Мотивация - это целенаправленная потребность, обращенная к объектам внешней среды. Мотивация рождается изпотребностей. Ф.М. Достоевский образно определил основные потребности человека как "потребность хлеба, образования и всемирного соединения".Потребности бывают врожденные и приобретенные, одни носят первичный биологический характер, например, потребность в пище, продолжении рода, сне ит.д., другие имеют более сложную природу. К высшим потребностям относится потребность познавать, занимать положение в обществе, потребностьсамореализации. Существующие в подсознательной сфере потребности трансформируются в мотивацию (влечение), которая формирует поведение человека,а именно внешне наблюдаемую форму активности.

При депрессии страдают практически все сферы - эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная,что проявляется как субъективно в жалобах пациента, так и объективно - в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается сутратой интереса к тому, что раньше воспринималось больным как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость - различные формы досуга, общение, чтениекниг, хобби, профессиональная деятельность, половая жизнь и пр. Пропадет не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности, у больного,страдающего депрессией, нет мотивации, не возникает желания приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием ираздражением. Эти нарушения составляют один из главных диагностических признаков депрессии, который в МКБ-10 обозначается как "утрата интереса иудовольствия". При всех типах депрессивного состояния страдают также и первичные биологические мотивации - пищевая, нарушается аппетит, сексуальнаяфункция, нарушается сон. Степень этих расстройств зависит, как правило, от тяжести депрессивного состояния.

Связь мотивационных нарушений с депрессией не случайна и имеет определенную биохимическую основу: к этимрасстройствам приводит нарушение обмена моноаминов мозга - серотонина, допамина, норадреналина.

## Нарушение пищевой мотивации

Пищевое поведение человека - вкусовые предпочтения, диета, режим питания зависят от культуральных, социальных,семейных, эмоционально-аффективных и биологических факторов. В многочисленных работах было показано, что при легкой доступности пищевых продуктов (стоит лишьтолько открыть дверцу холодильника) наиболее значимыми становятся психо-социальные, а не энергетические (биологические) факторы. Сильно влияют на пищевое поведениесложившиеся в обществе представления о красоте, особенно женской. В слаборазвитых странах достоинством женщины является полнота. В развитых жестранах сейчас мода на стройную фигуру, что заставляет многих, особенно молодых женщин "садиться на диету", чтобы похудеть и стать стройнее. Этисамоограничения, как правило, не свидетельствуют о наличии истинных расстройств пищевого поведения. Истинные расстройства пищевого поведения встречаютсязначительно реже и обусловлены не только заботой о фигуре, а целым рядом психопатологических состояний, в том числе депрессией.

**При депрессии чаще наблюдается снижение аппетита, что сопровождается снижением массы тела.** Анорексия иистощение настолько часто сопровождают депрессию, что считаются одним из облигатных ее признаков и включаются в качестве критериев диагностики депрессиипрактически во все известные опросники. Аноректические реакции при депрессии имеют ряд отличительных черт. Как правило, наблюдается не только снижениеаппетита или его отсутствие, но нередко пища становится безвкусной или начинает вызывать отвращение. Отвращение может вызывать даже запах или вид пищи. У такихпациентов может появляться чувство тошноты, реже рвота. Прием пищи не сопровождается удовольствием, такие пациенты едят, потому что нужно есть или ихзаставляют принимать пищу. Утрата удовольствия от еды часто сочетается с повышенной насыщаемостью, когда больной после приема малых количеств пищиощущает переполнение желудка, чувство неприятной тяжести, пресыщенности, тошноту. Анорексия приводит к резкому сокращению количества пищи и снижениюмассы тела. Аноректические проявления тесно связаны с усилением других проявлений депрессии и наиболее выражены в первой половине дня. В отдельныхслучаях они могут быть представлены ярко и занимают ведущее место в клинической картине заболевания. У таких пациентов возникает необходимость дифференциальнойдиагностики с нервной анорексией.

