Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсм ПО

РЕФЕРАТ на тему: «Депрессия»

Выполнила: Ординатор Розпутько Виктория Михайловна

Красноярск 2022 г

Содержание:

Введение

1. Виды депрессии. Систематика

2. Этиология и анализ условий возникновения

3. Психосоциальные факторы

3.1 Кризисные жизненные события

3.2 Стрессовые и дефицитарные средовые условия.

3.3 Влияние неблагоприятной внешней среды

4. Психологические факторы

4.1 Когнитивный подход

4.2 Поведенческие и интерперсональные концепции

5. Интервенция

Заключение

Список литературы

Введение

Чувства печали, разочарования, подавленности, безысходности, в сопровождении с тревожностью, относятся к базовому опыту человека, как реакции на утрату или потерю, стресс или неудачу, эмоциональное истощение. Пока они не превышают определенный период и/или интенсивность, они относятся к «нормальной» жизни.

Депрессия - одно из наиболее распространенных психических расстройств (20% женщин и 10% мужчин имели в течение жизни хотя бы один депрессивный эпизод). Чаще всего депрессия начинается в возрасте 20-50 лет, однако также распространена у подростков и пожилых.

Расстройства настроения всегда интересовали людей, в частности потому, что ими страдали многие великие люди. В Библии говорится о тяжелых депрессивных состояниях Навуходоносора, Саула и Моисея. По-видимому, периодические депрессии случались у английской королевы Виктории и Авраама Линкольна. Депрессия, а иногда и мания преследовали таких писателей, как Эрнест Хемингуэй, Вирджиния Вулф и Сильвия Плат (Andreasen, 1980). Проблемы, возникавшие у них с настроением, разделяют миллионы людей, и сопряженные с этими проблемами экономические расходы (потери рабочего времени, лечение, госпитализация) ежегодно составляют более 40 млрд. долларов (Simon & Katzelnick, 1997; Rupp, 1995). И, разумеется, просто невозможно измерить человеческие страдания, вызываемые расстройствами настроения.

В клиническом контексте понятие депрессия рассматривается на трех уровнях абстракции:

1. На уровне симптомов: печаль или утрата энергии, что может наблюдаться как у здоровых лиц, так и при многих соматических и психических расстройствах;

2. На уровне синдромов: когда нужно обозначить эмоциональные, соматические, мотивационные, когнитивные и социально-интерактивные формы поведения, представляющие собой расстройства, нуждающиеся в лечении, для которых определены течение, прогноз и лечение;

3. На уровне заболеваний: могут быть описаны как синдромы, но имеют этиологию.

депрессия интервенция стрессовый этиология

1. Виды депрессии. Систематика

В отечественной психиатрии принято выделять простые и сложные депрессии.

Однако все эти классификации построены по принципу преобладании в картине депрессии тех или иных расстройств. В то же время структура депрессии нередко содержит разнообразные виды нарушений, включаемых в классификациях в различные типы состояний.

Трудности определения и классификации депрессий связаны с оценкой глубины депрессии, степенью выраженности ее отдельных компонентов, наличием радикалов разных видов депрессии и лишь относительным преобладанием одного из них в состоянии больных, а также неравномерностью выраженности различных проявлений депрессии.

С целью создания синдромальной классификации депрессий клинико-психопатологическим методом было изучено 1220 больных. Составлялись специальные карты, в которых учитывались пол, возраст, порядок приступа (первичный или повторный), продолжительность, диагноз, жалобы больного, клинико-описательное и подробное квалификационное определение синдрома, его динамика. Более чем у половины больных анализировалось также катамнестические сведения.

В подавляющем большинстве случаев (990 из 1220 наблюдений) речь шла о депрессивных расстройствах в рамках эндогенных заболеваний (шизофрении, МДП). Примерно в 2/3 это были женщины, в 1/3 -- мужчины. Возраст исследованных больных колебался в широком диапазоне от 18 до 64, но подавляющее число из них (около 80%) были молодого и среднего возраста.

В соответствии с особенностями аффективных нарушений можно выделить семь основных синдромальных типов депрессий:

§ Меланхолический;

§ Тревожный;

§ Анестетический;

§ Адинамический;

§ Апатический;

§ Дисфорический;

§ Сенесто-ипохондрический;

а также сложные депрессии с развитием в их структуре бреда, галлюцинаций, кататонических расстройств.

Как известно, в клинической картине депрессий показателем тяжести поражения являются, главным образом, собственно аффективные компоненты синдрома.

Депрессивные расстройства, психопатологическая картина которых исчерпывалась в основном гипотимическими нарушениями или расстройствами анергического полюса отличались в целом структурной простотой и незначительным полиморфизмом психопатоподобных и неврозоподобных проявлений, в то время как сенесто-ипохондрические депрессии, а также депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами могли быть оценены как сложные.

Таким образом, к простым депрессиям могут быть отнесены меланхолические, адинамические, анестетические, дисфорические, тревожные и апатические.

· Меланхолические депрессии.

Исследование меланхолических депрессий (126 наблюдений) показало психопатологическую неоднородность этих состояний.

Вариант меланхолических депрессий проявляется состояниями, где наряду с подавленностью, витальной тоской с загрудинной или эпигастральной локализацией, суточными колебаниями настроения, идеями самообвинения, самоупреками, жалобами на трудность сосредоточения, невозможность концентрации, выступали двигательные нарушения, принимавшие порой характер субступорозных состояний, что соответствовало классическому меланхолическому синдрому во все своей полноте выражения, описанному в рамках циркулярной депрессии.

Другой вариант меланхолических депрессий, на высоте состояния неотличимого от вышеописанного, являлось отсутствие в инициальном этапе характерных для меланхолических депрессий подавленности, тоски, снижения умственной и физической активности. Отмечалось преобладание безразличия, отсутствия интересов, чувства слабости, вялости, повышенной утомляемости. Идеаторное торможение выражалось в расплывчатости мышления, трудности концентрации мыслей, реже -- депрессивном моноидеизме; моторная заторможенность проявлялась двигательной адинамией. Частым признаком являлась рефлексия с рассуждательством, пониженной самооценкой, а также дисфорическим оттенком. Депрессивных идей самообвинения не наблюдалось. В последующем нарастала подавленность, субъективное ощущение пониженного настроения. Тоски, суточные колебания, идеи неполноценности и самообвинения, двигательное и идеаторное торможение.

В развитой стадии психопатологическая картина этих вариантов соответствовала картине классической меланхолии; с особенностями, проявляющимися как невыраженностью триады, так и наличием “дополнительны признаков”, таких как адинамически-дисфорический оттенок.

Исследование меланхолических депрессий показало, что структура их в значительной степени связана с возрастом возникновения; если классические варианты характерны для среднего возраста, то в молодом возрасте инициальные периоды этих видов депрессий имеют свои особенности и характеризуются рефлексией, выраженными дисфорическими расстройствами, апатическими проявлениями с последующим развитием состояний, близких к классическим меланхолическим.

Изучение этой группы депрессий позволило выделить также неглубокие тоскливые депрессии с неврозоподобными и психопатоподобными и апатическими расстройствами, а также более сложные полиморфные по своей психопатологической структуре депрессивные состояния, где наряду с разной степенью выраженности компонентов депрессивной триады наблюдались также психопатоподобные; неврозоподобные и сенесто-ипохондрические расстройства.

