План:

Введение ……………………………………………………………...2

I. Сущность депрессии ………………………………………………3

1 Причины возникновения депрессии …………………………..3

2 Проявления депрессии ………………………………………….6

3 Опасность депрессии …………………………………………...7

4 Типы депрессий ………………………………………………....8

5 Как выявить депрессию? ……………………………………….13

II. Психологические аспекты депрессии ……………………………17

III. Психологические феномены депрессии ………………………..18

1 Раздражение, вызываемое депрессивным переживанием ……18

2 Измененное восприятие своего тела …………………………..19

3 Измененное восприятие времени ………………………………21

4 Измененное общение ……………………………………………24

IV. Способы борьбы с депрессией …………………………………..26

Вывод ………………………………………………………………….30

**Введение**

Если мы обратимся к психологическому словарю, то там термин депрессия обозначен следующим образом: ***депрессия***, в медицине – психическое расстройство, проявляющееся тоскливым, подавленным настроением с сознанием собственной никчемности, пессимизмом, снижением побуждений, заторможенностью движений, различными соматическими (телесными) нарушениями. С этимологической точки зрения слово депрессия возникло от латинского *depressio* - подавление. Наверное, именно это определение является самым точным и емким определением депрессии. Термин депрессия не является сугубо медицинским или психологическим термином. Обращаясь к истории, мы можем вспомнить Великую депрессию, которая была в 20-х годах XX столетия в США. То есть подавленное состояние экономики.[12] Но нас, как психологов, депрессия интересует, прежде всего, с точки зрения индивидуальной проблемы человека, который страдает от этого тяжелого и во многом не познанного явления.

**I. Сущность депрессии**

**1. Причины возникновения депрессии**

**Психологические причины**

Психология личности всегда уделяла внимание описанию типов личности, у которых имеется склонность к развитию депрессий, и особенно депрессивных психозов. Из этого изучения выросла концепция Кречмера о *циклотимных* личностях. Телленбаху принадлежит подробное описание структуры *приморбидной* личности депрессивных больных, у которых он выделил ряд характерологических особенностей. Лицам, относимым к типу меланхолика, свойственны упорядоченность, навязчивость, обязательность, а в социальной сфере – тенденция к тесным симбиотическим межличностным отношениям, которые в значительной мере удаются благодаря прилагаемым ими усилиям. Этим людям трудно принимать какое-либо решение или позволить сделать себе подарок, не испытывая чувство вины или самообвинения. В общественной жизни они проявляют себя как добросовестные, ответственные, держащиеся в тени партнеры. [13]

Исследования в области анализа этих факторов в значительной мере смогли доказать эту концепцию и, кроме того, показать близость этих структур к депрессивному характеру в смысле психоаналитической теории личности. Психоанализ представляет нам свою психодинамическую концепцию формирования депрессивных проявлений, которая помогает понять как психотические, так и невротические депрессии. В психологии когнитивные и предназначенные для обучения модели играют все большую роль при исследовании депрессий.

Специфические формы самовосприятия и восприятия окружающего мира больным, находящимся в состоянии депрессии, могут иллюстрировать эту концепцию и формируют основу для методов поведенческой терапии. Здесь депрессия понимается как познанная, постоянно подтверждаемая в межличностных отношениях модель. Вообще, новейшие подходы к интерпретации обнаруживают возрастающие стремление понять депрессивное поведение как следствие жизненных обстоятельств и преддверие болезни и соответственно этому подбирать терапевтическую тактику лечения. [13]

**Биолого-психиатрические причины возникновения депрессий**

Генетические исследования позволили установить, что наследственные факторы оказывают влияние на частоту и характер отдельных депрессивных синдромов и что по этому признаку возможно разграничить подгруппы депрессий. Это в первую очередь касается моно- и биполярных депрессий, протекающих в форме фаз и циклов. Для людей с монополярно и, особенно, биполярно протекающими аффективными психозами повышенный риск заболевания родителей, братьев и сестер весьма ощутим. У родственников больных, страдающими монополярными депрессиями, встречаются почти исключительно монополярные депрессивные заболевания. При всех депрессивных заболеваниях следует исходить из взаимодействия генетических, т.е. наследственно заложенных, и внешних факторов. До настоящего времени не выяснен вопрос о том, что же именно передается по наследству, и каким образом внешние факторы взаимодействуют с этой изначальной предрасположенностью, формируя картину депрессии. [6]

Биологическая психиатрия выдвинула ряд гипотез, в соответствии с которыми причиной депрессий является дефицит или патологически измененное равновесие *нейротрансмиттеров*. К числу имеющих значение, относятся *катехоламины*, такие, как *норадреналин* и *допамин*, а также серотанин, т.е. субстанции, ведающие передачей возбуждения на синаптическом уровне.

*Нейроэндокринология* также указала на бросающиеся в глаза связи между психическими симптомами при депрессиях и вегетативными нарушениями функций, которые подтверждают участие гипоталамической и лимбической регуляции, и на то, что изменения, сопровождающие депрессии, свидетельствуют о задействовании нейроэндокринных структур, хотя при этом остается открытым вопрос, в какой мере эти изменения являются причиной или следствием болезненного процесса. То же можно сказать о нейропсихофизиологических, а также об электроэнцефалографических исследованиях. Тот факт, что депрессивные симптомы складываются в определенные ритмы и фазы, натолкнул и на необходимость проведения хронобиологических исследований. При этом в одной группе депрессивных заболеваний были выявлены феномены десинхронизации различных биологических ритмов, которые связывают с врожденной недостаточностью механизмов синхронизации. Предполагают, что подобные нарушения ритма, независимо от причин их возникновения, вносят свой вклад в поддержание патологического процесса. Таким образом, подтверждается, например, показание для лечения психотических депрессий депривацией сна. [6]

