

Роль когнітивно-поведінкової психотерапії в лікуванні Біполярного Розладу

Azize Asanova

Актуальність. Біполярний розлад - це хронічний, рецидивуючий стан, який викликає порушення якості життя та інвалідизацію, оскільки може призвести до когнітивних, функціональних порушень та збільшити смертність, особливо від суїциду. Даний розлад є не простим не тільки для діагностики, але і для супроводу та лікування. Навидь найкомплаєнтніші пацієнти втомлюються від постійного прийому ліків. Тому важливо зрозуміти, як КПТ може допомогти пацієнтам перекрити недоліки фармакотерапії та краще контролювати різні фази захворювання як в гострих станах, так і в станах ремісії.

Матеріали. Огляд літератури за темою.

Результати. В арсеналі КПТ є достатня кількість технік для моніторингу симптомів в різних фазах захворювання.

Висновки. КПТ займає важливу роль в супроводі та лікуванні БР. Жити з БР це як бігти «марафон», який ніколи не закінчиться. Якщо дивитись на КПТ/ психотерапевта та їх роль в житті пацієнта з БР - це «відносини» тренера і спортсмена.

Важливо бігти цей «марафон» і намагатись не сходити з дистанції. Це можна зробити лише, якщо бігти усвідомлено, розраховуючи свої сили, в правильному темпі знати як правильно дихати, як знаходити допоміжні думки, щоб не впасти або не переоцінити себе і не наробити помилок, як змінювати техніку бігу, як тримати фокус уваги попри втому та виснаження, як досягати цілей.

КПТ це «Тренер», який вчить як правильно, технічно бігти, як швидко, коли зробити «передішку», коли прискоритись, коли сповільнитись під час «марафону». Крім того, тренер підтримує, приймає, навидь коли спортсмен гнівається або плаче від втоми, хоче все кинути, а марафон не закінчується. Тренер знаходить правильні слова, в добрий Сократівський спосіб, щоб спонукати спортсмена не припиняти бігти. А «марафон» довжиною в життя, може бігти лише добре підготовлений спортсмен!

Актуальність

Біполярний розлад - це хронічний, рецидивуючий стан, що характеризується епізодами манії (аномально підвищений настрій або дратівливість та пов'язані з ними симптоми з важкими функціональними порушеннями, психотичними симптомами протягом 7 днів або більше) або гіпоманії (аномально підвищений настрій або дратівливість та пов'язані з цим симптоми зі зниженням підвищена функція протягом 4 днів і більше) та епізодами пригніченого настрою. Біполярний розлад є частою причиною інвалідизації у молодих людей, оскільки може призвести до когнітивних та функціональних порушень та збільшити смертність, особливо від суїциду [1]. БР часто коморбідний із іншими психічними розладами, такими як тривожні розлади, зловживання речовинами, розладами особистості та розладом гіперактивності з

дефіцитом уваги (СДУГ). Піковий вік початку захворювання становить до 30 років, однаково розповсюджений серед жінок і чоловіків. Поширеність біполярного розладу I типу (манія та депресія) спостерігається у 1% дорослого населення, а біполярний розлад II (гіпоманія та депресія) вражає приблизно 0,4% дорослих. Рання і точна діагностика є складною у клінічній практиці, оскільки початок біполярного розладу зазвичай характеризується неспецифічними симптомами, лабільністю настрою або депресивним епізодом, який може бути подібним до уніполярної депресії [2]. Більше того, пацієнти та їхні сім'ї не завжди розуміють значення своїх симптомів, особливо з гіпоманіакальними або маніакальними симптомами [3].

Існує певна неоднорідність між основними системами діагностичної класифікації у критеріях біполярного розладу. МКБ-10 вимагає двох дискретних епізодів настрою, принаймні один з яких повинен бути гіпоманією чи манією. У DSM-5 один епізод манії без будь-якого епізоду депресії або один епізод гіпоманії з одним великим депресивним епізодом вимагає діагнозу біполярного розладу.

Етіологія [4, 5]:

1. Генетична
2. Нейрогуморальна. Пов'язана з порушенням роботи гіпатоламо-гіпофізарно надниркової та гіпотоламо-гіпофізарно-тиреоїдної систем.
3. Психосоціальна. Пов'язана із впливом психосоціальних стресових факторів в тому числі травматичних.
4. Нейробиологічна. Пов'язана з наявністю неспецифічних змін в мозку при БР (збільшення бічного шлуночка, збільшення обсягу сірої речовини, більша активність в лімбічній зоні та медіальній скроневій лобовій частці).

Біполярний спектр

Біполярний розлад це не однорідне окреме захворювання. Воно все частіше розпізнається як спектр біполярних розладів, який варіюється від помітних та важких порушень настрою до більш м'яких коливань настрою, які важко відрізнити від нормальних коливань настрою. За американською класифікацією DSM-5 розрізняють біполярний розлад I типу, при якому людина переживає повномасштабні маніакальні епізоди (найчастіше впереміш з епізодами великої депресії), та біполярний розлад II типу, при якому у людини спостерігається депресивний стан та менш важкі маніакальні симптоми, класифіковані як епізоди гіпоманії (МКБ-10 не робить такої різниці). Циклотимія - стан, що характеризується повторними епізодами гіпоманії та субклінічним епізодами депресії. На діаграмі 1 можна побачити біполярний спектр в графічному вигляді.

Діагностичні критерії за DSM-5

DSM-5 розпізнає спектр біполярних розладів та включає в себе: біполярний розлад I типу, та біполярний розлад II типу та циклотимію.

Діагностика біполярного розладу I типу вимагає досвіду принаїмні одного маніакального епізоду. Часто люди з біполярним розладом переживають один або кілька епізодів депресії, а іноді і змішаних епізодів, але це не потрібно для діагностики. Тип поточного або найновішого епізоду настрою можна вказати як гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний.

Тяжкість епізоду слід класифікувати як легку, середню або важку, з психотичними особливостями або без, у частковій або повній ремісії.

Змішані афективні епізоди більше не використовуються для діагностичних цілей, а є лише

специфікатором курсу. Діагностика біполярного розладу II типу вимагає досвіду як мінімум одного великого депресивного епізоду і одного гіпоманіакального епізоду. Будь-яка історія маніакального епізоду виключає діагноз біполярного розладу II. Специфікатори настрою такі ж, як і для біполярного розладу I типу.

Діагностичні категорії біполярних і пов'язаних з ними розладів за DSM-5 [6]:

1. Біполярний розлад I типу
2. Біполярний розлад II типу
3. Циклотимія
4. Біполярні і пов'язані з ними розлади, індуковані вживанням психоактивних речовин та лікарських засобів
5. Біполярні і пов'язані з ними розлади внаслідок інших медичних станів
6. Інші уточнені біполярні і пов'язані з ними розлади
7. Неуточнені біполярні і пов'язані з ними розлади.

Біполярний розлад I типу

Не дивлячись на те, що БР називають маніакально-депресивним психозом, для встановлення діагнозу БР I типу (за DSM-5) потрібен лише один підтверджений маніакальний епізод. Ні гіпоманіакальний, ні великий депресивний епізод не є обов'язковою умовою.

Біполярний розлад II типу

Згідно DSM-5, для встановлення діагнозу біполярного розладу потрібна наявність як мінімум одного епізоду гіпоманії і одного епізоду великої депресії протягом життя.

Циклотимической розлад

Діагноз «ціклотимічний розлад» за DSM-5 може бути встановлений при виявленні протягом як мінімум двох років епізодів гіпоманії і депресії, які не відповідають повністю критеріям гіпоманії або депресії. В рамках зазначеного періоду симптоми повинні виявлятися як мінімум протягом половини часу, причому не повинно бути «світлих» проміжків тривалістю більше 2 місяців.

Епізоди

Маніакальний епізод характеризується:

1. Підвищеним, експансивним, підозрілим або гнівливим настроєм
2. Підвищеною енергією або активністю, спрямованою на досягнення певної мети.
Обидва симптому повинні бути представлені як мінімум 7 днів
3. Наявність як мінімум 3 з 7 додаткових симптомів: завищена самооцінка, зниження потреби у сні, підвищена товариськість, стрибки ідей, підвищена відволікання, фізичне занепокоєння, ризиковані дії та дії направлені на досягнення.
4. Виражені порушення функціонування. Важливо підкреслити, що якщо маніакальний епізод з'явився в результаті лікування депресії і відповідає тимчасовим і іншим критеріям БР, то по DSM-5 він розглядається в рамках БР I типу

Гіпоманіакальний епізод характеризується:

1. Підвищеним або дратівливим настроєм, який зберігається не менше 4 днів
2. Підвищеною енергією або активністю
3. Наявністю як мінімум 3 симптомів (4, якщо є лише дратівливість) з числа наступних:

грандіозність, багатомовність, знижена потреба у сні, стрибки думок, відволікання, гіперактивність, ризиковані дії та дії направлені на досягнення

4. Виражені порушення функціонування

Депресивний епізод характеризується:

Депресивний епізод в рамках БР може майже ні чим не відрізнятися від уніполярної депресії.

Присутність, майже щодня і протягом більшої частини дня, одночасно протягом ≥ 2 тижнів, 5-ть з числа наступних симптомів, при чому, щонайменше, один з двох перших:

1. депресивний настрій
2. виражене зниження зацікавленості багатьма видами діяльності та / або пов'язаного з ними почуття задоволення
3. підвищений або знижений апетит, або ж значне зниження (непов'язане з дотриманням дієти) або збільшення маси тіла (напр. 5% протягом місяця)
4. безсоння або надмірна сонливість
5. збудливість або психомоторна загальмованість
6. почуття втоми або втрати енергії
7. почуття власної неповноцінності або необґрунтоване почуття провини
8. зменшення продуктивності мислення, труднощі з концентрацією уваги або прийняттям рішення
9. повторювані думки про смерть (не тільки боязнь смерті)
10. повторювані суїцидальні думки без певного плану, вчинення спроб самогубства або наявність плану здійснення самогубства.

Змішані епізод характеризується

Змішані афективні епізоди виникають, коли симптоми депресії, манії або гіпоманії виникають одночасно, виразні та порушують функціонування.

Виділяють:

1. Депресію з гіпоманікальними рисами. Домінує депресія, за всіма критеріями епізоду та наявні не менше 3 критеріїв гіпоманії:
2. Манію (гіпоманія) з депресивними рисами. Домінує манія (гіпоманія), за всіма критеріями епізоду та наявні не менше 3 критеріїв депресії.