Нервной анорексией болеют в основном девушки. Пик заболеваемости приходится на подростковый и юношеский возраст. Основнымипризнаками заболевания являются снижение массы тела более чем на 15% от исходной, болезненная убежденность в собственной полноте, даже несмотря нанизкую массу, аменорея. В основе болезни лежит стремление похудеть, которое больные реализуют посредством диеты, изнурительных физических упражнений, анередко клизм, слабительных и рвоты. Примерно у половины больных нервной анорексией бывают приступы обжорства, за которыми следует разгрузка. Самибольные на снижение массы тела и утомляемость внимания не обращают. К врачу их приводят обеспокоенные родственники. Причины нервной анорексии пока малоизвестны; важную роль, по-видимому, играют наследственные факторы, семейные традиции, личностные особенности, в том числе психопатии.

Для лечения анорексии у пациентов с депрессией широко применяют психотерапию. Для фармакологической коррекциииспользуют антидепрессанты, в частности известно, что ТЦА способны вызывать прибавку массы тела, видимо, за счет усиления аппетита. В то же время прирасстройствах пищевого поведения по типу эмоциогенной еды (см. ниже) эти средства часто, наоборот, снижают аппетит. Снижение пищевой мотивации и вследза ней уменьшение массы тела вторичны по отношению к депрессии и в большинстве случаев самостоятельно уходят по мере уменьшения депрессивных проявлений. Придепрессии редко возникают значительный дефицит массы тела, как при нервной анорексии, и сопутствующие метаболические, выраженные эндокринные, сердечно-сосудистыеи другие расстройства, требующие специальной коррекции.

Повышение аппетита или булимия также могут сопровождать депрессивные состояния, хотя это наблюдается несколько реже.Как правило, булимия сочетается с отсутствием или снижением чувства насыщаемости и ведет к увеличению массы тела и ожирению. В основе переедания у больных сдепрессией лежит не чувство голода, а состояние эмоционального дискомфорта. Больные едят для того, чтобы снять плохое настроение, избавиться от тоски,апатии, тревоги, чувства одиночества. Подобный вид булимии называют компульсивной булимией, булимией без разгрузок, гиперфагической реакцией настресс, эмоциогенным пищевым поведением, пищевым пьянством.

При депрессиях прием пищи нередко остается единственной формой поведения, которая приносит больному положительныеэмоции и снижает симптомы депрессии. Часто булимия при депрессии сопровождается сонливостью и гиперсомнией.

Выраженность эмоциогенного пищевого поведения может привести к значительному увеличению массы тела. ИсследованияТ.Г. Вознесенской показали, что у 60% больных с ожирением наблюдается эмоциогенная еда, которая у подобных больных является основным механизмомприбавления массы тела. Эмоциогенное пищевое поведение тесно связано с депрессией и повышением уровня тревоги.

*Особым видом эмоциогенного пищевого поведения является ночная еда. Такие пациенты просыпаются среди ночи, обычно вранние утренние часы (3 - 4 ч), и не могут уснуть, не перекусив. Повышение аппетита в таких случаях вовсе не связано с количеством пищи, съеденной передсном, и чувством голода, а играет роль успокаивающего, снотворного средства. У таких пациентов, как правило, имеются характерные для депрессии нарушенияночного сна* (см. ниже), *избыточная масса тела.*

Биохимические исследования, проведенные J.Fernstrom, R.Wurtman (1971), позволили понять и объяснить, почему ряд пищевыхпродуктов может служить своеобразным лекарством от депрессии. При эмоциогенном пищевом поведении, когда пациенты едят для того, чтобы улучшить настроение,уменьшить чувство тоски и апатии, они предпочитают легкоусвояемую углеводную пищу. Повышенное поступление углеводов приводит к гипергликемии и вслед за нейк гиперинсулинемии. В состоянии гиперинсулинемии изменяется проницаемость гематоэнцефалического барьера для аминокислоты триптофана. Триптофан являетсяпредшественником серотонина, поэтому вслед за повышением содержания триптофана в ЦНС увеличивается синтез серотонина. Прием пищи может являться своеобразныммодулятором уровня серотонина в ЦНС, повышение его синтеза, связанное с поглощением углеводной пищи, приводит одновременно к увеличению чувстванасыщения и снижению депрессивных проявлений. Таким образом, было наглядно показано, что булимия и депрессия имеют общие биохимические патогенетическиемеханизмы - дефицит серотонина.

