

Санкт-Петербургский государственный университет

БЕЛЬСКИХ Анастасия Алексеевна

Выпускная квалификационная работа

Особенности саморегуляции лиц с биполярным аффективным расстройством

Специалитет:

Направление 37.05.01 «*Клиническая психология*»

Основная образовательная программа СМ.5029 «*Клиническая психология*»

Профиль Клиническая психодиагностика, консультирование и психотерапия

Научный руководитель: доцент кафедры
медицинской психологии и физиологии СПбГУ,
кандидат психологических наук,
Трусова Анна Владимировна

Рецензент: доцент, зам. гл. врача по медицинской
части СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая
больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»;
зав. учебной частью кафедры психиатрии и
наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ
им. И.И. Мечникова,
кандидат мед. наук,
Добровольская Алла Евгеньевна

Санкт-Петербург

2023

АННОТАЦИЯ

Исследование посвящено особенностям саморегуляции лиц с БАП в их системе взаимосвязей друг с другом и с клинической картиной: самооффективности менеджмента БАП (Bipolar self-efficacy scale, BPSES), когнитивной регуляции эмоций (Cognitive emotion regulation questionnaire, CERQ) и сочувствия к себе (Self-compassion scale, SCS). В выборку вошли 182 человека с диагнозом БАП I, БАП II или БАП неуточнённое. Для проверки гипотезы о взаимосвязи психологических особенностей и клинической картины лиц с БАП использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Для множественной корреляции использовалась поправка Бенджамини-Хохберга. Согласно результатам, у лиц с БАП были обнаружены снижение общей самооффективности и преобладание негативного самоотношения. Выраженной диспропорции между адаптивными и дезадаптивными стратегиями когнитивной регуляции эмоций обнаружено не было. Самооффективность менеджмента БАП образует множественные связи с особенностями саморегуляции и симптомами депрессии и может выступать переменной, опосредующей выбор как адаптивных, так и дезадаптивных стратегий саморегуляции.

ABSTRACT

The study is devoted to self-regulation features in individuals with bipolar affective disorder in their system of interrelations with each other and with the clinical picture. Bipolar self-efficacy (Bipolar self-efficacy scale, BPSES), cognitive emotion regulation (Cognitive emotion regulation questionnaire, CERQ) and self-compassion (Self-compassion scale, SCS) were studied. The study included 182 people diagnosed with bipolar disorder type I, type II, or unspecified. Spearman's rank correlation coefficient was used to test the hypothesis about the relationship

between psychological features and the clinical picture in individuals with BD. The Benjamini-Hochberg correction was used for multiple correlation. According to the results, a decrease in overall self-efficacy and a predominance of negative self-concept were found in individuals with BD. No pronounced disproportion between adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation was found. Bipolar self-efficacy management forms multiple connections with self-regulation features and depression symptoms, and may act as a mediating variable for the choice of both adaptive and maladaptive self-regulation strategies.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ	2
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. Биполярное расстройство: клиническая и психологическая характеристики	10
1.1 Современные представления о биполярном расстройстве	10
1.1.1 Клиническая картина биполярного расстройства	10
1.1.2 Этиология и патогенез биполярного расстройства	13
1.1.3 Классификации биполярного расстройства	17
1.2 Медицинская и психологическая помощь лицам с биполярным расстройством	19
1.2.1 Медикаментозное лечение лиц с биполярным расстройством	19
1.2.2 Психологическая помощь лицам с биполярным расстройством	19
1.3 Психологические особенности и менеджмент биполярного расстройства	22
1.3.1 Осведомлённость о биполярном расстройстве и отношение к лечению	22
1.3.2 Самоэффективность	24
1.3.3 Особенности саморегуляции	26
ГЛАВА 2. Методы и организация исследования	29
2.1 Процедура исследования	29
2.2 Описание выборки исследования	29
2.3 Методы исследования	35
2.3.1 Анкетирование	35
2.3.2 HCL-8	35
2.3.3 Шкала Альтмана для самооценки мании	36
2.3.4 Шкала депрессии Бека	37
2.3.5 Шкала общей самоэффективности	38

2.3.6 Шкала самооффективности менеджмента биполярного расстройства.....	38
2.3.7 Опросник «Когнитивная регуляция эмоций»	39
2.3.8 Опросник «Сочувствие к себе»	40
2.4 Математико-статистические методы обработки данных	41
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение	42
3.1 Результат исследования психологических особенностей лиц с БАП	42
3.2 Результат анализа взаимосвязей психологических особенностей лиц с БАП	43
3.2.4 Взаимосвязь самооффективности и сочувствия к себе	43
3.2.5 Взаимосвязь самооффективности и когнитивной регуляции эмоций	44
3.3 Результат анализа психологических особенностей лиц с БАП с разной степенью выраженности симптомов	45
3.3.1 Взаимосвязь выраженности симптомов депрессии и психологических особенностей	45
3.3.2 Сравнительный анализ психологических особенностей лиц с БАП в аффективном эпизоде и состоянии без выраженных симптомов	47
3.4 Оценка психометрических свойств опросника самооффективности менеджмента БАП	49
3.5 Вклад самооффективности менеджмента БАП в выбор стратегий саморегуляции	50
3.6 Обсуждение результатов	53
ВЫВОДЫ	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	62
ПРИЛОЖЕНИЕ А	69
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	72
ПРИЛОЖЕНИЕ В	74

ВВЕДЕНИЕ

Согласно МКБ-10, биполярное аффективное расстройство (БАР) относится к расстройствам настроения и характеризуется двумя или более эпизодами, при которых значительно нарушаются настроение и уровень активности. Эти нарушения представляют собой случаи подъёма настроения, прилива энергии и усиления активности (гипомания или мания) и случаи снижения настроения, энергичности и активности (депрессия).

По данным систематического обзора и мета-анализа исследований с 1980 по 2013 год, распространённость БАР I типа составляет 1,06%, а БАР II типа — 1,57% (Clemente et al., 2015). При этом отмечается рост числа случаев по мере перехода к более точным диагностическим критериям (от DSM-III и DSM-III-R к DSM-IV). По данным международного проекта Global Burden of Disease 2019, количество случаев БАР по всему миру достигло 40 миллионов, а распространённость БАР в России составила 0,61%.

БАР проявляется, как правило, уже в молодом возрасте. В 76,2% случаев манифестация БАР I и II типов приходится на возраст до 21 года (Perlis et al., 2009). При этом чаще всего расстройство манифестируется с 13 до 18 лет (38,4%).

БАР оказывает существенное влияние на уровень жизни и трудоспособность человека. По данным проекта ВОЗ Global Burden of Disease 2004, БАР занимает 12 место среди причин инвалидности по всему миру. Количество случаев потери работоспособности из-за БАР в 2004 году достигло 22,2 миллионов.

В сравнении с общей популяцией, продолжительность жизни лиц с БАР сокращается на 8,3 - 12 лет (Kessing et al., 2015), Уровень суицидального риска лиц с БАР в 10-30 раз выше среднего (Dome et al., 2019). От 20 до 60% лиц с БАР совершали хотя бы 1 попытку суицида.

Все вышеизложенные факты делают актуальной проблему помощи лицам с БАР.

Согласно клиническим рекомендациям Российского общества психиатров, помощь пациентам с установленным диагнозом БАР должна быть комплексной: им показаны фармакотерапия, психосоциальная поддержка и психотерапия. Добавочная психотерапия лиц с БАР приводит к снижению числа рецидивов на 30-40% и более высокому уровню психосоциального функционирования. Когнитивно-поведенческий подход зарекомендовал себя высоко эффективным в работе с БАР (Zaretsky et al., 2007; Miklowitz, 2008; Yatham et al., 2018). При этом одним из ключевых принципов КПТ является научить клиента быть психотерапевтом самому себе через освоение когнитивных, эмоциональных и поведенческих инструментов саморегуляции (Бек, 2019).

Различные аспекты саморегуляции выступают одновременно симптомами БАР и терапевтическими мишенями, опосредующими течение заболевания. Исследования показывают, что особенности когнитивной регуляции эмоций и самосострадания (Wolkenstein et al., 2014; Døssing et al., 2015) связаны с уровнем приверженности лечению, качеством жизни, выраженностью и рецидивированием аффективных симптомов. Значение имеет и самоэффективность менеджмента БАР — вера в то, что человек способен справиться с менеджментом болезни. Низкую самоэффективность связывают с рецидивированием симптомов, снижением качества жизни и нарушением комплаентности (Smith, 2019).

Однако эти психологические феномены существуют не в изоляции друг с другом. Нам не удалось найти исчерпывающее описание их системы взаимосвязей. Эти знания могли бы быть полезными для уточнения мишеней психотерапевтической работы, оценки эффективности интервенций и прогнозирования течения заболевания. Всё вышеизложенное определило актуальность и новизну нашего исследования.

Цель исследования — изучить особенности саморегуляции лиц с БАР в их системе взаимосвязей друг с другом и с клиническими особенностями.

Задачи исследования:

1) Изучить психологические особенности лиц с БАР: самооффективность, когнитивную регуляцию эмоций, сочувствие к себе.

2) Сравнить особенности саморегуляции и уровень самооффективности у лиц с БАР в аффективном эпизоде и в интермиссии.

3) Оценить психометрические свойства шкалы самооффективности менеджмента БАР.

4) Изучить вклад самооффективности менеджмента БАР в выбор стратегий саморегуляции.

Гипотезы исследования:

1) Для лиц с БАР в среднем будет характерно преобладание дезадаптивных стратегий когнитивной регуляции эмоций и негативного самоотношения.

2) Более высокий уровень самооффективности будет коррелировать положительно с адаптивными стратегиями когнитивной регуляции эмоций и позитивным самоотношением, отрицательно — с дезадаптивными стратегиями и негативным самоотношением.

3) Депрессивные симптомы будут связаны с более низким уровнем самооффективности, деформацией в сторону дезадаптивных стратегий когнитивной регуляции эмоций и негативного самоотношения.

4) Для лиц с БАР в аффективном эпизоде будут характерны более дезадаптивные стратегии когнитивной регуляции эмоций, более низкий уровень сочувствия к себе и самооффективности в сравнении с группой в интермиссии.

Объект исследования: особенности саморегуляции лиц с БАР с разным пациентским опытом и клинической картиной.

Предмет исследования: самооффективность менеджмента БАР, стратегии когнитивной регуляции эмоций, самоотношение лиц с БАР.

Для исследования были выбраны следующие методы: 1) Шкала для упрощённого выявления гипоманиакальных состояний в анамнезе HCL-8 (англ. the hypomania checklist-8, сокр. HCL) [2; 15]; 2) Шкала депрессии Бека (англ.

Beck Depression Inventory сокр. BDI) [5; 20]; 3) Шкала Альтмана для самооценки мании (англ. Altman self-rating mania scale, сокр. ASRM) [11]; 4) Шкала общей самоэффективности (англ. General Self-Efficacy Scale, сокр. GSE); 5) Шкала самоэффективности менеджмента биполярного расстройства (англ. The Bipolar Self-Efficacy Scale, сокр. BPSES) [66]; 6) Опросник «Когнитивная регуляция эмоций» (англ. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, сокр. CERQ) [3]; 7) Опросник «Сочувствие к себе» К. Нефф (англ. Self-Compassion Scale, сокр. SCS) [6; 61].

ГЛАВА 1. Биполярное расстройство: клиническая и психологическая характеристики

1.1 Современные представления о биполярном расстройстве

1.1.1 Клиническая картина биполярного расстройства

БАР является сложным заболеванием, в структуре которого в разные периоды времени встречаются различные психопатологические симптомокомплексы. Как и при всех аффективных расстройствах, в составе БАР встречаются симптомы аффективного, когнитивно-поведенческого и нейровегетативного кластеров.

По аффективному полюсу и степени выраженности симптоматики принято выделять:

- 1) Маниакальные эпизоды;
- 2) Гипоманиакальные эпизоды;
- 3) Лёгкие, умеренные или тяжёлые эпизоды депрессии;
- 4) Смешанные эпизоды;
- 5) Неполную ремиссию — период, во время которого отмечается значительное улучшение, симптомы не достигают синдромального уровня, но сохраняются.

- 6) Полную ремиссию — отсутствие каких-либо признаков аффективного расстройства на протяжении 6 месяцев.

При этом депрессивные, маниакальные и смешанные эпизоды могут сопровождаться психотической симптоматикой.

Рассмотрим, как описываются в МКБ-11 симптомы разных категорий аффективных состояний. Все они приводят к нарушениям разной степени тяжести в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования и требуют лечения.

При депрессивном эпизоде наблюдаются следующие нарушения аффективного кластера:

- 1) подавленность, слезливость или раздражительность;
- 2) ангедония, снижение сексуального влечения.

Нарушения когнитивно-поведенческого кластера:

1) снижение способности концентрировать внимание на задачах, чрезмерная нерешительность;

- 2) самоуничижительность и мысли о виновности;
- 3) безнадёжность в отношении будущего;
- 4) суицидальные мысли.

Нарушения нейровегетативного кластера:

1) нарушения качества сна или гиперсомния;

2) изменения аппетита или веса;

3) психомоторное возбуждение или заторможенность; снижение энергичности, утомляемость и усталость даже после минимальных усилий.

Для постановки диагноза должны одновременно присутствовать не менее 5 симптомов, хотя бы один из аффективного кластера. Нарушения должны быть устойчивыми, проявляться большую часть дня почти каждый день в течение не менее 2 недель. Оценка должна проводиться относительно типичного функционирования человека.

При маниакальном или гипоманиакальном эпизоде оба следующих симптома должны проявляться одновременно большую часть дня почти каждый день в течение не менее 1 недели и представлять собой значительное изменение по сравнению с типичным состоянием человека:

- 1) Чрезвычайное состояние настроения, характеризующееся эйфорией, раздражительностью, возбудимостью, эмоциональной лабильностью;
- 2) Повышенная активность, энергичность.

А также несколько из следующих симптомов:

1) Повышенная разговорчивость или ощущение внутреннего давления, заставляющего быть более разговорчивым;

- 2) Ускоренные, скачущие мысли;
- 3) Повышенная самооценка, грандиозность, переоценка своих возможностей;
- 4) Сниженная потребность во сне;
- 5) Отвлекаемость;
- 6) Импульсивное безрассудное поведение;
- 7) Повышение сексуального влечения, общительности, активности.

Симптомы гипоманиакального эпизода могут быть качественно схожи с симптомами маниакального эпизода, но они не приводят к таким выраженным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования, не требуют госпитализации для предотвращения вреда себе и другим и не сопровождаются бредом или галлюцинациями.

Смешанный эпизод предполагает наличие нескольких ярко выраженных маниакальных и нескольких ярко выраженных депрессивных симптомов, соответствующих тем, которые наблюдаются при маниакальных и депрессивных эпизодах, которые либо возникают одновременно, либо сменяют друг друга очень быстро (изо дня в день или в течение одного дня). Они должны присутствовать большую часть дня почти каждый день в течение не менее 2 недель.

Выделяют следующие варианты клинического течения БАР:

- 1) Альтернирующее течение, при котором острые аффективные фазы сменяются периодами эутимии;
- 2) Континуальное течение, при котором острые аффективные фазы непрерывно сменяют друг друга без наступления периодов эутимии;
- 3) Быстроциклическое течение (БЦ), при котором за один год развивается 4 или более острых аффективных фаз. Оно включает в себя ультрабыстрые циклы, при которых 4 или более острых аффективных фаз развиваются за один месяц, а также ультра-ультрабыстрые циклы, при которых смены состояния возникают в течение одного дня. Последний вариант, как

правило, сложно отличить от смешанных состояний в рамках одного эпизода. Такой вариант течения считается неблагоприятным, так как труднее поддаётся лечению и связан с более низкой оценкой уровня функциональности, а также с более высоким суицидальным риском (Fountoulakis et al., 2013; Mehta et al., 2017).

В 77% случаев БАР коморбидно с другими расстройствами: коморбидность с тревожными расстройствами составляет 62,9%, с расстройствам поведения — 44,8%, с зависимым поведением — 36,6% (Merikangas, 2011).