Таким образом, до настоящего времени не удалось создать ни всеохватывающую психологическую теорию формирования депрессий, ни интегративную биологическую концепцию. Что касается полноты картины зачастую весьма разнородных переживаний, то очень важно никогда не выпускать из вида, что в поле зрения попадают постоянно только какие-то отдельные аспекты комплекса, именуемого депрессией, и они-то подвергаются анализу и объяснениям. Нет недостатка в усилиях определения места различных факторов влияния и построения на этом фундаменте всеобъемлющую гипотезу. Но пока однородной, никем не оспариваемой концепции причин возникновения депрессий не существует. Сейчас большое внимание привлекают разработки, представленные в 1975 г. Акискалом и Маккини, в которых делается попытка совместить психические и биологические факторы, с одной стороны, с современными предрасполагающими, с другой. В число биологических факторов мы включаем наследственное предрасположение и физиологические стрессоры, а число психологических – психосоциальные стрессовые переживания и влияния на условия развития. Эти факторы при их суммировании приводят к изменению функций биогенных аминов и к нарушению содержания нейромедиаторов, что в свою очередь, приводит к далеко еще не ясному в своих деталях нарушению функций диэнцефальной области, выражением которых является развитие депрессии. [1]

**2. Проявления депрессий**

Классическая депрессия – это душевное состояние, для которого характерны чувства печали, подавленности, тревоги, утрата способности получать удовольствие или испытывать радость от чего бы то ни было. Однако, как уже было сказано, плохим настроением депрессия не ограничивается. [10]

Чаще всего больные, страдающие депрессией, испытывают тревогу или тоску. Они считают себя несчастными, беспомощными и забытыми. Как правило, они раздражены и недовольны всем происходящим, их ничто не радует. Расспросив их о других жалобах, можно обнаружить:

- изменение аппетита: он может как снижаться вплоть до отвращения к еде, так и повышаться;

- те или иные расстройства сна (трудность при засыпании, раннее пробуждение, поверхностный сон, не приносящий чувства отдыха, или кошмарные сновидения);

- потерю удовлетворения от обычных физиологических актов, неспособность радоваться;

- потерю интереса к окружающему;

- отсутствие сил и желания что-либо делать, сопровождающееся постоянным чувством усталости;

- невозможность сконцентрироваться на простейших жизненных ситуациях;

- ощущение собственной беспомощности и ненужности;

- чувство виновности . [7]

Практически у всех больных, страдающих депрессией, возникает множество физических симптомов. Очень часто беспокоят головная боль, головокружение, неприятные ощущения в области сердца и живота, боли в суставах. Запоры, чередующиеся с поносами, нарушения менструального цикла, исчезновение сексуального влечения - все это частые признаки депрессии. Трудно представить себе соматическое заболевание, которое не могло бы быть имитацией депрессии. Именно по этой причине у врачей-психиатров возник термин "маскированная депрессия" для случаев, когда депрессия "прячется" под видом соматического расстройства. Такие больные безуспешно лечатся у терапевтов и хирургов, гинекологов и эндокринологов. По статистике, более трети больных, посещающих общесоматические поликлиники, страдают скрытыми "маскированными" депрессиями.

Для развития депрессии достаточно, чтобы снижение настроения или другие вышеперечисленные симптомы присутствовали в течение двух недель и более. [2]

**3. Опасность депрессии**

Основная опасность для больных депрессией состоит в том, что на пике болезни, в момент наибольшей тоски и отчаяния, нередко случаются попытки самоубийства. Особенно часто такие попытки возникают у больных с выраженным чувством тревоги. Ежедневно 15 человек в возрасте от 15 до 24 лет убивают себя в связи с депрессией. Приблизительно такое же количество самоубийств наблюдается в возрасте после 60 лет. Депрессия - это единственное состояние, которое влечет за собой такое количество непредвиденных смертей. Самый эффективный способ предупреждения самоубийств - это раннее выявление и своевременное лечение депрессий [6].

**4. Типы депрессий**

Депрессия имеет несколько форм. Диагностируя депрессию, врач использует различные медицинские термины. Это может быть невротическая или эндогенная депрессия, монополярная или биполярная, ситуационная или реактивная. Каждый из видов требует своего подхода и метода лечения. [8]

Когда Вы слышите термин невротическая депрессия, это означает, что Ваше состояние вызвано реакцией на самые разные жизненные ситуации. Однако в отличие от ситуационной или реактивной депрессии, невротическая депрессия может быть более затяжной и не исчезнуть сразу по выходу из психотравмирующей ситуации. Однако, при невротической депрессии можно быстро добиться полного выздоровления, если больной аккуратно выполняет все назначения врача и не пренебрегает его рекомендациями.

*Эндогенная* депрессия вызвана особым предрасположением больного к такого типа реакциям. Здесь вовлечены не только личностные особенности, реакции человека, но и изменения в наследственном аппарате, его обмене веществ, биологии человека. Такая депрессия может возникать неожиданно, без всяких отрицательных жизненных моментов и ситуаций. Толчком, пусковым механизмом могут быть не только переживания, но даже смена времени года или банальная простуда, а затягиваться депрессия может на месяцы. Болезнь может ограничиться одним приступом, но может повторяться многократно, по крайней мере, в возрасте климакса.

При биполярном течении эндогенная депрессия на определенном этапе сменяется противоположным состоянием - болезненно приподнятым настроением, которое чревато своими опасностями, и вслед за таким болезненным подъемом, как правило, следует значительный спад.

При монополярном течении таких перепадов настроения нет. Болезнь протекает в одном эмоциональном ключе. [8]

*Сезонная депрессия.*

Почти невозможно найти людей, которые с нетерпением ждут серых осенних дней, тоскливых зимних ночей. Большинство людей лучше себя чувствуют летом, когда солнечно и тепло. Мы больше времени проводим на улице, с удовольствием занимаемся спортом и меньше едим. Но для некоторых людей переход лета в зиму - гораздо больше, чем легкое разочарование. Это, по меньшей мере, ночной кошмар.

Для этих людей изменение времени года характеризуется изменением поведения личности - от счастливого и расслабленного состояния до депрессии и напряжения. По утрам требуется огромное усилие для того, чтобы встать с кровати, еда (особенно сладости и мучные изделия) становится основным развлечением, депрессия постоянно нарастает и раздражение достигает пика. Когда они уже начинают думать, что жизнь не имеет смысла, наступает весна и жизнь становится прекрасной.

Еще десять лет назад люди, страдающие от этой сезонной смены настроений, не имели понятия о том, что происходит с ними. Но когда Норман И. Розенталь, автор книги "Сезонная работа мозга", установил связь между короткими зимними днями с долгими длинными ночами и перепадами настроения вплоть до депрессии, он и его коллеги начали изучение этого феномена и дали ему название сезонная депрессия.