Диференційна діагностика

1. Циклотимія
2. Шизофренія та шизоафективний розлад
3. Розлад зловживання психоактивними речовинами
4. Розлади особистості
5. Органічні порушення мозку
6. Метаболічні розлади

Коморбідність

1. Тривога
2. Розлади особистості
3. Зловживання психоактивними речовинами
4. Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги

Лікування

Фармакотерапія

Фармакотерапія зазвичай є основним методом, який використовується під час лікування епізодів манії та біполярної депресії. З часом ці епізоди, особливо депресія, мають тенденцію ставати частішими, а повторні епізоди пов'язують із більшим порушенням функціонування, тому ефективно підтримуюче лікування, безумовно, є пріоритетом. Медикаментозна терапія базується на комбінації трьох груп препаратів: антипсихотиків, стабілізаторів настрою та антидепресантів, але іноді їх також доповнюють седативними анксиолітиками (Baldessarini et al) [7,8].

Маніакальні епізоди традиційно лікуються антипсихотичними препаратами (частіше атипсовими нейролептиками такими, як кветіапін, оланзапін, аріпіпразол, рісперідон, азеналін що мають меншу кількість побічних реакцій, ніж при лікуванні типовими антипсихотиками), стабілізаторами настрою (літій, вальпроати, ламотриджін) або їх комбінацією.

Лікування біполярної депресії є одночасно більш складним та різноманітним. Лікування, яке застосовується під час гострих епізодів, включає антидепресанти, деякі нейролептики (кветіапін, лурасідон, каріпразін) та стабілізатори настрою (ламотриджин, літій, вальпроати) [9].

У якості антидепресантів частіше використовують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), ніж інші у зв'язку із меншим ризиком перемикання фаз [10].

Змішані фази лікуються комбінацією антипсихотиків та стабілізаторів настрою.

Психологічні інтервенції

1. Посилена профілактика рецидивів/ індивідуальна психоосвіта. Це відносно коротке втручання, в якому людина навчається стратегіям виявляти та ефективно справлятися з ранніми попереджувальними ознаками манії та депресії.
2. Когнітивно Поведінкова Терапія (КПТ).
3. Групова психоедукація.
4. Сімейно орієнтована терапія

Роль когнітивно-поведінкової психотерапії в лікуванні БР

Сучасні дослідження

З огляду на біологічну та спадкову основу БР, фармакотерапія є першою лінією лікування. Однак зростаюча кількість літератури свідчить про те, що комбінована фармакотерапія та психотерапія є більш ефективною при лікуванні пацієнтів із БР, ніж окремі ліки [11]. Як допоміжна терапія, психотерапія допомагає пацієнтам із БР покращити відповідність, обізнаність та покращити навички подолання життєвих труднощів, що в сукупності призводить до поліпшеної реакції на фармакотерапію [12]. Серед психологічних методів лікування, які є важливим доповненнями до ліків для хворих на БР, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є перспективним варіантом лікування, але має непереконливі результати. [13]

Рандомізовані контрольовані дослідження, опубліковані протягом останніх 10 років, розкрили потенційні переваги КПТ як доповнення до стабілізаторів настрою для запобігання рецидиву, полегшення симптомів та посилення прихильності до фармакотерапії [13].

За даними мета аналізу проведеного тайванськими вченими у 2017 році виявлено, що КПТ ефективно зменшує частоту рецидивів та покращує симптоми депресії, тяжкість манії та

психосоціальне функціонування, від слабкого до помірного ефекту. Аналіз підгруп показав, що поліпшення стану депресії або манії є більш потужним при тривалості лікування КПТ ≥ 90 хв на сеанс, а частота рецидивів набагато нижча серед пацієнтів із БР I типу [14].

В іншому мета аналізі було доведено короткочасну ефективність КПТ у зниженні частоти рецидивів БР та поліпшенні тяжкості манії. Але ці ефекти можуть бути послаблені з часом. Крім того, не було впливу КПТ на рівень депресії при БР [15].

Крім того КПТ рекомендована на ранніх етапах розвитку БР [16].

Дуже часто проблемою біполярного розладу є те що, що пацієнт може перенести кілька епізодів депресії або манії до діагностування хвороби [17]. Якщо перенесені епізоди не є досить серйозними, що призводять до психозу, різкому порушенню функціонування або поведінки, на яку звертають увагу правоохоронці чи медичні працівники, перші кілька епізодів депресії та манії часто залишається непоміченими або неправильно діагностуються як стресові реакції або певні захворювання. Ця недооцінка тяжкості ситуація може бути підкріплена наявністю стресових ситуацій у житті.

Стратегії протидії БР для пацієнтів різних груп

- Вперше встановлений діагноз Психосвіта Навчання навичкам управління способом життя Ведення «Щоденника моніторингу симптомів»
- Досвідчений, але ще не стабільний пацієнт Побудова Графіку настрою Ведення «Щоденника моніторингу симптомів» Виявлення тригерів Управління когнітивними симптомами Управління поведінковими симптомами Навчання дотриманню прихильності до терапії
- Досвідчений стабільний пацієнт Профілактика рецидивів Підтримка дотримання прихильності до терапії Досягнення життєвих цілей

Ключові моменти на які варто звернути увагу терапевтові в процесі терапії БР

1. Ефективність терапії залежить від міцності терапевтичного альянсу.
2. Завдання клініциста полягає не лише у тому, щоб допомогти людині подолати симптоми хвороби, але і підготуватись до можливих рецидивів.
3. Психотерапія часто є стабілізуючим елементом в житті пацієнтів. Відвідування терапії навчає пацієнта структурі для позначення плину часу, моніторингу прогресу та досягненню цілей, що є проблемою при БР.
4. Психотерапія, що фокусується на моніторингу симптомів, постановці цілей та профілактиці рецидивів забезпечує структуру для покращення самооцінки.
5. Терапевту варто звертати увагу на свої почуття. Тому, відчуваючи внутрішній дискомфорт під час сеансів терапії, терапевти повинні пам'ятати про свої автоматичні думки.

Когнітивна модель БР

Когнітивна модель ґрунтується на розумінні пацієнтом його емоційного стану/автоматичних думок і пов'язаною з ними поведінкою.

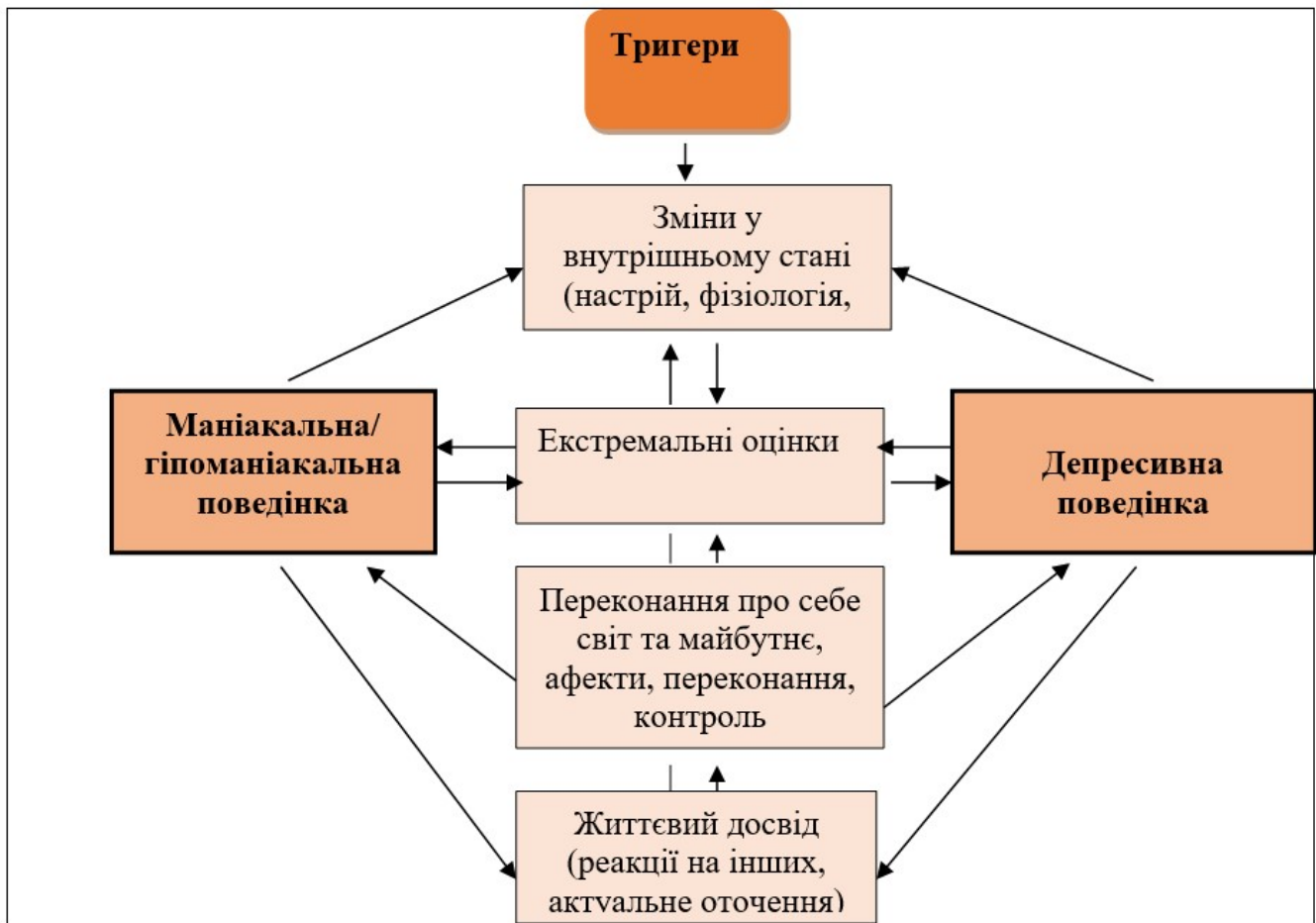


Рисунок 1. Когнітивна модель БР (Модифіковано Mansell, Morrison 2007)

Цикли симптомів БР

При БР працює цикл симптомів, де нові ідеї та інтереси, або їх відсутність в поєднанні з послабленням/послабленням обмежень і збільшенням /зменшенням енергії призводить до дій, які надмірно стимулюють/пригнічують людину. Це може ще більше посилити манію/депресію, що, у свою чергу, стимулює більше ідей/менше ідей, інтересів та діяльності.