Результаты данных исследований явились основанием для использования антидепрессантов избирательногосеротонинергического действия для лечения депрессий, сопровождающихся булимией, и ожирения с нарушенным пищевым поведением. Лидером среди СИОЗ являетсяфлуоксетин, или прозак, который относится одновременно к антидепрессантам и анорексигенным средствам (S.Wise, 1992; L.Levine, 1989). Показаниями для егоназначения при ожирении является сочетание с эмоциогенным пищевым поведением, депрессией, хроническими болевыми синдромами, паническими атаками (Т.Г.Вознесенская, 1998).

## Нарушение полового влечения

Половая функция имеет важное биологическое и социальное значение, так как не только обеспечивает продолжениерода и получение специфических половых ощущений, но и открывает возможности создания семьи, устранения одиночества. Она влияет на социальный статусличности, ее самоутверждение и самооценку.

**Достаточно частым симптомом депрессии является нарушение половой функции: снижение полового влечения, импотенция ифригидность, снижение интенсивности оргазма или аноргазмия.** Многие больные отказываются от сексуальных отношений, так как не испытывают удовольствия;после полового акта может отмечаться усиление депрессивной симптоматики.

Нарушения половой функции у мужчин в большинстве случаев (до 90%) имеют психогенную природу. Они делают мужчинунеспособным обеспечить половое удовлетворение женщине, нарушают взаимоотношения в семье, нередко ведут к ее распаду, что в свою очередь усугубляет выраженностьпсихических нарушений. Периодические колебания половой активности, в частности резкое снижение ее, в сочетании с усилением депрессивной симптоматики могутнаблюдаться у пациентов с циклотимическими колебаниями настроения.

У женщин в отличие от мужчин сексуальные нарушения в огромном большинстве случаев не препятствуют созданию семьи, нелишают возможности обеспечить сексуальное удовлетворение супругу. Активные жалобы на нарушения в сексуальной сфере предъявляются значительно реже.

У молодых женщин депрессия может приводить к различным нарушениям менструального цикла: дисменорее, аменорее, кпоявлению ановуляторных циклов и в конечном счете даже к бесплодию. При детальном гинекологическом и эндокринологическом обследовании таких женщин, какправило, не находят убедительных причин нарушения менструальной функции. В этих случаях необходимо подумать о возможности депрессии и провести соответствующееисследование. Исследование менструальной функции у пациенток с различными эмоционально-аффективными расстройствами, в том числе и депрессией,наблюдавшихся в клинике нервных болезней, показало, что частота нарушений менструального цикла достигает 70% и более (И.В. Кучерова, 1989). Эти нарушенияоблигатно сопровождаются нарушением полового влечения и фригидностью. Применения гормональных препаратов для восстановления менструальной функции не требуется.После проведения терапии антидепрессантами нормализуются не только психическое состояние, но и функция половых желез; уходят сексуальные расстройства.

**Психогенная аменорея не обязательно является маркером депрессивного состояния.** При аменорее с выраженнымуменьшением массы тела, особенно у молодых женщин, необходимо исключить нервную анорексию как самостоятельное заболевание (М.А. Коркина и М.А. Цивилько, 1986).О критериях диагностики нервной анорексии речь уже шла выше, при подозрении на это заболевание необходима консультация психиатра.

**Синдромом, демонстрирующим особую связь мотивационных и аффективных нарушений с функцией половых желез, являетсясиндром предменструального напряжения.** Он встречается в выраженной форме примерно у 25% женщин и имеет ряд синонимов - предменструальное дисфорическоезаболевание или поздняя лютеиновая дисфорическая фаза.

Клиническая симптоматика появляется обычно за 7 - 10 дней до начала очередной менструации и исчезает с еенаступлением. Отмечаются подавленное настроение, раздражительность, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, обидчивость, агрессивность,враждебность. Женщинам кажется, что их жизнь потеряла смысл, появляется ощущение собственной беспомощности и ненужности, у некоторых - страх сойти с ума. Нарядус этим появляются вегетативные расстройства, головные боли, боли и чувство дискомфорта внизу живота. Может повышаться аппетит, причем наблюдается тяга ксладкой, высокоуглеводной пище, это является причиной увеличения массы тела в предменструальные дни. Могут появляться нарушения сна в виде дневной сонливостии увеличения продолжительности сна, при этом сон прерывистый, беспокойный и не приносит ощущения отдыха. Могут появляться периферические отеки, нагрубают истановятся болезненными молочные железы. Симптомокомплекс, описанный при синдроме предменструального напряжения (депрессия, гиперсомния, булимия,повышение массы тела, предменструальное напряжение), сходен с клинической картиной сезонных аффективных расстройств (САР). При САР появление всехклинических симптомов связано с темным временем года, в нашей географической полосе это с конца октября до начала марта.