Причины сезонной депрессии до конца не изучены. Основная идея заключается в том, что недостаток света ухудшает настроение, по этому вопросу существует несколько теорий. Одна из теорий заключается в нарушении "биологических часов". У больных минимальная температура выявляется в шесть часов утра, вместо трех часов (в норме). Поэтому им тяжело проснуться утром и легко бодрствовать среди ночи. Когда этих больных лечат при помощи яркого света от 6.00 до 8.00, не только поднимая им настроение, но также передвигая их температурный минимум на более раннее время. Использование света по утрам создает фазу опережения. [8]

Другая теория состоит в том, что увеличивается выделение гормона мелатонина, ответственного за плохое настроение и уменьшение энергии. Известно, что спячка и репродуктивный цикл у животных регулируются выделением мелатонина. Мелатонин выделяется только в темноте и очень чувствителен к свету. Во время длинных летних дней выделение мелатонина заметно снижено, потому что ночи короче. Но во время длинных зимних ночей, выделение мелатонина усиливается.

Мелатонин человека также чувствителен к свету, но требуется гораздо больше света, чем для животных, чтобы остановить его выделение. Под воздействием мелатонина у здорового человека снижается температура и появляется головокружение. Поэтому одной из основных идей о зимней депрессии является то, что люди с этим заболеванием, выделяют много мелатонина в зимнее время и очень мало в летнее. Исходя из этой теории, световая терапия должна быть эффективной, потому что она тормозит производство мелатонина.

Обе теории требуют доказательств. И сезонная депрессия может поражать организм в разной степени. Одно исследование показало, что 75% больных искали лечение от своей депрессии. Другие не чувствуют глубокой депрессии, но у них просто так мало энергии, что они не могут выполнять работу в полном объеме.

Лечение большинства людей с сезонной депрессией занимает 2-3 солнечных дня для полного изменения симптомов. И, следовательно, первым доказательством болезни будет заметное улучшение при путешествии в сторону экватора. Очевидно, что не одна группа людей не застрахована от этого заболевания. Мы видим ее у мужчин и женщин всех возрастов и рас во всех частях страны. Но, кажется, что болезнь чаще проявляется у женщин, чем у мужчин, и особенно у тех женщин, которые находятся в детородном возрасте. [8]

Так что же можно сделать с сезонной депрессией, кроме того, чтобы провести отпуск на теплом курорте во время зимних месяцев? По словам экспертов, следующие советы могут помочь вам:

*Наслаждайтесь утренним светом.* Получайте как можно больше дневного света в период между 6:00 и 8:00 утра. Это и ранний подъем, и утренние прогулки. Или вы можете посидеть возле большого окна. Люди, которые работают дома или дорога на работу у них занимает немного времени, получают очень мало или совсем не получают света в утренние часы. И большинство людей не знают о том, что свет дома или яркий свет в офисе составляют только одну десятую интенсивности естественного света, даже в пасмурный день.

*Ешьте пищу, содержащую аминокислоту триптофан.*   
 Желание потреблять углеводы распространено среди этих людей, и оно связано с уменьшением количества мозгового серотонина. Триптофан способствует образованию серотонина, который может улучшить ваше состояние. Однако нет научного подтверждения, что диета эта действительно помогает. К пище, содержащей триптофан, относятся индейка, молоко и яичные белки.

*Избегайте самолечения алкоголем или кофеином.*  
 Использование этих веществ является распространенным способом для борьбы людей с сезонными депрессиями. Но в то время, как кофеин может принести вам временный подъем настроения, он также может вызвать беспокойство, напряжение в мышцах и желудочно-кишечные проблемы. Алкоголь, с одной стороны, являясь антидепрессантом, может в дальнейшем привести к углублению депрессии.

*Регулярно выполняйте физические упражнения.*   
 Все эксперты признают, что не проводились специальные исследования по влиянию физических упражнений на сезонную депрессию, но такие упражнения точно никогда не повредят. Упражнения полезны, хотя бы потому, что, благодаря им, вы выходите на улицу рано утром. Выполнение упражнений также приносит вам чувство стабильности. Когда у людей развивается депрессия, они все хуже справляются со своими делами, и наступает момент, когда им легче совсем ничего не делать. Физические упражнения могут стать профилактикой этого заболевания. Тем не менее, есть люди, которые молятся на физические упражнения весной и летом, но не могут выполнять свою программу зимой, потому что у них совершенно нет сил.

*Обедайте на воздухе.* Если вы не можете выходить на улицу утром, то, по крайней мере, старайтесь выходить на улицу в свой обеденный перерыв. В то время, как было доказано, что утренний свет оказывает самое благоприятное воздействие на уменьшение симптомов сезонной депрессии, любой естественный свет лучше, чем совсем ничего. Естественный свет даже в пасмурный день может помочь вам.

*Придерживайтесь определенного графика.* Это поможет вам сбалансировать биологические часы. Особенно важно ложиться спать и вставать утром в одно и тоже время.

*Наслаждайтесь солнцем.*  
 Некоторые люди живут в домах, расположенных так, что в них темно в любое время, поэтому постарайтесь не закрывать окна шторами и жалюзи в течение дня. Некоторые люди признаются в том, что переход из комнаты, направленной на север, в комнату, направленную на восток, имеет огромное влияние на настроение, давая возможность наслаждаться утренним светом.

*Депрессия летом.* В то время как зимняя депрессия является наиболее распространенным типом сезонных депрессий, некоторые люди страдают от прямо противоположной проблемы; у них появляется депрессия во время теплых летних месяцев. Эти люди начинают чувствовать депрессию, которая начинается в период с марта по июнь, и заканчивается в период с августа по октябрь. Симптомы такие же, как и при зимнем варианте сезонной депрессии.

