



Ночь была на исходе, но Саша чувствовал, что в нем еще море энергии. Учебный день, две рабочие встречи, поход в кино, клуб... Да ладно, все только начинается! «Поехали ко мне на дачу смотреть на звезды! — предложил он друзьям. — Я знаю, у кого можно прямо сейчас достать телескоп».

Те, кто знал парня с раннего детства, теперь недоуменно переглядывались у него за спиной — Саша был тихим и застенчивым мальчиком, скорее даже меланхоличным. Не любил шумные компании, часто грустил, был не очень уверен в себе. Но на первом курсе его как будто подменили. Он вдруг стал очень деятельным и общительным, завел кучу новых друзей и начал организовывать разные студенческие сообщества. С утра бежал в «качалку», учился только на «отлично», а потом до глубокой ночи проводил время на разных встречах и вечеринках. Периодически подрабатывал переводчиком и помогал выпускать университетский журнал. Родители нарадоваться не могли, говорили, что даже им частичка этой энергии передается. Противоположному полу такой Саша тоже стал нравиться

больше. «Мы познакомились на вечеринке, где на его харизму невозможно было не обратить внимание. Когда он открывал рот, легко забывалось, что вокруг существуют другие люди, — вспоминает Лена, Сашина девушка. — Он был очень красноречив и с увлечением рассказывал о разных странных вещах, подбивал людей на смешные проделки, совершал красивые необычные поступки. Один раз попросил меня спустить связанные простыни из окна общежития и по ним забрался ко мне. Было ощущение, что он никогда не устает и ничего не боится».

Саша чувствовал себя все более уверенным в своих силах – и это неудивительно: он мог всю ночь провести на вечеринке, а наутро сдать экзамен, поразив преподавателей своим красноречием. Для однокурсников он являлся кумиром, да и сам постепенно начал верить в свои чуть ли не сверхъестественные способности. Но с какого-то момента парень словно перестал контролировать свою жизнь. Он все меньше спал, все чаще раздражался и жаловался на медлительность окружающих. А некоторые его идеи, раньше забавно экстравагантные, теперь отдавали безумием. «Мой мозг словно начал задыхаться. Мне хотелось двигаться все быстрее и быстрее, еще больше думать, больше успевать, я верил, что способен на все, но окружающий мир был настолько неповоротлив, что у меня не получалось реализоваться на 100%. И тогда я начал терять контроль над собой».

Однажды Саша понял, что ему следует сделать. Тайком от близких он взял большой кредит, чтобы, дескать, «заниматься благотворительностью» — а по существу просто раздавать деньги бедным. И отдал все без остатка. Этот кредит он и его семья выплачивают до сих пор. А через пару недель после этого поступка от Сашиной эйфории не осталось ни следа, и он провалился в глубокую депрессию.

Энергии нашего героя завидовали многие, но, когда обнаружилось, что у нее есть и темная сторона, молодого человека отвели к психиатру, который и поставил ему

диагноз «биполярное аффективное расстройство (БАР)». Раньше это заболевание имело более страшное название — «маниакально-депрессивный психоз», но впоследствии его заменили на политкорректный термин.

По рейтингам Всемирной организации здравоохранения, биполярное расстройство входит в топ-10 заболеваний 129, ведущих к инвалидности. По разным оценкам, от него страдает от 1 до 7% населения Земли¹³⁰. БАР, как и большое депрессивное расстройство, входит в группу так называемых «расстройств настроения». Главный диагностический признак этих заболеваний – нарушение эмоционального состояния человека, причем как в «минус», так и в «плюс». Расстройство называется биполярным, потому что характеризуется сменой противоположных фаз – это словно качели, которые раскачивают человека: от лучезарной радости к бесконечной тоске, от избытка энергии к полному истощению, от самоуверенности к тревоге и самоуничижению. Ритм этого аттракциона зависит от физиологических процессов в мозге, и управлять им нельзя – можно только лечить или попробовать подстроиться. Некоторые люди с мягкой версией биполярного расстройства неплохо чувствуют и проявляют себя при свободном графике, не требующем равномерного распределения сил, – на фрилансе или в проектной деятельности. Другие, с более серьезными формами заболевания, испытывают множество проблем на работе и в личной жизни.

Немного истории

Если бы Саша жил в античной Греции, древние врачи обнаружили бы у него сначала «манию», а потом «меланхолию», хотя в те времена эти термины еще были далеки от современного понимания биполярного расстройства и включали в себя куда более широкий круг заболеваний (в том числе и разнообразные психозы). Так или иначе

еще Гиппократ и его коллеги интересовались этими состояниями — и уже тогда понимали, что те как-то связаны с нарушениями функций мозга. Как мы уже говорили в главе про депрессию, меланхолия также ассоциировалась с переизбытком одной из четырех базовых жидкостей организма («гуморов») — черной желчи. Манию же списывали на избыток желтой желчи. Считалось, что, поскольку люди с маниями чаще страдали от болезни летом, а с меланхолией — осенью или зимой, баланс гуморов зависел в том числе от сезона и времени суток. Гуморальная теория, продержавшись аж до эпохи Ренессанса, впоследствии не нашла научного подтверждения, но связь биполярного расстройства с сезонными и суточными биоритмами, косвенно ею предполагаемая, была локазана в ХХ в.

Долгое время мания и меланхолия считались двумя разными расстройствами — пока античный медик и философ Аретей Каппадокийский, живший во II в. н. э., не предположил, что в некоторых случаях они могут быть проявлениями одного и того же заболевания. «У некоторых пациентов после периодов меланхолии начинаются приступы мании, — заметил он. — Они появляются на публике коронованными, как после победы на играх, иногда смеются и танцуют день и ночь»¹³¹.