· Тревожные депрессии.

162 наблюдения наблюдаются как заторможенные, так и ажитированные депрессии.

При заторможенных депрессиях тревога в значительной степени определяет картину депрессии. Суточные колебания с наибольшей выраженностью аффективных расстройств в первую половину дня; в особенно тяжелых случаях облегчения самочувствия в вечернее время не наступает. В депрессивной триаде выражена двигательная заторможенность, темп мышления не меняется, идеаторное торможение проявляется также тревожно-тоскливым содержанием мышления. Тревога ощущается больными физически, что позволяет говорить о ее витальном характере. Наблюдается и чувство, идеи самообвинения и неполноценности, суицидальные мысли, физические признаки депрессии. При тревожно-меланхолических депрессиях в картине состояния преобладает двигательное возбуждение в виде ажитации, речь больных ускорена, имеет место нигилистический бред, а нередко и синдром Котара.

· Анестетические депрессии.

(146 наблюдений) также выявило их неоднородность: наряду с чисто анестетическими депрессиями выделяются:

Депрессии тревожно-анестетические. Для таких депрессий характерны ажитация, внешние проявления тревоги, идеаторные расстройства в виде наплывов и путаницы мыслей, инвертированный характер колебаний суточного ритма при отсутствии идеомоторного торможения, суицидальных мыслей, идей самообвинения, чувства пониженного настроения, а также соматических проявлений депрессии. В вечерние часы у больных возникают кратковременные усиления тревоги, которые часто сочетаются с невротической симптоматикой. Особенностью тревожно-анестетических депрессий является наличие в их картине разнообразных деперсонализационных расстройств, выходящих за рамки психической анестезии (чувство автоматизированности собственных действий, нереальность восприятия собственного “я”, ощущение раздвоенности), психической анестезии, выступающей в рамках тревожно-анестетических депрессий малодифференцированные ощущения внутренней пустоты. Диссоциация компонентов триады характерна для тревожно-анестетических депрессий средней степени выраженности: сочетание эмоционального торможения с отсутствием идеомоторной заторможенности или даже с идеомоторным возбуждением.

Депрессии тоскливо-анестетические: характерно чувство тоски с прекардиальной локализацией, правильными суточными колебаниями, идеями самообвинения и самоуничижения, суицидальными мыслями и намерениями, соматическими признаками депрессий, а также адинамическими расстройствами в виде чувства физической, или, реже так называемой, “моральной” слабости. Анестетические проявления представлены ощущением утраты чувств, которое расценивается больными как свидетельство их реальной эмоциональной измененности, что нередко и является основной фабулой идей самообвинения.

При чисто-анестетических депрессиях, в которых анестетические расстройства являются наиболее значимым проявлением при стертости других симптомов депрессии отсутствует или незначительно выражено идеомоторное торможение, отсутствуют суточные колебания настроения. Соматические признаки депрессии. У ряда больных имеют место деперсонализационные и адинамические расстройства, формируется депрессивное мировоззрение, а также интерпретативный ипохондрический бред. Фабулу бреда составляют анестетические расстройства, трактуемые больными как проявления тех или иных соматических заболеваний. Психическая анестезия проявляется в виде сознания неполноценности различных форм эмоциональной жизни.

· Адинамические депрессии.

Состояния, в которых на первый план выступают слабость, вялость, бессилие, невозможность или затруднение в выполнении физической или умственной работы при сохранении побуждений, желаний, стремления к деятельности (128 наблюдений). В так называемом идеаторном варианте проявления адинамии преобладают над выраженным депрессивным аффектом, настроение снижено, имеют место идеи неполноценности, фабулу которых составляют адинамические расстройства. Соматические признаки депрессии составляют нерезко выраженные нарушения сна и аппетита. Адинамия выражается в жалобах на отсутствие “моральных сил”, “умственную истощаемость”, “умственное бессилие”, плохую сообразительность. В триаде идеаторное торможение доминирует над моторным.

В психопатологической картине второго, так называемого моторного варианта адинамических депрессий, преобладает чувство разбитости, вялости, мышечной расслабленности, бессилия.

Аффективный радикал представлен депрессией с чувством внутреннего беспокойства и напряжения. Соматические признаки депрессии выражены отчетливо: расстройства сна, аппетита, снижение веса. Отмечаются идеи неполноценности, фабула которых определяется особенностями адинамии.

Третий вариант, условно названный сочетанным, представлен депрессией с явлениями идеаторной и моторной адинамии. Депрессия носит тревожный характер, наблюдается чувство тоски, носящей неопределенный характер, отмечаются выраженные соматические расстройства. Отчетливые суточные колебания отсутствуют, идеи самообвинения нехарактерны. Идеи собственной неполноценности сопровождаются чувством жалости к себе, адинамия проявляется отсутствием физических и моральных сил, невозможностью выполнить какую-либо работу.

· Апатические депрессии.

(10 наблюдений), в картине которых на первый план выступают невозможность или затруднение выполнения умственных или физических нагрузок в результате отсутствия желания и стремления к какому-либо виду деятельности, снижение уровня побуждений и всех видов психической активности. Заметного снижения настроения не отмечается, отсутствуют тоска, тревога, идеи самообвинения, соматические признаки депрессии.

Возможно развитие апато-меланхолических депрессий, сопровождающихся пониженным настроением с чувством тоски, идеями самообвинения, суицидальными мыслями. Проявления апатии оцениваются больными как изъян, как одно из самых тяжелых расстройств. Прослеживается обратная зависимость между интенсивностью апатии и выраженностью тоскливого радикала депрессии; у части больных наряду с тоской возникают эпизоды тревоги, при этом характер и выраженность апатии не меняется. Дисгармоничность депрессивной триады проявляется преобладанием идеаторной заторможенности над моторной.

Апато-адинамические депрессии являются одним из видов апатических депрессий. Тоска в этих случаях не характерна. Отмечаются идеи самообвинения и неполноценности, фабулу которых составляют собственно проявления апатии; при уменьшении интенсивности апатии уменьшается и интенсивность депрессивных идей. Тревога, носящая характер неопределенного "внутреннего беспокойства" и напряжения возникает крайне редко.

Дисгармоничность триады проявляется значительным преобладанием моторной заторможенности над идеаторной. Соматические признаки депрессии характеризуются снижением веса, аппетита, иногда нарушением сна.

· Дисфорические депрессии.

Состояния, характеризующиеся возникновением на фоне сниженного настроения, раздражительности, гневливости, нередко агрессии, сопровождающиеся разрушительными тенденциями (124 наблюдения). Нередко источником раздражения становятся предметы и явления, незадолго до этого не привлекавшие внимания больного и не беспокоившие его. Если поводов для проявления раздражения не имеется, больные провоцируют конфликтную ситуацию. Раздражительность сопровождается злобностью, бранью, оскорблением окружающих; достаточно часто у больных появляется чувство ненависти, которое впоследствии интерпретируется как результат констелляции факторов (отсутствием семьи, частые госпитализации), способствующих появлению чувства неполноценности.

У ряда больных в момент развития дисфории преобладает ощущение внутренней психической напряженности с постоянным ожиданием надвигающейся катастрофы. Поведение в период дисфорических депрессий бывает различным: у одних больных преобладают агрессия и угрозы в адрес окружающих, разрушительные тенденции, нецензурная брань, у других - стремление к уединению, связанное с гиперестезией и "ненавистью ко всему миру", у третьих - стремление к активной деятельности, носящей нецеленаправленный, часто нелепый характер. Картины дисфорических депрессий редко определяют состояние в целом; наиболее часто они развиваются в структуре меланхолических и адинамических депрессий.