Кажется, что у этих людей теплая погода, а не свет, вызывает изменение настроения. Врачи утверждают, как и в случае с зимними пациентами, у различных "летних" пациентов наблюдается взаимоотношение между широтой, климатом и тяжестью заболевания. Улучшение в заболевании наблюдается, когда пациенты едут летом в отпуск на север, когда купаются в холодных озерах летом, и когда они находятся в помещении с кондиционером во время летних месяцев. [5]

**5. Как выявить депрессию?**

Это легко и сложно. Сложно бывает в тех случаях, когда уже нет ни сил, ни желания, ни веры в успешное лечение, в любую помощь. Одолевает только одна мысль: «Как бы скорее умереть, чтобы избавиться от мучений». В таких случаях должны помочь родные и близкие. Они должны отвести больного к врачу-специалисту или вызвать врача домой. Бывают случаи, когда помочь в домашних условиях трудно и приходится прибегать к стационированию. Все просто, если больной понимает и не боится встречи с врачом-психиатром. Кстати говоря, больные эндогенной депрессией хуже себя чувствуют по утрам, сразу после пробуждения, в то время как пик плохого самочувствия у больных невротической депрессией приходится на конец дня. [10]

Во многих случаях весь спектр жалоб человека страдающего депрессией с трудом поддается пониманию, так как не соответствует симптоматике «утраты» - утраты способности получать удовольствие, утраты трудоспособности, трудностям в общении, потери решительности, пониженной самооценке.

Стоит отметить, что выявление наличия депрессии у мужчин весьма проблематично. Это обусловлено, с одной стороны, широко распространенным ошибочным мнением, что рассказывать другим о своих проблемах и не уметь самому справиться с ними - это признак слабости человека, а с другой стороны, тем, что мужчины зачастую прячут свою депрессию за агрессивное поведение и/или за злоупотребление алкоголем. Но алкоголь - не единственное средство, с помощью которого пытаются облегчить депрессию или замаскировать ее. Уход с головой в работу, активное занятие спортом или увлечение такими его видами, которые связаны с риском или экстремальными ситуациями, а также увлечение азартными играми - все это может свидетельствовать о депрессии у мужчин [4].

Первый шаг в преодолении трудности, которую представляет выявлении депрессии, состоит в том, чтобы чаще думать о возможности наличия депрессии у пациента и о ее многообразии. Особенно существенные параметры депрессивных расстройств выявляются набором из десяти вопросов, которые задаются при первой диагностической беседе с человеком, у которого предполагается наличие депрессии:

Способны ли Вы радоваться? (да – 0; нет – 1)

Трудно ли Вам принимать решения? (да – 0; нет – 1)

Есть ли у Вас интерес к чему-нибудь? (да – 0; нет – 1)

Склонны ли Вы в последние время задавать себе бессмысленные вопросы? (да – 1; нет – 0)

Не одолевает ли Вас мысль о том, что Ваша жизнь лишилась смысла? (да – 1; нет – 0)

Чувствуете ли вы себя усталым, обессиленным? (да – 1; нет – 0)

Есть ли у Вас нарушение сна? (да – 1; нет – 0)

Испытываете ли Вы какие-нибудь боли, тяжесть в груди? (да – 1; нет – 0)

Снизился ли у Вас аппетит, потеряли ли Вы в весе? (да – 1; нет – 0)

Есть ли у Вас трудности в сексуальной сфере? (да – 1; нет – 0)

От 0 до 3 – у человека наличие депрессии маловероятно

От 4 до 7 – человек склонен к депрессии

От 8 до 10 – скорее всего у человека присутствует депрессивное расстройство

В отдельных трудных случаях помощь в диагностике могут оказать разработанные в последние время клинической психологией наборы тестов и вопросников (оценочная шкала, шкала самооценки, шкалы для оценки самочувствия, вопросник для изучения личности). Они могут оказаться полезными при научных исследованиях вариантов течения заболевания. Но в повседневной практике психолог в такой же мере извлекает нужную ему информацию, вчувствовавшись в переживания больного и зная варианты депрессивных расстройств, руководствуясь целенаправленной диагностической беседой. [10]

А. С. Драгунская предлагает один из возможных подходов к психологической диагностике депрессий. Она выделяет два направления медико-психологических исследований депрессий:

1. Диагностика депрессии как таковой, включая изучение содержания переживаний больного, их глубину и интенсивность, структуру его эмоциональной сферы.

2. Исследование ценностно-мотивационной сферы и особенностей социальной адаптации депрессивных больных. Именно в этом аспекте наиболее правомерно решение вопроса о нозологической принадлежности депрессии.

Основным исследовательским инструментом, позволяющим адекватно и точно оценить состояние эмоционально-потребностной сферы, является методика Роршаха. При этом главным показателем эмоционального реагирования является совокупность цветовых ответов протокола, или "цветовой тип", определяющий степень интеллектуального контроля, т. е. меру адаптивности эмоциональный реакций больного.

Целесообразно использовать специально разработанную методику "вербальный рисунок". Этот тест существенно обогащает представления о содержании переживаний больного, особенностях его возрастной, полоролевой и социальной идентификации. В частности в рассказах больных, помимо самоочевидной подавленности и пессимистичной самооценки, звучат не связанные с суицидальными намерениями мысли о смерти, мотив "капитуляции перед жизнью", характеризующий большинство проективных персонажей рассказов. Отметим, что данный мотив не встречался в спонтанной вербальной продукции больных.

Понятно, что сами по себе ни структурные, ни содержательные параметры ценностно-мотивационной сферы недостаточны для понимания психологической специфики той или иной патологии, т. к. могут и не патологические личностные образования. Поэтому авторами вводится представление о мотивационных соотношениях, т.е. о структурно-содержательных взаимосвязях в ценностно-мотивационной сфере.

Исследование мотивационных соотношений подразумевает изучение жизненного пути больного и особенностей его социальной адаптации.

Адекватным методом подобного изучения является биографический метод. Сам по себе получаемый таким образом материал весьма ценен в качестве исходной информации для дальнейших психокоррекционных и реабилитационных мероприятий. Авторам удалось выявить, что основной характеристикой больных, страдающих депрессией в рамках МДП, является гипертрофия модального уровня - аксиологизированные модусы поведения замещают смысловой уровень ценностей. Данный феномен объясняет конкретные особенности социальной адаптации этих больных - актуализация чрезвычайно высоких нравственных и профессиональных норм; закрытость ценностно-мотивационной сферы, ее ретардированность по содержанию, что соотносится с известными жизненными стереотипами больных данной категории. [11]

**II. Психологические аспекты депрессии**

Депрессия как патология, затрагивающая различные сферы психической деятельности, представляет собой одну из наиболее существенных психологических проблем. Однако именно психологический аспект изучения депрессии является наименее разработанным.