Но представление о расстройстве долгие столетия было, мягко говоря, весьма расплывчатым. Как и в случае с «чистой депрессией», в Средневековье маниакально-депрессивные состояния интерпретировали как одержимость бесами и лечили колдовскими зельями, кровопусканием, а порой и пытками. Впрочем, наивный взгляд на психические расстройства не помешал врачам уже тогда использовать для лечения БАР то, что сейчас назвали бы первой электросудорожной терапией, — к голове больного прикладывали электрического угря.

Наконец, в 1854 г. невролог и психиатр Жюль Байяжер описал для Французской императорской академии медицины циклическое психическое заболевание, вызывающее

периодические колебания между манией и депрессией, которое он назвал folie à double forme (безумие двойной формы). Двумя неделями позже Жан-Пьер Фальре презентовал академии описание похожего расстройства, folie circulaire (циркулирующее безумие). Фальре также заметил, что заболевание распространяется в семьях, что стало основанием для генетической гипотезы происхождения БАР, которая считается верной и сегодня.

С ростом популярности психоанализа акцент сместился с поиска биологических причин психических расстройств на исследование внутреннего мира человека. Фрейд считал, что маниакально-депрессивный психоз возникает из-за неразрешенного внутреннего конфликта, и пытался лечить больных психоанализом – но результаты оказались не очень успешными. Историю биполярного расстройства изменил немецкий психиатр Эмиль Крепелин. Он не соглашался с Фрейдом, утверждавшим, что общество и подавленные желания играют большую роль в психических заболеваниях, и верил в их биологические причины. Крепелин был первым человеком, начавшим серьезно изучать эти заболевания, и его классификация психических расстройств остается основой, на которой многие профессионалы строят свою работу сегодня.

«Но у всех же бывают перепады настроения...»

Именно такое сомнение, как правило, в первую очередь обуревает тех, кто пытается понять биполярное расстройство. Наверное, каждый из нас хоть раз в жизни испытывал беспричинную радость или тоску, энергетический подъем или спад — так чем же эти ощущения отличаются от маниакальных и депрессивных циклов?

Во-первых, дело в продолжительности. Обычная тоска или внутренний подъем проходит в течение нескольких

часов, максимум пары дней. Длительность фаз биполярного расстройства обычно колеблется от двух недель до полутора—двух лет (в среднем три—семь месяцев), при этом маниакальные или гипоманиакальные фазы в среднем бывают в полтора—два раза¹³² короче депрессивных.

Во-вторых, биполярные «настроения» гораздо более интенсивны, и их намного сложнее контролировать. Радость подъема сложно унять грустной новостью, а в фазе спада не поможет ни шоколадка, ни отдых, ни подбадривания со стороны близких. Эти состояния могут вообще быть не связаны с объективными жизненными обстоятельствами.

Представьте, что вас то внезапно охватывает мощный душевный подъем, который вряд ли получится направить в продуктивное русло (ужасно захочется пообщаться с соседями по столу на вступительных экзаменах или встать на стул и всем рассказать о поэзии Маяковского на рабочем совещании, посвященном ошибкам последнего проекта), то вы внезапно просыпаетесь разбитым, слабым, усталым и потерявшим смысл жизни — даже если неделю назад вам выдали премию, сейчас у вас отпуск на морском курорте, а симпатичная соседка по отелю согласилась на свидание.

В промежутках между фазами больной биполярным расстройством может чувствовать себя вполне нормально и не понимать, как с ним могли происходить подобные странности, — а если «светлый» период затягивается (порой спонтанная ремиссия может длиться с десяток лет), пациент забывает, что в его жизни вообще случилась такая болезнь, и строит планы на будущее, рассчитывая, что подобное больше не повторится. Но количество фази их порядок непредсказуемы.

Ослепительный подъем...

«Мир был полон удовольствий и обещаний. Я чувствовала себя отлично. Не просто отлично, а по-настоящему великолепно. Я чувствовала, что могу все, что ни одно задание не вызовет у меня трудностей. Мой мозг казался ясным, восхитительно сфокусированным»¹³³, — рассказывает о своем студенческом опыте гипомании американская писательница Кэй Редфилд Джеймисон в мемуарах «Беспокойный ум: Биография настроений и безумия» (An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness), одной из самых выдающихся книг о биполярном расстройстве. В период, описанный в приведенном отрывке, юная Кэй только начинает наслаждаться эмоциональным подъемом, не зная, что впоследствии ей придется пережить чувство мучительной беспомощности перед лицом болезни, депрессию, долгую работу с психиатрами и борьбу за собственную жизнь. Впоследствии Джеймисон сама станет психиатром и посвятит себя изучению этого расстройства.

Гипомания (легкая степень мании) — самая приятная фаза маниакально-депрессивного цикла. Ее сложно диагностировать как психическое отклонение, потому что сам пациент воспринимает свое состояние как вполне невинный приток энергии. Он чувствует мощный эмоциональный подъем, проявляет живой интерес к различным темам (может увлечься самыми разными предметами — от лютневой музыки XVI в. до робототехники или нейробиологии — и будет часами очень эмоционально, складно и интересно рассказывать о своих хобби). А главное, он очень мотивирован и готов к действию. Зачем ждать чего-то от жизни и откладывать на потом, если можно взять быка за рога прямо сейчас? Особенно если все так легко дается: ум остер как бритва, все схватываешь на лету, энергия бьет ключом...