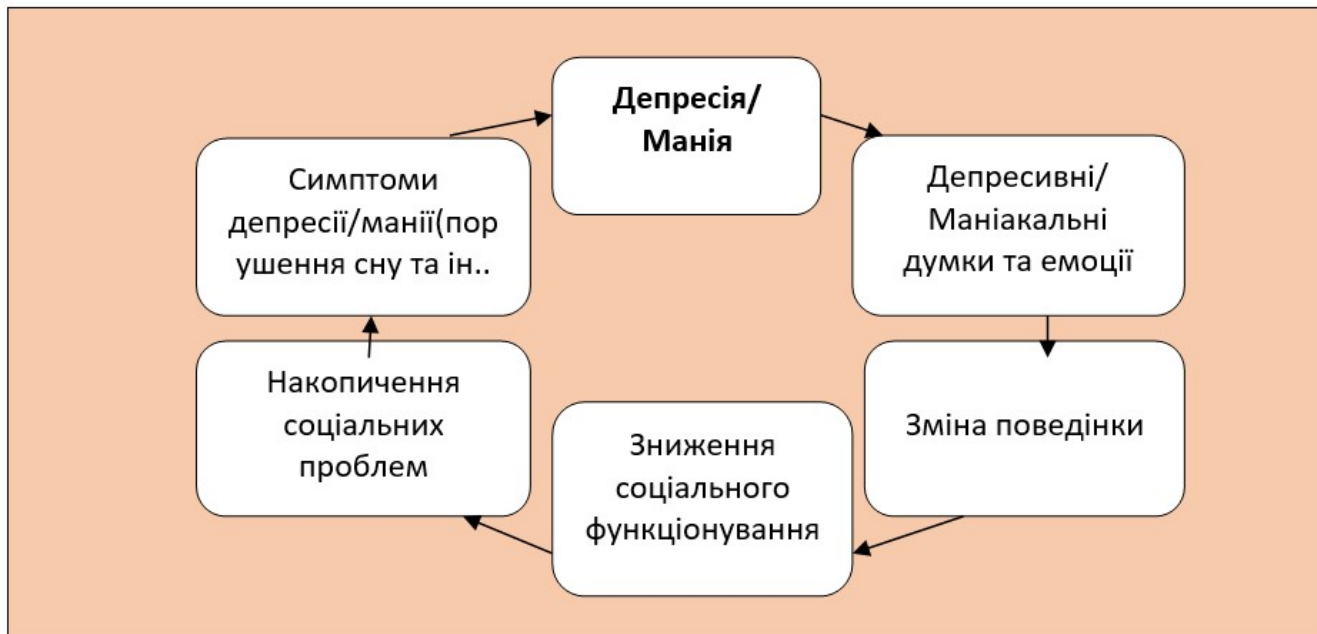


Рисунок 2. Цикл симптомів БР (Модифіковано Vasco, 2005)

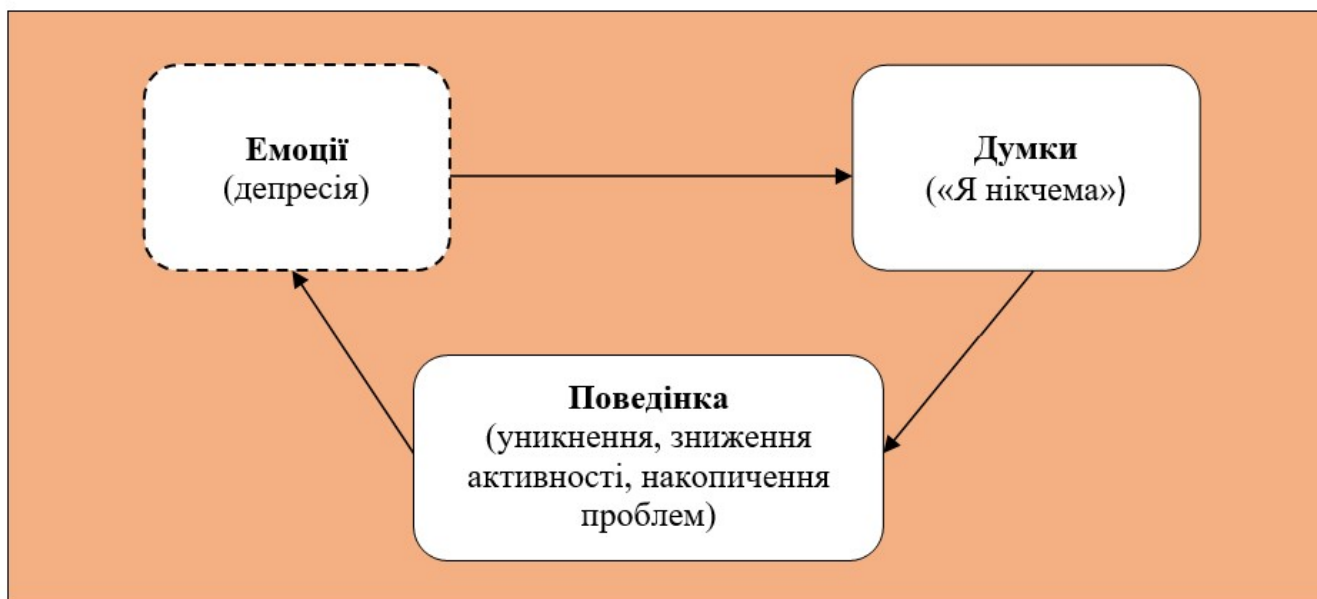


Рисунок 3. Підтримуючий цикл депресії (Модифіковано з Wikipedia, CBT basic cycle)

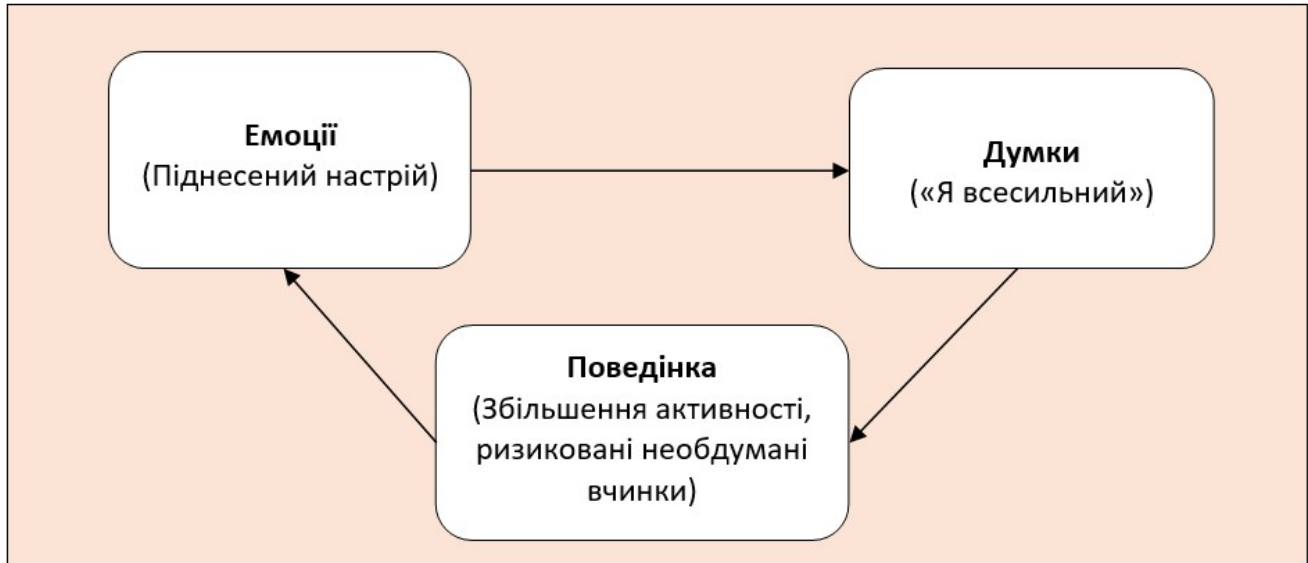


Рисунок 4. Підтримуючий цикл манії (Модифіковано з Wikipedia, CBT basic cycle)

Що важливо обговорити з пацієнтом?

1. Пояснити поширеність серед популяції (складає 1%), пояснити рецидивуючий характер захворювання, майбутні епізоди можуть виникати під впливом стресових факторів, або без них.
2. Причини для надії: Щороку відбувається випробування нових методів лікування БР. Винаходять безпечніші ліки, які викликають менше побічних ефектів і забезпечують більше позитивних ефектів. Психотерапія була розроблена, за для покращення результатів, зменшення рецидивів та покращенню адаптації до хвороби.
3. Симптоми депресії та манії.
4. Враховуючи хронічний та циклічний характер БР, КБТ, може допомогти у передбаченні та профілактиці майбутніх епізодів шляхом викладання методів раннього виявлення, управління стресом та вирішення проблем.

Що важливо знати пацієнту для досягнення найкращого комплаєнсу (прихильність) до терапії

1. Завданнями медикаментозного лікування є, по-перше, контроль симптомів і, по-друге, підтримка безсимптомного стану тривалий періоди часу.
2. Щоб отримати оптимальну користь, пацієнти повинні ретельно дотримуватись призначеного лікування, ретельно контролювати свої симптоми та побічні ефекти та повідомляти про симптоми та побічні ефекти лікарю при кожному відвідуванні.
3. Побічні ефекти ліків часто викликають дискомфорт, у зв'язку з чим пацієнти можуть самостійно припинити лікування, що призводить до рецидиву захворювання, суїцидальним наслідками та госпіталізації.
4. Що до зловживання психоактивними речовинами (наприклад, алкоголь, кокаїн, амфетаміни, галюциногени та наркотики). Вони суттєво впливають на ефективність призначеного лікування, і вони цілком можуть посилити побічні ефекти. Для оптимального контролю біполярного розладу пацієнти повинні повідомляти про всі інші ліки які приймають.
5. Жінкам, які планують вагітність важливо пояснити можливий тератогенний вплив психотропних ліків. Пояснити, якщо жінка планує вагітність, це необхідно обговорити зі своїм лікарем, щоб можна було вибрати найбільш безпечне лікування.

6. Іноді допоміжні ліки (наприклад, снодійні або ліки проти тривоги) використовуються для посилення ефекту основних психотропних препаратів.

Що важливо розуміти лікарю для досягнення комплаєнсу

Для тих пацієнтів, в яких вперше виявлений біполярний розлад, прийняття початкового діагнозу залежить від їхнього погляду на проблему захворювання. Деякі одразу відчувають полегшення, коли нарешті розуміють причину свого стану та розуміють що це лікується. Особи з сімейною історією біполярного розладу, особливо у родичів першого ступеня, можуть не здивуватися діагнозу але зазвичай розчаровуються. У цих випадках немає заперечення, що хвороба існує, але бажання контролювати хворобу може бути відсутнім.

