Реферат

по дисциплине клиническая психология

«Депрессии: виды, причины, интервенция»

Москва, 2013 год

Содержание

Введение

. Виды депрессии. Систематика

. Этиология и анализ условий возникновения

. Психосоциальные факторы

.1 Кризисные жизненные события

.2 Стрессовые и дефицитарные средовые условия.

.3 Влияние неблагоприятной внешней среды

. Психологические факторы

.1 Когнитивный подход

.2 Поведенческие и интерперсональные концепции

. 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:

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

. 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;

. 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.

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:

ь 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.

ь 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.

. 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

.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; Blöschl, 1997).

.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; Blöschl, 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 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

.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; Blöschl, 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. Blöschl, 1997). Но нужно отметить, что систематическое эмпирическое обоснование всех этих интегративных и соответственно комплексных моделей пока отсутствует.

.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 (Blöschl, 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».

В таблице ниже мы видим краткий обзор новейших психологических подходов к лечению депрессивных расстройств:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Терапевтический подход | Конкретная терапевтическая цель | Элементы терапии |
| Поведенческие подходы | | |
| подход Левинсона | Изменение неадекватных соотношений поведения и подкрепления | Супружеская и семейная терапия; тренинг социальных навыков; планирование активной деятельности... |
| подход Вольпе | Изменение негативных эмоциональных паттернов реакции | Систематическая десенсибилизация; ассертивный тренинг... |
| Когнитивные подходы | | |
| подход Бека | Изменение негативных когнитивных схем | Идентификация «автоматических» мыслей и генерализованных искаженных установок, гибкие вопросы; домашние задания; протоколы мыслей и действий... |
| подход Селигмана | Изменение негативных представлений о контроле и атрибутивных тенденций | Тренинг реатрибуции... |
| Подходы самоконтроля и совладания со стрессом | | |
| подход Рема | Изменение неадекватных процессов самоконтроля | Тренинг самонаблюдения, самооценивания и самоподкрепления... |
| подход Маклина | Изменение неадекватных стратегий совладания с проблемами, особенно в социальной сфере | Коммуникативный тренинг, тренинг решения проблем... |
| Интерперсональные подходы | | |
| подход Клермана и Вейсман | Изменение неадекватных стратегий совладания с проблемами в социальной сфере | Идентификация релевантных для проблемы эмоций и когниций, редукция или устранение неадекватных паттернов коммуникации |

В таблице представлены важнейшие современные терапевтические подходы психологического характера, а также конкретные терапевтические цели, с помощью которых должна быть достигнута общая цель устранения униполярного депрессивного расстройства; там же приведены примеры важнейших элементов терапии. Сегодня эти подходы сильно сблизились из-за их тенденции к мультимодальным способам действий, различие между поведенческими, когнитивными и интерперсональными подходами следует искать, скорее всего, в теоретической и практической расстановке акцентов. Методы, объединенные в группу подходов самоконтроля и совладания со стрессом, - методы «второго поколения» - развивались на комбинированной когнитивно-поведенческой основе.

В качестве обобщения можно сказать, что для пациентов с депрессией есть два терапевтических подхода со сходной эффективностью: медикаментозная и психологическая терапия в острой фазе. При очень тяжелых психотических и/или требующих стационарного лечения депрессии рекомендуется медикаментозная терапия, за которой должна следовать психологическая терапия для профилактики рецидивов. При дистимиях и хронизированных депрессиях наиболее очевидны преимущества одновременного применения медикаментов и определенных методов психотерапии (Hegerl, Plattner, Muller, 2004). Для долгосрочной эффективности и в качестве поддерживающей терапии при профилактике рецидивов психологические подходы как минимум столь же эффективны, как медикаментозные, а некоторые новые работы показывают даже лучшие результаты при использовании в этих целях психотерапии отдельно или как компонента комбинации с медикаментами. Это особенно верно при рекуррентных депрессиях и для пациентов с остаточными симптомами после завершения эпизода.

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.

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

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

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

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

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

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