Хотя заболеваемость БАР у мужчин и женщин примерно сопоставима (Angst, 1998; Hirschfeld, 2003), женщины переносят большее количество депрессивных эпизодов в течение жизни, а мужчины — маниакальных (Leibenluft, 1997). У женщин чаще, чем у мужчин наблюдаются атипичные, дисфорические мании (Akiskal, 1998), быстрые циклы (Angst, 1998), коморбидные расстройства пищевого поведения. У мужчин — зависимости от ПАВ и расстройства поведения.

1.1.2 Этиология и патогенез биполярного расстройства

Этиология и патогенез БАР до конца не ясны. Существуют множество исследований, гипотез и моделей, комплексно или по отдельности рассматривающих биологические, психологические и социальные факторы возникновения и развития заболевания. Это даёт основание предполагать, что БАР имеет сложную этиологию.

Среди биологических факторов возникновения БАР выделяются генетические, биохимические, эндокринологические, анатомические, циркадные. Наследуемость БАР оценивается в 85%. Это больше, чем при шизофрении, РАС и болезни Альцгеймера (Bienvenu, Davydow, Kendler, 2011). БАР связывают с нарушениями гомеостаза дофаминовых рецепторов и транспортёров: повышение уровня дофамина — с маниакальным или

гипоманиакальным аффектов, а снижение — с депрессивным (Ashok, Marques, 2017). БАР ассоциировано с корковым истончением во фронтальных, височных и теменных областях обоих полушарий мозга, которые усиливается с продолжительностью заболевания (Hibar et al., 2017). Это согласуется с гипотезой разжигания, согласно которой прогрессирование БАР можно объяснить тем, что каждый новый эпизод приводит к необратимым изменениям в головном мозге (Post, 2007).

Гипотеза разжигания внесла свой вклад и в становление модели стадирования БАР (Berk et al., 2017), которая предполагает, что психопатологические проявления при БАР проходят определённый стереотип развития: латентный этап, продромальный этап, этап манифестации и первого эпизода, этап рецидивирования с прогрессированием вплоть до неблагоприятного исхода или с возможностью выздоровления. Причём исход будет зависеть от эффективности медикаментозного лечения и психосоциальных интервенций, которые необходимо подбирать с учётом стадии болезни.

Существуют модели, более подробно рассматривающими роль психологических и социальных факторов в развитии и рецидивировании БАР. Все они указывают на значимость выбора стратегий саморегуляции в ответ на первые признаки ухудшений, а также навыков совладания со стрессом, поддержания повседневной рутины и режима сна.

На рисунке 1 изображена диатез-стресс модель БАР для психосоциальных интервенций (Lam et al., 2010). Сама диатез-стресс концепция предполагает, что психосоциальные факторы актуализируют биологическую предрасположенность к болезни. На рисунке мы можем увидеть, как дезадаптивные копинги приводят к развитию полноценного эпизода из продрома, вызванного биологической уязвимостью. Эпизод вызывает стигму и проблемы в отношениях, которые повышают уровень стресса и нарушают социальную рутину и режим сна, тем самым формируют биологическую уязвимость для следующего продрома и замыкают круг.

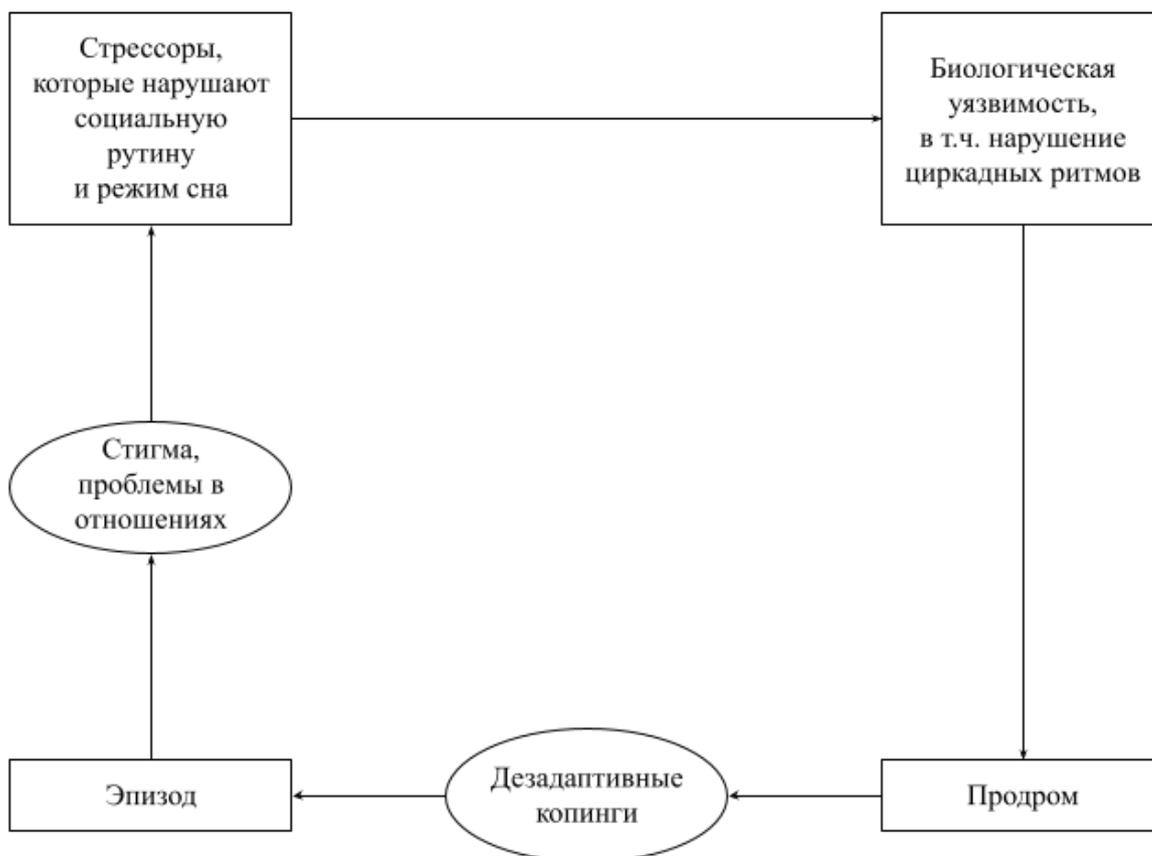


Рис. 1. Диатез-стресс модель БАП для психосоциальных интервенций (Lam et al., 2010)

Подобную порочную цикличность можно увидеть и в симптоматическом цикле БАП (Basco, Rush, 2005, с. 24-25), изображённом на рисунке 2. Этот цикл показывает, как эпизод депрессии или мании вызывает изменения в когнитивной и эмоциональной сферах, а затем и в поведении, что приводит к снижению уровня психосоциального функционирования. Возникают психосоциальные проблемы, вызывающие стресс, нарушения сна и другие первые симптомы, которые развиваются в новый эпизод.

Модель продромов БАП (Morriss, 2008) на рисунке 3 показывает как выбор в пользу дезадаптивных стратегий совладания с депрессивным или маниакальным продромом приводит к формированию полноценного эпизода.



Рис. 2. Симптоматический цикл БАП (Vasco, Rush, 2005)



Рис. 3. Модель продромов БАП (Morriss, 2008)

Всё это указывает на сложность этиологии и патогенеза БАР и комплексную значимость биологических, социальных и психологических факторов.

1.1.3 Классификации биполярного расстройства

В МКБ-10 БАР относится к V классу «Психические расстройства и расстройства поведения» к блоку «Расстройства настроения [аффективные расстройства]» и кодируется как F31. Дифференциации типов БАР в МКБ-10 не подразумевается, «Биполярное II расстройство» относится к подрубрике F31.8 «Другие биполярные аффективные расстройства», а циклотимия включается в другую рубрику F34 «Устойчивые расстройства настроения [аффективные расстройства]».

В МКБ-11 в главе 06 «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития» в блоке «Аффективные расстройства» под кодом 6A6 объединяются «Биполярные и связанные расстройства», которые включают в себя: 6A60 Биполярное расстройство I типа, 6A61 Биполярное расстройство II типа, 6A62 Циклотимическое расстройство, 6A6Y Другие уточненные биполярные или сходные расстройства, 6A6Z Биполярные или сходные расстройства, неуточненные. Для постановки этих диагнозов требуется:

- 1) Для БАР I: наличие одного или нескольких маниакальных или смешанных эпизодов;
- 2) Для БАР II: наличие одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и хотя бы одного депрессивного эпизода;
- 3) Для циклотимического расстройства — наличие стойкой нестабильности настроения в течение как минимум 2 лет, при которой симптомы количественно и качественно не доходят до уровня депрессивного, маниакального или смешанного эпизодов.

В ответ на разнообразие и неоднородность клинических проявлений пациентов с БАР I и II типов появилась концепция биполярного спектра (Akiskal, Pinto, 1999). Эта концепция опирается на идею континуальности психических расстройств и описывает множество вариантов сочетаний аффективных фаз, включая переходные формы между БАР и рекуррентной депрессией, шизофренией, особенностями темперамента. Помимо БАР I и БАР II типов и циклотимического расстройства выделяют:

- 1) БАР $\frac{1}{2}$ — шизобиполярное расстройство;
- 2) БАР I $\frac{1}{2}$ — пролонгированные гипомании, которые могут сочетаться с депрессиями;
- 3) БАР II $\frac{1}{2}$ — появление депрессивных эпизодов на фоне циклотимного темперамента;
- 4) БАР III — сочетание депрессий и гипоманий, но не спонтанных, как при БАР II, а вызванных приёмом антидепрессантов;
- 5) БАР III $\frac{1}{2}$ — аффективные фазы, которые вызваны приёмом психоактивных веществ и/или тесно связаны с зависимостью;
- 6) БАР IV — появление депрессий на фоне гипертимного темперамента;
- 7) БАР V — повторяющиеся депрессивные эпизоды со смешанными гипоманиакальными чертами, но без обособленных эпизодов гипомании.

БАР $\frac{1}{2}$ практически синонимично шизоаффективному расстройству, БАР I $\frac{1}{2}$ фиксирует промежуточный вариант между классическими I и II типами, БАР II $\frac{1}{2}$ призван объяснить появление полномасштабных депрессивных эпизодов у людей с циклотимией, БАР III и III $\frac{1}{2}$ связаны с употреблением психоактивных веществ, а IV и V типы тяготеют к униполярной депрессии. В настоящий момент нет достаточно эмпирических данных, подтверждающих или опровергающих эту концепцию, но она используется в исследовательской и практической работе специалистов (Gamma, 2002; Angst, 2007).

1.2 Медицинская и психологическая помощь лицам с биполярным расстройством

1.2.1 Медикаментозное лечение лиц с биполярным расстройством

Согласно клиническим рекомендациям Российского общества психиатров, всем лицам с установленным диагнозом БАР показана фармакотерапия. В зависимости от того, находится ли пациент в острой фазе или в состоянии эутимии, медикаментозная терапия может быть купирующей (направленной на скорейшее подавление симптоматики аффективного эпизода) или профилактической (направленной на предотвращение повторного аффективного эпизода).

Пациентам с БАР назначаются стабилизаторы настроения (нормотимики), которые способны сглаживать циркулярные расстройства аффективной сферы и предотвращать развитие новых аффективных нарушений. К ним относят соли лития, некоторые антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин и др.) и атипичные нейролептики (арипипразол, кветиапин, рисперидон и др.).

Использование антидепрессантов в фармакотерапии БАР оценивается противоречиво. Монотерапию антидепрессантами рекомендуют избегать в связи с высоким риском инверсии фазы, последующего увеличения количества аффективных фаз и утяжеления течения заболевания (Viktorin et al., 2014). Антидепрессант необходимо комбинировать с нормотимиком и в случае назначения тщательно отслеживать появление признаков гипомании или мании. Если таковые наблюдаются, то необходимо пересмотреть назначения и отменить приём антидепрессантов.

1.2.2 Психологическая помощь лицам с биполярным расстройством

Несмотря на то, что фармакотерапия является основополагающим методом лечения БАР, её одной недостаточно, чтобы решить все проблемы,

сопряжённые с расстройством. По разным данным, количество некомплаентных пациентов с БАР составляет 20-60% (Colom et al., 2005). Это приводит к рецидивам острой фазы, ухудшению течения заболевания и ответа на медикаментозное лечение. Рецидив может возникнуть даже при соблюдении оптимального режима приёма лекарств, и помимо приверженности лечению более длительные периоды эутимии ассоциированы с психотерапией и социальной поддержкой (Altman et al., 2006). Лекарства имеют ограниченную эффективность в устранении функциональных нарушений между эпизодами (Calabrese, 2003). Функциональное улучшение после эпизода болезни занимает значительно больше времени, чем симптоматическое восстановление (Tohen et al., 2003). Даже при эффективной фармакотерапии в периоды между острыми эпизодами у 30-60% лиц с БАР наблюдаются резидуальные симптомы и снижение функционального уровня и психосоциальные нарушения (McQueen, Young, Joffe, 2001; Mitchell, Andrews, 2004; Samalin et al., 2016). Большая доказательная база свидетельствует в пользу того, что для решения этих вопросов необходимо дополнять фармакотерапию психосоциальными вмешательствами (подробности эффективности интервенций будут рассмотрены ниже).

Конечной целью любого психосоциального вмешательства является сокращения числа рецидивов и повышение качества жизни лиц с БАР. Для этого разные направления психотерапии БАР опираются на одни и те же элементы (Lauder et al., 2010):

- 1) Психообразование для формирования реалистичных представлений о расстройстве и его лечении;
- 2) Составление индивидуальной картины болезни и обучение мониторингу симптомов для понимания и своевременного обнаружения триггеров и симптомов ухудшений. Этот этап является важным дополнением к общему информированию, т.к. для продромальных периодов характерны выраженные интериндивидуальные и незначительные интраиндивидуальные различия (Lam, Jones, Hayward, 2010, с. 12);

3) Разработка кризисных планов по предотвращению рецидивов и самоубийств, которые содержат конкретные признаки ухудшений и адаптивные инструкции по совладанию с ними;

4) Формирование поддерживающей среды из членов семьи, близких друзей и других пациентов.

В Таблице 1 представлен фрагмент сводных данных об уровне доказательств эффективности психологических вмешательств, добавочных к медикаментозной терапии, из рекомендаций по ведению пациентов с БАП от CANMAT (The Canadian Network for Mood and Anxiety) 2018 года. Согласно этим рекомендациям, существует достаточно доказательств, чтобы считать эффективными для пациентов с БАП в период депрессии или поддерживающей терапии психообразование, когнитивно-поведенческую терапию, семейно-ориентированную терапию, интерперсональную и социальную ритмическую терапию и партнёрство равных (Yatham et al., 2018).

Таблица 1. Уровень доказательств и рекомендаций психологических вмешательств для лиц с БАП, добавочных к медикаментозной терапии (Yatham et al., 2018)

	Рекомендации для поддерживающего периода: уровень доказательств	Рекомендации для периода депрессии: уровень доказательств
Психообразование (PE)	Первая линия (уровень 2)	Недостаточно доказательств
Когнитивно-поведенческая терапия (CBT)	Вторая линия (уровень 2)	Вторая линия (уровень 2)
Семейно-ориентированная терапия (FFT)	Вторая линия (уровень 2)	Вторая линия (уровень 2)
Интерперсональная и социальная ритмическая терапия (IPSRT)	Третья линия (уровень 2)	Третья линия (уровень 2)
Партнёрство равных	Третья линия (уровень 2)	Недостаточно доказательств

Отмечается, что индивидуальное психообразование более эффективно в работе с симптомами мании, а КПТ и FFT — с симптомами депрессии

(Miklowitz, 2008). КПТ, FFT и психообразование дают лучшие результаты в превенции рецидивов, а в работе с резидуальными симптомами — IPSRT и КПТ (Zaretsky et al., 2007). Психообразование также даёт самые высокие результаты в работе с уровнем приверженности лечению (Colom, Lam, 2005).