Неврозоподобные проявления, нередко встречающиеся в картине депрессий описанных шести типов, носят характер навязчивых страхов и сомнений в правильности и завершенности своих действий, ипохондрических опасений и, как правило, обнаруживают внешнюю связь с реальной ситуацией. Частыми являются жалобы на усталость, раздражительность, больные обнаруживают повышенную чувствительность к шуму, яркому свету, громкими разговорам окружающих.

Нетрудно заметить, что представленная типология относительно простых депрессий не только не исчерпывает всего многообразия депрессивных синдромов, но и является в значительной степени относительной; это связано в первую очередь с тем, что наряду с классическими картинами мономорфных депрессий наблюдаются состояния, которые нередко трудно отнести к определенному типу депрессий в связи с их значительной изменчивостью и полиморфизмом основных проявлений аффективного синдрома.

Сложные депрессии отличаются значительными полиморфизмом и глубиной позитивных расстройств, изменчивостью и полиморфизмом и глубиной позитивных расстройств, изменчивостью психопатологических проявлений, что связанно с появлением в клинической картине элементов, стоящих вне рамок облигатных расстройств. К ним относятся:

· сенесто-ипохондрические депрессии

· депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами (240 наблюдений).

В клинической картине ипохондрических депрессий, собственно аффективные расстройства отступают на задний план и становятся и ведущими ипохондрические проявления: жалобы на неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела, порой крайне вычурного, причудливого содержания, чувство соматического неблагополучия, тревожные опасения в отношении своего здоровья, страх близкой смерти. Больные ищут подтверждения своим мыслям у врачей-интернистов, занимаются самолечением. Ипохондрические опасения и навязчивые мысли с течением заболевания приобретают сверхценный и бредовой характер, полностью овладевают сознанием (ипохондрически-нигилистический вариант синдрома Котара).

В депрессиях, в клинической картине которых имеют место галлюцинаторные, бредовые и кататонические расстройства, наряду с подавленностью, тоской, нарастающей тревогой, страхом, имеют место "голоса" угрожающего или императивного характера, убеждение в воздействии на них различными аппаратами или гипнозом, в преследовании со стороны сослуживцев, коллег и даже близких родственников; больны растеряны, беспомощны, боятся быть отравленными, испорченными, околдованными. Одновременно частью больных высказываются идеи виновности, ущерба, разорения, предстоящего наказания, ожидают гибели своей или близких им людей. В ряде случаев на сравнительно короткий промежуток времени возникает острый чувственный бред с ложными узнаваниями, инсценировкой, бредом метаморфозы, эпизоды онейроидного расстройства сознания.

В значительном числе наблюдений депрессивные нарушения принимают характер меланхолической парафрении с варьированием степени фантастических бредовых переживаний от “приземленных” трактовок до мистических построений.

В структуре депрессивно-бредовых состояний высокий удельный вес занимают кататонические расстройства, варьирующие от легких проявлений (парамимии, негативизм) до тяжелого ступора.

Как известно, соотношения собственно аффективных расстройств и расстройств, выходящих за рамки облигатных симптомов депрессии интерпретируются неоднозначно: если одни авторы рассматривают расстройства неаффективного круга как независимые от аффективных нарушений [2, 3], то другие [4] квалифицируют более тяжелые психопатологические образования в качестве первичных по отношению к аффективным расстройствам.

2. Этиология и анализ условий возникновения

Возникновение депрессий мультикаузально, т.е. широкий спектр биологических, средовых и психологических факторов может внести свой вклад в генез депрессивных расстройств. За последние два десятилетия появилось много разнообразных концепций, пытающихся выяснить роль таких факторов влияния. С самого начала не было недостатка в работах, пытавшихся подвести общую теоретическую базу под отдельные направления исследования, однако в последнее время число таких работ сильно возросло и наметилась тенденция к развитию интегративных «биопсихосоциальных» моделей депрессии (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984; Gilbert, 1992; Hautzinger & de Jong-Meyer, 1994; и др.). Хотя такие модели в деталях значительно отличаются друг от друга, все же во всех в них, как правило, видное место занимает гипотеза взаимодействия стрессовых средовых факторов и индивидуальных черт предрасположенности - гипотеза диатеза-стресса.

На рисунке 1 представлены важнейшие потенциальные факторы влияния и указаны многосторонние связи, которые, не только в аспекте взаимодействия, но и в аддитивных и каузальных аспектах, могут существовать между компонентами этой структуры условий возникновения. Переменные внутри каждой отдельной части рисунка тоже состоят друг с другом в различных отношениях.

Рисунок 1.

1. Генетические факторы.

То, что в возникновении аффективных расстройств или их определенных форм могут принимать участие генетические факторы, доказывается эмпирическими данными из различных исследований -- семейных исследований, исследований близнецов и приемных детей (Propping, 1989; Tsuang & Faraone, 1990; Nurnberger & Gershon, 1992). Степень влияния диспозиционных наследственных факторов, по-видимому, варьируется в зависимости от вида и тяжести исследуемых форм расстройства. Так, например, из исследований близнецов явствует, что показатель конкордантности у однояйцевых близнецов для психотических униполярных депрессий (согласно МКБ-9) составляет в среднем около 50%, для непсихотических униполярных депрессий (согласно МКБ-9) -- около 40%; для биполярных аффективных расстройств соответствующие значения лежат значительно выше (показатель конкордантности у двуяйцевых близнецов для униполярных депрессий, как и для биполярных аффективных расстройств, составляет около 15-20%). Относительно роли генетических факторов при легких депрессивных расстройствах (согласно МКБ-9: невротические или реактивные депрессии или при дистимических расстройствах) результаты пока неоднородны; но, по-видимому, их роль менее значительна, чем при вышеописанных формах расстройств. По поводу способа возможного наследования при аффективных расстройствах сегодняшняя наука пока не пришла к единой точке зрения (см. Propping, 1989).

3. Психосоциальные факторы

3.1 Кризисные жизненные события

Большое значение кризисных жизненных событий - особенно, стрессовых событий в социальной сфере - признается во всех современных моделях генеза депрессии. То, что количество стрессовых жизненных событий значительно увеличивается непосредственно перед началом депрессивного расстройства, доказывают данные ретроспективных и проспективных исследований; эмпирически эта связь убедительно подтверждается как на основе данных самоотчетов, так и на основе объективных индикаторов стресса (Smith & Allred, 1989; Paykel & Cooper, 1992; Dohrenwend, Shrout, Link, Skodol & Stueve, 1995). Особое значение при этом приписывается интерперсональным событиям утраты и разлуки в продромальной фазе депрессии. В некоторых других исследовательских подходах, например в эволюционно-биологической или эволюционно-психологической концепции депрессии, особое значение придают утратам социального ранга и социальных ролей (Gilbert, 1992). Однако обе гипотезы еще нуждаются в основательной эмпирической разработке.