Ті, хто не приймають діагноз БР можуть на деякий час уникати взаємодії з системою охорони здоров'я. Але ризикована поведінка, до якої схильні пацієнти з БР може привести до того, що вони можуть отримати навіть судовий наказ про надання примусової допомоги, але після звільнення цілком ймовірно припинять прийом ліків.

Отже, є вкрай важливим розумітися на сприйнятті хвороби пацієнтом, за для розуміння поведінки пацієнта та його прихильності до лікування. В [таблиці 1](#) приведені приклади автоматичних думок та поведінки пацієнта пов'язаних зі стадіями прийняття хвороби.

Думки		Поведінка
Заперечення		
«В мене немає хвороби, це помилка лікаря», «Все минеться»		Пошук іншої думки, пошук інших пояснень симптомів. Ігнорування рекомендацій щодо лікування
Злість		
«Несправедливо, що у мене ця хвороба», «Зараз я не можу з цим розібратися», «Чому я? Що я зробив, щоб заслужити це?»		Відмова слухати поради, відмова від обговорення хвороби, конфлікти з медичними працівниками
Торг		
«Я перестану пити, скоро почну працювати, почну займатися спортом, отримаю кращу роботу, і все буде добре», «Я сяду на дієту, і це покращить мій сон. Стане краще», «Я спробую рослинні засоби. Мені насправді не потрібні ліки»		Самостійне регулювання доз Пропуски ліків, зміна призначених препаратів на «природні засоби», вживання алкоголю, задля зниження тривоги та уникнення анксиолітиків
Депресія		
«У мене ніколи не буде нормального життя», «Ніхто не захоче зі мною бути», «Я ненавиджу себе»		Самоушкоджуюча поведінка, уникнення подразників, пов'язаних з захворюванням, соціальне уникнення
Прийняття		
«Я можу впоратись з цим»б «Це не кінець світу»		Дотримання лікування, відкрите обговорення варіантів лікування

Таблиця 1. Автоматичні думки та поведінка пов'язані зі стадіями прийняття хвороби (Модифіковано Vasco, 2005)

Як працювати на різних етапах сприйняття хвороби пацієнтом?

Заперечення - психоедукація, сократівський діалог, дати час на осмислення.

Злість - заохочувати, підтримувати, нормалізувати емоцій.

Торг - дати час пацієнту розглянути зв'язок між перевагами поведінки торгу та прийняття. Нормалізувати етап «торгу». Заохочувати висловити свої почуття щодо хвороби. Дозволити

пацієнту вносити запропоновані зміни, поважати його думку щодо лікування, приймати альтернативні пропозиції щодо лікування, якщо це безпечно. Заохочувати висловлювати емоції. Розглянути плюси та мінуси запропонованої терапії.

Депресія – пояснити, що депресія є необхідною частиною процесу прийняття і вона не може минути швидко. Когнітивна реструктуризація для подолання автоматичних думок. Робота зі схемами пов'язаними з заниженою самооцінкою.

Менеджмент симптомів та попередження рецидивів

Основні стратегії:

1. Моніторинг симптомів та тригерів
2. Моніторинг поведінкових реакцій на ранні симптоми
3. Використовування спостережувальних маркерів

Для оптимального управління БР потрібно ретельно відстежувати, принапні щотижня, а в деяких випадках щодня, маніакальні / гіпоманіакальні та депресивні симптоми, за для того, щоб вчасно вплинути на початок епізоду та не допустити розгортання крайніх, важких станів депресії та манії (наприклад психотичних, суїцидальних), які і є важчими для курації та лікування.

Протягом перших кількох сеансів терапії пацієнти з терапевтом можуть спільно працювати над побудовою життєвої діаграми з БР. Процес побудови діаграми життя може бути дуже освітнім для пацієнта, особливо коли неприхильність до медикаментів передувала рецидивам симптомів.

Інструкція до побудови діаграми

(Примітка: пояснення діаграми проводиться в добрий СОКРАТИВСЬКИЙ СПОСІБ)

1 крок - побудувати опорну лінію в середині сторінки, яка представляє «нормальний» стан життя. Запитати коли почалось захворювання, та позначити початок лінії як час/вік початку БР, кінець - теперішній час. Багато пацієнтів відзначають, що ніколи не почувались «нормально»; або не знають що є «нормою».

Приклад: «Подумайте про час, коли ви почувалися добре. Можливо, ви могли думати чіткіше. Це буде представляти середину».

2 крок – пояснити та побудувати депресивний/маніакальний/змішаний епізод. Показати як ми позначаємо такі епізоди на діаграмі. Перші епізоди малюємо разом. В процесі запитувати пацієнта як він почував себе в той час.

Приклад: «У вас були дні, коли ви відчували себе більш пригніченими?», «У вас були дні, коли ви відчували себе більш активним, енергійним, або дратівливим».

Крайньою правою точкою відмічаємо початок епізоду, крайньою лівою – закінчення. Запитуємо чи були проблеми в школі, в навчанні, на роботі. Зазвичай найпростіше почати з останнього епізоду і працювати назад у часі. Це також може бути корисним для пацієнта щоб спробувати згадати госпіталізації або відвідування невідкладної допомоги та використовувати їх події як орієнтири для епізодів.

3 крок – внесення видів та дат отриманого лікування. На діаграмі можна буде побачити чи дотримувався пацієнт лікування до початку епізоду. Або як пов'язане лікування з початком

епізоду. На діаграмі 2 представлена діаграма епізодів БР за все життя пацієнта.



Рисунок 5. Діаграма життєвих епізодів БР (Модифіковано Vasco, 2005)

Пацієнтам буває важко оцінювати свої симптоми БР, тим більше розумітися на ступенях їх важкості, але це є критично важливим для контролю симптомів. Для цього ми можемо надати пацієнту пам'ятку «Ступенів виразності манії та депресії», яка представлена в таблицях 2 і 3.

Легкі симптоми	Помірні симптоми	Важкі симптоми
Все здається як проблема, нетерпіння/ тривожність	Легке роздратування	Дратівливість
Щасливіше ніж зазвичай	Посилений сміх і жартівливість	Ейфоричний настрій
Більш балакучий, більш гумористичний	Настрій для спілкування і говірливість	Мова швидка або не зв'язана між собою
Більше думок, прискорені думки, зниження уваги	Дезорганізоване мислення, низька концентрація	Стрибки ідей
Більш впевнений в собі, менш песимістичний	Почуття власної розумності; відсутність страху щось пробувати; надмірно оптимістичний	Грандіозність, марення, величі
Креативні ідеї, нові інтереси	Плани внесення змін, неорганізованість в діях, бажання більше пити або палити	Неорганізована діяльність, починається більше речей, ніж завершується
Вередлива, нервова поведінка	Неспокійний; віддає перевагу руху над сидячою діяльністю	Психомоторне збудження, не може сидіти на місці
Не настільки ефективний на роботі; проблеми з утриманням уваги на задачі	Невиконання завдань, затримки в роботі, дратування інших	Неможливо завершити звичайні активності
Дискомфортно в присутності інших	Підозрілість	Параноїдні ідеї
Більша сексуальна зацікавленість	Сексуальні мрії, пошук сексуальної стимуляції	Підвищена сексуальна активність/розгальмованість
Звернення уваги на звуки та надокучливість людей, гублення ходу думок	Шум здається голоснішим, кольори здаються яскравішими, розум легко блукає, потрібно тихіше середовище, щоб зосередитись на думках	Відволікання уваги - треба наполегливо працювати, щоб зосередитися на думках або не може зосередитись на думках взагалі

Таблиця 2. Пам'ятка для пацієнта «Ступені виразності манії» (Модифіковано Vasco, 2005)

Легкі симптоми	Помірні симптоми	Важкі симптоми
Сумний, пригнічений, або нейтральний настрій	Легше плакати	Виражений смуток

Легкі симптоми	Помірні симптоми	Важкі симптоми
Немає настрою для спілкування	Менше спілкування з іншими	Зниження зацікавленості в повсякденних активностях
Звичайні активності не такі цікаві як раніше	Приємність закінчується з завершенням активності	Знижене/відсутнє задоволення
Звинувачує себе легше коли справа йде не так, частіший фокус на власні провали	Самокритика	Надмірне та недоречне відчуття провини
Не такий голодний, може пропускати прийоми їжі	Їжа приносить менше задоволення	Відсутність апетиту/ їжа не має смаку
Одяг став трохи вільнішим, невелика втрата ваги (наприклад, 1-3 кг)	Помітна втрата ваги	Значна втрата ваги
Сон здається менш спокійним, румінація перед сном, засинання потребує трохи більше часу	Засинання займає набагато більше часу, прокидання протягом ночі	Безсоння - не може заснути, прокидання протягом ночі і не можливість заснути
Втрата інтересу до таких завдань, як читання, засмучення при необхідності робити тривалі завдання	Потрібно перечитати текст; думки, важко фокусувати думки	Порушення концентрації уваги
Відчуваєте, ніби рухаєтесь повільніше, відчуття психічного сповільнення	Повільність у русі помітна іншим, довгі паузи перед відповіддю	Психомоторна загальмованість
Бажання, щоб біль пройшов, песимістичні думки	Думки про те, що життя не варте щоб жити, безнадійність, відсутність уявлення, як почуватись краще	Суїцидальні ідеї, або спроби;
Невпевненість у собі, певна самокритичність, відчуття себе невдахою	Низька самооцінка, неприязнь до зовнішнього вигляду	Почуття нікчемності

Таблиця 3. Пам'ятка для пацієнта «Ступені виразності депресії» (Модифіковано Vasco, 2005)

Якщо деякі симптоми з наведених вище супроводжують коливання настрою, оцінені більше, ніж «нормальні» реакції на стресові фактори і були помічені пацієнтом, вони повинні бути ретельно контрольованими та вписуються пацієнтом у робочий лист реєстрації симптомів БР (депресії або манії).

	Під час манії	Під час депресії	Коли все «нормально»
Настрій			
Самооцінка			
Впевненість			
Активність			
Сон			
Інші симптоми			

Таблиця 4. Лист реєстрації найважливіших симптомів БР (Модифіковано Vasco, 2005)

Коли люди з біполярним розладом відчувають нормальні підйоми і спади настрою протягом життя вони переживають той самий стрес, як і більшість людей які не страждають на БР. Тому вони не завжди розуміють, чи вони знаходяться під впливом стресу і їх переживання, пригнічений настрій є нормальним коливаннями настрою, чи вони скочуються до депресивного епізоду.

«Лист реєстрації найважливіших симптомів БР» допомагає людям розрізнати симптоми рецидиву від нормальних коливань емоцій. Переглядаючи аркуш, пацієнт може підрахувати кількість симптомів, які він або вона відчуває.