В процессе психотерапии БАР активно формируются навыки самоменджмента и поведенческой, эмоциональной и когнитивной саморегуляции, от которых зависит благоприятность течения заболевания (Jones S. et al., 2011; Grady P.A., Gough L.L., 2014). В систематическом обзоре 2014 года Janney С.А. и коллеги выделили следующие адаптивные навыки, которые важно переносить в репертуар самоменджмента:

- 1) Психообразование;
- 2) Отслеживание настроения, приёма лекарств и социального функционирования;
- 3) Соблюдение гигиены сна;
- 4) Составление кризисных планов на случай рецидива;
- 5) Поддержание здорового образа жизни.

Существуют психологические особенности, которые могут влиять на разные аспекты менеджмента БАР. Важно учитывать эти особенности при оказании психологической помощи. Мы рассмотрим их подробнее в следующем разделе.

1.3 Психологические особенности и менеджмент биполярного расстройства

1.3.1 Осведомлённость о биполярном расстройстве и отношение к лечению

Информирование о расстройстве и его менеджмента включается во все психосоциальные интервенции для людей с БАР. Многолетние исследования эффективности психообразования показывают, насколько результативной

может быть работа с представлениями о расстройстве и его лечении даже как с единственной мишенью интервенций (Colom, Lam, 2005).

Особая взаимосвязь прослеживается между уровнем психообразования и приверженностью лечению. Если обратиться к модели некомплаентности лиц с БАП (Colom, Vieta, 2005), изображённой на рис. 4, мы увидим множество факторов, связанных с искажёнными представлениями и негативными установками: нежелание быть под контролем фармакотерапии, тоска по эйфории, отрицание заболевания, преувеличение побочных эффектов.



Рис. 4. Факторы ассоциированные с низкой комплаентностью лиц с БАП

Значение имеет как уровень осведомлённости, так и отношение к разным аспектам жизни с расстройством. Очевидно, что эти переменные взаимосвязаны друг с другом, так как убеждения формируются и пересматриваются под влиянием знаний, новых и уже имеющихся, ложных и

достоверных. Это подтверждают и результаты исследований: для людей, которые демонстрируют большую осведомлённость о БАР, характерно более принимающее, осознанное отношение к расстройству, а также более высокий уровень комплаентности (Greenhouse, Meyer, Johnson, 2000; Scott, Pope, 2002).

В систематическом обзоре 163 количественных и качественных исследований (Chakrabarti, 2019) была обнаружена положительная связь между отношением к лечению и комплаентностью, хотя сила этой связи неясна. Тематический анализ качественных исследований показал, что само отношение к лечению формируется из воспринимаемых преимуществ и недостатков лечения. Оно коррелирует с альянсом врач-пациент, с осведомлённостью о БАР, с социальной поддержкой и с тем, как к лечению относится семейное окружение. Особенности отношения к лечению у лиц с БАР противоречивы: многие считают лечение полезным и необходимым, но также широко распространены отрицание болезни, опасения побочных эффектов и стигматизации, связанной с приёмом медикаментов.

В 2008 году Johnson и Fulford разработали опросник, видоспецифичный для диагностики аспектов осведомлённости о симптомах и отношения к лечению у лиц с БАР. Результаты показали, что такой искажённый компонент представлений о БАР как приписывание причин возникновения расстройства небιологическим (средовым и личностным) факторам предсказывает усиление депрессивной симптоматики и более низкий уровень медикаментозной приверженности, что делает эту группу убеждений важной мишенью психотерапевтических интервенций.

1.3.2 Самоэффективность

В системе представлений о возможностях менеджмента БАР особое место занимает самоэффективность. Понятие самоэффективности было предложено Бандурой А. в рамках его социальной когнитивной теории (Bandura, 1977). Самоэффективность — это вера человека в эффективность

собственных действий, способность получить желаемый результат, которая может в существенной мере влиять на поведение. Это объясняется тем, что человек избегает тех ситуаций, с которыми, как он считает, не способен справиться, и активно проявляет себя там, где уверен в своих силах.

При биполярном расстройстве, как и при многих хронических заболеваниях, большое значение имеет медицинский, поведенческий и эмоциональный самоменеджмент: например, приём лекарств, мониторинг симптомов, соблюдение регулярного режима сна. (Grady, Gough, 2014). Самоэффективность оказывает влияние на самоменеджмент и процесс поведенческой, эмоциональной и когнитивной саморегуляции. Люди с низкой самоэффективностью могут предпринимать меньше попыток скорректировать образ жизни, продолжать выбирать знакомые, но менее функциональные способы саморегуляции, потому что сомневаются в своей способности изменить жизнь с расстройством в лучшую сторону. Напротив, люди с более высокой самоэффективностью могут активнее расширять свои знания о расстройстве, внимательно относиться к изменениям в состоянии и обогащать репертуар адаптивных копингов. Всё это вносит вклад в общую приверженность лечению, сохранение симптомов и качество жизни.

Это подтверждают количественные исследования: хоть они и немногочисленны, но показывают, что самоэффективность влияет на социальную адаптацию после госпитализации (Cutler, 2005), качество жизни (Abraham et al, 2014) и уровень физической активности (Vancampfort, 2013) лиц с БАР.

Чтобы более точно оценивать особенности самоэффективности менеджмента БАР, как это делается с рядом хронических соматических заболеваний, а не просто общую самоэффективность, Smith L.M. и коллеги разработали в 2019 году специальную шкалу самоэффективности менеджмента биполярного расстройства (англ. Bipolar Self-Efficacy Scale, сокр. BPSES). Шкала показала себя надёжной и чувствительной к изменениям.

Важным результатом стало то, что связь самооффективности менеджмента БАР с депрессией и качеством жизни была значительно выше, чем у самооффективности в целом (Smith et al., 2019). Когда мы говорим об общей самооффективности, мы подразумеваем некоторый набор убеждений, который примерно в равной степени влияет на все категории поведения. Сужая содержание до самооффективности менеджмента БАР, мы можем более точно диагностировать и предсказать поведение человека в жизни с расстройством. Так как заболевание может в значительной степени определять самые разные сферы жизни, следует ожидать, что самооффективность менеджмента БАР будет связана не только с симптоматическими и функциональными характеристиками, но и с общим качеством жизни, и даже опережать по информативности общую самооффективность, что и подтвердили результаты исследования.

1.3.3 Особенности саморегуляции

Саморегуляция — это динамический процесс, который включает в себя определение желаемого конечного состояния, принятие мер для достижения этого состояния и отслеживание прогресса на пути к достижению (Inzlicht et al., 2020).

В исследованиях многократно отмечалась значимость саморегуляции для психического здоровья человека. В выборке условно здоровых людей саморегуляцию связывают с самооффективностью, адаптивными стратегиями поведения, здоровыми убеждениями о себе и о мире, развитыми навыками совладания со стрессом (Blair & Diamond, 2008; Brody & Ge, 2001). Также отмечают связь саморегуляции с лучшей успеваемостью, успехом в межличностных отношениях, физическим здоровьем, а также с меньшим количеством поведенческих и эмоциональных проблем (Blair & Diamond, 2008; Finkenauer, Engels, & Baumeister, 2005; Tangney, Baumeister, & Boone, 2004).

Кроме того, навыки саморегуляции лежат в основе самоменеджмента хронических заболеваний. Самоменеджмент представляет собой умение человека управлять симптомами, лечением, физическими и психосоциальными последствиями, а также изменением образа жизни, характерными для жизни с хроническим заболеванием (Barlow et al., 2002). Для этого необходимы развитые навыки самонаблюдения и когнитивной, поведенческой и эмоциональной саморегуляции (Jahney et al., 2014). Это справедливо и для менеджмента БАР. Люди, которые хорошо функционируют, несмотря на значительную историю биполярного расстройства, используют стратегии самоменеджмента, которые имеют решающее значение для их благополучия (Murray et al., 2010).

Хотя ключевые нарушения БАР касаются аффективной сферы, до конца не ясно, какое место в структуре расстройства занимают нарушения саморегуляции эмоций. Обсуждение саморегуляции эмоций у лиц с БАР закономерно поднимает вопросы о наличии видоспецифичных нарушений в этой сфере, их структуре и постоянстве. Что характерно для деформации саморегуляции эмоций: заострение дезадаптивных копингов, дефицит адаптивных или сочетание того и другого? Носят ли нарушения временный характер, соответствующий смене фаз, или постоянны и выступают механизмом патогенеза, влияя на формирование рецидива?

Существует ряд исследований, которые предлагают ответы на эти вопросы посредством рассмотрения особенностей когнитивной регуляции эмоций — регуляции эмоций посредством когниций, позволяющей человеку удерживать контроль над своими эмоциями во время или после стрессовых ситуаций (Писарева, Гриценко, 2010). Хотя все стратегии регуляции эмоций могут быть полезны в определённых ситуациях, исследования показывают общее преимущество одних стратегий над другими. Например, использование катастрофизации, сосредоточения и самообвинений положительно связано с симптомами депрессии и тревоги, в то время как использование позитивного пересмотра отрицательно связано с этими симптомами (Garnefski, Kraaij, 2007).

Таким образом, стратегии регуляции эмоций можно разделить на преимущественно адаптивные стратегии и преимущественно дезадаптивные.

Систематический обзор (Dodd et al., 2019) показал, что дезадаптивные стратегии регуляции эмоций заострены у лиц с БАР и имеют пагубное влияние на развитие заболевания, в особенности на уровень выраженности симптомов. Хотя отдельные исследования указывают на дефицит адаптивных стратегий (Wolkenstein et al., 2014), систематический обзор не подтвердил этих данных.

При рассмотрении особенностей когнитивной регуляции эмоций нам видится важным рассмотреть особенности сочувствия к себе. Автор этого конструкта К. Нефф описывает сочувствие к себе как способность по-доброму и не осуждающе относиться к себе в ситуации неудач, понимая их общечеловеческую природу и не изолируя себя от них, внимательно исследуя свои чувства, но не идентифицируясь с ними чрезмерно (Neff, 2003). Нефф отмечает связь сочувствия к себе с проактивными, принимающими стратегиями регуляции эмоций, при которых люди стремятся изучить и выразить свои переживания адаптивным способом.

Несмотря на единичность исследований особенностей сочувствия к себе у лиц с БАР, нам видится важным этот показатель, так как его выраженность может значительно менять особенности саморегуляции в сложных жизненных ситуациях. Первые результаты показали, что выраженность сочувствия к себе у лиц с БАР была значительно ниже, чем в контрольной группе, и значительно коррелировала с уровнем удовлетворённости жизнью (Døssing et al., 2015).

Все вышеизложенные сведения определили необходимость комплексного рассмотрения психологических особенностей лиц с БАР, тему, цели и задачи нашего исследования.

ГЛАВА 2. Методы и организация исследования

2.1 Процедура исследования

Исследование проводилось полностью в online-формате с использованием специально составленной Google-формы. Критериями включения послужили: 1) возраст от 18 лет; 2) диагноз БАР I, БАР II или БАР неуточнённое. Информация об исследовании размещалась в социальных сетях, на страницах пациентских сообществ лиц с БАР и включала в себя сведения о содержании исследования, количестве времени, необходимом на прохождение исследования (около 30 минут), добровольности участия, анонимности и конфиденциальности данных.

По завершению заполнения методик все испытуемые получили психообразовательное пособие о немедикаментозных аспектах жизни с БАР, специально составленное нами в качестве благодарности за участие в исследовании. Некоторые воспользовались возможностью задать вопрос о жизни с расстройством по указанным контактам. Также все заинтересованные лица получат в июле 2023 года общую рассылку о результатах исследования.

2.2 Описание выборки исследования

Из 228 человек, заполнивших форму, в итоговую выборку вошло 182 респондента. По одной или сразу нескольким категориям было исключено 46 человек. Критериями исключения послужили:

- 1) Отсутствие опыта посещения врача-психиатра или психотерапевта, так как в этом случае не мог быть поставлен диагноз биполярного спектра;
- 2) Прекращение приёма медикаментозного лечения без согласования с врачом или отсутствие опыта медикаментозной терапии, так как диагностические инструменты, оценивающие психологические особенности лиц с БАР, разработаны и валидированы на группах пациентов, принимающих медикаментозную терапию. Разрыв особенностей менеджмента БАР и

выраженности симптомов у лиц, принимающихся и не принимающих медикаментозное лечение, требует отдельного рассмотрения;

3) Балл HCL-8 $\leq 9,3$, так как вероятность биполярного расстройства в этом случае низкая.

У всех респондентов стоит диагноз биполярного спектра: у 29 человек (16%) — БАР I типа, у 98 (54%) — БАР II типа, у 55 (30%) — БАР неуточнённое. Средний балл по шкале HCL-8 составляет 19,10 ($\sigma = 3,23$), что свидетельствует о высокой вероятности наличия биполярного расстройства.

Изученные социально-демографические характеристики респондентов представлены в Таблице 2. Участие в исследовании приняли лица возрастом от 18 до 44 лет, средний возраст респондентов составил 25,26 ($\sigma = 5,55$).

Таблица 2. Социально-демографические характеристики выборки

Социально-демографические характеристики		Количество респондентов	
		%	n
Пол	Женский	91%	166
	Мужской	9%	16
Образование	Среднее	14%	25
	Среднее специальное	10%	19
	Неоконченное высшее	33%	60
	Высшее	43%	78
Занятость	Работают	51%	93
	Получают образование	17%	31
	Совмещают учёбу и работу	19%	35
	Незанятая/ый	13%	23
Семейное положение	Свободна/ен	46%	84
	В отношениях	37%	67
	В браке	17%	31
Дети	Нет	92%	168
	Есть	8%	14

В составе выборки значительно преобладают женщины — 166 человек (91%). Среди респондентов подавляющее большинство, 159 человек (87%), работают и/или получают образование, а 98 человек (54%) состоят в отношениях или в браке, что может свидетельствовать в пользу достаточно высокого уровня социального функционирования респондентов.

Результаты изучения клинических характеристик респондентов представлены в Таблице 3. Возраст постановки диагноза варьировался от 12 до 40 лет, средний возраст постановки диагноза для 95% респондентов составил 22,21 ($\sigma = 3,81$). Стоит отметить, что большое число респондентов, 131 (72%) человек, сообщили о наличии в анамнезе смешанных эпизодов, а 115 человек (63%) — о быстрых сменах состояний, которые считаются маркерами неблагоприятного течения БАР.

Таблица 3. Клинические характеристики выборки

Клинические характеристики		Количество респондентов	
		%	n
Диагноз	БАР I типа	16%	29
	БАР II типа	54%	98
	БАР неуточнённое	30%	55
Состояния, с которыми столкнулись за время жизни с БАР	Эпизоды депрессии	100%	182
	Эпизоды мании	40%	72
	Эпизоды гипомании	90%	163
	Смешанные эпизоды	72%	131
	Быстрые смены состояний	63%	115
Хронические соматические заболевания	Психотические симптомы	34%	62
	Да	38%	69
Другие психические расстройства	Нет	62%	113
	Да	53%	96
Коморбидные психические расстройства	Нет	47%	86
	Тревожные расстройства	35%	63
	ПРЛ	20%	36
	СДВГ	9%	16

	РПП	7%	12
	Наркотическая зависимость	8%	14
	Алкогольная зависимость	7%	12

Разделение респондентов на группы в соответствии с текущим эпизодом заболевания происходило по нескольким признакам: прямым самоотчётам из анкетирования и значениям по симптоматическим шкалам BDI и ASRM. В результате комплексного рассмотрения, 18 респондентов, сообщивших о состоянии эутимии, были отнесены к категории депрессивного эпизода, так как имели результаты от 17 до 45 баллов по шкале депрессии Бека, что соответствует умеренной, выраженной или тяжёлой депрессии. 3 респондентов были переведены из группы эутимии в группу гипомании, так как набрали 6 и более баллов по шкале Альтмана, при этом не показав симптомов депрессии. Также 3 респондента из эутимии и 3 из (гипо)маниакального самоотчёта были переведены в группу смешанного эпизода, так как набрали высокие баллы по обоим шкалам.

Соотношение и длительность текущих эпизодов представлены в Таблице 4. 111 респондентов (61%) находятся в аффективном эпизоде, 71 респондент (39%) — в состоянии без выраженной симптоматики. Для большинства респондентов, 68 человек (76%), вне зависимости от наличия и направленности аффективной симптоматики характерна длительность от нескольких недель до нескольких месяцев.