То, что кризисные жизненные события часто, хотя и не всегда, связаны с возникновением депрессивных расстройств, поднимает вопрос о переменных, определяющих воздействие таких стрессоров. В соответствии с упомянутой во вступлении гипотезой диатеза-стресса сегодня чаще всего исходят из того, что эффект взаимодействия между внешними кризисными жизненными событиями и личностно-специфичными факторами уязвимости -- биологическими и/или психологическими признаками предрасположенности -- должен рассматриваться в качестве важного элемента возникновения депрессии. Вместе с этим во многих концепциях учитывается и роль «факторов социальной уязвимости» (особенно недостаточная социальная поддержка, а также аверсивные влияния окружающего мира в детстве). Результаты эмпирических работ, проведенных с целью проверки этих гипотез о взаимодействии, весьма разнородны; и их детальное изложение выходит за рамки данного раздела (см. Brown, 1989; Kendler et al., 1995; Blцschl, 1997).

3.2 Стрессовые и дефицитарные средовые условия

В последнее время наряду с влиянием острых стрессоров в общую структуру условий возникновения часто попадает и потенциальное влияние хронических психосоциальных стрессоров - повседневных долговременных перегрузок. Особое внимание при этом уделяется семейным и супружеским отношениям лиц, страдающих депрессией; то, что эти отношения часто носят дисфункциональный -- напряженно-конфликтный -- характер, подтверждается многочисленными эмпирическими данными (Feldman & Gotlib, 1993; Blцschl, 1994). Кроме того, многие исследования выявляют у больных депрессией повышенный уровень профессиональных перегрузок (Lowman, 1993). Эти результаты можно существенно дополнить и данными из исследований социальной поддержки; они ясно показывают, что социальное окружение индивида, страдающего депрессией, характеризуется не только ярко выраженными аверсивными условиями, но и выраженным недостатком взаимопомощи и содействия (Henderson, 1992; Paykel & Cooper, 1992).

3.3 Влияние неблагоприятной внешней среды

Оба только что представленных направления исследования занимаются неблагоприятной внешней средой, влияющей непосредственно перед началом депрессивного расстройства, т. е. в последние месяцы или годы перед возникновением депрессии. Но, как уже упоминалось, существует достаточно много моделей депрессии, которые учитывают, что неблагоприятные жизненные события и обстоятельства в детском возрасте могут создать диспозицию к возникновению депрессий в зрелом возрасте. В центре внимания этих подходов находятся, прежде всего, потери или депривации в семейной среде; в последнее время особо обращают на себя внимание теоретические перекрестные связи с концепциями, восходящими к исследованиям привязанности (Gotlib & Hammen, 1992; Parker, 1992; Harrington, 1993; см. также Jones, 1996). Эмпирическим путем установлено, что взрослые, страдающие депрессией, сверх случайного часто сообщают о неблагоприятной семейной атмосфере в их детстве - прежде всего о недостаточно эмоциональном отношении к ним родителей; гипотеза, что такие тенденции доказуемы даже независимо от депрессивных состояний, в большинстве случаев подтверждается. Проспективные исследования этой тематики до сих пор крайне редки; однако в ближайшее время ввиду растущего сейчас интереса к вопросам психопатологии развития ожидается интенсификация исследований этого типа.

4. Психологические факторы

4.1 Когнитивный подход

Большое влияние на развитие исследований роли диспозиционных личностно-специфических признаков психологического рода при возникновении депрессии последних двух десятилетий в теоретическом и эмпирическом плане оказали концепции Бека и Селигмана. Формулируя в целом, можно сказать, что в этих моделях существенная роль в структуре условий возникновения депрессивных расстройств отведена дисфункциональным мыслям и установкам -- дисфункциональным процессам переработки информации; при этом, как правило, имеется в виду взаимодействие таких когнитивных факторов уязвимости с внешними стрессовыми факторами с точки зрения диатез-стресс-модели.

Концепции Бека и Селигмана

Бек (Beck, 1970) в своей теории «когнитивных схем» в качестве основы конкретного депрессивного расстройства рассматривал базовые дисфункциональные когнитивные паттерны, которые проявляются в основном в трех сферах: в негативных установках пациента, страдающего депрессией (или предрасположенного к ней), по отношению к самому себе, по отношению к окружающей его среде и по отношению к своему будущему. Эти негативные когнитивные схемы имеют своим происхождением прежний неблагоприятный опыт отношений с окружающим миром и могут позднее быть заново активированы в аналогичных стрессовых ситуациях; они детерминируют у индивида структурирование внешних раздражителей и приводят впоследствии к появлению других признаков расстройства, характерных для депрессивного синдрома (см. о дальнейшем развитии этой концепции, а также о ее важнейших терапевтических приложениях: Beck, Rush, Shaw & Emery, 1994).

Первоначально в теории «выученной беспомощности» Селигмана (Seligman, 1974) утверждалось, что из повторяющихся случаев недостаточного контроля над важными аспектами окружающего мира, главным образом над аверсивными аспектами, могут возникнуть генерализованные ожидания неконтролируемости, а в дальнейшем могут появиться паттерны депрессивной реакции. Впоследствии Абрамсон, Селигман и Тисдэйл (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) переработали концепцию беспомощности и дополнили ее гипотезами атрибуции; согласно переработанной модели возникновение генерализированной беспомощности, а с ней и базиса для депрессивных реакций зависит от того, что именно рассматривалось в качестве причины пережитой потери контроля. В частности, в качестве фактора риска для генеза депрессий может рассматриваться склонность объяснять внешние негативные события интернальными, стабильными и глобальными причинами -- наличием «пессимистического стиля атрибуции» («pessimistischen Attributionsstils») или, как в последнее время часто формулируют, «пессимистического стиля интерпретации» («pessimistischen Explanationsstils») (Buchanan & Seligman, 1995).

Результаты исследований подтвердили наличие при депрессиях накапливающихся дисфункциональных установок и негативных атрибутивных стилей, а также некоторых когнитивных нарушений другого типа. Но вот гипотеза о диспозиционной роли когнитивных дисфункций была поддержана только в некоторых тщательно проведенных исследованиях; результаты большинства исследований показали, что при установленных когнитивных нарушениях речь идет скорее о коррелятах или последствиях депрессивного расстройства (Engel & DeRubeis, 1993; Robins & Hayes, 1995; Blцschl, 1997).

Другие когнитивно-ориентированные подходы.

Из других многочисленных когнитивно-ориентированных концепций генеза депрессий мы здесь приведем лишь некоторые. В дополнение к пересмотренной концепции беспомощности Абрамсон, Метальски, Аллой (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) предложили модель «депрессивной безнадежности»; паттерны негативных когниций относительно будущего в рамках этой модели играют центральную роль при возникновении определенных субформ депрессивных расстройств. Уже давно различные авторы подчеркивают существенное влияние дисфункциональных процессов самоконтроля и саморегулирования в структуре условий возникновения депрессий (Rehm, 1977; Pyszczynski & Greenberg, 1992; ср. также когнитивно-мотивационную концепцию: Kuhl & Helle, 1994). Тисдэйл (Teasdale, 1988) в своей «гипотезе дифференциальной активации» («Hypothese der differentiellen Aktivierung») использует модифицированное понятие когнитивной уязвимости, которое в последнее время очень широко распространено; согласно этой гипотезе тенденция к активации специфических негативных когниций в состоянии легкого депрессивного состояния должна рассматриваться как диспозиционный фактор для возникновения клинического депрессивного расстройства (ср. Blцschl, 1997). Но нужно отметить, что систематическое эмпирическое обоснование всех этих интегративных и соответственно комплексных моделей пока отсутствует.

