь, которая связана со значительными биологическими изменениями: так как она не является проявлением слабости или лени, следовательно, она не может быть преодолена с помощью одних лишь волевых усилий (*Я должен сделать сам!*).

Когда появляются первые признаки болезни, необходимо обязательно проконсультироваться с врачом либо в Центре психического здоровья, либо в частной клинике для того, чтобы применить соответствующие профилактические меры, получить лечение и обеспечить реабилитацию с целью преодоления (лечения) имеющегося расстройства настроения.

Лечение расстройства настроения означает хорошее качество жизни.

Не стоит страдать одному. Необходимо информировать врача или близких!

Не позволяйте чувству стыда и предрассудкам помешать Вам получить необходимую помощь.

Не верьте, что ничего невозможно с этим сделать.

Помните, что вместе мы можем победить!

**Не оставайся один на один со своей печалью!**







- 14 - Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls Nature, 447(7145), 661-678.
- 15 - Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16 - Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - La relazione psicoterapeutica integrata. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - Nuovo Dizionario di Psicologia. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20 - Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21 - National Institute of Mental Health. Depression. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22 - Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23 - Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. New Research In Mental Health, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24 - Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25 - Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26 - Tavormina G. [2010] - "The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders". *Psychiatria Danubina*, 22, suppl 1: 15-17.
- 27 - Tavormina G [2011] - "Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?". *Psychiatria Danubina*, 23, suppl 1: 13-14.
- 28 - Tavormina G - An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. *Psychiatria Danubina*, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29 - Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. *Psychiatria Danubina* 2010; 22:139-142.