Таблица 4. Соотношение текущих эпизодов

Текущий эпизод		Количество респондентов	
		%	n
Без выраженных симптомов		39%	71
Аффективный эпизод	Всего	61%	111
	Эпизод депрессии	42%	76
	Эпизод мании или гипомании	6%	11
	Смешанный эпизод	13%	24

Продолжение Таблицы 4. Соотношение текущих эпизодов

Характеристики текущего эпизода: длительность		Количество респондентов	
		%	n
Без выраженных симптомов (n=71)	Меньше недели	14%	10
	Несколько недель или месяц	34%	24
	Несколько месяцев или полгода	41%	29
	Приблизительно год	7%	5
	Несколько лет	4%	3
Эпизод депрессии (n=76)	Меньше недели	9%	7
	Несколько недель или месяц	42%	32
	Несколько месяцев или полгода	36%	27
	Приблизительно год	7%	5
	Несколько лет	7%	5
Эпизод мании или гипомании (n=11)	Меньше недели	27%	3
	Несколько недель или месяц	45%	5
	Несколько месяцев или полгода	18%	2
	Приблизительно год	0%	0
	Несколько лет	9%	1
Смешанный эпизод (n=18)	Меньше недели	46%	11
	Несколько недель или месяц	29%	7
	Несколько месяцев или полгода	21%	5
	Приблизительно год	0%	0
	Несколько лет	4%	1

Мы также изучили репертуар менеджмента БАР выборки. Результаты представлены в Таблице 5.

Таблица 5. Характеристики менеджмента БАР

Аспекты менеджмента БАР		Количество респондентов	
		%	n
Посещают психиатра или психотерапевта	Регулярно	46%	84
	По мере необходимости	54%	98
Медикаментозное лечение	Принимают	96%	175
	Прекратили, согласовав с врачом	4%	7
Опыт госпитализации	Нет	71%	129
	Добровольно	21%	39
	Принудительно	8%	14
Обращались за психологической помощью по вопросам БАР	Никогда	14%	25
	Один или несколько раз	42%	77
	Регулярно	44%	80
Посещали группы поддержки для людей с БАР	Никогда	83%	151
	Один или несколько раз	11%	20
	Регулярно	6%	11
Сейчас в жизни с БАР помогают	Медикаментозное лечение	93%	170
	Опыт предыдущих эпизодов	75%	137
	Близкие люди	62%	112
	Врачи	62%	113
	Информация в интернете	53%	97
	Информация в книгах	40%	72
	Психологи	36%	66
	Другие люди с БАР	21%	39

Подавляющее большинство ответов о регулярности посещений врача, приёме медикаментозной терапии и оценке её как помогающей соответствует ключевой роли фармакотерапии в менеджмента БАР. Учитывая исключение лиц завершивших медикаментозную терапию без согласования с врачом, можно предположить, что уровень медикаментозной комплаентности в

итоговой выборке был достаточно высоким. Кроме того, среди лиц, имевших опыт госпитализации, 39 человек (74%) госпитализировались добровольно.

157 респондентов (86%) также сообщали об опыте психологических консультаций, хотя отметили психологов как актуальный источник помощи только 66 респондентов (36%). Менее востребованной оказалась система помощи равных: подавляющее большинство, 151 респондент (83%), никогда не посещали группы поддержки, всего 39 человек (21%) отметили других людей с БАР как источник помощи в жизни с расстройством.

Близкое окружение оценили полезным в жизни с расстройством 112 человек (62%) респондентов. Достаточно распространённой оказалась стратегия самостоятельного поиска информации в интернете (97 человек, 53%) и в книгах (72 человека, 40%). Кроме предложенных категорий, респонденты упоминали спорт, йогу, практики осознанности и внимательное отношение к себе. Всё вместе образует достаточно богатый репертуар ресурсов для обеспечения качественной жизни с расстройством.

2.3 Методы исследования

2.3.1 Анкетирование

Для получения социально-демографических сведений, информации о клинической картине и опыте проживания с БАР нами была разработана анкета из 25 вопросов. Содержание анкеты определили основные клинические характеристики БАР, а также ключевые аспекты менеджмента расстройства. Полный перечень вопросов можно найти в Приложении А.

2.3.2 HCL-8

Шкала гипомании HCL-32 (англ. the hypomania checklist-32, сокр. HCL) для упрощённого выявления гипоманиакальных состояний в анамнезе была разработана для более чувствительной диагностики БАР II типа и дифференциальной диагностики с рекуррентным депрессивным расстройством Angst и коллегами в 2005 году (Angst et al., 2005). Мосолов и коллеги валидизировали российскую версию опросника (Мосолов и др., 2015).

Для удобства исследования нами была использована сокращённая версия HCL-8. Шкала состоит из 8 вопросов, направленных на выявления гипоманиакальных эпизодов в анамнезе путём самооценки отдельных симптомов гипомании. При обработке результатов мы выбрали версию подсчёта с учётом коэффициентов значимости вопросов. Оптимальная точка разделения для БАР II в этом случае составляет $\geq 9,3$ баллов.

2.3.3 Шкала Альтмана для самооценки мании

Шкала Альтмана для самооценки мании (англ. Altman self-rating mania scale, сокр. ASRM) была разработана в 1997 году Altman E.G. для оценки наличия и степени выраженности симптомов мании и гипомании (Altman et al., 1997). ASRM считается эффективной методикой для скрининга маниакальных состояний и имеет высокую степень корреляции оценочными шкалами, основанными на клиническом интервью, и в частности, шкалой маний Янга.

Шкала состоит из 5 пунктов, основанных на диагностических критериях DSM-IV и описывающих наиболее распространённые симптомы маниакального аффективного полюса: настроение, уверенность в себе, потребность во сне, речь, активность. В каждом пункте респонденту предлагают выбрать одно из 5 утверждений, которое лучше всего описывает то, как он чувствовал себя за прошедшую неделю. Каждому ответу соответствует балл по шкале Ликкерта от 0 до 4, где 0 баллов соответствует отсутствию выраженности симптома, а 4 балла — крайней выраженности. Результат подсчитывается суммированием баллов. Сумма менее 5 баллов оценивается как норма, от 6 до 9 баллов — как

гипомания, от 10 до 12 баллов — как гипомания или мания, от 13 до 20 баллов — как мания.

Несмотря на то что в русскоязычных исследованиях присутствует устойчивый перевод шкалы ASRM, мы не нашли данных о её адаптации на русский язык.

2.3.4 Шкала депрессии Бека

Шкала депрессии Бека (англ. Beck Depression Inventory сокр. BDI) была разработана в 1961 году Беком А.Т. и соавторами (Beck et al., 1961) и включает в себя 21 утверждение, составленное на основе симптомов и жалоб, наиболее релевантных для депрессии. Респонденту предлагается оценить, насколько каждое из 21 утверждений соответствует тому, как он чувствовал себя на этой неделе и сегодня по шкале от 0 до 3 баллов, где 0 баллов соответствует отсутствию выраженности симптома, а 3 балла — крайней выраженности.

Выделяются когнитивно-аффективная субшкала и субшкала соматических проявлений депрессии. Итоговый результат подсчитывается через суммирование баллов. Сумма менее 9 баллов рассматривается как отсутствие депрессивных симптомов, результат от 10 до 15 баллов интерпретируется как лёгкая форма депрессии или субдепрессия, от 16 до 19 баллов — как умеренная депрессия, от 20 до 29 баллов — как выраженная депрессия средней тяжести, от 30 до 63 баллов — как выраженная депрессия в тяжёлой форме.

На русскоязычной выборке методика адаптирована Тарабриной Н.В. с соавторами (Тарабрина, 2001), данная версия использовалась нами при проведении исследования.

2.3.5 Шкала общей самоэффективности

Шкала общей самоэффективности (англ. General Self-Efficacy Scale, сокр. GSE) была разработана Шварцером Р. и Ерусалемом М. в 1981 году и направлена на измерение субъективного ощущения личностной эффективности. Сама концепция самоэффективности предполагает, что ожидание эффективности может существенно влиять на поведение человека и опосредовать его результаты. Русскоязычная версия составлена на основе оригинальной немецкой и адаптированной английской шкалах и валидирована на русскоязычной выборке Ромеком В.Г. в 1996 году (Ромек, 1996).

Шкала состоит из 10 утверждений. Респондента просят оценить свою степень согласия с каждым из утверждений по системе «Абсолютно неверно» (1 балл), «Едва ли это верно» (2 балла), «Скорее всего верно» (3 балла), «Совершенно верно» (4 балла). Итоговый результат получается простым суммированием оценок и лежит в диапазоне от 10 до 40, причём более высокая оценка свидетельствует о более высоком уровне самоэффективности. Среднее значение для русскоязычной выборки составляет $31,93 \pm 4,74$.

2.3.6 Шкала самоэффективности менеджмента биполярного расстройства

Шкала самоэффективности менеджмента биполярного расстройства (англ. The Bipolar Self-Efficacy Scale, сокр. BPSES) BPSES была разработана в 2019 году для оценки самоэффективности менеджмента БАР (Smith, 2019). Оценка эффективности шкалы проводилась на лицах с БАР (N=303). Исследование показало, что шкала надёжна, чувствительна к изменениям и может быть использована для оценки прогресса в психотерапии. Кроме того, шкала BPSES оказалась более точным предиктором депрессии и качества жизни, чем шкала общей самоэффективности. Шкала BPSES не показала взаимосвязи с самоотчётами о текущем маниакальном или гипоманиакальном состоянии.

Сравнение однофакторной и многофакторной моделей показало, что усреднённый балл из 17 самооценок является точной мерой

самоэффективности менеджмента БАР. Респонденту предъявляется 17 утверждений, каждое из которых описывает один из аспектов менеджмента БАР: «Регулярно посещать врача», «Разговаривать о своём расстройстве с другими людьми», «Придерживаться одинакового количества часов сна день ото дня» и др. Респондента просят оценить, насколько он уверен, что может выполнять каждое из перечисленных действий, по шкале от 0 до 10, где 0 — «Точно не могу», 5 — «Наверное, могу», 10 — «Точно могу». Более высокий результат свидетельствует о более высоком уровне самоэффективности менеджмента БАР.

Опросник не был ранее адаптирован на русскоязычной выборке. Шкала была переведена нами на русский язык. Оригинальный и адаптированный бланки опросника можно увидеть в Приложении В.

2.3.7 Опросник «Когнитивная регуляция эмоций»

Когнитивная регуляция эмоций (англ. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, сокр. CERQ) — это опросник, который был разработан Гарнефски Н. и Крайг В. в 2007 году для диагностики основных когнитивных способов регуляции эмоций. В нашем исследовании использовалась версия, адаптированная на русский язык и валидизированная в 2010 году Писаревой О.Л. и Гриценко А. (Писарева, Гриценко, 2010).

Опросник состоит из 36 утверждений, описывающих мысли, характерные для разных способов когнитивной регуляции эмоций. Респондента просят оценить, насколько часто в трудной ситуации его посещают мысли из каждого утверждения по шкале: 1 — никогда, 2 — иногда, 3 — не знаю, 4 — часто, 5 — всегда. Подсчитывается средний балл по 9 субшкалам, каждая из которых характеризует способ когнитивной регуляции эмоций: катастрофизация, обвинение, перефокусировка на планирование, позитивный пересмотр, положительная перефокусировка, помещение в перспективу, принятие, самообвинение и сосредоточение. При этом более адаптивными считаются

перефокусировка на планирование, позитивный пересмотр, положительная перефокусировка, помещение в перспективу, а менее адаптивными — катастрофизация, обвинение, самообвинение и сосредоточение. Принятие в разных исследованиях включают то в одну, то в другую категории и оценивают как пограничную стратегию (Deliu-Soler et al., 2017; Schäfer et al. 2018).

В нашем исследовании мы использовали перевод названия шкалы «Rumination» как «Руминации», а не «Сосредоточение», так как этот вариант кажется нам более точным и информативным.

2.3.8 Опросник «Сочувствие к себе»

Опросник «Сочувствие к себе» (англ. Self-Compassion Scale, сокр. SCS) был разработан Нефф К.Д. в 2003 году для измерения способности к самосостраданию (Neff, 2003). Автор связывает сочувствующее отношение к себе с эмпатией, принципами осознанности и проактивными, принимающими стратегиями регуляции эмоций, при которых люди стремятся исследовать и выразить свои переживания адаптивным способом. Опросник был оценён надёжным и валидным и показал взаимосвязь с удовлетворённостью жизнью, тревожностью и депрессией. SCS был переведён на русский язык и валидирован Чистопольской К.А. и коллегами в 2020 году (Чистопольская и др., 2020).

Опросник состоит из 26 утверждений, каждое из которых респондент оценивает по шкале: 1 — Почти никогда, 2 — Редко, 3 — Нечто среднее, 4 — Часто, 5 — Почти всегда. Подсчитываются средние результаты по 6 субшкалам, соответствующим особенностям отношения к себе. 3 из них считаются позитивными: «Доброта к себе», «Самокритика», «Общность с человечеством», а 3 — негативными: «Самоизоляция», «Внимательность», «Чрезмерная идентификация». Чем больше балл по субшкале, тем больше выражена та или иная особенность самоотношения. Также может быть подсчитан общий

средний балл с инвертацией негативных шкал. Большой балл по этой шкале свидетельствует о более высоком уровне сочувствия к себе.

2.4 Математико-статистические методы обработки данных

Для анализа использовался язык R версии 4.1.3 в IDE RStudio версии 2022.02.1+461.

Для описания параметрических данных с нормальным распределением использовались показатели среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$), для непараметрических данных и параметрических данных с распределением, отклоняющимся от нормального, – медиана и первый и третий квартили (Med [Q1; Q3]).

Для проверки гипотезы о взаимосвязи психологических особенностей и клинической картиной лиц с БАР использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Для множественной корреляции использовалась поправка Бенджамини-Хохберга. Ранговые методы использовались, так как данные психологических опросников измеряются в ранговых шкалах.

Мы также провели эксплораторный факторный анализ для оценки психометрических свойств методики самооффективности менеджмента БАР. Метод извлечения факторов — метод минимальных остатков, применяли вращение Варимакс.

ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1 Результат исследования психологических особенностей лиц с БАР

Результаты исследования психологических особенностей лиц с БАР с использованием опросников представлены в таблице 6.

Таблица 6. Результаты исследования психологических особенностей лиц с БАР

Название методики и шкалы		М	σ
Шкала общей самооффективности		25,59	6,19
Шкала самооффективности менеджмента БАР		6,07	1,60
Опросник когнитивной регуляции эмоций	Самообвинение	3,51	0,95
	Обвинение	2,37	0,95
	Принятие	3,52	0,81
	Перефокусировка на планирование	3,36	1,00
	Положительная перефокусировка	2,23	0,94
	Руминации	3,81	0,89
	Позитивный пересмотр	2,94	1,11
	Помещение в перспективу	2,73	0,92
	Катастрофизация	3,02	1,04
Опросник сочувствие к себе	Общий балл	2,37	0,71
	Доброта к себе	2,56	1,03
	Самокритика	3,67	0,98
	Общность с человечеством	2,52	0,96
	Самоизоляция	3,88	0,96
	Внимательность	2,77	0,94
	Чрезмерная идентификация	4,12	0,82

Показатель общей самооффективности снижен по сравнению с выборкой условно здоровых респондентов: $25,59 \pm 6,19$ и $31,93 \pm 4,74$ соответственно (Шварцер и др., 1996). Выраженной диспропорции между адаптивными и дезадаптивными стратегиями когнитивной регуляции эмоций обнаружено не

было. Негативные факторы самоотношения выражены сильнее, чем позитивные (рис. 5).