4.2 Поведенческие и интерперсональные концепции

Многочисленные эмпирические данные подтверждают, что у лиц, страдающих депрессией, сверх случайного часто констатируются недостаточные социальные навыки и умения; поэтому гипотеза, согласно которой поведение лиц с депрессией во время общения с другими людьми вызывает негативные реакции у их партнеров по контакту, что, в свою очередь, может привести к возникновению и поддержанию неблагоприятных «замкнутых» процессов между индивидом и его окружением, обладает большой эмпирической очевидностью (Blцschl, 1993; Coyne, Burchill & Stiles, 1991; Segrin & Abramson, 1994). Однако мы все еще не знаем, какую роль играют паттерны проблемного социального поведения в генезе депрессивных расстройств.

Следует выделить еще, что из ряда эпидемиологических исследований по вопросам коморбидности, повышенная вероятность возникновения депрессий может быть следствием тревожных расстройств; обратная связь наблюдается значительно реже (Wacker, 1995). Другую релевантную фоновую информацию дают демографические факторы риска, разработанные в соответствующих эпидемиологических исследованиях. То, что болезненность депрессивными расстройствами у женщин существенно выше, чем у мужчин, по понятным причинам порождает много важных этиологических вопросов (Nolen-Hoeksema, 1990); то же самое справедливо и для различий в болезненности расстройствами в зависимости от возраста, например доказано, что у молодых людей частота депрессивных расстройств значительно возрастает, причем частота депрессий возрастает после пубертатного периода (Wittchen, 1994; Harrington, 1993). Объяснения таким данным, скорее всего, будут найдены в рамках интегративных моделей депрессии.

5. Интервенция

В соответствии с многомерной природой депрессивных расстройств в терапии депрессий учитываются как биологические, так и психологические лечебные воздействия. Существует широкий спектр методов, относящийся к обоим этим направлениям, а также едва ли обозримое число эмпирических исследований. О биологических методах лечения депрессии, среди которых на первом месте стоят медикаментозные, полезную информацию дали ван ден Хуфдеккер и ван Беркестейн (van den Hoofdakker & van Berkestijn 1993; Fava & Rosenbaum, 1995). В качестве специфических фармакологических средств в первую очередь показаны антидепрессанты.

Антидепрессанты прописывают из-за того, что они улучшают настроение. Этот эффект, как правило, наступает спустя несколько дней после начала приема, часто - лишь через несколько недель лечения. У недепрессивных испытуемых антидепрессанты не вызывают улучшения настроения или вообще эйфории -- стало быть, их терапевтический эффект специфичен для болезни; для этих медикаментов нет значимого риска злоупотребления или вообще привыкания.

Наглядное описание действия первого антидепрессанта имипрамина можно найти у его изобретателя Куна (Kuhn, 1957); кратко оно звучит так: «мимика пациентов перестает быть застывшей и вновь приобретает свою выразительность; пациенты становятся более оживленными, дружелюбными и общительными, больше и громче разговаривают; причитания, слезы и жалобы прекращаются, реже становятся жалобы на физическое состояние. Пациенты сами встают по утрам, сами приступают к активным действиям, их замедленный жизненный темп нормализуется. Пациенты и сами воспринимают улучшение. Тягостные чувства и депрессивные бредовые идеи исчезают, суицидные мысли и импульсы отступают. Урезаются расстройства сна и кошмары; уменьшаются суточные колебания настроения, улучшается аппетит и урезаются запоры».

Подходы к терапии депрессии:

Экзистенциально-аналитическая терапия депрессии должна начинаться на *всех* уровнях (*Frankl*, 1982 a,b; *Längle*, 1991): на уровне отношений, на когнитивном, эмоциональном, соматическом, биографическом и социальном уровнях, и это осуществляется сегодня во многих психотерапевтических подходах. Нас более всего интересует экзистенциальное ядро.

a) В экзистенциальном анализе при лечении депрессии особое внимание уделяется **терапевтическим отношениям**. Они должны быть проникнуты теплым, понимающим и принимающим чувством. Активное обращение к пациенту и его беде, эмпатическое вчувствование важны потому, что общение с терапевтом представляет собой *новое*соприкосновение с жизнью, благодаря которому пациент может согреться, и застывшие нормативные структуры смогут «оттаять». Таким образом, рядом с терапевтом пациент обретает возможность возобновить отношения с жизнью. Терапевт становится словно бы представителем самой жизни, при этом, благодаря *активному*обращению в процессе терапии, он в большей степени идет навстречу пациенту, чем на это способна реальная жизнь в ситуации депрессивного отступления.

b) **Обращение к настоящему и разделение задач.** Депрессивный пациент в большой степени живет прошлым. У него мало актуальных отношений, позволяющих установить близость с жизнью, все его отношения преимущественно дистантные. Судить о том, что такое жизнь, он может, лишь наблюдая других, а не на основе собственного опыта. Такая дистанция по отношению к жизни нарушает ее формирование в конкретных условиях повседневности. Структура дня, фазы покоя, сон заслуживают особого внимания со стороны терапевта, поскольку все эти моменты способствуют разгрузке пациентов. Особенно важно выяснить, *обращается*ли*, относится*ли пациент эмоциональнок тому, что делает (*Längle*, 1997; *Nindl*, 2001). Поддержка намерений пациента сохранить способность к выполнению хотя бы небольших задач дает ему возможность завязать отношения с жизнью.

c) **Работа над когнитивными структурами и неправильной атрибуцией.***Этот**шаг**не является специфическим для экзистенцанализа*. Речь идет о раскрытии и осознании «замкнутых кругов мышления» — генерализаций, обобщений типа «*всегда*», «*никогда*», «*все*» и т.д., приводящих к истощению.

d) **Мобилизация персональных ресурсов и упражнение в определении своей позиции.**Здесьиспользуются специфические экзистенциально-аналитические методы, в особенности работа с центральной персональной способностью — находить и занимать собственную позицию.

***Самодистанцирование (Selbst-Distanzierung)***(*Frankl*, 1982a, b):

* в отношении ***чувств***(например, «сейчас чувства заморожены, но я не позволю этому состоянию определять мое поведение»);
* в отношении ***ожиданий***(например, ожидания чувства непременной радости от того, что человек что-то делает).

Мы пытаемся разработать с пациентами персональные способы обращения с негативными чувствами и такими тягостными состояниями, как отсутствие радости. Это важно, поскольку в обычных условиях радость помогает нам, обозначая области, где мы оказываемся ближе всего к жизни. Депрессивный человек, который при выполнении какой-либо деятельности не может больше радоваться, будет воспринимать и этот факт как собственную неудачу. В результате может происходить постепенное *нарастание, эскалация негативного*: человек начнет грустить по поводу того, что не может больше радоваться, не способен найти для себя радость ни в чем. В терапии следует учитывать возможность такого нагнетания негатива. Можно облегчить состояние пациента, если обратить его внимание на то, что в период «черно-белого кино» (метафора депрессии) ожидание, что чувство радости оживет, едва для этого появятся условия, вряд ли оправдано. Он должен в большей мере концентрироваться на когнитивных знаниях (*первая фундаментальная мотивация*), на интуитивном ощущении, что правильно, а что — нет (*третья фундаментальная мотивация*), но не на дефицитарном чувстве (*вторая фундаментальная мотивация*). Таким образом пациент освобождает себя от ожиданий позитивных эмоций и вместе с тем от разрушительного чувства, что он должен радоваться, но не может. Разрыв заколдованного круга «депрессия через депрессию» — важный элемент терапии депрессии (работа над позицией).