Моніторинг симптомів за для раннього попередження рецидиву

Рецидиви є невід’ємною частиною біполярного розладу, тому дуже важливо розумітися на можливих чинниках рецидивів та ретельно їх моніторити.

Чинники рецидиву

1. Стресові міжособистісні стосунки
2. Високий рівень емоційної експресивності
3. Ставлення інших, критика, гіперопіка
4. Порушення соціального ритму
5. Намагання досягти мети і поставлених цілей

Графіки настрою є допоміжним засобом, який можна використовувати для зосередження уваги пацієнта не на великій кількості симптомів що характеризують епізоди БР, а на щоденних змінах настрою, думок та поведінки. Необхідний саме такий рівень моніторингу для виявлення підпорогових симптомів, що передують епізодам манії та депресія. Графік настрою можна використовувати для оцінки афективних змін таких як смуток чи ейфорія, але є найбільш корисним, коли використовується для відстеження симптоми, які є найбільш ранніми ознаками погіршення симптомів.

Ім'я _____

Тиждень _____

Симптоми			Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Нд
+5	Безсоння	Йти до лікаря	•	•	•	•	•	•	•
+4	Манія, низька критика		•	•	•	•	•	•	•
+3	Гіпоманія	Зателефонувати лікарю	•	•	•	•	•	•	•
+2	Енергійність	Вжити заходів	•	•	•	•	•	•	•
+1	«Над» щасливий	Ретельний моніторинг	•	•	•	•	•	•	•
0	Норма		•	•	•	•	•	•	•
-1	Пригніченість	Ретельний моніторинг	•	•	•	•	•	•	•
-2	Сум	Зателефонувати лікарю	•	•	•	•	•	•	•
-3	Депресія	Зателефонувати лікарю	•	•	•	•	•	•	•
-4	Екстремально знижена активність		•	•	•	•	•	•	•
-5	Суїцидальність	Йти до лікаря	•	•	•	•	•	•	•

Що спричинило зміни? _____
 (Модифіковано Vasco, 2005)

Рисунок 6. Графіки настрою (Модифіковано Vasco, 2005)

Моніторинг поведінки пацієнтів

Моніторинг поведінки є важливою складовою стабільності стану пацієнта з БР. Для цього нам потрібно розумітися на факторах (тригерах), що провокують дисфункціональну поведінку та в подальшому працювати над униканням останньої.

Виявлення тригерів депресії:

1. Одна категорія тригерів, пов'язана з униканням та відсутністю позитивних підкріплень, таких як контакт з турботливими людьми або участь у приємних заходах. Позитивне підкріплення покращує та відволікає від проблем і надає більш збалансований погляд на реальність, що включає як позитиви, так і негативи.
2. Інша категорія факторів, яку слід враховувати при пошуку тригерів, які можуть погіршити депресію - це тропність до негативних стресових чинників. Негативні або стресові переживання погіршують депресію, особливо коли людині тимчасово не вистачає здатності вирішувати проблеми або організувати їх досить добре, щоб подолати життєві перешкоди. Тригерами можуть бути конфлікти з іншими, телевізійні новини, що підкреслюють катастрофічне бачення світу, сумна музика чи фільми, інші депресивні люди, скарги інших, неорганізоване чи безладне середовище, фінансові негаразди. Крім того зіткнувшись з проблемами (тригеруючими факторами) пацієнти почуваються більш безнадійними щодо майбутнього, безпомічними щоб подолати суперечки, а себе, в свою чергу, бачать нікчемними.
3. Третя категорія факторів, які можуть погіршити депресію це - поведінка уникання. Коли люди пригнічені і стикаються з проблемами вони часто уникають стресу, а не справляються з ним. Тому що уникнення працює над зменшенням стресу, згідно з теорією навчання, уникаюча поведінка посилюється негативно. Стрес знижується лише тимчасово. Тому закріплюється уникаюча поведінка, і пацієнт не вміє долати перешкоди в подальшому.

Отже, важливо запитати пацієнта, що погіршує його стан.

Виявлення тригерів манії.

Найпоширеніші фактори, що сприяють розвитку або погіршенню манії це недотримання лікування, недосипання, надмірна психостимуляція, вживання алкоголю та наркотиків, швидка зміна планів, або початок нової діяльності та залучення до діяльності, яка також передбачає багато збудження, наприклад, спілкування, шопінг або швидка їзда.

Багато людей з біполярним розладом віддають перевагу активностям у вечірній час.

Потім, після закінчення своїх справ пізно вночі не можуть швидко уповільнитись і перестати думати про справи, отже, сон затримується. Якщо людина повинна прокинутися рано, щоб прийти на роботу, школу або робити сімейні обов'язки, вона може отримати лише обмежену кількість сну. В подальшому це призводить до втрати сну та посиленню манії. Важливо інформувати пацієнтів про те, що їх дії можуть зменшити ризик рецидиву манії, особливо якщо вони будуть знати про всі фактори, що сприяють розвитку манії. Якщо пацієнти готові діяти, вони можуть створити списки потенційно проблемних ситуацій, таких як втрата сну в зв'язку із нічними активностями, що можуть спровокувати погіршення або виникнення манії.

Додавання позитивних звичок/витіснення негативних

Пацієнти як правило можуть передбачити, що призведе до погіршення їхньої депресії чи манії, вони, як правило, досить добре визначають здорові звички, які слід додати до їхнього розпорядку дня. Ми знаємо, що набагато легше додати позитивну поведінку, ніж усунути негативну. Час, витрачений для вироблення або відновлення здорових звичок зменшує час,



доступний для неефективної або саморуйнівної поведінки.

Важливо перед тим, як брати участь у складних поведінкових втручаннях, просто запитати пацієнтів про позитивні звички, які вони знають повинні розробити або відновити, але нехтували. Найпоширеніші позитивні звички: здорове харчування, контроль вживання алкоголю та кофеїну, дотримання режиму дня, регулярний прийом ліків та фізичні вправи.

Вправа: Простий спосіб допомогти пацієнту зробити позитивні зміни.

1 крок - це попросити спочатку вибрати здорову звичку для вдосконалення. Приклади включають здоровіше харчування, регулярніші фізичні вправи, своєчасне сплачування рахунків, або вживання менше кави.

2 крок - попросити пацієнта розпочати його власну нову поведінку, яка може наблизити його до мети.

3 крок - полягає в тому, щоб він вибрав одну проблемну поведінку, яку він хотів би зупинити. Якщо здорове харчування - це звичка, яку він обирає, то поведінка яку він може припинити - це їсти пізно ввечері, наприклад після 8:00 вечора, і почати снідати вранці. Не дивлячись на те, що це лише один крок до змін, але якщо цей крок успішний, то він спонукатиме пацієнта піти далі.

Інструкція: «Нижче перелічені деякі ваші здорові звички та ті, які ви хотіли б розвивати або зміцнювати. Включіть кращі способи управління своїми симптомами, організуйте своє життя і отримуйте більше задоволення від життя.»
Здорові звички, які я регулярно практикую
Здорові звички, які я хочу посилити
Нові здорові звички, які я хотів би розвинути

Таблиця 5. Бланк формування здорових звичок (Модифіковано Vasco, 2005)

Впровадження режиму сну

Нам відомо, що сон є важливим біологічним ритмом і його підтримка є важливою частиною стабільного, ефективного функціонування нашого організму, особливо нервової системи. Встановлено, що втрата сну дестабілізує кожну людину, тому його покращення є ключем до нашої стабільності.

Порушення сну є ключовим симптомом як депресії, так і манії. Його порушення повинно сигналізувати про необхідність терміново отримати консультації лікаря та, можливо, скорегувати або розпочати фармакотерапію [18]. Є кілька профілактичних заходів яких можна дотримуватись, щоб покращити нічний сон.

Як налаштувати сон ще до прийому ліків. Декілька порад.

1. Будьте послідовними. Спробуйте лягти спати і прокидатися приблизно в один і той же

час щодня, навіть у вихідні.

2. Уникайте спати вдень і лягати пізно вночі. Якщо ваш цикл сну вже порушений, сплануйте разом із вашим лікарем нормальний режим вашого сну.
3. Ліжка це місцем для сну. Візьміть за звичку не дивитись телевізор, їсти, читати, або працювати за комп'ютером у ліжку. Робіть це в іншій кімнаті, за столом або на дивані. Привчайте ваше тіло пов'язувати лягання у ліжку зі сном і з засинанням.
4. Влаштовуйтеся зручно. Зробіть свою зону сну комфортною, підбравши подушки, ковдру та одяг, який змушує вас почувати себе добре. В кімнаті має бути темно, не дуже жарко і не дуже холодно.
5. Почніть готуватися до сну заздалегідь, не менше години, приберіть гучні звуки та заспокойте свій розум.
6. Уникайте стимуляторів, які можуть не давати вам спати. Гаряча чашка какао або кава, кілька сигарет або десерт можуть бути доречними в нічний час щоб не спати, але для тих, хто чутливий до кофеїну, нікотину або цукру, їм буде лише важче заснути.
7. Уникайте пізнього прийому їжі. Тим більше якщо у вас є проблеми з травною системою. Пізні вечері або гостра їжа можуть турбувати ваш шлунок і не давати спати.
8. Уникайте пізніх фізичних навантажень, занять спортом.

Поведінкова активація та соціалізація

Коли люди відчувають депресію, вони стають схильними до уникнення інших. Причин такої схильності багато. Деякі пацієнти кажуть, що їм не вистачає енергії, необхідної для взаємодії, ділитись своїми почуттями з іншими, або діяти так, ніби все добре. Інші люди, в свою чергу перестають спілкуватись, якщо бачать що людина втратила інтерес до соціальної взаємодії. Наші пацієнти зазнають невдач, тому не бачать будь-якого сенсу для взаємодії з іншими.

Більше того уникнення соціальних контактів позбавляє людину, що страждає депресією, позитивних взаємодій, які могли б забезпечити підтримку та допомогу, мали б шанс посміятися і відчувати радість, любов та турботу від інших. В нормі соціальна взаємодія, додає нам сил у важкі часи, дає надію на майбутнє, і змушує нас почуватися добре. Під час депресії, уникаючи соціальної взаємодії людина залишається на одинці зі своїми проблемами.

Для активації пацієнта ми можемо використовувати бланк моніторингу активностей, одна з версій якої представлена нижче.