«Меня интересовало буквально все, — вспоминает Саша. — На факультете иностранных языков мне каждое дело давалось легко; я учил четыре языка одновременно,

увлекался английской романтической поэзией и всем декламировал Блейка и Китса, писал в университетскую газету, где всем очень нравилось, как я придумываю темы и заголовки. Мне не нужно было специально настраиваться и даже особо стараться, чтобы вникнуть во что-то, все шло как по маслу».

В такой период больной способен интенсивно работать, не ощущая усталости. Он меньше спит и чувствует себя более активным физически, у него отменный аппетит к сексу и развлечениям. Он легок на подъем, быстро заводит новые знакомства и непринужденно общается в любой компании. Наверное, таким «сверхспособностям» можно только позавидовать?

Но по мере того, как гипомания приближается к мании, начинают проявляться побочные эффекты. Чем сильнее подъем, тем сложнее сконцентрироваться на одной теме: мысли начинают слишком быстро скакать в голове, перебивая одна другую. У безудержного оптимизма и самоуверенности тоже есть оборотная сторона: человек постепенно теряет способность здраво оценивать ситуацию. Он не заботится о своей безопасности, легко принимается за самые разнообразные дела и бросает их на полпути, бездумно раздает обещания. Его чувство ответственности слабеет, ему сложнее задумываться о последствиях своих действий для окружающих. Часто в этом состоянии людей начинает тянуть к беспорядочным связям и неразумному обращению с деньгами.

«Мне казалось, вся проблема в том, что друзья и близкие перестали меня понимать, — вспоминает Саша. — Что они все время тормозят и просто не способны дойти до того, до чего дошел я. Мне постоянно приходилось разъяснять им самые очевидные вещи, и я терял терпение. Сейчас я понимаю, что это были не гениальные теории, а сбивчивые мысли человека, постепенно теряющего связь с реальностью».

Кроме того, поскольку гипомания сопряжена с повышенным расходом энергии и при всей своей лучезарности

истощает психические силы больного, некоторые врачи считают, что эпизоды «подъема» способствуют развитию последующих эпизодов депрессии.

Но на этом этапе гипоманьяка сложнее всего отправить лечиться— ему вряд ли придет в голову, что с ним что-то не так. А если даже и придет, маловероятно, что он захочет отказаться от столь приятных ощущений.

В любом случае мужчина или женщина с гипоманией еще достаточно контролирует ситуацию и не причиняет особых неудобств окружающим. Но в фазе мании проблемы резко усугубляются: у больного начинают скакать мысли, речь становится сбивчивой, он продолжает истощать запасы собственной энергии. В таком состоянии человек уже не способен принимать адекватные решения, у него могут проявиться бредовые идеи о своем величии или безумные прожекты (вспомним Сашину историю с кредитом), которые он рвется немедленно выполнять. А в крайних случаях возможны даже психоз и галлюцинации.

Форма, которую принимает фаза подъема – гипомании или полноценной мании, влияет на диагноз. Если у пациента в анамнезе есть маниакальные или смешанные (когда имеются все симптомы депрессии и один из симптомов гипомании/мании, и наоборот) эпизоды, ему ставят «биполярное расстройство I», а если в подъеме он не уходил дальше гипомании – то «биполярное расстройство II». Второй вариант обычно считается более «мягким» (исходя из той логики, что больной переживает менее резкие контрасты и не страдает от изнурительных периодов мании), но без должного лечения при нездоровом образе жизни и частых стрессах может перерасти в первый. Кроме того, несмотря на то что эпизоды мании обычно более заметны окружающим и сильнее мешают нормальному функционированию в социуме, глубокие депрессии могут стать не меньшей проблемой.

...Изнурительный спад

После авантюры с кредитом Сашины качели «качнулись» в другую сторону – к депрессии. «Через неделю я проснулся с ощущением, что мир потускнел. От моей невероятной энергии не осталось и следа — я с трудом заставил себя собраться и пойти в универ. В голове больше не роились мысли – в ней было тихо и пусто. Я уже привык "отжигать", но тут почувствовал себя ни на что не способным и испугался, что теперь так будет всегда». В начале депрессивной фазы ослабляется общий психический тонус, уменьшается работоспособность, нарушается сон и появляется тревога. Постепенно больной впадает в апатию, теряет мотивацию и интерес ко всему, что было для него важно, ему становится трудно сконцентрироваться на простейших делах, в голову приходят мрачные и безрадостные мысли (подробнее об этом состоянии – в главе 2).

Обычно между фазами существует «нормальный» промежуток, но у Саши спад начался сразу после фазы подъема. Это особенно болезненный опыт: еще недавно человек верил, что его силы безграничны, а несколько дней спустя он едва может встать с кровати. «Очень часто после маленького подъема пациенты "скатываются с горки", и депрессия субъективно кажется им еще более тяжелой, — отмечает психиатр Михаил Гапонов. — Одно дело, когда ты попадаешь в состояние условно "минус 10" с нуля и другое — когда с "плюс десяти": контраст слишком разителен».

...Или все сразу

Иногда встречаются и смешанные состояния. Как правило, от депрессии «заимствуются» тоска, отчаяние и потеря смысла жизни, а от мании — скорость мысли и речи, гиперактивность и целеустремленность. В таком состоянии

человек теряет способность адекватно оценивать действительность (жизнь теряет краски, падает самооценка, уходит вера в будущее, могут появиться острое чувство вины или самоуничижительные мысли), но ему еще хватает сил и воли на решительные действия.