***Самопринятие*(*Selbst-Annahme*)**

Здесь речь идет о том, чтобы всерьез отнестись к тому, что делаешь, или оказаться от этого дела. Важна установка, что само совершаемое действие тоже имеет ценность, которая, скорее всего, более значительна, чем кажется. Депрессивные пациенты склонны обесценивать все *собственное* (дела, результаты своих действий, достоинства и пр.) либо или воспринимать как норму («так и должно быть»), при этом они утрачивают открытость по отношению к ценности, которой реально обладают.

Например, если кто-то говорит, что любит рисовать, но рисованием почти не занимается, а постоянно сидит перед телевизором, то это может означать, что просмотр телепрограмм для человека на данном этапе важнее, чем рисование, однако он сам этого не осознает. Если собственная ценность определяется для человека перфекционистскими представлениями о себе как о художнике, то такого рода времяпрепровождение неизбежно приведет к фиаско («я не состоялся как художник...»). В подобных случаях в лечении депрессии речь должна идти о том, чтобы способствовать самопринятию человека и положить конец приступам порой ежедневного самообесценивания. Депрессивный человек полагает, что он не занимается важным, а тратит время на несущественное: ведь с точки зрения культуры, гораздо важнее рисовать, заниматься искусством, а то, что он делает сейчас, ровным счетом ничего не стоит. Однако не представляет ли телевидение для находящегося в депрессии человека особую ценность? Возможно, благодаря этому источнику информации у него возрастает чувство близости к реальной жизни, в результате чего ощущение одиночества теряет прежнюю остроту? И не является ли эта ценность экзистенциально более значимой, чем общепризнанная, но не способная согреть душу?

Если какая-либо ценность является реальным *основанием для предпочтения* определенного действия, то ежедневно будет происходить реальная оценка, заставляющая отдать ему предпочтение. Между тем, занятие позиции по отношению к этому реальному оцениванию у депрессивного человека, как правило, отсутствует или же оценивание не соотносится с той возможной ценностью, которой обладает «неправильное действие», поскольку ригидное нормативное мышление ничего подобного не допускает. Когда же человек открыто признает возможную ценность отвергаемого действия, происходит примирение с самим собой, и стресс, связанный с обесцениванием, уходит.

***Персональное нахождение позиции*(*Personale Positionsfindung — PP*)**(*Längle*, 1994b):

Цель данного метода заключается в том, чтобы перевести депрессивную «первичную эмоцию» в «интегрированную эмоцию»[[1]](https://psyfactor.org/lib/depression5.htm" \l "_ftn2" \o ") (*Längle*, 2003b). Эта попытка осуществляется с помощью трех шагов, каждый из которых кратко представлен ниже типичными вопросами:

**PP1 —**позиция по отношению к внешнему миру («позиция вовне»): Что реально происходит? Это действительно так? *Откуда*я об этом знаю?

**PP2** — позиция по отношению к внутреннему миру («позиция внутрь»): Если это действительно так, что я утрачу? Мог бы я выдержать это хотя бы *один раз*?

**PP3** — позиция в отношении позитивного: *О чем*для меня идет речь в этойситуации? *Что* для меня лично является важным, ценным в более широком жизненном контексте?

**e) Переработка чувства, что ты потерпел неудачу.**Следует обнаружить неспособность что-либо сделать и, начав отсюда, пройти по депрессивным ощущениям вплоть до позитивного ядра, благодаря чему негативное превращается в позитивное: «Имеется ли сильная сторона в том, что я считаю слабостью?» — «Действительно ли то, что я считаю неспособностью, является таковым, или же там тоже есть возможность Постоять За Себя?». Благодаря такой работе происходит *понимание интенций* поведения и устанавливаются отношения с собственной жизнью.

f)**Перебработка чувства вины и конкретизация ответственности.**Депрессивное чувство вины определяется, с одной стороны, диффузным *чувством ответственности,*в котором нужно прояснитьреальное содержание, истинную ответственность или фактическую вину. С другой стороны, оно исходит из *завышенных представлений о ценности*, которые также требуют критического отношения и пересмотра.

g)**Работа над отношениями. Упражнение в принимающей установке по отношению к ценностям.**Девиз: «Ежедневно делать что-то хорошее для себя!». Отвергающая, обесценивающая позиция по отношению к себе и связанная с этим утрата отношений с собственной жизнью должны быть пересмотрены и переработаны. Благодаря ежедневному упражнению, конкретным решительным действиям приобретается новый жизнеутверждающий опыт.

h)**Глубокая терапия, направленная на восстановление способности переживать фундаментальную ценность, процесс переживания грусти как главное условие терапии депрессии.**Подготовительная работа на уровне ценностейпредваряет глубинный уровень экзистенциально-аналитической терапии. На этом уровне работа с пациентом заключается в том, чтобы вскрыть и сделать ощутимым то, что привело к выстраиванию негативной установки по отношению к жизни. Она делится на фазы гнева, грусти и мобилизации ресурсов путем дальнейшей проработки отношений и ценностей пациентов (*Längle*, 1993).

**3. Терапия суицидальности**

Работу с суицидальностью подробно описывает в своей всеобъемлющей книге Т. Ниндль (*Nindl,* 2001).

Суицидальность — часто встречающийся при депрессии феномен. Если представить себе, что человек на протяжении длительного времени вынужден жить под невыносимым грузом депрессии, утрачивая силы, страдая от неспособности действовать, от ощущения дефицита, недостатка чего-то, от чувства вины, утратив желания и радость жизни, перспективы и надежду, то суицидальные тенденции можно понять. С экзистенциально-аналитической точки зрения мы рассматриваем желание лишить себя жизни как симптом, который соответствует внутренней установке по отношению к жизни. Если учесть, что депрессивный человек оценивает свою жизнь, как ни на что не годную, как обузу для других, и потому — как источник непреодолимой вины, тогда суицидальность кажется логичным следствием и даже честным выражением переживания. Эта негативная оценка собственной жизни (в экзистенцанализе мы называем ее «*негативной фундаментальной ценностью*») ведет не только к негативным чувствам, но и к персональной установке, которая содержит в себе *решение* против жизни. Поэтому суицидальность сама по себе — не болезнь, а решение человека, принятое в связи с болезнью. Решение осуществить то, что он думает и чувствует, то есть последовать за своей психической реальностью и своим убеждением. Это акт, который представляется ему истинно нравственным внутри рамок его отношений.

Существуют три основания, которые могут удержать депрессивного человека от саморазрушительного намерения: *позитивная внутренняя установка по отношению к* *жизни, страх*и*недостаток силы.*Последнее особенно характерно для середины тяжелых депрессивных фаз. Поэтому суицидальность в острой форме чаще всего проявляется в начале и в конце депрессивной фазы, когда у пациента достаточно силы, чтобы реализовать свое намерение. В конце фазы риск особенно высок, потому что в это время суицида никто не ждет, — ведь чисто внешне пациент чувствует себя лучше: негативные чувства в значительной степени отступили, активность и предприимчивость стали заметнее. И все же отсутствует основное — подкрепление утверждающей установки по отношению к жизни. Отступают видимые внешне депрессивные чувства и недостаток активности, но в глубине по-прежнему сохраняется и действует мрачная, отвергающая жизнь установка.