Бланк моніторингу активностей

Інструкція:

- Моніторинг активності є важливим кроком для того, щоб оцінити вашу активність та віднайти способи подолання депресії
 - Тож впродовж наступних днів кожного дня намагайтеся помічати, що ви робите і зазначати це у відповідну графу
 - Заповнюйте таблицю по можливості наприкінці кожної години. Якщо не має можливості, то зробіть записи, як з'явиться можливість
 - Запис повинен містити:
1. короткий опис того, що ви робили. Заповнюйте те, що ви насправді зробили
 2. оцінку вираженості пригніченого настрою за шкалою від 0 (нема пригніченості) до 10 (дуже сильно пригнічений настрій)

Час доби	День тижня	Настрій	Час доби	День тижня	Настрій
Приклад:5.00-8.00	Проснувся				
8:00-8:30	Готував сніданок				
8.30-9.00	Перевіряв пошту				

Час доби	День тижня	Настрій	Час доби	День тижня	Настрій
----------	------------	---------	----------	------------	---------

Таблиця 6. Бланк моніторингу активностей

Гіперстимуляція при манії

Одним з симптомів манії при БР є підвищена швидкість думок, які можуть змусити людину сприймати все що коїться навколо повільним чи нудним. Таким чином, пацієнт змушений шукати більше стимуляції. Проблема в тому, що занадто велика рухова активність, порушення сну, напливи ідей та думок заохочують до ризикованої поведінки. Профілактика або контроль манії має включати самоконтроль потреби в стимуляції та поведінки, що шукає стимуляції, а також розуміти почуття, пов'язані з надмірною стимуляцією, таких як тривога та дратівливість.

Деякі з цих стимулів є симптомами манії, а деякі є наслідками розумової активності при манії. Симптоми манії можуть змусити людину шукати деякі з цих зовнішніх стимуляторів, і вони можуть почуватись добре, коли симптоми відносно не виражені. Однак небажані джерела стимулювання можуть викликати роздратування, або злість.

За для управління способом життя та запобіганню рецидивам необхідно обмежити зайву стимуляцію, особливо коли людина вразлива до рецидивів гіпоманії або манії. Нижче у [таблиці 7](#) наведені внутрішні та зовнішні фактори гіперстимуляції.

Внутрішні фактори стимуляції	Зовнішні фактори стимуляції
Стрибки думок	Шум
Нові ідеї	Безлад
Нові плани	Спантеличеність
Креативність	Велика кількість людей
Початок нових проектів	Тягнучки на дорозі
Розмова про ваші проблеми	Гучний сміх
Згадування минулого	Гучна музика
	Телефонні дзвінки
	Розваги дітей
	Групова терапія

Таблиця 7. Внутрішні та зовнішні фактори гіперстимуляції (Модифіковано Vasco, 2005)

Спілкування з іншими людьми також може бути надмірно стимулюючим і може заважати нормальному сну. Сюди входить розмова про сімейні проблеми вночі після того як всі лягли спати або довготривала приємна розмова по телефону/в інтернеті з друзями, що триває до ранку.

Сексуальна активність може бути надмірно стимулюючою.

Суперечки в кінці дня, безумовно, будуть мати надто стимулюючий ефект і їх потрібно уникати коли це можливо.

Нові ідеї також можна вважати джерелом надмірного стимулювання. До того, як когнітивні процеси стають дезорганізованими, існує часто період, коли думки особливо чіткі та творчі. Пацієнти встановлюють нові зв'язки між ідеями, збираються вирішувати проблеми новими та ефективними способами або придумують унікальні та геніальні плани. Хоча це все дуже позитивний досвід, дії, включаючи планування та виконання нових проектів, можуть бути самі надмірно стимулюючими. Це особливо вірно, якщо вони трапляються пізно вночі, тим самим, заважають сну або призводять до ризикованої поведінки.

Терапевт не може знецінювати ідеї пацієнта, щоб не знеохотити творчі здібності та розуміння. Але увага та контроль потрібні пацієнту. Нові ідеї в манії супроводжуються іншими симптомами манії.

Потрібно допомагати пацієнтові добре використовувати свої творчі думки, не ризикуючи. Якщо пацієнт не знає які допоміжні заходи вжити. Треба нагадати йому про правила гігієни сну, послідовність дотримання ліків та важливість запобіжних заходів від надмірного стимулювання. Це може бути делікатна область обговорення, оскільки деякі пацієнти сприйматимуть це як знецінення своїх чудових ідей, з іншої сторони надмірна стигматизація їхньої творчості або критика яку можуть висловлювати інші значущі люди в їхньому житті.

В ті часи, коли активність може надмірно стимулювати пацієнта, може бути корисним, якщо пацієнт буде вести графік настрою. Не щодня пацієнти можуть стежити за настроєм або такими помітними симптомами як порушення концентрації, режим сну або рівня активності. Коли вони бачать негативні коливання їм слід зазначити можливу причину цього та внести корективи в поведінку за потреби.

Гіперстимуляція при депресії

Надмірна стимуляція може бути стресогенною для пацієнтів і під час депресивних епізодів. Внутрішні джерела стимулювання, такі як стрибаючі думки або потік нових ідей, як правило, не є проблемою при депресивному епізоді, якщо тільки людина не переживає змішаний епізод. Однак зовнішні джерела стимулювання, такі як гучні звуки, надмірні рухи, яскраве світло, розгубленість, або безлад в дома може викликати при депресії почуття пригніченості або стурбованості. Зіткнення з численними обов'язками, коли енергії мало також може надмірно стимулювати та викликати дратівливість та збудження. Спокуса часто полягає в тому, щоб уникнути «шуму», уникнути завдань і віддалитися від інших людей. Хоча уникнення зазвичай вважається контрпродуктивним, це може дати тимчасове полегшення, зменшити стрес.

Що робити з підвищенням інтересів, збільшенням ідей та активності?

Мабуть, одним із найприємніших аспектів манії для пацієнтів є грандіозність. У маніакальному стані деякі пацієнти з біполярним розладом вважають, що можуть зробити або подолати все що завгодно. Поширення нових ідей та проектів у поєднанні з надмірною самовпевненістю, натхненною манією, створює цикл діяльності, який може сам по собі продовжувати та нарощувати манію. Не всі пацієнти з біполярним розладом відчують цей симптом манії. Необхідно переглянути кожну історію пацієнта, щоб визначити, чи включали минулі епізоди манії посилення ідей або активності. Оскільки зазвичай це починається повільно і наростає протягом епізоду, підвищена активність, пов'язана з манією, може бути маркером настання манії.

Можна використовувати графік настрою пацієнта, відстежувати прогресування збільшених ідей у підвищену активність та надмірну стимуляцію.

1 крок - допомогти пацієнту встановити зв'язок між змінами в інтересах, активності та змінами у настрої. Як приклад, терапевт може попросити пацієнта зазначити на графіку настрою попереднього тижня - рівень його активності за останні кілька днів, використовуючи ту саму шкалу (наприклад, від -1 до +1 для нормального діапазону).

2 крок - клініцист і пацієнт можуть разом переглянути графік, щоб визначити, чи існує зв'язок між настроєм та інтересом та зміною активності.

Мета втручання на даному етапі - допомогти пацієнтам які страждають на манію, вибрати

обмежену кількість видів діяльності з безлічі ідей які переслідують його, що мають найбільшу ймовірність успіху та найменшу ймовірність негативних наслідків.

Встановлення цілей

Для того щоб навчити пацієнта, як організувати та встановлювати обмеження своїх інтересів та діяльності терапевт починає з обмеження їх поточного стану. Використовуючи перший стовпець робочого бланка встановлення цілей, який представлений нижче, пацієнт перелічує поточну діяльність, обов'язки, інтереси, а також майбутні плани в будь-якому порядку. Список повинен включати щоденні домашні та робочі обов'язки, навчальні вимоги, регулярно заплановані заходи поза домом (наприклад, церковні заходи, боулінг-клуб та ін.), зобов'язання перед членами сім'ї або друзями, соціальна діяльність, особисті інтереси, які в даний час переслідуються або заплановані (наприклад, дієти та читання), а також нові інтереси чи ідеї.

В другій колонці пацієнт перелічує передбачувану дату діяльності або термін, залежно від ситуації. Якщо діяльність триває, пацієнт повинен зазначити цей факт також у колонці з датами.

Наступним кроком є організація діяльності таким чином, щоб пацієнт зосереджує свої зусилля на завданнях з найвищим пріоритетом. До цього пацієнт повинен присвоїти пріоритет кожній діяльності. Отже, у середній колонці бланка «Постановки цілей» оцінюємо кожну діяльність як високий пріоритет (В), помірний пріоритет (П) або низький пріоритет (Н).

Терапевт може задавати питання або робити спостереження, які можуть полегшити цей процес, але пріоритетність повинен визначити пацієнт. Після завершення цього завдання, пацієнт призначає числові рейтинги, щоб визначити пріоритетність кожного заходу.

Нарешті, пацієнт вибирає розумну кількість завдань, які потрібно виконати наступного тижня.

Грандіозність, яка супроводжує гіпоманію може викликати у пацієнтів відчуття, що вони можуть досягти всіх поставлених цілей з їхнього списку і, власне, їх додаткова енергія та їх зменшення потреби у сні можуть зробити це для них можливим.

Щоб зробити заплановану активність більш ефективною, важливо включити сон у план на тиждень. За допомогою терапевта пацієнт планує приблизний час для діяльності і час, коли він має зупинитись, щоб пацієнт міг підготуватися до сну. Терапевт повинен це зробити чітко, однак, потяг до надмірної стимуляції, спричиненої підвищеною активністю, насправді може погіршити симптоми. Пацієнти можуть втратити свою концентрацію, ставати дезорганізованішими та не в змозі завершити процес завдання успішно. Встановлення обмежень на активність може допомогти стримати прогресування манії. Пацієнти з біполярним розладом зазвичай повідомляють, що, коли вони маніакальні, вони починають кілька проектів, але рідко виконують їх. Вони дедалі більше хвилюються з кожною новою ідеєю та переживаючи негайно розпочинають наступний проект.

Плануючи діяльність та визначаючи пріоритети, пацієнт повинен погодитись виконувати кожне завдання не раніше ніж закінчить попереднє. По мірі з'явлення нових ідей їх можна додати до робочого бланку постановки цілей та відповідно визначити пріоритети.

Мета цього процесу полягає у створенні подушки часу, яка дозволяє пацієнтам обдумати свої нові ідеї та плани, перш ніж діяти. Якщо ця техніка не гальмує активність, можливо необхідні більш активні фармакологічні втручання.

Поточні активності/обов'язки/інтереси	Пріоритет	Порядок виконання
	В С Н	

Таблиця 8. Бланк встановлення цілей (Модифіковано Basco, 2005)

Впровадження бланка «Список «А» та «В» »

Великим викликом для людей з біполярним розладом є піклування про себе. Навидь намагаючись частково захистити себе від перенапруження, навантажень чи надмірного стимулювання, вони все одно можуть ефективно справлятися з життям.