Основную роль в патогенезе синдрома предменструального напряжения играют половые гормоны: эстрогены, прогестерон, атакже серотонин. Они оказывают модулирующее действие на функционирование ЦНС; именно с недостаточностью серотонина и нарушением соотношения эстрогенов ипрогестерона в лютеиновую фазу цикла связывают появление клинических симптомов при синдроме предменструального напряжения. Основным методом лечения синдромапредменструального напряжения являются антидепрессанты СИОЗС (G.Solomon, 1990; R.Fuller, 1995; M.Steiner, 1995,1997). При их применении регрессируют какпсихические, так и соматические расстройства.

Депрессивное состояние имеет тесную связь с климаксом, и их взаимоотношения неоднозначны: в одних случаях депрессия можетприводить к раннему или патологическому климаксу, в других признаки депрессии могут появляться или усугубляться на фоне гормональной перестройки женскогоорганизма и успешно проводимая гормональная терапия может приводить к уменьшению выраженности психических расстройств.

**Старые авторы называли выраженные аффективные, вегетативные и другие расстройства, возникающие у женщин в периодклимакса, климактерическим неврозом.** Они описывали климактерический невроз при сохранном ритме месячных (в преклимактерическом периоде), при различныхнарушениях цикла, чаще типа опсоменореи, а также в различные сроки после наступления менопаузы (постменопаузальный период). Психические проявления вклимактерическом периоде наблюдаются приблизительно у половины женщин, носят депрессивный или тревожно-депрессивный характер и имеют различную степень выраженности.Изменения психического состояния сочетаются с вегетативными расстройствами: наиболее частыми являются "приливы", потливость, сердцебиения,головокружения, шум в голове и ушах, парестезии в конечностях. У ряда женщин на этом фоне возникают панические атаки. Характерно наличие хронических болевыхсиндромов: хронической головной боли напряжения, кардиалгий. Нередко отмечаются нарушения ночного сна, а вегетативные и болевые нарушения, часто возникающие уэтого контингента по ночам, усугубляют инсомнию.

В климактерический период существенное значение в ухудшении эмоционального состояния имеют изменения гормональногостатуса женщины, так как гормоны влияют на психические процессы, функциональное состояние мозга, изменяют межполушарные взаимоотношения. Однако не следуетзабывать об отношении многих женщин к прекращению менструаций. Некоторые воспринимают это как катастрофу, наступление старости, считают, что онистановятся менее привлекательными для партнера. Инволюционные атрофические изменения в половых органах в климактерическом периоде не играют главенствующейроли в возникновении половых нарушений, более важным является психологическое состояние женщины (А.М.Свядощ, 1982). Неправильное отношение к естественномувозрастному периоду часто приводит к депрессии. Именно депрессивное состояние может обусловливать патологическое течение климакса. Основной задачей врача вэтот период является психотерапевтическая коррекция, цель которой - нормализовать самовосприятие женщины, снизить уровень стресса. Для лечения патологическипротекающего климакса используют гормональную терапию в сочетании с антидепрессантами (S.Takagi и Y.Yanagisawa, 1996), именно такая комплекснаятерапия помогает наиболее эффективно ликвидировать депрессивные, вегетативные, алгические и другие проявления в климактерическом периоде.

## Нарушение сна

У 83 - 99% больных, страдающих депрессией, наблюдаются нарушения сна. У одних пациентов они являются ведущейжалобой, у других отмечаются в ряду других клинических симптомов, характерных для депрессии. Так или иначе, они являются одним из критериев диагностикидепрессии. Взаимосвязь нарушений сна и депрессии является чрезвычайно тесной: наличие упорных нарушений сна всегда служит основанием для исключения скрытой,ларвированной депрессии, проявляющейся под маской указанных нарушений.