Причина лежит не столько в неразработанности общепсихологических представлений об эмоциях и о когнитивно-аффективных связях, сколько в экспериментально выявляемой неспецифичности психологических структур при депрессии. Относительно нормальный протокол экспериментально-психологического исследования не исключает тяжелой депрессии.

Исходя из современных представлений о психике как о многоуровневой системе, можно предположить, что фон, на котором возникает депрессия, представляет собой сложный конгломерат разнообразных факторов. К таким факторам относятся особенности личности, как преморбидные, так и обусловленные хроническим течением эндогенного психоза; тип течения психоза, степень его прогредиентности, если речь идет о шизофреническом процессе; социальное положение; образовательный и культурный уровень; а также ряд внепсихологических моментов - пол, возраст, соматическая отягощенность и т. д. Практическая невозможность сколько-нибудь полного учета особенностей фона, является основной причиной того, что выделенные экспериментальным путем параметры психических процессов могут оказаться недостаточно информативными, если исследователю неизвестно их качество вне депрессивного приступа.

Все вышеизложенное указывает на необходимость проведения экспериментально-психологического исследования депрессивных больных дважды в состоянии депрессии и в ремиссии (интермиссии). Результат сравнения двух исследований в виде специфического депрессивного сдвига, демонстрирующего направленность и степень изменения изучаемых психологических параметров, рассматривается в качестве психологического выражения депрессии (психологической структуры различных депрессивных синдромов). [10]

**III. Психологические феномены депрессии**

**1. Раздражение, вызываемое депрессивным переживанием**

Большинство людей, впервые в жизни переживающих тяжелую депрессию, не в состоянии оценить привнесенные ею изменения. Они с испугом констатируют, что по-иному, не так, как прежде, воспринимают окружающее, чувствуют, мыслят. Многие чувствуют себя опустошенными, но, не смотря на ощущение усталости, необычно беспокойными. Они замечают за собой, что во время разговора отдельные слова не появляются спонтанно, что требуется больше усилий для того, чтобы что-то удержать в памяти. Поэтому больные в состоянии тяжелой депрессии нередко опасаются не только подавленности, но и мысли о том, что они «поглупели» или вовсе утратили рассудок. В то время как больные с более легкой степенью депрессии страдают, в основном, эмоционально, больные с тяжелой депрессией переживают, главным образом, изменения своего мышления и восприятия.

Своеобразным парадоксом депрессивного переживания является навязчивое усилие «заставить себя думать, не имея сил думать». Одновременно многие больные отмечают, что их поток мыслей перестает быть плавным. Собственные мысли кажутся не конкретными, кружащимися вокруг какой-нибудь одной проблемы. При более внимательном рассмотрении выясняется, что это «беспомощное кружение мыслей» состоит из двух компонентов: С одной стороны, депрессивный больной испытывает потребность обдумывать, с другой – чувствует невозможность думать. Навязчивое вопрошание и заторможенность мышления идут рука об руку до тех пор, пока в какой-то момент они не могут более передвигаться вперед, хотя это не приносит чувства покоя. [3]

Эта внутренняя противоречивость и напряженность нередко вызывает у страдающего депрессией выраженное чувство страха. Многие из-за навязчивого вопрошания приходят к выводу, что болен их разум. При этом следует постоянно помнить, что даже в тяжелой депрессии сохраняется ясность сознания. Именно в связи с тем, что депрессивные больные осознанно и отчетливо наблюдают собственное состояние, им так тяжело переносить эти трудности.

Чувство раздражения, вызываемое депрессивным переживанием, может быть сведено к тому, что депрессивный больной точно регистрирует, какие душевные и соматические изменения он переживает. При этом ему приходится признать, что он не в состоянии прочувствовать то, что прежде было само собой разумеющимся. Он чувствует, как ограничены его человеческие возможности и как он отрезан от будущего. Эти изменения пугают его и приводят к своего рода «будущей блокаде», судорожным попыткам найти выход. [9]

**2. Измененное восприятие своего тела**

Когда у человека начинается депрессия, он воспринимает свое жизненное пространство как сузившееся. С потерей остроты чувств изменяется и ощущение своего тела. Это может привести к тому, что собственное тело воспринимается более одушевленным, чем прежде, а в экстремальных ситуациях – как пустая оболочка.

Депрессивные больные часто испытывают тяжесть не только в теле все приобретает огромный вес. Мысли становятся не столько гарусными, сколько серьезными и отягощающими. Прикосновение к предметам таит в себе опасность быть захваченными ими. А когда речь идет о закрытом пространстве, то возникает страх не суметь выбраться из него.

Одна больная иллюстрировала это переживание рисунком. Она изобразила себя на условном фоне спеленатой бинтами на подобие египетской мумии. В другой раз она изобразила женщину, помещенную в гроб. В этих рисунках отражена невозможность освободиться от сковывающих ее пут. В воображаемой ситуации ей представлялось, что она заживо помещена в гроб и оставлена в нем. Там для нее существует угроза задохнуться, она не может никого позвать на помощь, хотя отчетливо понимает все, что происходит вокруг нее. В этой и подобных грезах ее жизненное пространство сужено до последней степени и пригодно не для продолжения жизни, а скорее для погребения, так как ограничено контурами ее тела.

Такое заточение в ограниченном пространстве в значительной степени соответствует основному чувству, которое находит выражение в высказываниях больных, находящихся в состоянии тяжелой депрессии: « я не могу передвигаться ни вперед, ни назад», «мои мысли не двигаются с мертвой точки», « все как бы мертво вокруг, все неодушевленная материя».

Эти переживания тяжести и скованности воспринимаются депрессивными больными, как правило, не столько как «судьбоносные», а скорее как проявление исчерпанности. Они переживаются как чувство тяжести: чем больше усилий затрачивает больной на их преодоление, тем больше давит на него груз внутренних и внешних факторов. Тот, кто не может оставить начатую работы, так как от нее зависит благополучие семьи или предприятия, стремится под давлением выраженного чувства ответственности преодолеть обрушившуюся на него тяжесть. Он борется, стремясь, главным образом, преодолеть утяжелившуюся задачу. Вследствие этого многие депрессивные пациенты воспринимают появившееся чувство тяжести не как первичное проявление своего изменившегося душевного состояния, а как чувство, появившееся при исполнении долга.