При наличии суицидальных мыслей в смешанном состоянии велика вероятность того, что больной доведет дело до конца (именно поэтому данное заболевание входит в десятку самых разрушительных в рейтинге ВОЗ — от 25 до 50% страдающих биполярным расстройством хотя бы раз пытаются покончить жизнь самоубийством 134). Впрочем, встречаются и другие «коктейли» — человек может испытывать эйфорию и строить грандиозные планы, но при этом быть физически заторможенным (такая разновидность называется маниакальным ступором).

Наиболее тяжелые формы мании или депрессии могут сопровождаться психотическими симптомами — галлюцинациями и бредом. Причем бред отражает тот эмоциональный полюс, в котором больной находится в данный момент: в маниакальной фазе человек может решить, что он президент, царь или Рокфеллер, а в депрессивной — что он разорен или совершил тяжкое преступление, за которое его точно накажут.

Быстрые качели, или Циклотимия

Болезнь может протекать с разной скоростью — известен случай, когда человек переживал один острый эпизод в 25 лет, а потом уходил в ремиссию и до пенсионного возраста с ним ничего странного не происходило. При обычном течении расстройства продолжительность маниакальных или гипоманиакальных фаз составляет от двух недель до четырех—пяти месяцев, а депрессивных — от шести недель до полугода¹³⁵. Но фазы могут чередоваться и чаще — в таком случае расстройство считается быстротекущим.

Если при биполярном расстройстве у человека еще есть какой-то шанс сориентироваться в своем графике настроений, то его «младшая сестра», циклотимия, при более слабом проявлении фаз может привнести в жизнь куда больший хаос. При циклотимии пациент испытывает постоянные колебания между нормальным состоянием, гипоманией и дистимией — мягкой версией депрессии. Обычно фазы длятся недолго и симптомы не настолько выражены, чтобы человек заподозрил у себя какое-то расстройство. Тем не менее это не отменяет многочисленных неудобств в повседневной жизни.

Например, в четверг вы без всяких объективных причин проснулись разбитым и вялым и весь день с трудом концентрируетесь на рабочих задачах. В понедельник вы впадаете в легкую эйфорию, беретесь одновременно за несколько дел и беспечно раздаете людям обещания, а к пятнице оказываетесь не в состоянии их выполнить, потому что снова впали в уныние. В таком режиме очень сложно что-либо планировать, не говоря уже о том, что от постоянных скачков настроения страдают самооценка и отношения с людьми: больной часто производит впечатление человека, на которого невозможно положиться. Иногда на первый план вылезают колебания когнитивных способностей, аппетита и потребности во сне, а подъемы и спады настроения протекают очень мягко. Поэтому все проблемы с функционированием на работе и в общении человек может списать на свои личные качества.

Гены и нейрохимия: почему возникает биполярное расстройство

Сашины родители долго не могли избавиться от чувства вины — им казалось, что проблема в том, что они как-то неправильно воспитали сына. Но психиатр объяснил, что дело не в воспитании: заболевание обусловлено генетически, хотя принцип наследования до сих пор не вполне

ясен (скорее всего, за склонность к расстройству отвечает не один, а несколько генов). Так или иначе, исследования подтвердили, что, если у одного из близнецов обнаружено биполярное расстройство, второй разделит его судьбу с вероятностью от 40 до 70%¹³⁶. Кроме того, риск заболеть повышается у родственников тех, кто страдает одним из «большой пятерки» психиатрических заболеваний¹³⁷.

Впрочем, есть мнение, что симптомы биполярного спектра не аномальный «баг» в организме, а гипертрофированное проявление изначально полезной адаптивной функции. Согласно эволюционной теории происхождения БАР, гены, вызывающие сильные аффективные расстройства, отвечают за качества, которые в определенных дозах и при определенных ситуациях могли содействовать выживанию наших предков – иначе они не прошли бы естественный отбор. «Депрессивный» режим с его пассивностью, склонностью затаиваться, пониженным расходом энергии и долгим сном мог пригодиться в качестве защитного механизма в трудные периоды, а умеренные проявления мании в благополучные времена, во-первых, позволяли лучше решать встающие перед человеком задачи, а во-вторых, способствовали повышению его привлекательности в глазах противоположного пола – и, как следствие, размножению 138. Или же гены, связанные с БАР, могли быть сцеплены с другими настолько полезными генами, что негатив от дисбаланса нервной системы перевешивался какими-то другими плюсами для организма (устойчивостью к какому-нибудь страшному заболеванию).

Пока что мы слишком мало знаем о строении мозга, чтобы определить точные причины заболевания. Есть предположение, что страдающему этим недугом человеку сложно поддерживать эмоциональный баланс из-за проблем с координацией и устойчивостью участков мозга, ответственных за настроение. Нашу эмоциональную жизнь регулируют префронтальная кора (несколько областей лобных долей мозга, которые находятся в передней части

полушарий, сразу за лобной костью), связанные с ней подкорковые структуры и лимбическая система. Последняя является более древним участком мозга и отвечает за непосредственное формирование эмоций, а префронтальная кора — наиболее молодая часть мозга — связана с самоконтролем и способностью эти эмоции регулировать. По одной из современных теорий, у больных БАР и циклотимией наблюдаются нарушения в структуре соединения регулирующих префронтальных каналов с лимбическими долями. Эти каналы произвольно активируются или дезактивируются, влияя на настроение, уровень концентрации, скорость мышления, потребность во сне и общее возбуждение¹³⁹.