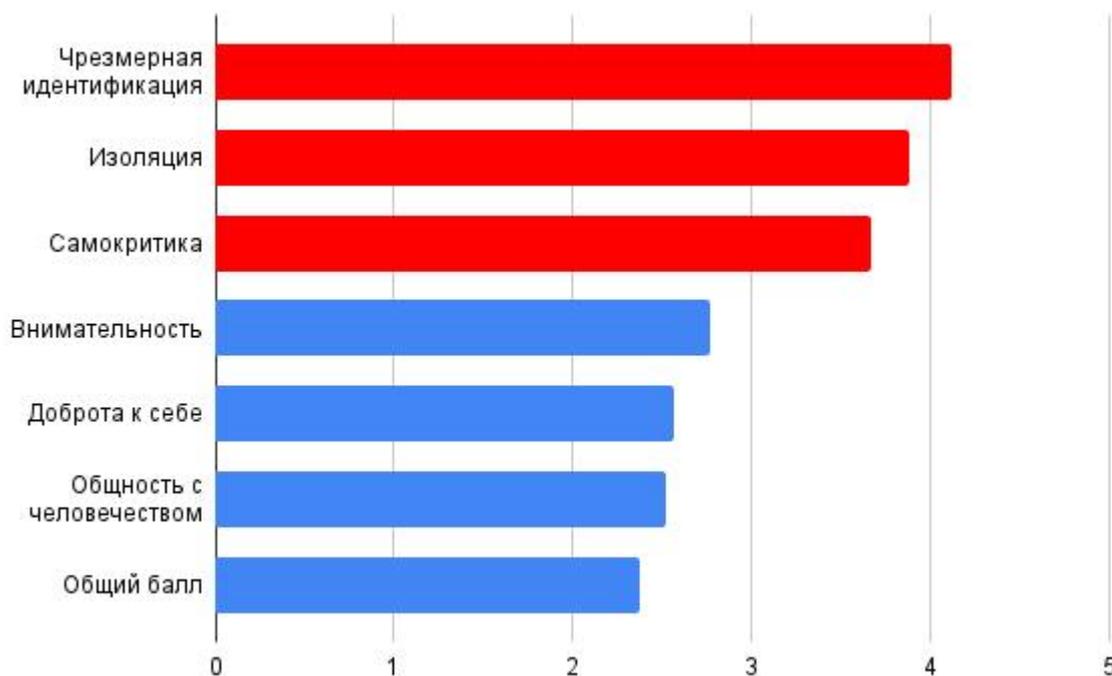


Рис.5. Результаты опросника «Сочувствие к себе»

3.2 Результат анализа взаимосвязей психологических особенностей лиц с БАР

3.2.4 Взаимосвязь самооффективности и сочувствия к себе

Для проверки гипотезы о взаимосвязи самооффективности и сочувствия к себе использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Полученные результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7. Взаимосвязь самооффективности и сочувствия к себе

Сочувствие к себе	Самооффективность	
	Общая	Менеджмента БАР
Общий балл	0.46****	0.58****

Продолжение таблицы 7. Взаимосвязь самооффективности и сочувствия к себе

	Самооффективность	
	Общая	Менеджмента БАР
Сочувствие к себе		
Доброта к себе	0.39****	0.57****
Самокритика	-0.32****	-0.46****
Общность с человечеством	0.40****	0.48****
Самоизоляция	-0.27***	-0.32****
Внимательность	0.47****	0.53****
Чрезмерная самоидентификация	-0.31****	-0.31****

Прим.: $p < .0001$ “****”, $p < .001$ “***”, $p < .01$ “**”, $p < .05$ “*”

Как общая самооффективность, так и самооффективность менеджмента БАР показали надёжную положительную корреляцию со всеми позитивными аспектами самоотношения и отрицательную — со всеми негативными. Причём для большинства шкал связь особенностей самоотношения с самооффективностью менеджмента БАР была сильнее, чем с общей самооффективностью.

3.2.5 Взаимосвязь самооффективности и когнитивной регуляции эмоций

Для проверки гипотезы о взаимосвязи самооффективности и когнитивной регуляции эмоций использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Полученные результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8. Взаимосвязь самооффективности и когнитивной регуляции эмоций

	Самооффективность	
	Общая	Менеджмента БАР
Когнитивная регуляция эмоций		
Самообвинение	-0.18*	-0.25**
Обвинение	0.07	0.08
Принятие	0.07	0.12

Продолжение таблицы 8. Взаимосвязь самооффективности и когнитивной регуляции эмоций

Перефокусировка на планирование	0.49****	0.42****
Положительная перефокусировка	0.40****	0.36****
Руминации	0.01	0.09
Позитивный пересмотр	0.50****	0.42****
Помещение в перспективу	0.31****	0.26***
Катастрофизация	-0.31****	-0.26***

Прим.: $p < .0001$ “****”; $p < .001$ “***”, $p < .01$ “**”, $p < .05$ “*”

Обнаружена положительная взаимосвязь как общей самооффективности, так и самооффективности менеджмента БАР и условно адаптивных стратегий когнитивной регуляции эмоций: перефокусировки на планирование, положительной перефокусировки, позитивного пересмотра и помещения в перспективу. Оба аспекта самооффективности отрицательно коррелируют с менее адаптивными стратегиями когнитивной регуляции эмоций: самообвинением и катастрофизацией. Для большинства стратегий сила связей с общей самооффективностью несколько больше, чем с самооффективностью менеджмента БАР.

3.3 Результат анализа психологических особенностей лиц с БАР с разной степенью выраженности симптомов

3.3.1 Взаимосвязь выраженности симптомов депрессии и психологических особенностей

Для проверки гипотезы о взаимосвязи выраженности симптомов депрессии и психологических особенностей лиц с БАР использовался ранговый

коэффициент корреляции Спирмена. Полученные результаты представлены в таблице 9.

Таблица 9. Взаимосвязь выраженности симптомов депрессии и психологических особенностей

	Взаимосвязь с выраженностью симптомов депрессии по шкале Бека	
	r	p
<i>Самоэффективность</i>		
Общая самооффективность	-0.51	< .0001
Самоэффективность менеджмента БАР	-0.57	< .0001
<i>Особенности самоотношения</i>		
Общий балл сочувствия к себе	-0.56	< .0001
Доброта к себе	-0.52	< .0001
Самокритика	0.45	< .0001
Общность с человечеством	-0.39	< .0001
Самоизоляция	0.36	< .0001
Внимательность	-0.38	< .0001
Чрезмерная самоидентификация	0.38	< .0001
<i>Особенности саморегуляции</i>		
Самообвинение	0.27	< .001
Обвинение	0.00	> .05
Принятие	0.01	> .05
Перефокусировка на планирование	-0.16	< .05
Положительная перефокусировка	-0.23	< .01
Руминации	-0.06	> .05
Позитивный пересмотр	-0.24	< .01
Помещение в перспективу	-0.19	< .05
Катастрофизация	0.36	< .0001

Анализ показал, что выраженность депрессивной симптоматики отрицательно коррелирует с самооффективностью, причём с самооффективностью менеджмента БАР больше, чем с общей

самоэффективностью. Также обнаружены взаимосвязи с особенностями самоотношения: отрицательные — со всеми позитивными аспектами самоотношения, положительные — со всеми негативными аспектами самоотношения. Обнаружены положительные корреляции с дезадаптивными стратегиями когнитивной регуляции эмоций (самообвинение, катастрофизация) и отрицательные — с адаптивными (перефокусировка на планирование, позитивный пересмотр, помещение в перспективу).

3.3.2 Сравнительный анализ психологических особенностей лиц с БАР в аффективном эпизоде и состоянии без выраженных симптомов

Для сравнения психологических особенностей лиц с БАР в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов использовался непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 10.

Таблица 10. Психологические особенности лиц с БАР в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

	Текущее состояние				U	p-value
	Аффективный эпизод		Без выраженных симптомов			
	M	σ	M	σ		
Шкала общей самоэффективности	24,09	6,39	27,94	5,08	2465.0	0.000*
Шкала самоэффективности менеджмента БАР	5,47	1,45	7,01	1,38	1762.5	0.000*
Самообвинение	3,7	0,97	3,22	0,86	5144.5	0.000*
Обвинение	2,37	1,03	2,37	0,82	3850.0	0.794
Принятие	3,53	0,82	3,5	0,79	4011.5	0.838
Перефокусировка на планирование	3,27	1,06	3,49	0,88	3485.0	0.188

Продолжение таблицы 10. Психологические особенности лиц с БАР в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

	Текущее состояние				U	P-value
	Аффективный эпизод		Без выраженных симптомов			
	M	σ	M	σ		
Положительная перефокусировка	2,11	0,94	2,41	0,93	3129.0	0.019*
Руминации	3,88	0,86	3,7	0,92	4419.0	0.166
Позитивный пересмотр	2,81	1,12	3,13	1,06	3290.0	0.060
Помещение в перспективу	2,66	1	2,85	0,76	3350.5	0.088
Катастрофизация	3,28	1,05	2,63	0,89	5335.5	0.000*
Сочувствие к себе общ.	2,11	0,59	2,77	0,68	1808.0	0.000*
Доброта к себе	2,2	0,89	3,13	0,99	1856.0	0.000*
Самокритика	3,95	0,91	3,23	0,93	5667.0	0.000*
Общность с человечеством	2,27	0,92	2,92	0,88	2361.0	0.000*
Самоизоляция	4,09	0,89	3,54	0,98	5321.5	0.000*
Внимательность	2,53	0,9	3,13	0,88	2457.5	0.000*
Чрезмерная идентификация	4,3	0,75	3,85	0,85	5318.5	0.000*

Сравнение показало, что большое количество изученных нами психологических особенностей отличаются у лиц с БАР в зависимости от текущей фазы заболевания. В Приложении Д представлена визуализация всех значимых межгрупповых различий.

Различия касаются выраженности как благоприятных, так и неблагоприятных психологических особенностей и укладываются в общую тенденцию нарастания неблагополучия в аффективном эпизоде. Она выражается в снижении показателей самооффективности (общей и

менеджмента БАР), заострении стратегии катастрофизации и негативном самоотношении.

3.4 Оценка психометрических свойств опросника самооффективности менеджмента БАР

Мы провели эксплораторный факторный анализ и проанализировали полученную бифакторную модель (рис.6). Метод извлечения факторов — метод минимальных остатков, применяли вращение Варимакс. Мы получили высокое значение Альфа Кронбаха — 0.89, как и Омега G — 0.92, что свидетельствует в пользу высокой согласованности методики. Коэффициент Омега иерархический составил меньше — 0.66. Эти результаты показывают, что 17 пунктов BPSES могут быть усреднены для формирования надёжного составного балла, средний балл является точным измерение общего фактора самооффективности менеджмента БАР, который лежит в основе всех пунктов, а подшкалы вычислять не следует.

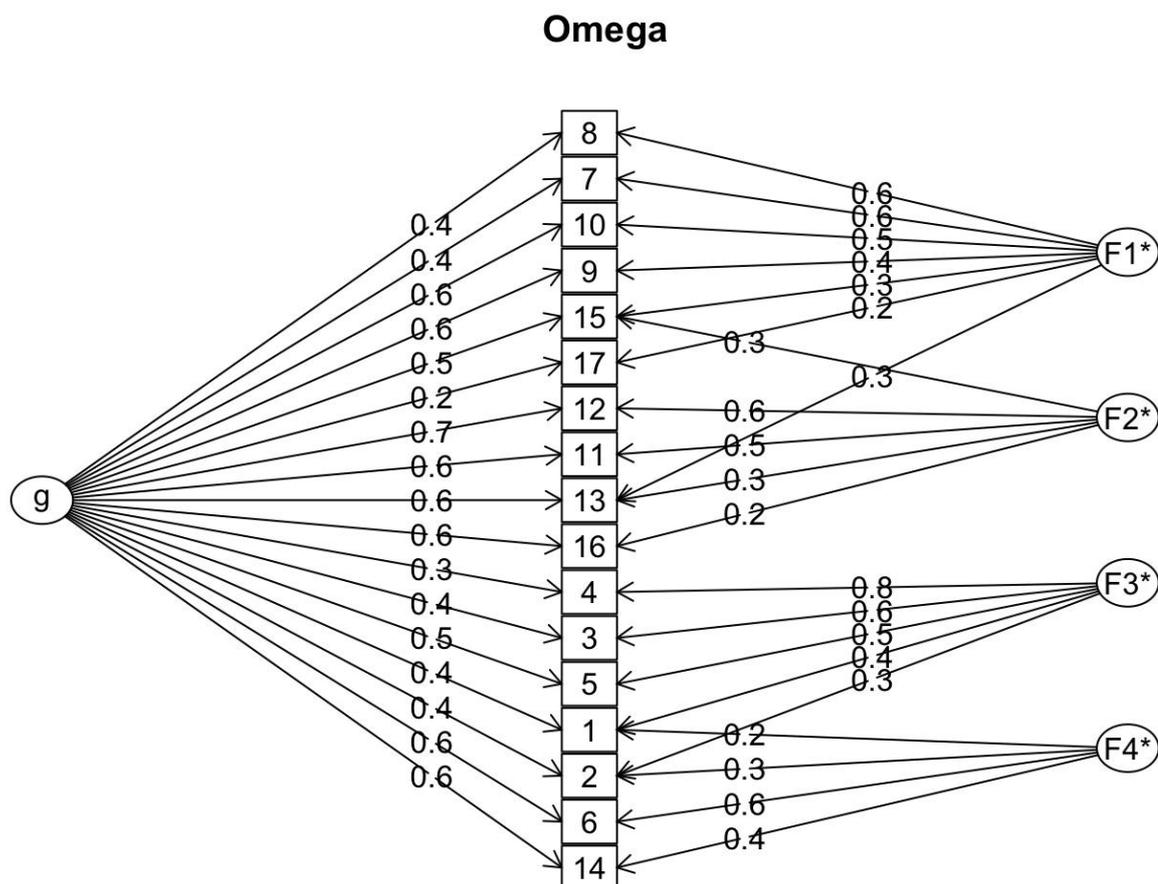


Рис. 6. Бифакторная модель BPSES

3.5 Вклад самооффективности менеджмента БАР в выбор стратегий саморегуляции

Для более точной оценки вклада самооффективности менеджмента БАР в выбор стратегий саморегуляции мы провели исследование частной корреляции самооффективности менеджмента БАР и особенностей саморегуляции с ковариатой общей самооффективности. Для анализа использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Полученные данные представлены в таблице 11.

Таблица. 11. Частная корреляция самооффективности менеджмента БАР и особенностей саморегуляции с ковариатой общей самооффективности.

Параметр	estimate	p.value	statistic
Самообвинение	-0.184	0.013*	-2.501
Обвинение	0.054	0.472	0.721
Принятие	0.100	0.179	1.349
Перефокусировка на планирование	0.227	0.002*	3.115
Положительная перефокусировка	0.193	0.009*	2.630
Руминации	0.102	0.172	1.373
Позитивный пересмотр	0.214	0.004*	2.928
Помещение в перспективу	0.121	0.105	1.629
Катастрофизация	-0.120	0.108	-1.614
Сочувствие к себе общ.	0.444	0.000*	6.624
Доброта к себе	0.471	0.000*	7.145
Самокритика	-0.367	0.000*	-5.283
Общность с человечеством	0.340	0.000*	4.830
Самоизоляция	-0.223	0.003*	-3.063
Внимательность	0.383	0.000*	5.540
Чрезмерная идентификация	-0.188	0.011*	-2.556

Мы также провели исследование частной корреляции самооффективности менеджмента БАР и особенностей саморегуляции с ковариатой выраженности депрессивных симптомов по шкале Бека. Для анализа использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Полученные данные представлены в таблице 12.

Таблица 12. Частная корреляция самооффективности менеджмента БАР и особенностей саморегуляции с ковариатой выраженности депрессивных симптомов по шкале Бека

Параметр	estimate	p.value	statistic
Самообвинение	-0.121	0.105	-1.630
Обвинение	0.096	0.198	1.292
Принятие	0.160	0.032*	2.167
Перефокусировка на планирование	0.411	0.000*	6.034
Положительная перефокусировка	0.283	0.000*	3.950
Руминации	0.151	0.042*	2.049
Позитивный пересмотр	0.352	0.000*	5.037
Помещение в перспективу	0.187	0.012*	2.545
Катастрофизация	-0.066	0.375	-0.890
Сочувствие к себе общ.	0.377	0.000*	5.451
Доброта к себе	0.395	0.000*	5.746
Самокритика	-0.280	0.000*	-3.898
Общность с человечеством	0.331	0.000*	4.700
Самоизоляция	-0.155	0.037*	-2.103
Внимательность	0.411	0.000*	6.037
Чрезмерная идентификация	-0.130	0.081	-1.757

3.6 Обсуждение результатов

Обнаружены следующие психологические особенности лиц с БАР. Показатель общей самооффективности лиц с БАР снижен по сравнению с выборкой условно здоровых респондентов (Шварцер и др., 1996). Выраженной диспропорции между адаптивными и дезадаптивными стратегиями когнитивной регуляции эмоций обнаружено не было, хотя в сравнении с группой условно здоровых респондентов в исследованиях у лиц с БАР наблюдается заострение дезадаптивных стратегий и ослабление адаптивных (Wolkenstein et al., 2014). Негативные факторы самооотношения выражены сильнее, чем позитивные, что согласуется с исследованием зарубежных коллег (Døssing et al., 2015).

