Депрессия - заболевание, достаточно часто встречающееся в медицинской практике. Она прежде всего проявляется ваффективной сфере и сопровождается выраженными соматическими, мотивационными, вегетативными расстройствами. В терапии депрессий развивается два направления:фармакологическое и нефармакологическое.

Широко распространенная и вполне обоснованная фармакотерапия депрессии является все же в 25% случаевнедостаточно эффективной в связи с плохой переносимостью препаратов и резистентностью самого заболевания (S. Dilsaver и соавт.,1983, С.П. Осколова,1985).

В связи с этим существенную роль играют и нефармакологические методы лечения, которые имеют также свое патогенетическоеобоснование.

К ним относятся:

- психотерапия;

- дыхательно-релаксационный тренинг;

- светотерапия (фототерапия);

- депривация сна (лишение сна);

- электросудорожная терапия.

## Психотерапия

Психотерапевтические методы лечения делятся на психодинамическую, недирективную, рациональную и межличностную психотерапию.

Основные принципы **психодинамической терапии** были разработаны Буллаком. Выделяется десять важнейших психическихпроявлений, подлежащих исследованию и коррекции (самооценка, самобичевание, гнев, разочарование, чувство утраты, нарциссизм, отрицание скрытого гнева ит.д.). Классический психоанализ при выраженной депрессии не показан.

***Недирективная*** психотерапия основана на концепциях Роджерса, Маслоу и Перлса. Больной высказывает своимысли и чувства, а психотерапевт, не навязывая своих интерпретаций, помогает разобраться в себе. Важным условием лечения служит эмпатия - умениепсихотерапевта поставить себя на место больного, посмотреть на мир его глазами. Основное внимание направлено на текущую ситуацию.

***Рациональная*** психотерапия направлена на устранение иррациональных идей, высказываемых больнымидепрессией. Она более эффективна у больных депрессией по сравнению с психодинамическим методом. Имеются указания, что она сопоставима или даже болееэффективна, чем медикаментозная терапия, особенно при легкой и умеренной депрессии.

***Межличностная*** психотерапия разработана Клерманом, Вейсманом и др. Она улучшает социальную адаптациюбольных и межличностные контакты, уменьшает скрытность больных, дает возможность выразить свои мысли и чувства. Показано, что межличностная терапияв отношении некоторых проявлений депрессии, например, в отношении социальной дезадаптации, способна эффективно уменьшать ее, что сопоставимо с лекарственнойтерапией.

Таким образом, следует отметить, что психотерапия особенно эффективна при легкой или малой депрессии,характеризующейся снижением настроения и некоторыми соматическими жалобами. В целом следует отметить, что психотерапию должен проводить опытный специалист.Однако лечение вегетативных нарушений и расстройств сна лучше корригируется сочетанием с медикаментозной терапией.

## Дыхательно-релаксационный тренинг (ДРТ)

Депрессивные расстройства нередко сочетаются с тревогой, по данным А.Ф. Шатцберг (1995 г.), в 31 - 62%. Поэтому вэтих случаях целесообразно применять ДРТ, который сочетает в себе элементы психической и мышечной релаксации с экскурсиями грудной клетки в ритме вдох -выдох. При проведении ДРТ необходимо соблюдать несколько принципов: постепенное включение в дыхание диафрагмы, формирование определенного соотношения междудлительностью вдоха и выдоха - соотношение 1:2. Переход на брюшной тип дыхания вызывает рефлекс Геринга-Брейера, который способствует уменьшению активностиретикулярной формации ствола мозга, снижению психического напряжения, уменьшению гипервентиляционного синдрома и тревоги. Уреженное и углубленноедыхание оптимизирует процессы легочной вентиляции и диффузии, улучшает микроциркуляцию.

## Светотерапия (фототерапия)

Среди применяемых в последнее время немедикаментозных методов лечения депрессии и связанных с нею различныхсоматовегетативных расстройств начали использовать терапию ярким белым светом. Интерес к этому методу возрос в последние десятилетия в связи с лечениемсезонных аффективных расстройств (W.Rosental, A.Levy; 1982-1984.) С удлинением темной фазы суток в осенний период у больных с сезонными аффективнымирасстройствами появляются и нарастают депрессия, дневная гиперсомния, селективная гиперфагия углеводов. Увеличивается масса тела. В крови у больных сСАД увеличивается уровень мелатонина. С нарастанием светлой фазы суток выраженность симптомов уменьшается. В 1980 г. А. Леви сделал сообщение облокаде мелатонина ярким белым светом. После этого светотерапия начала использоваться при лечении различных расстройств: сезонных и несезонныхаффективных расстройств, инсомнии и т.д. Лечение ярким белым светом основано на воздействии его через сетчатку глаза, гипоталамус, b-адренорецепторы мембраныпинеалоцитов шишковидной железы. Свет способствует снижению мелатонина, увеличению серотонина и дофамина. Наш опыт (Я.И. Левин, А.Р. Артеменко, 1996г., А.Д. Соловьева, Е.Я. Фишман, 1997 г.) показал, что яркий белый свет уменьшает уровень депрессии, улучшает сон, а также вегетативные проявления,сопровождающие депрессию.