Помимо структурных причин есть и биохимические: нарушение в мозге баланса нейромедиаторов — серотонина, норадреналина и допамина, — хотя еще не все нюансы этого процесса понятны ученым. Возможно, структурные и биохимические изменения являются причиной и следствием друг друга. Есть также гипотеза, что каждый новый эпизод болезни словно протаптывает в структуре нервных клеток определенные пути для повторных эпизодов. Поэтому при лечении биполярного расстройства одна из главных целей врачей — предотвращение новых фаз.

Болезнь Байрона и Хемингуэя

Психические расстройства принято ассоциировать с нестандартным мышлением и креативностью. Первым внимание к данному вопросу привлек еще Аристотель, заметивший, что склонность к меланхолии часто свойственна философам, артистам и поэтам¹⁴⁰. Прийти к такому выводу в случае с биполярным расстройством еще легче, потому что оно предполагает яркие периоды, полные жизненной энергии, импульсивности и потока идей. В фазе гипомании человек может быть достаточно продуктивным, если у него не возникает больших проблем

с концентрацией, — он заражает всех своим энтузиазмом, способен увлекательно рассказывать о самых разных вещах и генерировать идеи разной степени экстравагантности. Естественно, не знающим о его болезни окружающим все это представляется как проявление творческого начала, тем более что биполярным расстройством действительно болели и болеют некоторые талантливые люди — от Нины Симон и Эрнеста Хемингуэя до Шинед О'Коннор и Стивена Фрая. Подозревают, что это заболевание было даже у Пушкина и Байрона, хотя вряд ли кто-либо мог его достоверно диагностировать в ту эпоху.

Сами же люди в период гипомании или мании часто бывают уверены в своих мощных интеллектуальных и творческих способностях — субъективно эти состояния воспринимаются как ощущение очень тонкой связи с миром, способности улавливать самые таинственные закономерности и «соединять точки» — то есть собирать разрозненные детали некой мозаики в единую картину. Больной кажется сам себе крайне чутким и проницательным, он острее воспринимает прекрасное и способен маниакально увлечься каким-нибудь необычным проектом. Неудивительно, что после фазы «подъема» нормальное состояние кажется пресным и менее подходящим для креативных занятий.

Но означает ли это, что биполярное расстройство и правда связано с творческими способностями? Самые первые попытки понять взаимосвязь между аффективными расстройствами и творческими способностями были предприняты еще в 1970-х. Тогда Нэнси Андреасен из Университета Айовы исследовала биографии 30 литераторов и обнаружила, что 80% писателей испытывали хотя бы один эпизод клинической депрессии, гипомании или мании и 43% сообщали о повторяющихся случаях гипомании или мании. Родственники этих людей в сравнении с родственниками контрольной группы в целом тоже занимались более креативной работой и чаще страдали от аффективных расстройств¹⁴¹.

Через несколько лет Кэй Рэдфилд Джеймисон провела исследование среди 47 британских писателей и художников. Она постаралась выбрать наиболее креативных: испытуемые художники и скульпторы были членами Королевской академии, драматурги — обладателями премии Нью-Йоркского общества театральных критиков, или лондонской Театральной премии газеты Evening Standard, или обеих сразу. Половина отобранных для исследования поэтов были представлены в Оксфордском сборнике поэтов XX в. Непонятно, можно ли измерить творческие способности человека его успехом и востребованностью в обществе, но по крайней мере это интуитивно понятный показатель. Джеймисон выяснила, что 38% всех этих художников и литераторов на момент начала исследования уже лечились от расстройства настроения; три четверти из тех, кто лечился, принимали медикаменты или лежали в клинике. Хуже всего была ситуация у поэтов – половина из них нуждалась в медицинской помощи¹⁴². А в 1992 г. Арнольд Людвиг из Университета Кентукки опубликовал результаты масштабного исследования биографий 1005 знаменитых художников, писателей и других творцов XX в. Он обнаружил, что художники и писатели страдали от аффективных расстройств в два-три раза чаще, чем сравнительно успешные люди из других сфер (науки, бизнеса, общественной деятельности)143.

Некоторые современные исследования также показывают, что биполярники и циклотимики лучше справляются с тестами на наличие творческих способностей. Одно из таких исследований провели в 2006 г. сотрудники Школы медицины Стэнфордского университета. В число его участников входили больные биполярным и большим депрессивным расстройством, циклотимики и здоровые люди. Испытуемые выполнили ряд тестов на креативность, и по одному из них — когда измерение проводилось по эстетической шкале Баррона—Уэлша (с использованием карточек с двумя фигурами — симметричной и асимметричной) — биполярники и циклотимики

показали значительно более высокие результаты в сравнении с контрольной группой¹⁴⁴. Это серьезный показатель креативности — ранее создателями теста было доказано, что творческие личности предпочитают сложные, динамичные и асимметричные фигуры. Такой выбор также ассоциируется с независимостью и импульсивностью. Интересно, что участники, страдающие от большого депрессивного расстройства, таких способностей не проявили.

В 2011 г. исследование психиатров Каролинского института с участием 300000 человек снова подтвердило корреляцию между биполярностью и креативностью¹⁴⁵. Чем можно объяснить эту связь? Начнем с того, что в диагностические критерии для гипомании входит «обостренное и необычно творческое мышление и увеличенная продуктивность». При гипомании увеличивается легкость и скорость мысли, расширяется словарный запас, пациенты склонны рифмовать или употреблять необычные слова гораздо чаще, чем обычные люди. Это состояние в целом обостряет умственные способности и может приводить к рождению уникальных идей. Кроме того, гипомания чисто физически способствует творческому подъему: человек мало спит и при этом прекрасно функционирует, у него много энергии и высокая мотивация. Уверенность в себе и чувство превосходства не менее важный фактор: в гипомании человек не боится экспериментировать и его не тревожит, что о нем подумают другие. Это позволяет снять психологические барьеры, мешающие творчеству, и полностью освободить фантазию.