Обов'язки, виклики та труднощі не можуть повністю ігноруватись, навидь коли людині через хворобу не вистачає енергії, надії, мотивації чи внутрішніх сил. В продовж дня думки про самогубство можуть перебиватись думками про роботу, сім'ю чи самотність. Надалі спроби впоратися зі звичними стресами та напругою можуть посилити смуток та дратівливість, це ще більше послабляє самооцінку та може привести пацієнта до думки закінчити своє життя.

Інша частина проблем для пацієнтів з БР полягає в тому, що вони очікують що можуть впоратися із проблемами так саме як і ті, хто не має психічних захворювань. Крім того, суспільство нелегко інтегрує людей з особливостями або інвалідністю. Ці поведінкові втручання формалізують розумову діяльність, з якою більшість людей справляється без особливих зусиль. Вона включає визначення обмеженої кількості пріоритетних завдань, які можна виконати за день, і їх виконання є пріоритетним за інші. При депресії - це боротьба з пасивністю, спричиненою переважністю занадто великою кількістю справ. В манії, - це обмеження активності, особливо якщо люди можуть слідувати інструкціям щодо закінчення пріоритетних пунктів, які внесені до списку "А" перед початком обраних завдань, і з нижчим пріоритетом для списку "В". Свідоме рішення обмежити кількість завдань лише до кількох найважливіших, полегшує протистояння маніакальному спонуканню розпочати багато завдань, а закінчити мало. При депресії прийняття рішень може бути важчим.

Створення короткого списку завдань, що потрібно виконати наступного дня та короткого списку "В" - завдань, які людина хотіла б виконати, якщо час і енергія дозволяють. Крім того цей список може знадобитись вранці, коли пацієнт знає, що потрібно багато чого зробити, але не знає, з чого починати.

Моніторинг когнітивних симптомів

Моніторинг когнітивних симптомів починається з розуміння когнітивних фільтрів через які ми сприймаємо більшість сенсорної інформації та надаємо певного значення тим чи іншим ситуаціям в нашому житті.

Існує певна кількість таких фільтрів (когнітивних спотворень), але ми розглянемо лише чотири з них.

В [таблиці 9](#) наведені приклади їх виникнення при депресії та манії. Загалом ці чотири категорії відображають, наскільки емоційні стани впливають на спосіб обробки інформації. При «Тунельному баченні» людина зосереджується на обмеженій кількості послідовної інформації з поточним настроєм та ідеями, та ігнорує або не бере до уваги суперечливу інформацію. «Звужений фокус» зумовлює висновки зроблені без врахування всіх наявних даних. Типова депресивна людина, наприклад, може легко перерахувати свої помилки та невдачі але не враховує успіхи. У манії людина може бачити переваги та ігнорувати ризики. А коли «Читає думки», людина ігнорує прогалини в інформації, заповнюючи пропуски своїми ідеями, що відповідають її настрою та ставленню. Якщо незрозуміло про що думає хтось інший, людина в депресивному стані буде припускати найгірше, що інші критичні, тоді як у

маніакальному стані може припустити, що інші добре думають про неї або захоплюються нею, або, якщо вона стурбована, інші намагаються заподіяти їй шкоду. Коли все поділяємо на «Чорне та біле» - маємо ідеї, які часто поляризуються як добрі чи погані.

Прикладами таких спотворень може бути бачення себе, як «Я нікчема», «Я ледачий» та «Мене не люблять». Такі характеристики людина може використовувати під час депресії, щоб описати себе. «Чорне-біле» бачення впливає на те як людина «повинна» діяти або думати. Суїцидальні задуми можуть стати важкими та негнучкими, якщо людина вважає, що її ситуація безвихідна, а нещастя - нестерпне. Ці поняття, «безнадійний» і «нестерпний», мають чорно-білий характер і перешкоджають депресивній людині побачити світло. У манії «Чорне-біле» бачення виявляється в однозначному мисленні. Нові ідеї розглядаються як бездоганні та нагальні. Чекати перед тим як діяти неприйнятно для пацієнта з БР, оскільки він відчуває абсолютну впевненість в успіху плану. Думки інших сприймаються як зайві.

Категорія	Приклади при депресії	Приклади при манії	Втручання
Тунельне бачення	Бачити, що є не так, та ігнорувати те, що є добрим	Не бачити ризиків	Вивчіть докази «за» і «проти», знайдіть інші перспективи, подивіться ширшим поглядом на проблеми
Читання думок	Катастрофізація, перестрибування до висновків	Параноя, підозрілість, проекція	Вивчіть докази, знайдіть альтернативні пояснення
Перебільшення/знецінення	Перебільшення проблем, знецінення компліментів	Грандіозність, підвищена впевненість, невраховування негативних наслідків	Отримайте відгук, розпізнавати симптоми, моніторинг симптомів
Чорно-біле бачення	Чорно біле мислення, суїцидальні думки	Потреба в термінових змінах, думки не підтримуються іншими	Когнітивний континуум, переваги/недоліки, вирішення проблем, причини для життя, причини мати надію

Таблиця 9. Когнітивні спотворення при депресії і манії (Модифіковано Vasco, 2005)

Як впоратись зі змістом депресивних/маніакальних думок?

1. Виявити характер дисфункційних думок.
2. Тестувати дисфункційні думки. Контролювати їх вплив на вибори та дії за допомогою когнітивних технік.
3. Реструктурувати когнітивні спотворення.

Виявлення дисфункційних думок

Перш ніж ми зможемо контролювати і змінювати спотворені думки, вони мають бути виявлені. Для когось це складне завдання, оскільки це думки, які часто називають автоматичними думками, виникають швидко, іноді поза свідомим усвідомленням. Часто вони приходять підряд, наприклад, коли людина заповнена новими ідеями або коли перелічує свої недоліки. Терапевт може ввести поняття автоматичних думок шляхом початкового пояснення негативних автоматичних думок, які можуть виникнути, коли вони були в поганому настрої. Існує кілька корисних стратегій.

Але найчастіше запитують пацієнта про нещодавню стресову подію, яка могла стимулювати зміну настрою.

Впровадження та ведення щоденника негативних автоматичних думок

Проаналізувавши обґрунтованість будь-яких автоматичних думок, пов'язаних зі змінами настрою, пацієнт може визначати зміни настрою, побачити подію, що спричинили їх, та пов'язати з ними автоматичні думки та наступні дії. Один із методів, який традиційно використовується для моніторингу виникнення негативних автоматичних думок - це щоденник негативних думок. Існує багато форм та назв щоденників думок. В **таблиці 10** поданий один з них. Приклади інших форм бланків для виявлення негативних автоматичних думок можна знайти на сайті Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії: www.i-cbt.org.ua.

Дата і час	Ситуація	Емоції	Автоматичні думки

Таблиця 10. Бланків для виявлення негативних автоматичних

Існує кілька способів управління ефектом автоматичного думки на подальші дії. В гіпоманії та манії, де є підвищення активності або бажання участі в потенційно ризикованих активностях корисно використовувати правило 24 годин.

У цьому випадку пацієнт погоджується чекати 24 години перед ініціацією потенційно проблематичної поведінки, і довше, якщо це є доречним. Логіка така, що якщо людина має гарну ідею, ні маніакальну ідею, це все одно буде гарною ідеєю завтра чи наступного тижня, або наступного місяця, коли маніакальні симптоми не впливають на настрій чи дії.

За цей час деякі пацієнти можуть отримати більше інформації про свої ідеї, можуть запитати думки членів сім'ї чи друзів, прочитати більше детальної інформації за темою, або звернутись за професійною консультацією.

У депресивних епізодах легше впоратись з ефектом автоматичних думок на дії, оскільки бажання, як правило, полягає у униканні діяльності або робити менше, аніж робити більше. Негативні автоматичні думки, що втручатися в дії включають катастрофізацію щодо можливих результатів, не вірячи, що є якісь перспективи змін, і бачать себе некомпетентними або ледачими. Ці депресивні думки будуть пригнічувати активність. Тривожні думки заохочуватимуть уникати.

Для контролю негативних автоматичних думок, потрібно буде виявити усі когнітивні спотворення, що стримують активність.

Наступним етапом після виявлення автоматичних думок є тестування автоматичних думок.

Тестування негативних автоматичних думок

Один зі способів перевірити негативні автоматичні думки, протестувати їх, знайшовши всі докази «За» і «Проти» їх кориті, та знайти більш реалістичні думки. Це можна зробити за допомогою Бланку запису і тестування думок.

Інший спосіб - перевірка автоматичних думок за допомогою соціальних поведінкових експериментів, в яких пацієнт разом з терапевтом розробляє гіпотези («А» і «В») які в подальшому перевіряються в натуральному експерименті.

Отриманий досвід порівнюється із початковим прогнозом пацієнта щодо ситуації/події. Зазвичай цей процес з'ясовує, чи є негативна думка дійсною, і, якщо так, що потрібно зробити для вирішення проблеми. Це можна зробити за допомогою Бланку для поведінкових експериментів.

Наприклад, якщо людина виявить, що вона не може добре справлятися зі стресом, терапія

може зосередити увагу на вдосконаленні навичок у цій галузі. Приклади бланків можна знайти на сайті Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії: www.i-cbt.org.ua

Відповіді на стимуляцію

Деякі пацієнти в маніакальних або гіпоманіакальних епізодах можуть відзначити на початку розвитку хвороби, що вони переживають перцептивні зміни. Вони можуть повідомити про підвищену обізнаність або чутливість до кольорів, запахів, звуків або дотиків.

Наприклад, листя на деревах виглядають набагато зеленішими ніж зазвичай, або кольори в телевізорі чи в рекламі журналу виглядають яскравішими, ніж зазвичай. При депресії стимуляція, як внутрішня, так і зовнішня, може бути непереборною. На відміну від легкої або середньої тяжкості манії, коли подразники занадто сильно залучають, відволікають або надихають людину, стимуляція при депресії блокує когнітивну обробку і вона заважає вживанню заходів. На піку манії пацієнти відчувають цей незвичайний ефект від зовнішньої та внутрішньої стимуляції, який також може порушувати їх функціонування.

Швидкість і плавність думок

Швидкість думок може також зростати під час епізоду гіпоманії або манії. Пацієнти описують свої думки як стрибки думок в голові, іноді швидше, ніж можна говорити. Деякі кажуть, що можуть слідувати одночасно за декількома «потягами» думок. Але на жаль, як тільки швидкість продовжує збільшуватись, ясність зменшується, а плутанина зростає. Зі збільшенням швидкості, когнітивна обробка інформації зменшується і з'являється безліч нових ідей, інтересів та планів. Світ здається повним можливостей, які просто чекають потрібної людини.