Клинические проявления нарушений сна при депрессии имеют ряд характерных черт. Отмечаются, как правило, постсомническиерасстройства. Эти больные говорят о том, что они засыпают более-менее удовлетворительно, но рано пробуждаются. Утром уже не могут больше заснуть.Утренние часы - это тяжелые часы для больных депрессией, именно в это время обостряется симптоматика, а к вечеру состояние больных улучшается. Однако этоне является абсолютным правилом, так как имеются различные формы проявлений депрессии. Больные, жалующиеся на ранние утренние пробуждения с невозможностьюснова заснуть, страдают чаще тоскливой депрессией. У пациентов с тревожной или ажитированной депрессией нередко нарушено засыпание и отмечается даже противоположноеявление - компенсаторное удлинение утреннего сна.

Проведено большое число электрофизиологических исследований ночного сна при депрессии. Уже в первыхработах было показано, что субъективная оценка сна пациентами часто бывает очень неточной. Например, больной утверждает, что всю ночь провел без сна, имысли, которые приходили ему в голову ночью, рождались в состоянии бодрствования, а при полиграфической записи в это время объективнорегистрировался сон. Поэтому для объективной оценки ночного сна следует прибегать к специальным исследованиям, а не полагаться нарассказ пациента.

Изменения структуры ночного сна при депрессии многообразны и носят как неспецифический, так и относительноспецифический характер, т.е. наблюдаются чаще, чем при других формах нарушений сна. Для многих нарушений сна, возникающих по разным причинам, характерносокращение длительности сна, большее время бодрствования в те часы, когда человек обычно спит, возрастание двигательной активности во время сна,увеличение латентных периодов наступления различных фаз сна, увеличение представленности поверхностных и сокращение глубоких стадий сна. К относительноспецифичным для депрессии следует отнести сокращение самой глубокой стадии медленного сна: четвертой стадии, а также более раннее наступление фазыбыстрого сна.

У больных с депрессией обнаружен очень интересный феномен так называемого альфа-дельта-сна. Он может занимать до 20%общей длительности сна и проявляется сочетанием дельта-волн , т.е. медленных волн, характерных для глубоких стадий сна с альфа- волнами, которые по частотена одно-два колебания реже, чем в состоянии бодрствования. При этом сон оказывался достаточно глубоким. Наличие альфа-дельта-сна можетсвидетельствовать о связи глубокого сна с депрессиями. Этот вопрос особенно интересен в связи с развивающимися представлениями о роли серотониновогофактора в инициации фазы медленного сна, а также о роли нарушений обмена серотонина в патогенезе депрессии. Можно предположить, что в основе какнарушений сна, так и депрессии лежат одни и те же биохимические механизмы.

В 1996 г. Шуте было отмечено, что лишение сна (депривация) уменьшает проявления депрессии и особенно эффективно притоскливой депрессии, а затем Р.Г. Айрапетовым были проведены специальные исследования. Однако лишение сна занимает в терапии депрессивных состоянийособое место, что подтверждает теснейшую связь механизмов, участвующих в организации сна и патогенезе депрессии.

Очевидным является тот факт, что депрессия проявляется прежде всего инсомническими расстройствами. Однако придепрессии возможно наблюдать и некоторые формы гиперсомнии. Прежде всего это синдром идиопатической гиперсомнии, который проявляется глубоким сном, утреннейтрудной пробуждаемостью ("сонное опьянение"), дневной сонливостью. Другим проявлением гиперсомнии является периодическая спячка, котораянаблюдается у молодых людей, у которых на 7 - 9 дней наступает период непреодолимой сонливости, когда они встают, едят, отправляют своифизиологические нужды, но проводят во сне большую часть дня. Затем это состояние полностью исчезает на какое-то время. Подобные эпизоды спячкиявляются эквивалентами депрессивного состояния и успешно лечатся профилактическим назначением курсов антидепрессантов.

Снотворные препараты не могут решить проблему нарушений сна больных депрессией и являются лишь симптоматическимисредствами. Назначать их следует сроком не более чем на 2 - 3 нед, т.е. на время, необходимое для уточнения депрессивной природы инсомнических илигиперсомнических расстройств. Методом выбора является курсовое лечение антидепрессантами.