Депрессия, казалось бы, должна вредить какой бы то ни было продуктивности — но она же может давать уникальный опыт. В книге «Опаленные огнем: Маниа-кально-депрессивное расстройство и творческий темперамент» (Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament) Кэй Рэдфилд Джеймисон пишет о том, что периоды мягкой депрессии располагают к задумчивости и интроспекции, а также к критическому

мышлению. Кроме того, благодаря широкому эмоциональному диапазону человеку с биполярным расстройством доступен более сложный и тонкий спектр переживаний, часто противоречивых, что позволяет более полно и глубоко чувствовать и исследовать жизнь.

Возможно, на этом месте вы представили себе заманчивый образ богемного художника, который то сутками без устали пишет блестящие полотна, то сидит у камина, закутавшись в плед, и смотрит в одну точку меланхолическим взором. В жизни все, разумеется, не так романтично – несмотря на необычные опции подъемов и спадов, пациенты с биполярным расстройством часто сообщают, что наиболее продуктивные периоды для них все-таки «нормальные». Многие идеи, возникшие в фазе подъема, никогда не будут воплощены, поскольку в этом состоянии человеку бывает сложно сосредоточиться и он постоянно перескакивает от темы к теме. Депрессия же часто приводит не к увлекательной интроспекции, а к тягучему пережевыванию одних и тех же безрадостных мыслей и может подавлять не только творческие, но и интеллектуальные способности в целом¹⁴⁶.

В 2005 г. психиатр Густаво Фигейра из Университета Вальпараисо (Чили) опубликовал исследование, в котором попытался прояснить связь между творческими способностями Вирджинии Вулф и ее психическим заболеванием, которое, как считают современные ученые, скорее всего, было биполярным расстройством. «Она была более-менее стабильна и чрезвычайно продуктивна с 1915 г. до тех пор, пока не совершила самоубийство в 1941-м. Вирджиния Вулф писала очень мало или совсем не писала в периоды плохого самочувствия и была продуктивна в промежутках между фазами», – пишет Фигейра¹⁴⁷. И сколько прекрасного могли бы создать Хемингуэй и Сильвия Плат, если бы заболевание не привело их к самоубийству? Тем не менее композитор Роберт Шуман создал большую часть своих произведений, находясь именно в гипоманиакальном состоянии¹⁴⁸. «Однозначной позиции по этому поводу в отечественной психиатрии нет, – объясняет врач-психиатр Михаил Гапонов. – Здесь можно только попытаться рассуждать логически: любое нервно-психическое расстройство должно проявляться во всех областях жизни и способствовать более многомерному и нетривиальному взгляду на окружающий мир. Поэтому я скорее согласен с тем, что в определенной степени креативность и биполярное расстройство тесно связаны, хотя не очень понятно, что тут первично. Подавлять ли в себе эти волнообразные колебания или отдаться на волю эмоций. но творить в полную силу? Все это очень индивидуально. Одному человеку депрессия мешает очень сильно, а другой в этом состоянии пишет прекрасные стихи. Кому-то даже легкая гипомания не дает сосредоточиться, а кто-то одновременно пишет картины и снимает фильмы и все успевает. Кто-то продуктивнее всего в "нормальном" состоянии. Вопрос только в том, мешает ли это самому человеку. Если он готов переживать эти колебания в качестве платы за более экстраординарное мышление, то почему нет?»

С развитием медицины и генной инженерии могут возникнуть определенные этические проблемы, связанные с биполярным расстройством и его неоднозначным влиянием на жизнь человека. Когда мы сможем «редактировать» человеческий геном и определять физические и умственные характеристики еще не родившихся детей, перед нами встанет непростой выбор: уничтожать ли гены, отвечающие за БАР (и тем самым, возможно, отчасти лишать будущие поколения необычных творческих способностей) или оставлять их, рискуя душевным спокойствием потомков.

Мания и маньяки: опасен ли человек с БАР для окружающих

Маниакально-депрессивный психоз переименовали в биполярное расстройство в том числе и потому, что

прежняя формулировка была слишком стигматизирующей — слово «маниакальный» ассоциируется с маньяками, а БАР между тем не самый частый диагноз серийных убийц (у них обычно находят параноидальную шизофрению или социопатию). Даже у знаменитого Теда Банди, страдавшего, как считалось, биполярным расстройством (надо сказать, психиатр Дороти Люьис, изучавшая его дело, впоследствии усомнилась в этом диагнозе и пересматривала его несколько раз), были не только симптомы этого заболевания, но и признаки социопатии¹⁴⁹. И всетаки многих волнует вопрос: может ли человек в состоянии мании стремиться к жестокости и быть опасным для общества?

Начнем с того, что в этом вопросе заключена определенная омографическая ловушка: в русскоязычной психиатрии существует два термина, которые пишутся одинаково, но звучат по-разному и обозначают разные понятия. Древнегреческое слово «мания», как мы помним, обозначало крайне широкий спектр психических заболеваний и, перейдя в латинский, долгое время было практически синонимом слова «безумие». В XIV в. от латинского maniacus произошло французское слово maniaque, которое получило значение «сумасшедший, человек, одержимый какой-либо бредовой идеей» и постепенно прочно закрепилось в обиходе. (Со временем акцент сместился от безумия в целом к социально опасному безумию — сейчас маньяками обычно называют серийных убийц.)