Сужение пространства воспринимается людьми, привыкшими к тому, что бы все было под рукой, любящим порядок, как угроза. Если они в силу болезни теряют способность поддерживать привычный порядок, вынуждены оставлять предметы как попало, от других людей с подобным поведением они не переносят, так как последние невольно напоминают им о невыполненных ими самими обязанностях.

С такой точки зрения чувство ограничения пространства преобразуется в депрессивную боль, так как и при сильном волевом напряжении больной не в состоянии отказаться от выполнения поставленной перед ним цели даже в том случае, если вследствие нарастающего напряжения достижение этой цели невозможно. Отказ от достижения цели понимается не как сознательное принятие решения, а как проявление своей несостоятельности, как пренебрежение своими обязанностями. Такое толкование помогает четко разграничить осознанное переживание тяжести т овеществлении, с одной стороны, и психическую боль, которую вызывают эти изменения у депрессивных больных, - с другой.

Так, чувство тяжести совсем на обязательно должно восприниматься как неприятное. В случаях, подобных происходящих на аутотренинге, когда ощущение тяжести вызывается активно и ассоциируется с ощущением тепла, оно может восприниматься даже как положительное. Тогда речь идет об «одушевленной» тяжести, которая не имеет ничего общего с оцепенением. [9]

**3. Измененное восприятие времени**

Параллельно измененному восприятию пространства время воспринимается депрессивными больными как заторможенное, замедленное. По мере углубления депрессии больные повторяют: «Как медленно тянется время». Некоторые ощущают время как остановившееся. «У меня нет больше ощущения времени; мои внутренние часы остановились, в то время как у других они продолжают идти. Во всем что я делая я не продвигаюсь вперед; но мне еще многое нужно сделать. Я чувствую себя парализованным, я не поспеваю за своими обязанностями. Я ворую время» - говорил один из больных. Таким образом он определял ощущение «невозможности продвигаться вперед во времени». Одновременно он, по его собственному выражению, страдал от обременительной для него невозможности завершить начатое. «Чтобы я не делал, это откликается во мне словно эхо. Я постоянно думаю о том, правильно ли я сделал то или другое дело. Я не могу дать ответ на этот вопрос. При этом я все время отстаю от стоящих передо мной задач. Вечером я не в состоянии заснуть, так как в мыслях продолжаю перебирать дела прошедшего дня. При этом я убеждаюсь, что ничего не успел сделать до конца. Несмотря на это, мысли о моих обязанностях преследуют меня. Я вынужден принимать сильнодействующее снотворное, чтобы провалиться в сон, как в обморок, который позволит мне сбросить с себя дневные заботы. А ранним утром все начинается с начала».

Мысли почти всех депрессивных больных относятся к прошлому. Для них река времени как будто остановилась. Поэтому она и отражает только прошлое. Но если будущее отсутствует, то и прошлое невозможно улучшить. Даже слабо выраженное чувство несостоятельности может непроизвольно вылиться в ощущение тяжелой вины. Любое полученное задание превращается в балласт, так как больные в своих депрессивных переживаниях лишены будущего, не могут шаг за шагом преодолеть эту неподвижность времени. Предметы, попадающие в поле зрения депрессивного больного, не могут быть оставлены им в покое. Ничто не может быть оставлено в покое, так как в противном случае депрессивные больные будут вынуждены по собственному побуждению отставать от времени, чтобы вместе с предметами окончательно прекратить движение и остановиться. [9]

Фон Гебзаттель обратил внимание на то, что при глубокой депрессии нормальная структура переживания времени нарушена: «Однако своеобразие феномена состоит в том, что человек, которого нет, пропал. Это подтверждает и современная нравственная установка, для которой «всякая остановка является отступлением», а «всякая передышка ведет к завершению», что равноценно кончине. Мы можем существовать только в движении, при остановке существование прекращается». Действительно, в состоянии глубокой депрессии больной жалуется в основном на «уменьшенное существование», снижение умственных способностей, на возрастающую утрату умений и навыков, потерю имущества, сил здоровья, своей ценности как личности.

Отстаивание внутреннего времени переживается отдельными лицами не одинаково: особенно чувствителен контраст, если депрессивный больной сам поставил перед собой большую цель или события в окружающем его мире развиваются в это время стремительно.

Веселые праздники, бьющая через край жизнерадостность, яркий солнечный свет, большие возможности для творческой работы и творческие озарения, прекрасная природа и т.д. не увлекаю депрессивного больного, как бы желательно это ни было. Напротив они только подчеркивают его инакость, его «спотыкающееся передвижение по жизни». Противопоставляя себя всем радостям жизни, депрессивный больной остро ощущает свои внутреннюю опустошенность по сравнению с наполненностью жизни вне себя. Так, оживленная общительность других подчеркивает его одиночество, а их созидательная творческая энергия – его собственную скованность при выполнении любой работы, радость от участия в игре – его внутреннюю серьезность. Окружающий мир и близкие люди становятся мерилом его отставания. Усердие других кажется депрессивному больному планкой, поднятой на такую высоту, преодоление которой доступно всем, но не ему. Кроме того, депрессивные больные чаще, чем здоровые люди, чувствуют направленные на них взгляды. Глаза других, как им кажется, рассматривают их тем более внимательно и испытывающе, чем подавленнее и беспомощнее они себя чувствуют. Если депрессивный больной чувствует на себе взгляд постороннего, который как будто пригвоздил его к месту, то приходит к выводу, что не только он сам критикует себя, но и подвергается критике со стороны других. Он сильнее чувствует свою отрицательную самооценку, когда она объективно подтверждается другими. [9]

**4. Измененное общение**

Эта беспомощность, отмечаемая со стороны, оказывает на больного большее влияние, чем предшествующая ей критическая самооценка, так как собственное объективное определение своего состояния больным утрачено. Возможно, что наиболее тяжелые депрессивные больные, у которых идею самообвинения достигают степени бредовых идей, стремятся «не выпустить из рук» свою самокритику, столь необходимую для оценки собственного состояния. Встречи с близкими таят в себе опасность потерять самоощущение и превратиться в объект наблюдения со стороны. Для некоторых больных страдающих тяжелой депрессией, это чувство отчуждения является настолько угрожающим, что они пытаются с целью защиты изолироваться от окружающих. [9]

Если эти больные уклоняются от встреч, то, тем самым, для них отпадает угроза обращения к ним собеседника с прямыми вопросами, хотя бы и ценой потенциально полезного обмена опытом.