Під час депресії, процеси мислення сповільнюються. В [таблиці 11](#) представлені деякі приклади проблем когнітивної обробки.

Когнітивний процес	Приклади при депресії	Приклади при манії
Відповідь на стимуляцію	Легко переборюється	Легко відволікається, Звуки здаються голоснішими, Кольори яскравішими
Швидкість мислення	Уповільнене мислення, генерування ідей є порушеним	Стрибки ідей, збільшена кількість ідей
Організація	Неможливо впорядкувати проблеми і вибірково вирішити їх	Труднощі виявлення і упорядкування думок
Концентрація	Не вдається утримати фокус, увага блукає	Забгато думок для опрацювання, відволікається і губить хід думок
Прийняття рішень	Невпевненість у собі заважає приймати рішення, проблеми не вирішуються, а накопичуються	Не вдається встановити пріоритети, порушення судження, проблеми з послідовністю думок

Таблиця 11. Приклади проблем когнітивної обробки (Модифіковано Vasco, 2005)

Розумова організація

У міру загострення симптомів манії мислення стає дезорганізованішим і пацієнтам важче його контролювати. Пацієнти, які відчули на собі дезорганізацію мислення, відзначають знижену здатність складати інформацію в організовані групи. Тобто вони не можуть зв'язувати ідеї формувати повне уявлення про певну проблему чи завдання. Їх мислення стає заплутаним.

Мислення може стати настільки дезорганізованим, що логіка, інформація, і власний досвід пацієнта більше не є важливими компонентами для оцінки ідей. Деякі знають про це та

прагнуть випробувати методи, які б допомогли знов знайти ясність та зв'язність думок. Тому в манії, як правило, те що очевидно для інших, пацієнт може не усвідомлювати і не помічати ступінь дезорганізації свого мислення.

Концентрація

Люди з біполярним розладом скаржаться на проблеми з пам'яттю та концентрацією. Це тому, що для того, щоб отримати інформацію з пам'яті, її спочатку потрібно зберегти. І обмежена увага обмежує утримання та збереження інформації, що і призводить до зниження пам'яті.

Прийняття рішень

Пацієнти як в депресії так і в манії стикаються з порушенням здатність приймати рішення. Проблема прийняття рішень якісно відрізняється в кожному типі епізоду.

У міру загострення когнітивних симптомів депресія викликає невпевненість у собі, яка має тенденцію до збільшення. Люди не довіряють своїм рішенням, побоюючись невдачі або несхвалення, якщо зроблять «неправильний» вибір. Психічне уповільнення та тунельне бачення ускладнюють пошук нових рішень проблем. І як тільки тривога зростає, стає легше уявити найгірший сценарій для будь-яких розглянутих рішень. Всі проблеми уявляються великими, а наслідки перебільшеними, що викликає параліч у прийнятті рішень.

Порушення судження, грандіозність та імпульсивність можуть впливати на прийняття рішень під час епізодів гіпоманії та манії. Як було описано раніше, збільшення позитивів та мінімізація негативів може впливати на прийняття рішень, надаючи незбалансований погляд на ризики та переваги будь-якого рішення. Нерідко пацієнти у маніакальній фазі діють імпульсивно, не роблячи пауз для розгляду альтернативних дій чи рішень. Погана оцінка не завжди є показником порушення можливості прийняти рішення. Дії, здійснені без недостатнього судження, можуть бути результатом неможливості уповільнити думки, щоб спробувати вирішити проблему [19].

Як пригальмувати швидкість мислення?

- Уповільнитись. Заспокоїти розум і тіло
 1. Використовувати релаксаційні техніки
 2. Зменшити стимуляцію (зовнішню та внутрішню)
- Концентруватись лише одночасно на одній думці/ідеї/дії.
 1. Визначити пріоритетні задачі
 2. Скласти лист задач «А»/ «В»
- Дотримуватись структури
 1. Зменшити потік думок
 2. Приймати рішення
 3. Вирішувати проблеми
 4. Знаходити «За» і «Проти»
 5. Фідбек від інших
 6. Правило 24 годин

Менеджмент стресу



Менеджмент стресу є важливим заключним етапом КПТ в протидії БР. Пацієнти з біполярним розладом можуть мати психосоціальні проблеми в багатьох сферах життя: сім'я, робота, охорона здоров'я, фінанси тощо. Стрес від психосоціальних труднощів може посилити такі симптоми, як порушення концентрації уваги, втому та відволікання, що, в свою чергу, може надалі заважати ефективному подоланню проблем. Терапевти можуть допомогти пацієнтам почати справлятися зі стресовими факторами, допомагаючи їм визначити пріоритети проблем, які потребують вирішення в терапії. Вони стають цілями для терапії, вирішення яких знизить рівень ймовірно зменшить рівень стресу.

Зазвичай пацієнти намагаються вирішити свої проблеми самостійно перед тим, як представляти їх терапевту. Тому перед розробкою нового плану лікування корисно визначити, які стратегії пацієнти вже використовували та наскільки ефективно вони справлялись зі стресом раніше.

При розробці плану лікування для вирішення психосоціальних питань та зниження стресових факторів, важливо максимально активувати ресурси пацієнта для подолання проблем

Висновки

Біполярний розлад – це важке хронічне захворювання, яке є не простим не тільки для діагностики, але і для супроводу та лікування. Навидь найкомплаєнтніші пацієнти втомлюються від постійного прийому ліків. Тому важливо зрозуміти, як КПТ може допомогти пацієнтам перекрити недоліки фармакотерапії та краще контролювати різні фази захворювання як в гострих станах, так і в станах ремісії.

КПТ займає важливу роль в супроводі БР і останні наукові дослідження це підтверджують.

Представлену роботу мені хотілося б підсумувати метафорично. Жити з БР це як бігти «марафон», який ніколи не закінчиться. Якщо дивитись на КПТ/ психотерапевта та їх роль в житті пацієнта з БР - це «відносини» тренера і спортсмена.

Важливо бігти цей «марафон» і намагатись не сходити з дистанції. Це можна зробити лише, якщо бігти усвідомлено, розраховуючи свої сили, в правильному темпі знати як правильно дихати, як знаходити допоміжні думки, щоб не впасти або не переоцінити себе і не наробити помилок, як змінювати техніку бігу, як тримати фокус уваги попри втому та виснаження, як досягати цілей.

КПТ це «Тренер» який підтримує під час марафону, в нього невеличкий рюкзак, в якому є все і навидь аптечка з інструментами та ліками, на всі випадки, щоб допомогти спортсмену бігти. Він вчить як правильно, технічно бігти, як швидко, коли зробити «передішку», коли прискоритись, коли сповільнитись під час «марафону». Крім того, тренер підтримує, приймає, навидь коли спортсмен гнівається або плаче від втоми, хоче все кинути, а марафон не закінчується. Тренер знаходить правильні слова, в добрий Сократівський спосіб, щоб спонукати спортсмена не припиняти бігти. А «марафон» довжиною в життя, може бігти лише добре підготовлений спортсмен!

Посилання

1. Khahustova OO. Suicide and household mortality in Ukraine: results of 2012. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2013;21(4):12-8. URL: <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/96f/96f9264ff9a4affcab8c646ae8f4a288.pdf>
2. Chaban OS, Yur'yeva LN, Khaustova OO, Mamchur AY, Nikolenko AY, Barna ON. Modern realities of medical care for patients with depression: results of the first year of

- implementation of the national protocol. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2015;21(3):25-9. URL: http://ndips.org/assets/%D0%B0%D0%BF_34_2015.pdf
3. NICE. Bipolar disorder, the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2020. URL: https://www.psychdb.com/_media/mood/bipolar-i/nice_bipolar_guidelines.pdf
 4. Mosolov SN, Kostjukova YG, Kuzavkova MV. Bipolar affective disorder: diagnosis and treatment. Moscow: MEDPress-Inform; 2008.
 5. Nusslock R, Almeida JR, Forbes EE. Waiting to win: elevated striatal and orbitofrontal cortical activity during reward anticipation in euthymic bipolar disorder adults. *Bipolar Disord*. 2012;14(3):249-60. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01012.x>
 6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders Fifth edition. Washington: APA Publishing; 2013. URL: https://media.mycme.com/documents/168/dsm-5_bipolar_and_related_diso_41789.pdf
 7. Baldessarini RJ, Vazquez GH, Tondo L. Bipolar depression: a major unsolved challenge. *Int J Bipolar Disord*. 2020;8(1):1. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0160-1> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31903509/>
 8. Khaustova OO. Results of 2017: updated clinical guidelines. *PMGP*. 2017;2(4):e020496. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/96>
 9. Chaban OS, Khaustova OO. Bipolar depression: problems of diagnosis and therapy. *Neuro News*. 2011;32(5). URL: [https://neuronews.com.ua/ru/archive/2011/5\(32\)/article-509/bipolyarnaya-depressiya-problemy-diagnostiki-i-terapii#gsc.tab=0](https://neuronews.com.ua/ru/archive/2011/5(32)/article-509/bipolyarnaya-depressiya-problemy-diagnostiki-i-terapii#gsc.tab=0)
 10. Khaustova OO, Bezsheiko VG, Romaniv AP. Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression. *Neuro News*. 2012;36(1). URL: [https://neuronews.com.ua/ru/archive/2012/1\(36\)/article-585/sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya-bipolyarnoy-depressii#gsc.tab=0](https://neuronews.com.ua/ru/archive/2012/1(36)/article-585/sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya-bipolyarnoy-depressii#gsc.tab=0)
 11. Miklowitz DJ. An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2006; 8: 498-503.
 12. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2008; 192: 5-11.
 13. Chiang KJ, Tsai JC, Liu D, Lin CH, Chiu HL, Chou KR. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017;12(5). DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0176849> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28472082/>
 14. Miklowitz DJ. An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2006;8(6):498-503. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0057-4> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17094929/>
 15. YuYe Bi, Jiang Ze-Yu Li H. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Aug;70(8):351-61. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27177717/>
 16. Vallarino M, Henri C, Etain B. An evidence map of psychosocial interventions for the earliest stages of bipolar disorder. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2(6): 548-63.
 17. Suppes T, Swann AC, Dennehy EB. Texas Medication Algorithm Project: development and feasibility testing of a treatment algorithm for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(6):439-47.
 18. Meyer N, Faulkner SM, McCatcheon RA. Sleep and Circadian Rhythm Disturbance in Remitted Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2020;46(5):1126-43.
 19. Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. New York: Guilford Press; 2005.