По мере исследования биполярного расстройства фазу маниакального «подъема» стали выделять как особое состояние, которое, чтобы отличать его от прежней концепции мании, на русском языке стало называться не «манией», а «манией» (а манию величия и манию преследования переименовали в бред величия и бред преследования). Пациент в остром состоянии «мании» в редких случаях (5–20%)¹⁵⁰ может уйти в психоз с элементами бреда — но даже в этом состоянии он необязательно опасен для окружающих.

«Среди пациентов с биполярным расстройством редко встречается агрессивное поведение, — считает психиатр Михаил Гапонов. — По крайней мере в моей практике такого не было. Обычно они экспансивные, их очень много, и окружающих это достает, но, поскольку большинство маний протекает с оттенком эйфоричности или хотя бы повышенного настроения, грубость или агрессия маловероятна».

В то же время некоторые исследования показывают, что среди больных БАР уровень агрессии несколько выше среднестатистического. Но, во-первых, повышенная агрессивность – это еще не склонность к жестокому поведению. А во-вторых, скорее всего, такая статистика связана с тем, что, к сожалению, более чем в 60% случаев биполярное расстройство сопровождается алкоголизмом или наркоманией – больные могут использовать различные стимулирующие вещества в качестве самолечения, особенно в депрессивных фазах. Большинство случаев антисоциального поведения приходится как раз на эту «группу риска». В исследовании 2010 г. доктор факультета психиатрии Оксфордского университета Сина Фазель и его коллеги сравнивали уровень склонности людей с биполярным расстройством к жестоким преступлениям с показателями здоровых людей. Оказалось, что риск совершить преступление был высоким лишь у тех больных, которые в придачу к биполярному расстройству страдали от алкогольной или наркотической зависимости¹⁵¹.

Потенциальная опасность больных биполярным расстройством переоценена и из-за проблем диагностики—в некоторых случаях биполярника довольно сложно отличить от гораздо более опасного пациента с антисоциальным расстройством личности (социопата, или психопата, как принято называть людей с этим диагнозом в народе, — подробности читайте в главе 8). Антисоциальная личность, как и биполярник, в каком-то смысле живет на контрастах — только эти контрасты завязаны

не на колебаниях настроения, а на представлении человека о себе. До тех пор пока социопату удается поддерживать высокую самооценку, он чувствует себя великолепно и очень мотивирован. Как считает Стэнтон Сеймноу, автор книги «Внутри криминального разума» (Inside the Criminal Mind), это состояние соответствует, например, таким критериям маниакального эпизода, как «самоуверенность и ощущение собственной грандиозности» и «рост целеустремленности». А если социопат столкнется с несоответствием своим ожиданиям, он может впасть в отчаяние, похожее на эпизод депрессии, – но тоскует недолго, поскольку плохо способен испытывать глубокие переживания. Чтобы поднять себе настроение, больной пытается доказать, что он не пустое место, чаще всего с помощью силы — отсюда тяга к криминальной деятельности¹⁵². Очень важно не путать эти два заболевания при постановке диагноза (хотя они могут и сочетаться, вероятность этого невелика — с подобной комбинацией встречается в среднем шесть человек из 10000).

Что нужно знать о лечении БАР

Биполярное расстройство остается сложным в лечении заболеванием. И дело здесь не только в том, что мы пока не понимаем причины его возникновения. В конце концов, человечество научилось предохраняться от оспы за два века до обнаружения его возбудителя — вируса Variola. Проблема в поиске баланса между «качелями», который для каждого человека уникален. Не существует универсального рецепта, способного помочь всем. К каждой болезни нужно подбирать свой «ключик», комбинируя различные препараты, изменяя дозировки, подбирая психотерапию. Большой проблемой является желание (вполне понятное) многих пациентов получить желаемый результат сразу. Из-за этого многие после первого курса теряют веру в лечение (в депрессивной фазе это сделать

особенно просто) и прекращают прием лекарств. Хотя безнадежные случаи встречаются крайне редко.

Еще одна проблема — диагностика биполярного расстройства. В США почти в половине случаев психиатры ошибаются и ставят депрессию вместо БАР¹⁵³. Стоит предположить, что в России этот показатель еще выше. Больные редко воспринимают состояние мании, а особенно гипомании как что-то ненормальное и неприятное. Из-за этого психиатры, которые ставят диагноз на основе жалоб пациентов, зачастую обращают внимание только на один полюс болезни, не замечая другой. Тогда больные в лучшем случае получают терапию антидепрессантами, которая имеет ряд ограничений, а часто вообще малоэффективна в случае БАР¹⁵⁴.

Но, несмотря на все сложности, при правильном лечении ремиссии достигают даже люди с самыми тяжелыми формами заболевания. 72% совсем избавляются от симптомов болезни, а 43% полностью восстанавливают свой социальный статус155 – возвращаются к прежней работе и ритму жизни. Правда, приблизительно у двух третей больных сохраняется риск возникновения новых эпизодов в следующие четыре года после выздоровления (напоминаем, что заболевание хроническое и полностью излечиться невозможно, можно лишь уйти в стойкую ремиссию). Но заметная доля этих случаев связана с неправильным лечением или его полной отменой 156. Больные часто не знают, а врачи редко убедительно объясняют, что лекарства нужно принимать долго, а порой и всю оставшуюся жизнь – для профилактики возможных обострений. Достоверно известно, что прием медикаментов в профилактических целях если не предотвращает новые эпизоды, то как минимум в среднем в два раза увеличивает длительность ремиссий и на треть снижает риск госпитализации¹⁵⁷.