При более глубоких депрессиях становится очевидным то, что в более легких случаях только намечается или даже может быть отнесено к явлениям, которые встречаются в рамках психологической нормы. Но по мере нарастания депрессивной беспомощности, когда появляется необходимость в поддержке со стороны, возникают большие трудности.

При более тяжелых формах депрессии появляется выходящая за рамки уже описанной выше, иная форма отчужденности. Подразумевается мучительно переживаемое лишение одушевленности, которое затрагивает не только самочувствие самого больного, но и переносится им на окружающий мир. Отсутствие необходимой целенаправленности так велико, что для больного ничего больше не присутствует: «Я не присутствую ни при чем, родные потеряны – ужасная мука… людей я еще узнаю, сохраняю знание о людях, но они для меня что воздух, который движется туда-сюда, они – духи, приведения».

В таких случаях отчуждение от родственников и друзей переживается больным как нечто выросшее до огромных размеров и воспринимается особенно болезненно, когда больной наблюдает проявления противоположных взаимоотношений. Для больного не существует более никого, к кому он мог бы приблизиться. Здесь депрессия проявляется в своей глубочайшей степени, как наиболее отчетливая противоположность печали, ярости и горя. Депрессия бесчувственна, не способна испытывать печаль, экзистенциально пуста. Только на пути, ведущем к выходу депрессии, вновь появляется боль, начинают копошиться чувства, раскрывается зияющая глубина трагедии. Только после падения в пустоту начинается болезненный возврат к жизни.

Депрессивное заболевание затрагивает ту часть жизненного опыта, которая еще не может быть названа депрессивной, но откуда уже доносится отзвук депрессии. Депрессивное переживание скорее гасит, чем стимулирует, творческие возможности. Находясь в депрессии, люди теряют ту силу и подвижность, которые обеспечивают возможность творчества. Кроме того, больной, находящийся в тяжелой депрессии, не в состоянии с легкостью дать понять себя, так как «по ту сторону границы» повседневные переживания близких ему чужды.

Характерно, что люди, перенесшие тяжелую депрессию, не могут ретроспективно вчувствоваться в депрессивное состояние. По выходе из депрессивных переживаний в более или менее уравновешенное, обычное самочувствие перенесенное заболевание часто кажется им чуждым, как далекая, неизвестная страна.

Вследствие этого разлада больные, перенесшие тяжелую депрессию, особенно остро ощущают разницу между временем своей «болезни» и временем «здоровья». Они не склонны интегрировать свой «депрессивный опыт» в повседневную жизнь, а, напротив, стараются отмежеваться от него. В противоположность им больные, перенесшие более легкие депрессивные эпизоды, и лица, склонные глубоко переживать конфликтные ситуации, чаще связывают депрессивные переживания со своей повседневной жизнью. Поэтому им более доступна сознательная переработка депрессивных переживаний. [13]

Проблематичным остается наличие тесной связи между депрессивностью и повседневностью в тех случаях, когда депрессивный образ мышления составляет черты характера и формирует основу поведения, которая может быть описана как «невротическая структура личности». Эти личности склонны постоянно подвергать себя оценке. Они считают себя недостойными благожелательного отношения к себе со стороны других. Одновременно они полагают, что вправе рассчитывать на поддержку и признание. [9]

**IV. Способы борьбы с депрессией**

Обычный человек, столкнувшись с собственной депрессией или желая помочь заболевшему родственнику, со временем начинает искать способы и средства борьбы с этой болезнью. Естественно, что большинство людей сначала пытаются справиться с угнетенным состоянием самостоятельно, принимая витамины, успокаивающие и снотворные средства, которые есть под рукой, пытаются уговорить себя "не распускаться", "взять себя в руки" и т.п. Мужчины часто прибегают к помощи алкоголя, который у части из них лишь на короткое время несколько улучшает настроение или снимает тревогу. [4]

Не добившись успеха с помощью самолечения, обычно обращаются за помощью к близким, знакомым, просматривают газеты, журналы в поисках информации о том, куда можно обратиться за помощью и что можно сделать. Чаще всего основным принципом таких поисков помощи является желание минимизировать объем воздействия на свой организм, ограничиться лечебным настоем трав, "снятием порчи или сглаза", "коррекцией биополя" и т.п. Редко кто сразу обращается к врачам-специалистам. Ведь для многих людей до сих пор обратиться к врачу психотерапевту или к психологу, означает признать себя "ненормальным". Нередко заболевший человек или родственник заболевшего, в зависимости от степени интеллектуального развития, ищут помощи или у колдунов, магов, "потомственных целителей", или у "травников", экстрасенсов и прочих "специалистов". И хорошо, если во время этих поисков или уже во время их "лечения" депрессия обходится сама по себе, поскольку некоторые депрессии длятся 2 - 4 недели и проходят самопроизвольно, без лечения. Если же речь идет о более длительной депрессии или о тяжелой, с риском самоубийства, то задержка на этапе неквалифицированной помощи обычно приводит к излишним страданиям заболевшего или даже к его самоубийству. Известны случаи, когда, больной не только лишал жизни себя, но и убивал своих близких. [4]

Предпосылкой терапии депрессии является интегративный терапевтический план, в рамках которого применяются сомато-, психо- и социотерапевтичексие меры, удельный вес которых определяется возможными причинами и характером депрессии. Многомерная обусловленность депрессивных синдромов требует по необходимости лечения на разных уровнях. Всякий односторонний терапевтический прием может оказаться неадекватным болезни и ее последствиям.

Выбор возможных видов терапии предполагает не только четко поставленный диагноз, но и углубленное соматическое обследование, точное описание психопатологического статуса, уточненную на сегодняшний день историю болезни, психосоциальную ситуацию больного, его социальную интеграцию, терпимость межличностных отношений и отягчающих обстоятельств.