Психологические особенности лиц с БАР, значимые для течения заболевания, уровня психосоциального функционирования и качества жизни с расстройством, существуют не изолировано друг от друга, а в тесной системе взаимосвязей. На рис. 7 представлена визуализация всех взаимосвязей, обнаруженных нами в ходе исследования с учётом силы корреляции (насыщенность цвета), но без учёта её направленности.

Из рисунка отчётливо видно, что категории самооффективности образуют широкий репертуар взаимосвязей с другими психологическими особенностями. Общая самооффективность и самооффективность менеджмента БАР связаны между собой средней положительной корреляцией. Их взаимосвязи с другими психологическими особенностями всегда совпадают по направленности, но отличаются составом, силой и надёжностью корреляций. Это согласуется с теоретическими представлениями о том, что оба показателя охватывают одну категорию убеждений, но чувствительны к разным её частям.

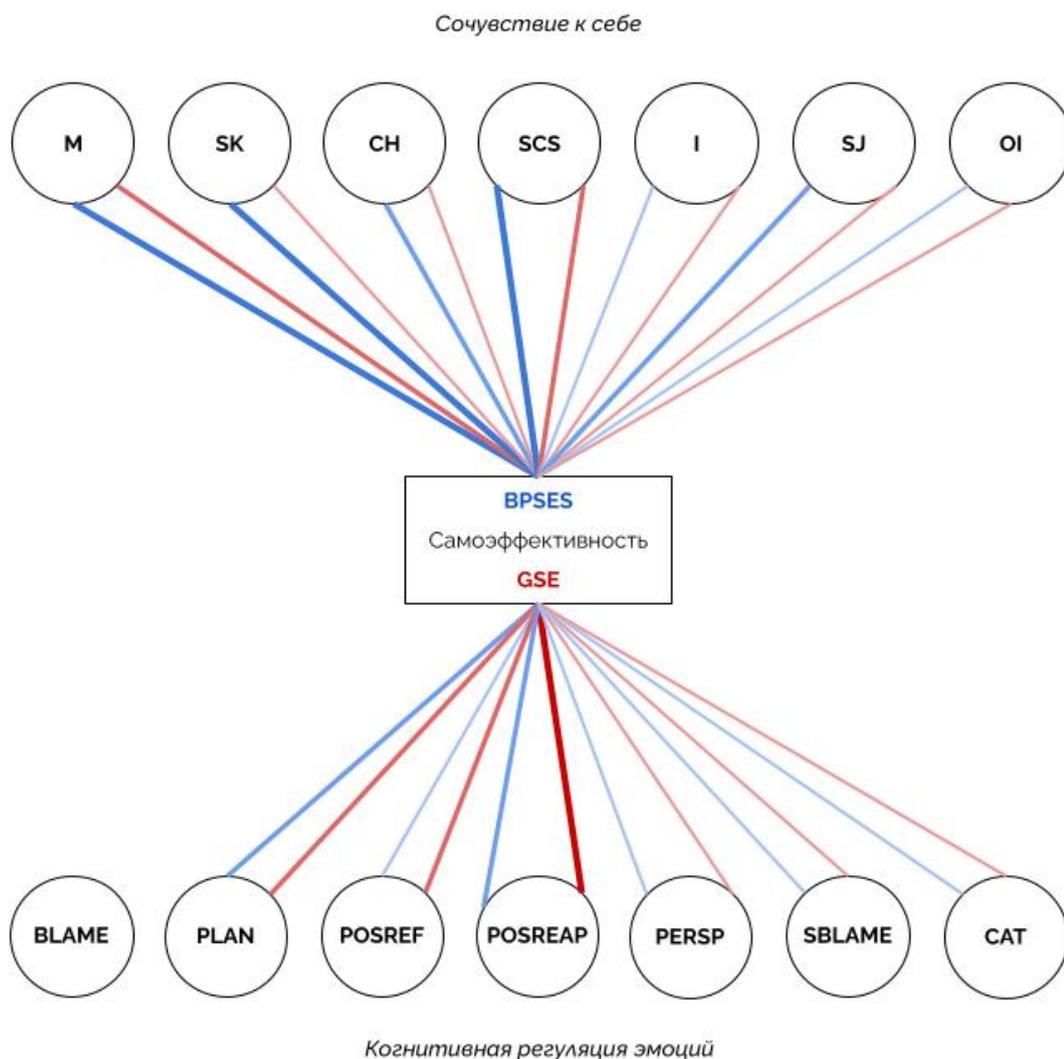


Рис 7. Визуализация взаимосвязей психологических особенностей лиц с БАР, обнаруженных во время исследования.

Прим. Сила корреляции соответствует насыщенности цвета, направленность не учитывается. Сокращения: М - внимательность, SK - доброта к себе, CH - общность с человечеством, SCS - общий балл сочувствия к себе, I - самоизоляция, SJ - самокритика, OI - чрезмерная идентификация, BLAME - обвинение, PLAN - перефокусировка на планирование, POSREF - положительная перефокусировка, POSREAP - позитивный пересмотр, PERSP - помещение в перспективу, SBLAME - самообвинение, CAT - катастрофизация.

Хотя и общая самооффективность, и самооффективность менеджмента БАР были связаны со всеми положительными и отрицательными показателями самоотношения, для самооффективности менеджмента БАР эта взаимосвязь оказалась сильнее. Зато общая самооффективность показала более сильные

связи с показателями когнитивной регуляции эмоций, что может свидетельствовать в пользу того, что сочувствие к себе более тесно связано с менеджментом расстройства.

Многочисленные связи самооффективности и особенностей когнитивной и эмоциональной саморегуляции, а также анализ частных корреляций с ковариатой общей самооффективности и выраженности депрессивных симптомов согласуются с теоретическим концептом и подтверждают оригинальную идею о том, что ожидание самооффективности модулирует поведение, тем самым опосредуя его исход (рис. 8). Для лиц с БАП таким эффектом обладает как общая самооффективность, так и самооффективность менеджмента заболевания. Отрицательная связь самооффективности менеджмента БАП и симптомов депрессии была обнаружена и в исследовании зарубежных коллег, посвященному созданию методики измерения самооффективности менеджмента БАП (Smith, 2019).

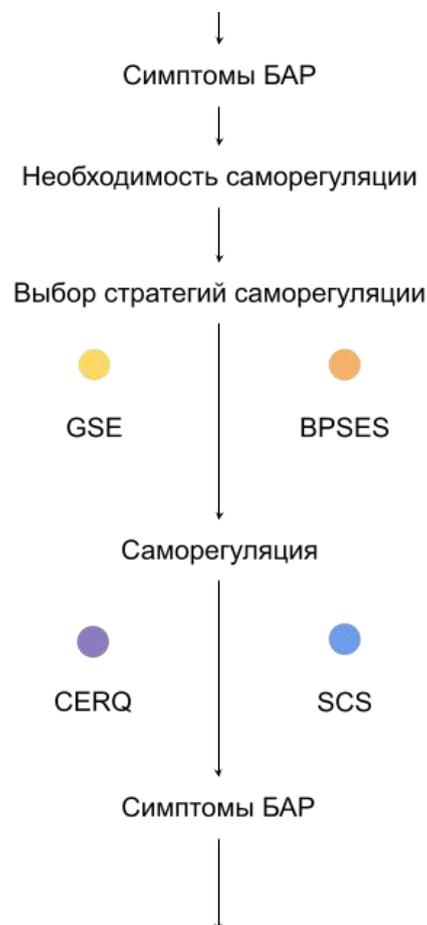


Рис 8. Возможная модель психологических особенностей лиц с БАР.

Прим.: GSE — общая самооффективность, BPSES — самооффективность менеджмента БАР, CERQ — когнитивная регуляция эмоций, SCS — сочувствие к себе

Помимо внутренней системы взаимосвязей, внимания заслуживает взаимосвязь психологических особенностей и клинической картины БАР. Симптомы заболевания и устойчивые психические особенности существуют в тесной взаимосвязи. С одной стороны, специфика расстройства предполагает изменение эмоциональных, когнитивных и поведенческих особенностей в разные фазы заболевания. С другой стороны, теоретические модели и многочисленные исследования эффективности психотерапии показывают, что изменения в представлениях, особенностях саморегуляции, навыках менеджмента расстройства меняют его течение. Всё это закономерно ставит перед исследователями вопрос об устойчивости тех или иных наблюдений или тесной связи с течением болезни. Для того, чтобы предложить некоторые ответы на этот вопрос, мы проанализировали зависимость психологических особенностей от выраженности депрессивных и маниакальных симптомов, сравнили группы лиц с БАР в состоянии аффективного эпизода и эутимии.

Как общая самооффективность, так и самооффективность менеджмента БАР были ниже в группе лиц в острой фазе заболевания и оказались тесно связаны с симптомами депрессии. Это свидетельствует в пользу изменчивости самооффективности при смене фаз заболевания.

Среди стратегий когнитивной регуляции эмоций две условно дезадаптивные стратегии, принятие и руминации, оказались выше среднего в выборке лиц с БАР, не показали связей с симптомами депрессии и различий в группах эутимии и аффективного эпизода. Это может свидетельствовать в пользу того, что эти стратегии когнитивной регуляции эмоций устойчивы у лиц в БАР вне зависимости от симптомов. Большинство других стратегий показали взаимосвязь с симптомами депрессии, но не отличались при групповом сравнении.

Всё вышеизложенное свидетельствует в пользу того, что психологические особенности лиц с БАР существуют в тесной взаимосвязи друг с другом и с течением заболевания. Прослеживаются паттерны устойчивых и связанных с фазой заболевания дезадаптивных искажений. Сведения, полученные в этом исследовании, могут быть использованы для оказания психологической помощи лицам с БАР, подготовке материалов по самопомощи и дальнейшего исследования вопроса.

ВЫВОДЫ

1) Показатель общей самооффективности лиц с БАР снижен по сравнению с выборкой условно здоровых респондентов. Выраженной диспропорции между адаптивными и дезадаптивными стратегиями когнитивной регуляции эмоций обнаружено не было. Негативные факторы самоотношения выражены сильнее, чем позитивные.

2) Самооффективность менеджмента БАР, когнитивная регуляция эмоций и сочувствие к себе у лиц с БАР связаны друг с другом и с динамикой клинических симптомов.

3) Эти психологические особенности отличаются у лиц с БАР в зависимости от текущей фазы заболевания. Различия касаются выраженности как благоприятных, так и неблагоприятных психологических особенностей и укладываются в общую тенденцию нарастания неблагополучия в аффективном эпизоде. Она выражается в снижении показателей самооффективности (общей и менеджмента БАР), заострении стратегии катастрофизации и диспропорции негативных и положительных факторов самоотношения.

4) Опросник самооффективности менеджмента БАР показал внутреннюю высокую согласованность. Анализ бифакторной модели показал, что средний балл является точным измерением общего фактора биполярной самооффективности, который лежит в основе всех пунктов, а подшкалы вычислять не следует. Показатель самооффективности образует множественное количество взаимосвязей с психологическими особенностями лиц с БАР, в особенности с сочувствием к себе. Связь с самооффективностью свидетельствует в пользу конвергентной валидности самооффективности менеджмента БАР.

5) При рассмотрении взаимосвязей с частными ковариатами, соответствующими выраженности симптомов депрессии и общей самооффективности, показатель самооффективности менеджмента БАР сохраняет связи с адаптивными стратегиями саморегуляции (планирование, положительная рефокусировка, позитивный пересмотр) и со всеми аспектами

сочувствия к себе, кроме чрезмерной самоидентификации. Это может свидетельствовать в пользу того, что показатель самооффективности менеджмента БАР информативен и не сводится к интенсивности симптомов депрессии и общей самооффективности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование было направлено на изучение особенностей саморегуляции лиц с БАР с разной клинической картиной. Хотя прежде психологические особенности лиц с БАР многократно становились объектом исследований, их не рассматривали комплексно в системе взаимосвязей друг с другом и с клинической картиной.

Мы обнаружили, что самооффективность, сочувствие к себе и когнитивная регуляция эмоций связаны друг с другом и сонаправлены. Результаты свидетельствуют в пользу наличия как устойчивых искажений, так и тенденции нарастания неблагополучия в аффективном эпизоде. В виду образования большого количества взаимосвязей с другими психологическими особенностями, несводимых к взаимосвязи с общей самооффективностью и выраженностью симптомов депрессии, самооффективность менеджмента БАР может выступать информативным показателем для скрининга особенностей саморегуляции лиц с БАР. Все эти знания могут быть использованы для комплексного рассмотрения психологических особенностей лиц с БАР в психотерапии, выборе терапевтических мишеней и дальнейшего исследования.

Опросник самооффективности менеджмента БАР показал высокую согласованность и может быть предложен в качестве инструмента для исследовательской работы, а также оценки в терапевтическом и консультативном процессах.

Ограничения исследования связаны с использованием невалидизированной методики, отсутствием развёрнутой клинической оценки состояния респондентов врачом-психиатром. Из-за низкой представленности лиц с БАР I типа и гипоманиакальными или маниакальными состояниями невозможно полно судить о тенденциях в связи психологических особенностей и разных аффективных фаз.

В дальнейшем нам бы хотелось валидизировать на русскоязычной выборке методику BPSES, которая хорошо зарекомендовала себя в нашем

исследовании. А также изучить специфику психологических особенностей на группе лиц с более выраженными маниакальными или гипоманиакальными симптомами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2019. 416 с.
2. Мосолов С. Н. [и др.]. Валидизация российской версии опросника hcl-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством ii типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 1 (25). С. 21–30.
3. Писарева О.Л., Гриценко А. Когнитивная регуляция эмоций // Философия и социальные науки: Научный журнал. 2011. № 2. С. 64–69.
4. Ромек В. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // Иностранная психология. 1996. № 7. С. 71-77.
5. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
6. Чистопольская К. А. [и др.]. Концепт «Сочувствие к себе»: российская адаптация опросника Кристин Нефф // Культурно-историческая психология. 2020. № 4 (16). С. 35–48.
7. Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема//Иностранная психология. 1996. № 7. С. 71-77.
8. Abraham K. M. [и др.]. Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder // Journal of Nervous and Mental Disease. 2014. № 8 (202). С. 583–588.
9. Akiskal H. S. [и др.]. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania // Journal of Affective Disorders. 1998. (50). С. 175–186.
10. Akiskal H. S., Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, 11, 111, and IV // Bipolarity: beyond classic mania. 1999. № 3 (22). С. 517–534.
11. Altman E. G. [и др.]. The Altman Self-Rating Mania Scale // Biol Psychiatry. 1997. (42). С. 948–955.

12. Altman S. [и др.]. Predictors of relapse in Bipolar Disorder: A Review // *Journal of Psychiatric Practice*. 2006. № 5 (12). С. 269–282.
13. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons // *International Clinical Psychopharmacology*. 1998. № 6 (13). С. S1–S4.
14. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. 1998.
15. Angst J. [и др.]. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // *Journal of Affective Disorders*. 2005. № 2 (88). С. 217–233.
16. Ashok A. H. [и др.]. The dopamine hypothesis of bipolar affective disorder: The state of the art and implications for treatment // *Molecular Psychiatry*. 2017. № 5 (22). С. 666–679.
17. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change // *Psychological Review*. 1977. № 2 (84). С. 191–215.
18. Barlow J. [и др.]. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review // *Patient Education and Counseling*. 2002. № 48. С. 177–187.
19. Basco M. Ramirez., Rush A. John. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder / M. Ramirez. Basco, A. John. Rush, Guilford Press, 2005. 1–324 с.
20. Beck A. T. [и др.]. An Inventory for Measuring Depression // *Archives of general psychiatry*. 1961. (4). С. 53–63.
21. Berk M. [и др.]. Staging in bipolar disorder: from theoretical framework to clinical utility // *World Psychiatry*. 2017. № 3 (16). С. 236–244.
22. Bienvenu O. J., Davydow D. S., Kendler K. S. Psychiatric diseases versus behavioral disorders and degree of genetic influence // *Psychological Medicine*. 2011. № 1 (41). С. 33–40.
23. Blair C., Diamond A. Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure // *Development and Psychopathology*. 2008. № 3 (20). С. 899–911.