Первая линия лечения БАР — соли лития. Впервые их начали применять еще в древности: античные врачи опытным путем обнаружили, что минеральные воды с их высокой концентрацией помогают от мании. Впрочем, в начале

XX в. соли лития считались не только хорошим успокоительным, но и лекарством от похмелья, поэтому этот ингредиент до 1950-х гг. входил в состав одного из самых известных прохладительных напитков в мире — 7UP. Забавно, что напиток, изначально рекламируемый как средство для стабилизации настроения, появился на рынке всего за две недели до начала Великой депрессии.

Как показали исследования, литий эффективен для купирования обеих фаз, обладает нейропротективным действием (то есть защищает нейроны от разрушительного воздействия заболевания и, следовательно, полезен для профилактики новых приступов) и хорошо изучен за 60 лет медицинской практики¹⁵⁸. Основная сложность терапии литием в том, что он оказывает целый комплекс побочных эффектов — в частности, нарушаются функции щитовидной железы и почек. Пациенту приходится постоянно следить за уровнем тиреоидного гормона в процессе лечения. Парадокс в том, что падение этого уровня может само по себе вызывать депрессию, поэтому иногда пациенту от такого лекарства становится только хуже.

В конце прошлого века был обнаружен нормотимический эффект у некоторых антиконвульсантов (препаратов для лечения эпилепсии)^{159,160,161,162}. По эффективности в большинстве случаев они не уступают литию¹⁶³, но дают более мягкие побочные эффекты. Кроме того, они имеют более широкий спектр применения: так, ламотриджин лучше справляется с тяжелыми биполярными депрессиями¹⁶⁴, а вальпроевая кислота — с фазами мании¹⁶⁵. Тем не менее пока что недостаточно данных о долгосрочных эффектах антиконвульсантов, поэтому при прочих равных врачи отдают предпочтение литию.

В острых состояниях применяются также нейролептики для купирования маний (особенно с психотическими симптомами), а чтобы ускорить выход из депрессивной фазы — антидепрессанты или электросудорожная терапия (подробнее об ЭСТ — в главе 1). К ним врачи обычно прибегают в тяжелых случаях, когда препаратами первой

линии не удалось добиться ремиссии. Основная сложность в работе с нейролептиками и антидепрессантами — риск «перелечить». Так, нейролептики способны сами по себе индуцировать депрессию, а антидепрессанты — вывести пациента из депрессии сразу в манию¹⁶⁶.

Помимо фармакологического лечения доказанной эффективностью обладает психотерапия 167. Ее задача — купировать симптомы болезни, повышая адаптивность пациентов. Так, когнитивно-поведенческая психотерапия учит справляться с негативными мыслями и паттернами поведения, межличностная – помогает устанавливать отношения с другими людьми, несмотря на скачки настроения. Семейная терапия полезна для улучшения отношений среди самых близких, чтобы пациент не чувствовал себя покинутым и одиноким, а его родные понимали, что с ним происходит. Обычно психотерапия используется лишь в качестве дополнения к фармакотерапии, потому что последняя все-таки борется с первопричиной болезни – физиологическими нарушениями. Кроме того, профилактическая эффективность психотерапии регулярно подвергается сомнениям¹⁶⁸. Не говоря уже о том, что этот метод лечения обходится намного дороже, чем лечение таблетками.

Еще один важный аспект лечения — изменение образа жизни. Доказано, что можно снизить риск возникновения новых фаз благодаря улучшению режима сна, регулярным занятиям спортом и отказу от употребления наркотических веществ (в том числе табака и алкоголя)¹⁶⁹. Впрочем, одно из последних исследований выявило благотворное влияние каннабиса на когнитивную функцию страдающих биполярным расстройством¹⁷⁰.

Резюме

• Биполярное аффективное расстройство — одно из расстройств настроения, связанных с нарушениями в эмоцио-

нальной жизни человека. Оно циклично и имеет два полюса — состояние эмоционального подъема (мания и гипомания) и спада (депрессия). Между этими фазами могут быть просветы «нормального» настроения, или они могут следовать одна за другой. Более мягкая и быстротекущая форма биполярного расстройства называется циклотимией.

- Признаки мании: снизившаяся потребность в сне, психомоторное возбуждение, повышенное либидо, повышенная скорость мышления и речи, заметный подъем настроения, эйфория, завышенная самооценка.
- Признаки депрессии: нарушения сна и аппетита, пониженное либидо, вялость, апатия, психосоматические расстройства, подавленное настроение, пониженная самооценка, тревожность, чувство вины.
- Из больных биполярным расстройством, подверженных приступам мании, редко получаются опасные маньяки в состоянии мании люди обычно не склонны к жестокости.
- Биполярное расстройство ассоциируется с повышенной креативностью, и ряд исследований подтверждает эту связь. Тем не менее не доказано, что эпизоды болезни более благоприятны для творчества, чем «светлые» промежутки между ними.
- Это заболевание хроническое, имеет биологическую природу и лечится медикаментами. Психотерапия может быть эффективной как дополнительное средство, но не стоит целиком полагаться на нее.
- Существует гипотеза, по которой гены, отвечающие за биполярное расстройство, давали нашим предкам определенное преимущество. Способность затаиваться в неблагоприятные периоды и проявлять повышенную активность в благополучные могла способствовать выживанию.