Рассмотрим кратко *позитивную внутреннюю установку по отношению к* *жизни* как самую сильную защиту от суицида. Она может проистекать из глубокого убеждения в ценности жизни и*рационального знания о том*, что дело всего лишь во временном недостатке производства нейротрансмиттеров в мозге или в психическом состоянии, которое соответствует утрате экзистенциальной ценности и еще персонально не проработано и т.д. Знание причин депрессивного состояния важно для того, чтобы сохранить убеждение, что жизнь по-прежнему имеет ценность. Убеждение — это установка, общее решение в отношении фундаментальной ценности жизни. Обычно подобное убеждение сопровождается воспоминаниями о прежней жизни, о том времени, когда она имела позитивную ценность, — это означает, что у жизни есть и другие стороны, которые в данный момент невозможно увидеть.

Другая форма внутренней позитивной установки по отношению к жизни коренится в *вере.*Это понимание ценности жизни, которое основано не только на особом субъективном опыте, но также и на откровении, божественном знании. И все же в этом случае терапевту следует быть внимательным: вера, которая не покоится на собственном опыте и не связана с воспоминаниями о позитивной ценности жизни, не всегда может выдержать давление и груз депрессии.

Наконец, скрытой формой позитивной внутренней установки является отказ от суицида из-за недостатка мужества. В этом чувстве «трусости», как пациенты называют свою установку в типичной самообесценивающей и аутоагрессивной манере, феноменологически обнаруживается неуверенность, сомнения, скрытая надежда, непризнанный импульс в отношении того, что в конце концов жизнь могла бы быть чем-то хорошим, или же, что она по своей природе неприкосновенна. За таким определенным и категорическим решением часто можно натолкнуться на содержание переживания, значение которого превышает любую логику и аргументацию. Терапевтам важно увидеть и учесть то, что скрывается за такими словами, потому что тогда они смогут лучше помочь пациенту в раскрытии его персональности.

В **терапии суицидальности** важно следующее:

a) предложить и проработать с пациентом понимание ситуации;

б) взять с пациента обещание, что он не совершит суицид;

в) если пациент откажется от такого обещания, то следует в обязательном порядке обеспечить постоянное присутствие рядом с пациентом других людей.

a) Терапевт приглашает пациента поговорить о его желании совершить суицид, о его намерениях или планах. Поскольку здесь речь может идти о скрываемых намерениях, необходима эмпатическая формулировка, которая поможет пациенту либо услышать и принять вопрос, либо обойти скрываемое им намерение. Например: «Я хорошо понимаю положение, в котором вы сейчас находитесь. Вы несете огромный груз... И я допускаю, что в такой ситуации может исчезнуть желание жить, вплоть до того, что появляется мысль... вообще покончить с жизнью... Не возникает ли у вас такого чувства?» — Таким образом, пациент может почувствовать себя понятым и в случае согласия реагировать с облегчением. Помимо прочего, такое понимание укрепляет отношения с терапевтом.

Если пациент не испытывает подобных импульсов и чувств, то этот запрос в любом случае не причинит вреда. Некоторые терапевты боятся, что такой вопрос негативно повлияет на пациента или даже приблизит его к суициду. Человек, не имеющий суицидальных намерений, даже если он находится в состоянии депрессии, может воспринять этот вопрос скорее как вызов занимаемой им позитивной позиции в отношении жизненной ситуации и ответит что-нибудь вроде: «Моя ситуация не настолько тяжела!»

Тот, кого посещают суицидальные мысли, отреагирует по-иному. Либо он с облегчением согласится, чувствуя, что его понимают, либо по разным причинам будет стараться скрыть свои намерения. Это может быть желание избежать госпитализации и медикаментозного лечения; или же пациент не настолько доверяет терапевту, чтобы говорить с ним на столь тяжелую тему, наконец, бывает и так, что он уже решился и не хотел бы, чтобы кто-то препятствовал исполнению его замысла. Тогда следует ожидать, что пациент с возмущением отвергнет это предположение.

Каким же образом можно распознать опасность *диссимуляции*? С этой целью В. Франкл еще в 20-е годы предложил метод, который широко применяется и сегодня (*Frankl*, 1982a). В то время он возглавлял отделение, где находились суицидальные пациентки. Накануне их выписки он должен был оценить риск того, что они могут совершить суицид. Он разработал краткую технику опроса, с помощью которой можно было с необходимой точностью оценить опасность диссимуляции. Вопросы косвенно центрировались вокруг того, как пациент соотносится со смыслом. Автор метода опирался на следующее наблюдение: если пациент видит смысл в своей жизни, то это уменьшает риск суицида, если же он такого смысла не видит, то ничто не сможет его удержать. Смысл — важное вспомогательное средство (hilfsmittel), ресурс, позволяющий преодолеть суицидальность.

Обнаружение скрытой суицидальности начинается, как уже отмечалось, с расспроса о возможных суицидальных тенденциях. Если пациент намерен диссимулировать, то он будет стараться рассеять сомнения терапевта: «Нет, таких мыслей у меня нет... Такое никогда бы не пришло мне в голову... Не стоит беспокоиться!» и т.п. При подобном ответе возможную диссимуляцию поможет раскрыть вопрос, на первый взгляд, неожиданный: «*Почему* бы вы этого не сделали? Что дает вам такую уверенность?» В случае диссимуляции пациент обычно удивляется, начинает заикаться: «Нет, скорее — нет, я этого не сделаю, не беспокойтесь, будьте уверены, я этого не сделаю...!» Диссимуляция распознается на основании того, что человек не может соотнестись со смыслом и задать некое конкретное содержание. Если же пациент не диссимулирует, он спокойно приводит свои аргументы, например, говорит: «У меня есть семья... есть та или иная задача... я не хотел бы делать это, зная, как будет страдать жена... из страха перед Богом...» и т.д.

б) Пациентов с суицидальными намерениями спрашивают, могут ли они *пообещать*, что ничего с собой не сделают. Не рекомендуется задавать вопрос общего характера: «Вы можете пообещать, что не убьете себя?» Большинство людей не смогут дать такое обещание. Вопрос должен быть более конкретным и рассчитанным на определенный временнóй интервал: «Можете ли вы пообещать мне, что в этом месяце (или на этой неделе) не причините себе вреда?» В тяжелых случаях вопрос должен быть еще более узким: «Можете ли вы пообещать мне, что завтра мы снова увидимся?»

В острых и особо острых случаях единственное содержание, которого может касаться обещание, — отношения между терапевтом и пациентом, а не возможный поступок. «Можете ли вы пообещать мне, что в любом случае свяжетесь со мной, если ваши мысли будут вращаться вокруг самоубийства? Можете ли вы пообещать, что позвоните мне, если поймете, что не сможете больше гарантировать, что ничего с собой не сделаете? Пообещайте мне, что в таком случае вы наверняка позвоните, будь то ночь или день, прежде чем решитесь на этот поступок». Необходимо скрепить это обещание рукопожатием, при этом открыто посмотреть друг другу в глаза. Если пациент стремится избежать рукопожатия (или оно некрепкое), если он избегает взгляда, то следует настоять, чтобы скрепление договоренности прошло нормально. Если больной пойдет на это, то можно гарантировать с большой вероятностью, что он не нарушит своего обещания. Такое обещание имеет большой вес, ибо тяжело умирать с нарушенным обещанием!