24. Brody G. H., Ge X. Linking Parenting Processes and Self-Regulation to Psychological Functioning and Alcohol Use During Early Adolescence // *Journal of Family Psychology*. 2001. № 1 (15). С. 82–94.
25. Calabrese, J. R. [и др.]. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample // *The Journal of clinical psychiatry*. 2003. №64 (4). С 425–432.
26. Chakrabarti S. Treatment Attitudes and Adherence among Patients with Bipolar Disorder: A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Studies // *Harvard Review of Psychiatry*. 2019. Т. 27. № 5. С. 290–302.
27. Clemente A. S. [и др.]. Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-analysis of the literature // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2015. Т. 37. № 2. С. 155–161.
28. Colom F. [и др.]. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders // *Bipolar Disorders*. 2005. № 5 (7). С. 24–31.
29. Colom F., Lam D. Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder // *European Psychiatry*. 2005. № 5–6 (20). С. 359–364.
30. Colom F., Vieta E. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder* / F. Colom, E. Vieta, Cambridge University Press, 2006. 218 с.
31. Cutler C. G. Self-efficacy and social adjustment of patients with mood disorder // *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2005. № 5 (11). С. 283–289.
32. Dodd A. [и др.]. Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review // *Journal of Affective Disorders*. 2019. (246). С. 262–284.
33. Dome P., Rihmer Z., Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: A brief review // *Medicina (Lithuania)*. 2019. Т. 55. № 8.
34. Døssing M. [и др.]. Low self-compassion in patients with bipolar disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2015. (60). С. 53–58.
35. Fava G. A. [и др.]. Prodromal symptoms in primary major depressive disorder // *Journal of Affective Disorders*. 1990. (19). С. 149–152.

36. Feliu-Soler A. [и др.]. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in patients with fibromyalgia syndrome // *Frontiers in Psychology*. 2017. № DEC (8).
37. Finkenauer C., Engels R. C. M. E., Baumeister R. F. Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control // *International Journal of Behavioral Development*. 2005. № 1 (29). С. 58–69.
38. Fountoulakis K. N. [и др.]. A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. 2013. Т. 15. № 2. С. 115–137.
39. Garnefski N., Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults // *European Journal of Psychological Assessment*. 2007. № 3 (23). С. 141–149.
40. Ghaemi S. N. [и др.]. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale // *Journal of Affective Disorders*. 2005. № 2–3 (84). С. 273–277.
41. Grady P. A., Gough L. L. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions // *Public Health*. 2014. (104). С. 25–31.
42. Greenhouse W. J., Meyer B., Johnson S. L. Coping and medication adherence in bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*. 2000. № 3 (59). С. 237–241.
43. Hibar D. P. [и др.]. Cortical abnormalities in bipolar disorder: An MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group // *Molecular Psychiatry*. 2018. № 4 (23). С. 932–942.
44. Hirschfeld R. M. et al. *The Journal of clinical psychiatry*. – 2003. – Т. 64. – №. 5. – С. 554-561.
45. Hirschfeld R. M. [и др.]. Screening for bipolar disorder in the community // *The Journal of clinical psychiatry*. 2003. №. 5 (64). С. 554-561.
46. Inzlicht M. [и др.]. Integrating Models of Self-Regulation // *Annual Review of Psychology*. 2020.

47. Janney C. A., Bauer M. S., Kilbourne A. M. Self-Management and Bipolar Disorder—A Clinician’s Guide to the Literature 2011-2014 // Current Psychiatry Reports. 2014. Т. 16. № 9.
48. Johnson S. L., Fulford D. Development of the treatment attitudes questionnaire in bipolar disorder // Journal of Clinical Psychology. 2008. № 4 (64). С. 466–481.
49. Kessing L. V., Vradi E., Andersen P. K. Life expectancy in bipolar disorder // Bipolar Disorders. 2015. № 5 (17). С. 543–548.
50. Lam D. H., Jones S. H., Hayward P. Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist’s guide to concepts, methods, and practice / D. H. Lam, S. H. Jones, P. Hayward, 2-е изд., John Wiley & Sons Ltd., 2010. 332 с.
51. Lam D., Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders // Psychological Medicine. 1997. (27). С. 1091–1100.
52. Lauder S. D. [и др.]. The role of psychotherapy in bipolar disorder. 2010.
53. Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness // The Journal of clinical psychiatry. 1997. (58). С. 5-11
54. Macqueen G. M., Young L. T., Joffe R. T. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder // Acta Psychiatr Scand. 2001. (103). С. 163–170.
55. Mehta A. [и др.]. Rapid Cycling Bipolar Disorder: Update on Phenomenology and Treatment // Medscape Psychiatry & Mental Health. 2005. №8 (2). С.1-4
56. Merikangas K. R. [и др.]. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative // Arch Gen Psychiatry. 2011. № 3 (68). С. 241–251.
57. Miklowitz D. J. Reviews and Overviews Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence // American Journal of Psychiatry. 2008. № 165 (11). С. 1408-1419.
58. Mitchell P. B., Slade T., Andrews G. Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey // Psychological Medicine. 2004. № 5 (34). С. 777–785.
59. Morriss R. Psychological models of mood disorders // Psychiatry. 2009. Т. 8. № 3. С. 82–86.

60. Murray G. [и др.]. Self-management strategies used by “high functioning” individuals with bipolar disorder: From research to clinical practice // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2011. № 2 (18). С. 95–109.
61. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself // *Self and Identity*. 2003. (2). С. 85–101.
62. Perlis R. H. [и др.]. Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: results from the STEP-BD study // *Bipolar Disorders*. 2009. (11). С. 391–400.
63. Samalin L. [и др.]. Residual symptoms and specific functional impairments in euthymic patients with bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. 2016. № 2 (18). С. 164–173.
64. Schäfer J. L. [и др.]. Psychometric properties of the Brazilian version of the cognitive emotion regulation questionnaire // *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2018. № 2 (40). С. 160–169.
65. Smith J. A., Tarrrier N. Prodromal symptoms in manic depressive psychosis // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992. (27). С. 245–248.
66. Smith L. M. [и др.]. Self-efficacy in bipolar disorder: Development and validation of a self-report scale // *Journal of Affective Disorders*. 2019. (262). С. 108–117.
67. Tohen M. [и др.]. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of Recovery and First Recurrence // *Am J Psychiatry*. 2003. (160). С. 2009–2107.
68. Vancampfort D. [и др.]. A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*. 2013. Т. 145. № 3. С. 285–291.
69. Vieta E. [и др.]. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement // *The Journal of clinical psychiatry*. 2003. №64 (9). С. 1101-1105.
70. Viktorin A. [и др.]. The Risk of Switch to Mania in Patients With Bipolar Disorder During Treatment With an Antidepressant Alone and in Combination With a Mood Stabilizer // *Am J Psychiatry*. 2014. № 171. С. 1067–1073.

71. Wolkenstein L. [и др.]. Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*. 2014. (160). С. 92–97.
72. Yatham L. N. [и др.]. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. 2018. № 2 (20). С. 97–170.
73. Zaretsky A. E., Rizvi S., Parikh S. How Well Do Psychosocial Interventions Work in Bipolar Disorder? // *La Revue canadienne de psychiatrie*. 2007. № 1 (52). С. 14–21.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Вопросы анкетирования о социально-демографических сведениях,
текущем состоянии и опыте жизни с БАР

- 1) Пол
- 2) Возраст
- 3) Образование (*среднее; среднее специальное; высшее; неоконченное высшее*)
- 4) Занятость (*получаю образование; работаю; совмещаю получение образования и рабочую занятость; незанятый/ая*)
- 5) Семейное положение (*свободен/на; в отношениях; в официальном браке*)
- 6) Дети (*да; нет*)

- 7) Диагноз биполярного спектра (*БАР-I; БАР-II; БАР не уточненное*)
- 8) Другие диагностированные психические расстройства (*да; нет*)
- 9) Укажите другие диагностированные психические расстройства, если имеются (*тревожное расстройство (панические атаки, ГТР, социофобия, изолированные фобии); пограничное расстройство личности; СДВГ; алкогольная зависимость; наркотическая зависимость; другое*)
- 10) Соматические хронические заболевания (*да; нет*)
- 11) Укажите соматические хронические заболевания, если имеются
- 12) Текущее состояние (*состояние без выраженных симптомов, интермиссия или ремиссия; депрессивный эпизод; (гипо)маниакальный эпизод; смешанный эпизод*)
- 13) Как долго длится текущее состояние (*неделю или меньше; несколько недель — месяц; несколько месяцев — полгода; приблизительно год; несколько лет*)
- 14) В настоящее время, наблюдаетесь ли вы у врача-психиатра/психотерапевта (*да, регулярно; посещаю по мере необходимости (когда появляются симптомы или нужны новые рецепты); не посещаю и не планирую больше взаимодействовать с врачами-*

психиатрами/психотерапевтами; никогда не посещал(а) врача-психиатра/психотерапевта)

15) Принимаете ли вы медикаментозное лечение *(нет, никогда не принимал(а); принимал(а) раньше, но сейчас прекратил(а) без согласования с врачом; принимал(а) раньше, но сейчас прекратил(а) по согласованию с врачом; да, принимаю)*

16) Если принимаете, укажите названия препаратов

17) В каком году вам диагностировали биполярное расстройство?

18) В каком возрасте, по вашему мнению, впервые проявилось расстройство?

19) Отметьте все состояния, с которыми вы столкнулись за время жизни с расстройством *(депрессивные, гипоманиакальные, маниакальные, смешанные, быстрые смены циклов, психотические симптомы (бред, галлюцинации))*

20) Бывало ли, что новый эпизод заставлял вас врасплох, когда вы думали, что поправились полностью или надолго? *(да, 1-2 раза; да, множество раз; нет)*

21) Укажите количество эпизодов обострения расстройства за последний год

22) Вы когда-нибудь госпитализировались для лечения обострений расстройства? *(да, добровольно; да, принудительно; нет, никогда)*

23) Вы когда-нибудь обращались за психологической помощью для улучшения жизни с расстройством? *(да, один или несколько раз; регулярно обращаюсь за психологической помощью; нет, никогда не было такого опыта)*

24) Вы когда-нибудь посещали группы поддержки для людей с БАР? *(да, один или несколько раз; регулярно посещаю; нет, никогда не было такого опыта)*

25) В настоящее время, что помогает вам в жизни с расстройством *(опыт предыдущих эпизодов; помогающие специалисты: врачи;*

медикаментозное лечение; близкие люди: члены семьи, друзья, романтические партнёры, коллеги; другие люди с БАР; помогающие специалисты: психологи; информация в интернете; информация в книгах)

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Managing Bipolar Disorder Scale

At present, how **confident** are you in performing each of the following activities? For each of the statements, please use the following scale to rate your level of confidence.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I cannot do this activity at all			I am moderately confident I can do this activity				I am certain I can do this activity			

- 1) Taking my medication as prescribed (regularly and at indicated times)
- 2) Managing medication side effects (so they do not affect me so badly)
- 3) Attending regular appointments with my psychiatrist/GP/therapist
- 4) Discussing difficulties with my doctor/ therapist when they arise (e.g. problems with medication or early warning symptoms)
- 5) Seeking appropriate help and support as required
- 6) Maintaining regular hours of sleep every day
- 7) Identifying early warning signs of depression
- 8) Identifying early warning signs of hypomania or mania
- 9) Taking action in response to early warning signs of depression
- 10) Taking action in response to early warning signs of hypomania or mania
- 11) Doing pleasant activities to help lift my mood when depressed
- 12) Changing my thoughts to help lift my mood
- 13) Doing things to help calm me down when I notice symptoms of hypomania or mania
- 14) Keeping to a regular daily routine
- 15) Identifying the types of stressful events that might trigger a depressive episode
- 16) Identifying the types of stressful events that might trigger a hypomanic or manic episode
- 17) Communicating with others about my illness

Менеджмент биполярного расстройства (перевод BPSES)

Оцените, насколько вы **уверены**, что можете выполнять каждое из действий ниже, на настоящий момент жизни с биполярным расстройством. Для оценки воспользуйтесь следующей шкалой.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Точно могу				Наверное, могу						Точно не могу

- 1) Принимать лекарства по назначению врача (регулярно и в указанное время)
- 2) Справляться с побочными эффектами лекарств (так, чтобы они не влияли на меня сильно)
- 3) Регулярно посещать врача
- 4) Обсуждать с врачом возникающие проблемы (например, проблемы с медикаментами или симптомы приближения эпизода)
- 5) Запрашивать необходимую поддержку и помощь
- 6) Придерживаться одинакового количества часов сна день ото дня
- 7) Распознавать признаки приближения депрессивного эпизода
- 8) Распознавать признаки приближения гипоманиакального или маниакального эпизода
- 9) Принимать меры в ответ на признаки приближения депрессивного эпизода
- 10) Принимать меры в ответ на признаки приближения гипоманиакального или маниакального эпизода
- 11) Заниматься приятными делами, чтобы улучшить настроение во время депрессии
- 12) Поработать с мыслями, чтобы улучшить настроение
- 13) Сделать что-то, что поможет успокоиться во время гипомании или мании
- 14) Придерживаться постоянного распорядка дня
- 15) Выделить стрессовые факторы, которые могут спровоцировать депрессивный эпизод
- 16) Выделить стрессовые факторы, которые могут спровоцировать гипоманиакальный или маниакальный эпизод
- 17) Разговаривать о своём расстройстве с другими людьми

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Сравнительный анализ психологических особенностей лиц с БАП в
аффективном эпизоде и состоянии без выраженных симптомов

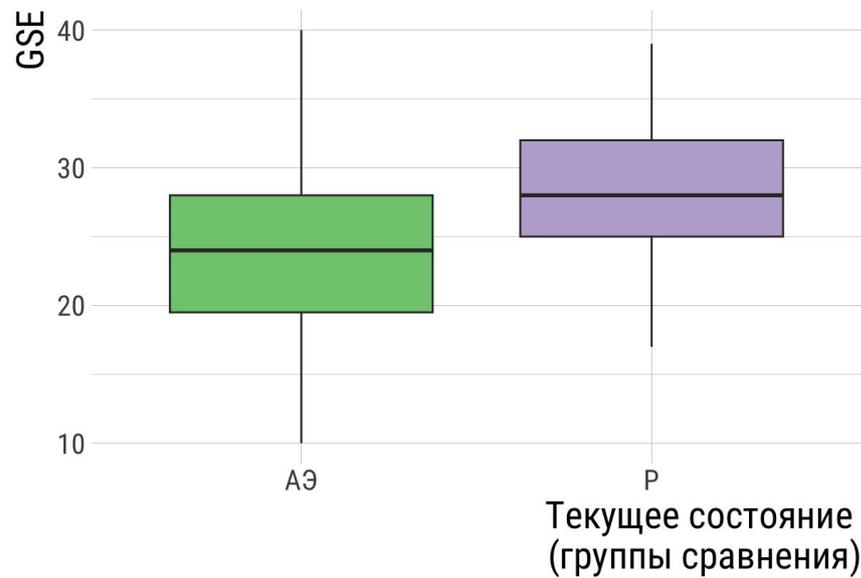


Рис.9. Общая самооффективность (GSE) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

