

УДК 159.99

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

Гайдук А. О.

Магистрант направления подготовки 37.04.01 Психология,

ЧОУ ВО ЮУ (ИУБиП), e-mail: [annagaudyk@mail.ru](mailto:annagaudyk@mail.ru)

Научный руководитель: Бюндюгова Т.В., к.псих.н., доцент

**Аннотация:** В статье рассматриваются основные причины и механизмы развития биполярного расстройства, подробно описываются характеристики наиболее уязвимых к формированию аддикции слоев населения, а также клиническо-психопатологические симптомы, позволяющие верифицировать наличие данного расстройства у человека.

**Ключевые слова:** психические расстройства, биполярное аффективное расстройство, маниакально-депрессивный психоз, гипомания, депрессия, суицид, психообразование.

## CLINICAL PSYCHOLOGY OF BIPOLAR DISORDER

Gayduk A. O.

**Abstract:** The article discusses the main causes and mechanisms of the development of bipolar disorder, describes in detail the characteristics of the most vulnerable to the formation of addiction layers of the population, as well as the clinical and psychopathological symptoms that make it possible to verify the presence of this disorder in humans.

**Keywords:** Mental disorders, bipolar affective disorder, manic-depressive psychosis, hypomania, depression, suicide, psychoeducation.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – это такое психическое расстройство, при котором маниакальные и депрессивные состояния могут чередоваться. В период мании человек может быть с невероятно хорошим настроением, он энергичен, весел, но может быть легко раздражителен. В депрессивной фазе – взгляд на жизнь человека становится очень негативным, могут появляться мысли о ненависти к самому себе и суициде. [3]

На моменте изучения биполярного расстройства были подробно описаны состояния гипомании и смешанных чувств, после начался поиск и изучение эффективных препаратов для лечения расстройства.

В 1980 году ранее введенный термин «маниакально-депрессивный психоз» был сменен на термин «биполярное аффективное расстройство». Затем ученые заметили, что БАР было не совсем однородным, и в 1994 году БАР I и БАР II появились в американской классификации.

БАР I типа имеет как развитые депрессивные состояния, так и развитые маниакальные состояния. Фазы депрессии преобладают в БАР II типа, а периоды восстановления короткая гипомания (легкая мания), которая не воспринимается пациентами и окружающей средой как болезненная. Курс БАР II типа похож на течение рецидивирующей или монополярной депрессии, но очень важно разделять эти расстройства, т.к. они требуют отличного друг от друга лечения. Пациенты с рецидивирующей депрессией положительно реагируют на терапевтическое вмешательство антидепрессантами и могут использовать их несколько лет. При БАР антидепрессанты не всегда эффективны, в некоторых случаях могут даже вызывать фазовую инверсию с гипоманией, которая усугубляет заболевание. Фазы БАР меняются все чаще и сложнее, могут возникать смешанные состояния, именно поэтому очень важно диагностировать БАР II типа для более эффективной терапии. БАР II типа очень трудно пропустить: мания активно проявляется, в результате пациенты чаще всего оказываются в больнице или в полиции, депрессия ярко выражена, что ее просто нельзя игнорировать. [1]

В настоящее время БАР диагностируется только клинически и всегда психиатром. Психические расстройства БАР имеют критерии, которые изложены в классификациях. Не каждое снижение настроения соответствует критериям депрессии, и никакое улучшение настроения не может соответствовать критериям мании или гипомании. Фазы настроения обязательно должны соблюдаться. Это состояние должно длиться не менее двух недель, для мании – не менее недели, а для гипомании – четыре дня. Также в критериях диагностики указан определенный набор симптомов.

Диагностика усложняется, если у пациента появляются смешанные состояния, т.е. симптомы депрессии и мании появляются одновременно. Такие пациенты гораздо больше подвержены риску самоубийства. Терапия смешанных состояний более сложная, поэтому классические препараты могут работать не так быстро и эффективно.

Исследователи еще в 19 веке обнаружили, что БАР нельзя считать шизофренией, но могут быть психотические симптомы. Очень важно обращать внимание на наличие расстройств в настроении, особенно циклических, при наличии любых психотических симптомов, т.к. тактика лечения, его прогноз и качество жизни напрямую зависят от верной и своевременной дифференциальной диагностики.

Психообразование и психотерапия в первую очередь направлены на то, чтобы пациент научился выявлять ранние признаки обострения. В таких случаях возможно скорректировать лекарственную терапию с течением времени, чтобы пациент оставался в перерыве и не переходил в одну из фаз. Он также обеспечивает обучение нормальному сну и бодрствованию, работе и отдыху, в выявлении и предотвращении триггеров, запускающих фазы. [4]

Сегодня продолжается активное изучение различных аспектов биологически активных добавок. Многочисленные исследования проводятся в области нейробиологии: ученые ищут объективные биологические маркеры, которые могли бы помочь клинической диагностике определить риск заболевания, прежде чем оно проявится. Генетические исследования могут определить группу риска людей, у которых может быть это заболевание, для более тщательного лечения. Также продолжаются исследования нейрохимических и метаболических процессов в головном мозге, в том числе с использованием высокотехнологичного оборудования (функциональная МРТ, ПЭТ), роли воспалительных факторов и даже влияния кишечной микрофлоры на течение заболевания. Исследования наркотиков продолжаются, потому что даже при достаточно широком арсенале лекарств далеко не всем пациентам удается достичь полной ремиссии. Поиск и адаптация наиболее эффективных методов психотерапии и реабилитации осуществляется с учетом специфических потребностей пациентов с этим заболеванием. [2]

Библиографический список

1. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение /под ред. С.Н. Мосолова. — М.: Медпресс-информ, 2008.
2. Психиатрия. Национальное руководство. — М.: Гэотар-медиа, 2008.
3. Козидубова В.М., Долуда С.М., Гончаров В.Е., Баричева Э.Н. Гурницкий А.В., Вакуленко А.В. Формирование преверженности к психофармакотерапии у пациентов с параноидной шизофренией с помощью психокоррекции // Психиатрия, психотерапия и клиническая медицина. — 2019. — Т.10, №4. — С. 629-637. — URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41514378>.
4. Соколова И. М., Никитина О. П., Колчигина А. В. Психологические особенности структуры личности психолога в инклюзивном образования // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2019. — Т.10, №4. — С. 749-757.— URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41514391>.