в) Если получить от пациента обещание не удается, то ситуацию следует рассматривать как критическую, как имманентный суицид. В таком случае нельзя оставлять пациента одного. Рекомендуется госпитализация. Если это невозможно, то следует организовать социальную сеть из заслуживающих доверия лиц, которые в состоянии взять на себя ответственность и гарантировать, что они проявят бдительность. Будет фатальной ошибкой отправить пациента домой, не убедившись в том, что он там ему будет обеспечен надежный присмотр (при этом нельзя полагаться только на заверения пациента!).

**4. Профилактика депрессии**

Рассмотрим еще несколько пунктов, касающихся предотвращения депрессии и психогигиены.

a) **Экономия и восстановление сил (уход за силами)**. Профилактика заключается в том, чтобы пристально следить за сферами истощения и быть чувствительным в отношении тех областей, где возникает потеря сил. Это часто происходит там, где человек действует из чувства долга или же прилагает к чему-то слишком много усилий, например, на работе, во время вождения автомобиля, даже в процессе мытья посуды поздно вечером после рабочего дня. Такие стрессовые факторы следует осознавать, потому что на них уходит много сил, и часто это ведет к раздражительности, к появлению мышечного напряжения (прежде всего в плечевой области и в спине). Правильная организация отдыха, внимательное отношение к продолжительности сна, к перерывам, к занятиям спортом, режиму дня, планированию недели может предотвратить потерю сил и истощение. Ритмичность и регулярность облегчают жизнь, т.к. отпадает необходимость принимать решения. Важно жить сообразно своему темпу, ибо, как показывает опыт, в любой депрессии есть доля истощения.

b) **Медикаменты.** К уходу за силами и, таким образом, к области первого фундаментального условия исполненной экзистенции («первая фундаментальная мотивация» — *Längle*, 1992b; 1999), относится также использование медикаментов. Продолжительный прием антидепрессантов, а также лития — проверенное средство профилактики депрессии.

c) **Уход за ценностями.**Для сохранения радости жизни и жизненной силы, важно уделять внимание тому, что нравится. Фундаментальное чувство — хорошо, что ты живешь, что ты есть на свете — должно сохраняться и по возможности усиливаться. Для этого важен опыт, который ведет человека к отношениям с ценностями. Имеется в виду следующее:

* Ухаживать за приятными переживаниями, понимая, что там, где радость, — там жизнь. Недостаточно *знать,* что было бы полезно, нужно также *переживать* это и *делать*.
* Наслаждаться *ценностями переживания*, уделять им время, обращаться к ним.
* Ухаживать за *отношениями.*
* С вещами, которые важны для человека, обращаться как с *ценностью* — это культура жизни.
* Ухаживать за *телом,* больше двигаться, заниматься спортом. Обращать внимание на хорошее физическое самочувствие. Для чувств тело – как воск для пламени свечи.

d) Обращение к **жизненным препятствиям**, к тому, что отнимает у человека жизнь:

* Задать себе вопросыотносительно причины *нагружающих чувств* (*Belastende Gefühle*) и обсудить их с другими.
* Начать *грустить*, если грусть отсутствует.
* Обратиться к *разочарованиям*и *потерям*, принять чувство, связанное с неудачей или отказом. Если обращение к этим жизненным препятствиям отсутствует, то душа держится за то, что отрицается разумом, а это неизбежно приведет к депрессии.

e)**Бережное использование времени.**Время — это всегда время жизни. Благодаря бережномуиспользованию времени человек обращает внимание на любовь к собственной жизни. Конкретно это означает: по возможности делать только то, что является для тебя важным, и избегать траты времени на второстепенное. Для депрессивного человека соблюдение этого правила особенно значимо. Не отставлять себя вновь и вновь, не отказываться от себя ради других.

f)**Специальная работа над установками.**Депрессивный человек склонен к установке подчинения, особенно в начале депрессии. Ему свойственно приспосабливаться, чтобы «заслужить» ценную близость, подчиняться судьбе или авторитетам. Надлежит работать над тем, что важно вступаться за себя, проживать свои желания, потребности, запросы. Следует критически рассмотреть и изменить депрессивную «идеальную» картину: отнюдь не всегда хорошо быть скромным и «задвигать» себя. ***Работа с установками желаний***:желания таят в себе опасность латентной пассивности. Человек *отдан* желаниям, если он ожидает, что их выполнят другие. Из-за фиксации на желании обладать чем-то, чего у него нет, человек переживает дефицитную сторону жизни значительно сильнее. Основное правило гласит: желания хороши до тех пор, пока сохраняется возможность отказаться от них. ***Работа над установкой самоуважения*:**для сохранения или роста самоуважения важно чувствовать проявления неуважения со стороны других, не следует терпеть неуважительное отношение. Если оно есть, то в качестве профилактики важно поговорить об этом.

Заключение

Джемисон пишет о том, как себя ощущает человек, находящийся в депрессии: "Депрессия кровоточит в отношениях с людьми подозрительностью, отсутствием доверия и самоуважения, неспособностью радоваться жизни, нормально двигаться и говорить, истощением, дневными и ночными кошмарами… Она навевает на вас переживания о том, каково быть старым, дряхлым и больным, каково умирать; что значит быть тугодумом, непривлекательным, плохо воспитанным, неловким, уродливым, не верить в возможности, которые дает жизнь, в изысканность музыки или в способность рассмешить себя и других".

Депрессия не является признаком слабости характера - это самая настоящая болезнь, которая нередко требует медицинского вмешательства, это не то, что приходит и уходит. Это не просто плохое настроение, которое пройдет через неделю-другую. Люди, страдающие депрессией, описывают это переживание как невыносимое для души ощущение безнадежности и отчаяния, словно у них отсутствует "я". Все, что они видят, чувствуют и переживают, окутано черной тучей. Деревья и цветы весной, которые для всех остальных являются символом надежды и любви, могут пробудить в страдающем депрессией человеке образы тления и распада. В самом деле, такой человек может почувствовать, что погряз в отвращении к себе и неукротимой боли, и постоянно думать о смерти и самоубийстве.

Депрессия несет огромную угрозу нормальному функционированию общества, ведь снижая работоспособность людей, она способна парализовать экономическую жизнь как развитых, так и развивающихся стран.

В России каждый третий взрослый человек страдает депрессией. Депрессия ухудшает качество жизни человека, негативно влияет на взаимоотношения с близкими, коллегами, снижает эффективность человека на работе.

Но с депрессией нужно бороться. С ней можно бороться. Из этой борьбы можно выйти победителем. Для того чтобы вернуть естественную, присущую каждому человеку способность радоваться жизни и творить.

Список литературы

1. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд./ Под редакцией М. Перре, У. Баумана, 2012.

2. Klein D., Taylor E., Dickstein S. J Affect Dis 1988; 14:25-33.

3. Weitbrecht H. Wien Z Nervenheilk 1967; 24; 4:265-281.

4. Pichot P. A Century of Psychiatry. Paris 1983.

5. А.C. Тиганов, Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики.

6. Ю.Г. Фролова, Медицинская психология, 2011.

7. У. Бауманн, М. Перре Клиническая психология, 1998.

8. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.