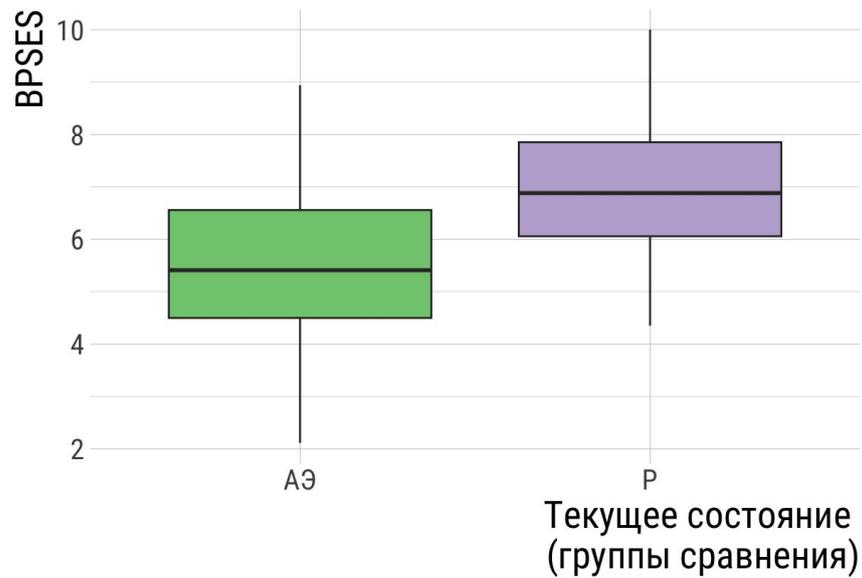


Рис. 10. Самооффективность менеджмента БАП (BPSES) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

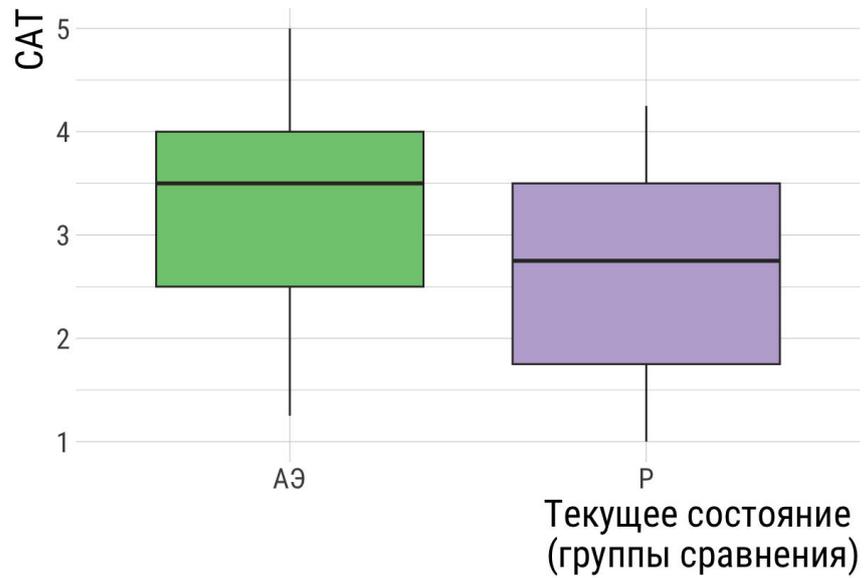


Рис. 11. Катастрофизация (CAT) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

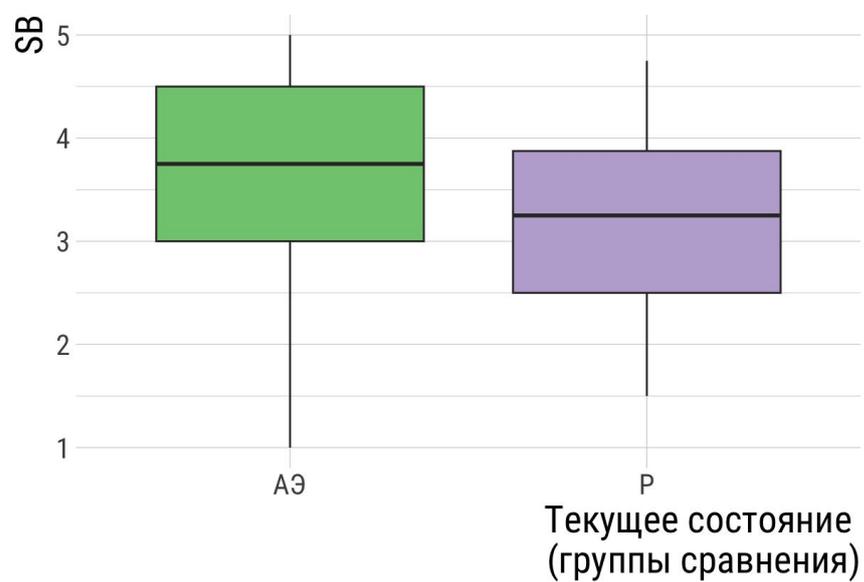


Рис. 12. Самообвинение (SB) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

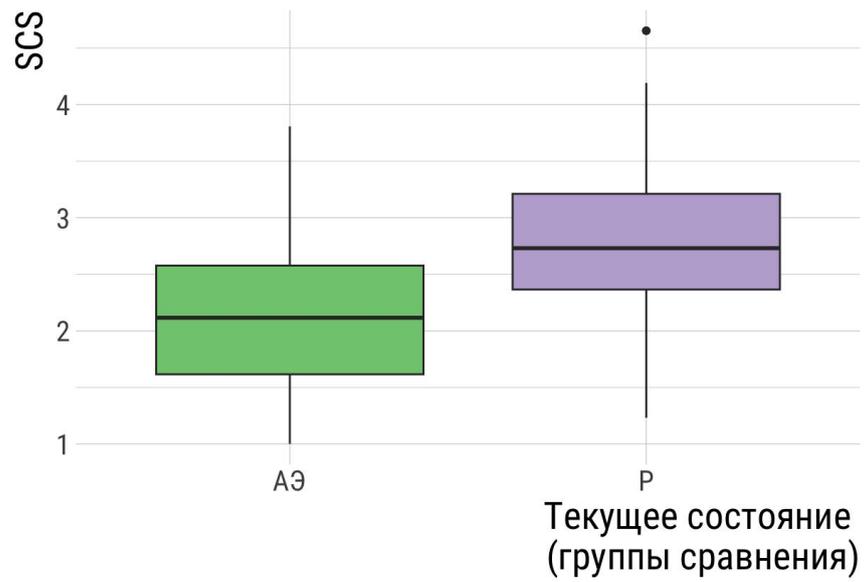


Рис. 13. Сочувствие к себе (SCS) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

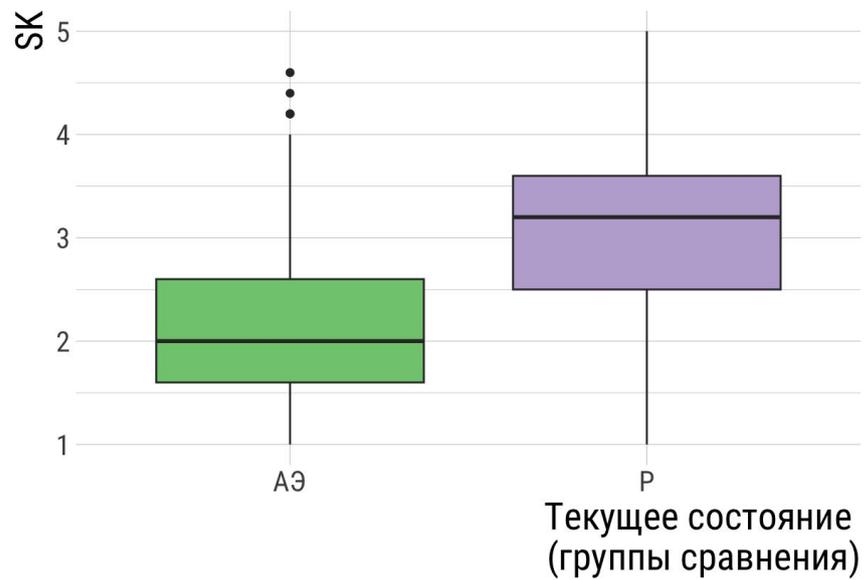


Рис. 14. Доброта к себе (SK) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

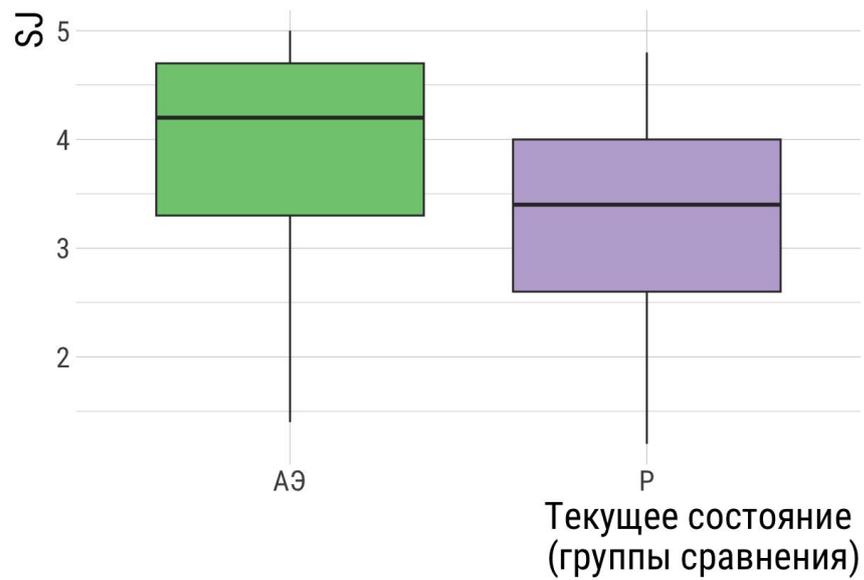


Рис. 15. Самокритика (SJ) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

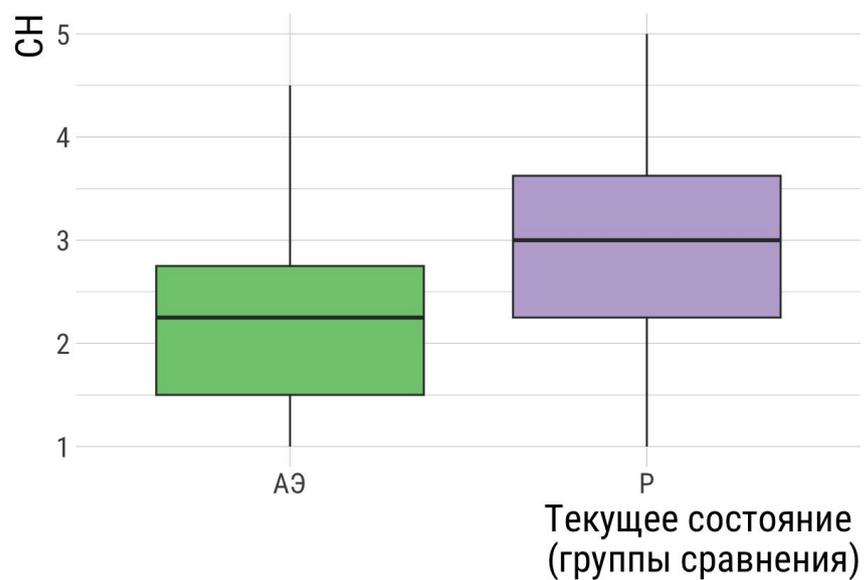


Рис. 16. Общность с человечеством (CH) у лиц с БАП в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

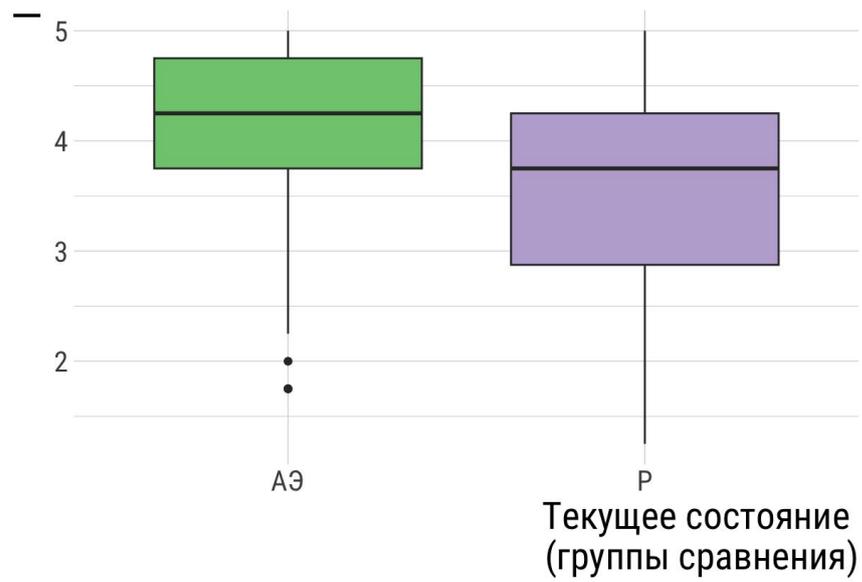


Рис. 17. Самоизоляция (I) у лиц с БАР в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

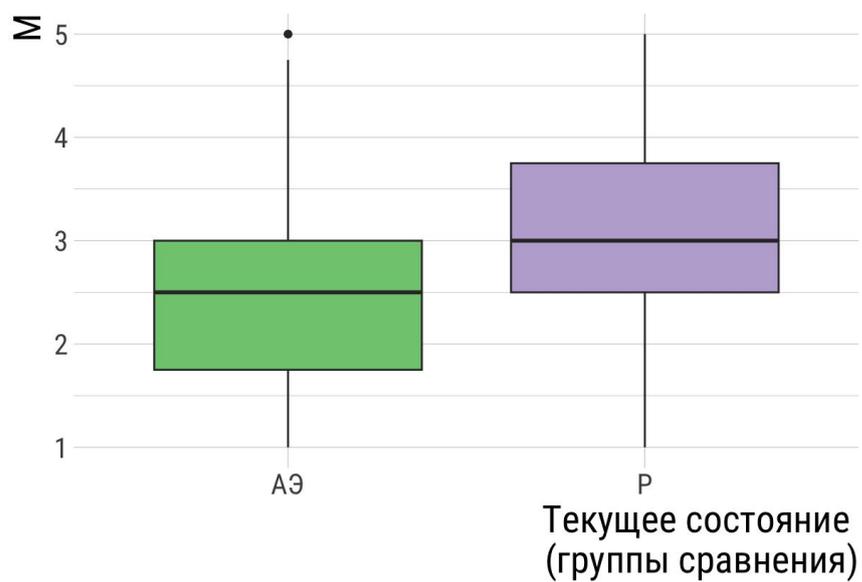


Рис. 18. Внимательность (M) у лиц с БАР в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов

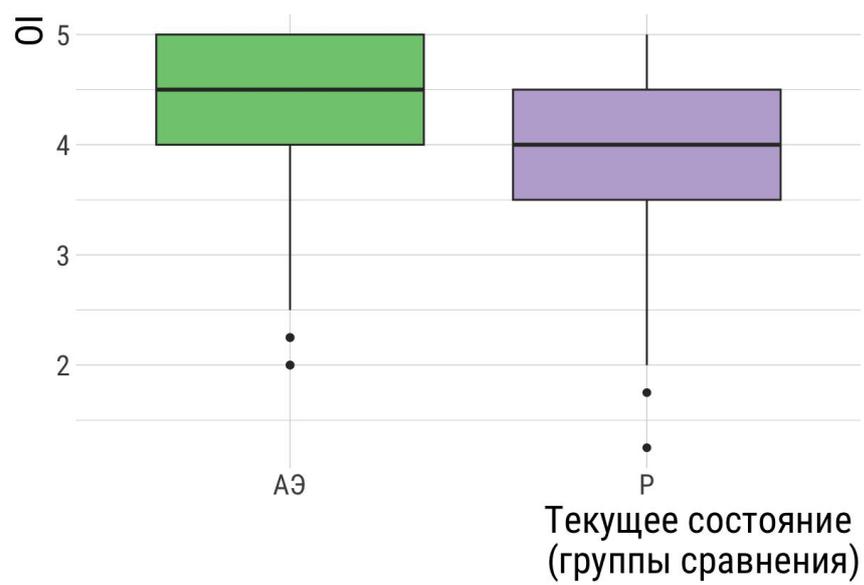


Рис. 19. Чрезмерная идентификация (OI) у лиц с БАР в аффективном эпизоде и в состоянии без выраженных симптомов