Для успешной борьбы с депрессией необходима комбинация всех трех видов психиатрической помощи: психофармакологии, психотерапии и социальной терапии. [1]

Психофармакология все еще остается основным методом лечения депрессий. Существует большая группа препаратов антидепрессантов. Очень часто приходится комбинировать антидепрессанты с препаратами других групп, как, например, транквилизаторами и нейролептиками. При назначении препаратов врач учитывает не только особенности проявлений болезни, но и возраст больного, его пол, продолжительность заболевания, индивидуальную реакцию больного на лекарства, наличие или отсутствие других соматических заболеваний. Все это позволяет врачу определить не только единственно верную комбинацию препаратов, но и установить дозу каждого.

Заострим наше внимание на психотерапевтическом методе борьбы с депрессией. Следует делать различие между определенными психотерапевтическими методами, с одной стороны (глубиннопсихологическими, психоаналитическими, проведением рациональных психотерапевтических бесед и психотерапевтической коррекцией поведения), и, с другой стороны, набором базисных приемов психотерапевтического поведения и подходов, которыми должен владеть каждый психолог.

Первая задача состоит в том, чтобы установить с пациентом взаимопонимание, создать атмосферу, не внушающую больному страх, для того чтобы он чувствовал себя защищенным и понимаемым. Психолог своим поведением должен идти навстречу больному, дать ему ощущение ухода от реальных забот и межличностных отношений. Существенной предпосылкой успеха является проявление врачом теплоты, участия, эмпатии, естественности. Это предостерегает психолога от уверенности в том, что он с легкостью постигнет внутренний мир больного, что больной легко примет на веру чужеродность своего депрессивного состояния и сумеет отделить его от здоровых душевных переживаний. Выражением подобной недооценки «иного существования» при депрессии являются хорошо известные нетерпеливые дистанцированные уговоры «взять себя в руки», «держать выше голову» и т.п. Такие ободрения игнорируют вживание больного в чувство своей неполноценности, никчемности. Подобная линия поведения, связанная с попытками обсуждения жалоб больного, или дискуссия с целью рационально их аргументировать скорее способствует укреплению у депрессивного больного чувства своей неполноценности и вины. Если психолог ведет себя подобным образом, то укоренившиеся у депрессивного больного уверенность в том, что он вовсе не нуждается в лечении, а скорее является просто плохим, злым, ненадежным человеком, еще более укрепляется, а это, в свою очередь, ведет к углублению депрессии, а нередко к нарастанию суицидальных тенденций. [1]

Подход к таким больным требует в первую очередь времени и терпения. Время необходимо для бесед, нацеленных на терапию. В этих беседах должны обсуждаться характер заболевания, возможные его причины и пусковые механизмы, необходимые меры, которые нужно предпринять, и ожидаемые от них результаты и побочные действия. А терпение необходимо психологу потому, что планка требований, которые предъявляет больной к выдержке психолога, расположена весьма высоко. [5]

**Вывод**

Депрессивные расстройства характеризуются наличием отдельных симптомов (например, угнетенность, отсутствие побуждений, нарушение сна и аппетита). Наряду с такими сосуществующими признаками болезни можно попытаться рассматривать депрессивное переживание как целостную структуру. Наиболее существенное в депрессии заключается, по-видимому, в том, что восприятие собственного тела и времени оказываются измененными.

Человек в состоянии депрессии чувствует себя замкнутым в своей оболочке, скованным, лишенным возможности передвигаться во времени. Он ощущает себя полностью заблокированным. При этом депрессивное самочувствие переживается физическим ощущением тяжести и оцепенения. На эту связь с телесными ощущениями указывают и определения, употребляемые больным. Такие выражения, как «подавлен», «придавлен», «депримирован», то и дело употребляемые депрессивными пациентами, связаны в основном с физическими ощущениями.

Чем отчетливее депрессивное переживание отражает физическое чувство тяжести и оцепенения, тем тяжелее оно для больного, тем труднее переносится упадок настроения. Больные борются с этим чувством тем сильнее, чем меньше они позволяют сделать паузу в выполнении повседневных обязанностей и чем сильнее у них развито чувство долга и потребность в порядке. Вследствие этого депрессии часто протекают с болезненно переживаемым чувством напряжения. В то же время больные с тяжелой депрессией чувствуют свою отчужденность от близких им людей. Они не в состоянии соответствовать эмоциональному настрою близких и живут в соответствии со своим замедленным темпом «в другом измерении».

**Список используемой литературы**

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический проспект, ОППЛ, 2000. – 719с.

2. Голант М., Голант С. Что делать, когда тот, кого вы любите в депрессии. Помоги себе - помоги другому. - М.: изд-во института психотерапии, 2001, 175 с.

3. Изард К.Э.Психология эмоций. - СПб.: изд-во Питер, 1999, 464 с.

4. Кочубей Б., Новикова Е. Как лечить депрессию. // Семья и школа, 1988г, №8, с. 18-24

5. Курпатов А.В. Как избавиться от тревоги, депрессии, раздражительности. - СПб., 2002, 256 с.

6. Макферсон Л., Моро Д., Вейссман М., Клерман Д. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия / Перевод с английского Хромовой Е. – М.: Издательство Эксмо, 2003. – 320 с.

7. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – г. Мытищи, Издательство «Талант», 1990 г. – 144 с. с илл.

8. Рубинштейн С.П. Основы общей психологии. - СПб.: Питер Ком, 1999,

720 с.

9. Хелл Д. Ландшафт депрессии / перевод с немецкого Сапожниковой И.Я. – М.: Алетайа, 1999. – 120 с.: ил. – (Гуманистическая психиатрия)

10. Депрессия. // Под ред. Пери А., Руксталис М. и др. Пер. с англ. - М., Мир, 2000, 215 с.

11. Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. Сборник научных трудов, - М. Изд. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1985 г. Ответственный редактор – проф. В.В. Ковалев.

12. Психологический словарь. / Общ. Ред. А. В. Петровского. М. Г. Ярошевского, - М., 1990, 890 с20. Лоуэн А. Депрессия и тело. - М., 2002, 384 с.

13. Труды московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР т. 91. Депрессия (Психопатология. Патогенез.) Под редакцией О.П. Вертоградовой. Москва – 1980 г.