Фототерапия проводится по методике, которая заключается в том, что больной ежедневно (желательно в утренние часы)принимает сеансы света. Колпак лампы устанавливается под углом 45 градусов по отношению прямой, проведенной мысленно от центра глазного яблока догоризонтальной оси лампы. Пациент находится от лампы на расстоянии 60 см; сеанс длится 60 мин, за сеанс больной получает около 3500 - 4000 lux.

## Депривация сна (лишение сна)

В 1966 г. W. Schulte ввел в психиатрическую практику лечение депрессий депривацией сна. Им было показано,что депривация улучшает состояние больных с психогенными и органическими депрессиями. В дальнейшем и другие исследователи отмечали ее выраженный эффектпри депрессивных расстройствах. Известно, что у больных с депрессией встречаются нарушения сна в 83 - 99%. Нарушения сна наряду с другими симптомамиявляются критерием диагностики депрессий. Исследование сна у больных с депрессией показало уменьшение его глубины и увеличение во время снадвигательной активности. В работах А.М. Вейна, Р.Г. Айрапетова, 1983, 1984 гг. показано, что при различных формах депрессий увеличиваются латентные периодыпервой, второй и третьей фаз сна, имеется выраженная редукция четвертой, наиболее глубокой стадии, фазы медленного сна, выявлено сокращение латентногопериода фазы быстрого сна (ФБС), что связано с прессингом быстрого сна, характерным для депрессии. Таким образом, субъективные жалобы больных нарасстройство сна сочетаются с объективными изменениями в течение ночи на ЭЭГ.

Лечение проводится тотальной депривацией сна. Больные не спят с утра дня, предшествующего бессонной ночи до вечераследующего дня, т.е. лишение сна составляет 36 - 38 ч. Затем следуют две восстановительные ночи, во время которых больные спят естественным сном. Послечего депривация повторяется, если состояние улучшается, то проводят третью депривацию сна. Лишение сна прекращается, если состояние больного не меняетсяили ухудшается после двух сеансов. При улучшении состояния рекомендуется проводить по две депривации сна в месяц. Депривация сна обеспечивает улучшениепсихического состояния у 90% больных. По данным Р.Г. Айрапетова (1984 г.), положительный эффект депривации сна особенно отмечен при тоскливой депрессии,где он не уступает по эффективности антидепрессантам, адинамической депрессии. Она менее эффективна при астенической и тревожной депрессии и не полученоположительного эффекта при маскированной депрессии. Депривация обладает собственно тимолептическим и растормаживающим эффектом, стимулирующимдеятельность, при этом улучшается настроение и повышается двигательная активность. Наблюдается активация фазы быстрого сна и синхронизация в ЭЭГбодрствования, носящая компенсаторный характер и обеспечивающая эмоциональную стабилизацию.

Терапия депривацией сна показана при любой депрессии, не сопровождающейся психомоторным возбуждением. Она самаоказывает положительное действие путем уменьшения депрессии и значительно повышает эффект от лечения антидепрессантами, что позволяет существенноуменьшить дозу фармакологических препаратов. Наилучших результатов, как правило, удается достичь при сочетанной терапии: депривация сна в сочетании сантидепрессантами.

## Электросудорожная терапия (ЭСТ)

Этот вид терапии депрессивных расстройств особенно широко применялся в психиатрии 30 - 50-х годов, далее наступил периоднеприятия. В последние годы опять возобновился интерес к этой терапии. ЭСТ применяется преимущественно у больных, страдающих тяжелыми депрессивнымирасстройствами, находящихся в специализированных психиатрических стационарах, а также у больных, имеющих противопоказания к фармакотерапии и в тех случаях,когда другие методы лечения неэффективны. ЭСТ является методом выбора в случаях неординарных попыток самоубийства или упорного отказа от еды, когда неэффективнаяантидепрессантная терапия может привести к потере времени. Считается, что ЭСТ наиболее действительна при депрессивных приступах и является методом лечениядепрессии, предупреждающим маниакальные приступы. Поэтому она эффективна при МДП, при котором антидепрессанты увеличивают частоту смены приступов, припсихотической форме депрессии, при которой антидепрессанты помогают мало или совсем не помогают.

Абсолютных противопоказаний к ЭСТ нет, однако при назначении нужно учитывать целый ряд факторов и существованиеотносительных противопоказаний. Больного обследуют так же, как и при операции, проводимой под общим наркозом. ЭСТ считается малой хирургической операцией. Дляее проведения разработаны специальные указания.

Механизм действия ЭСТ окончательно не установлен. Имеются сведения о том, что ЭСТ усиливает допаминэргическую передачу, оказываетвлияние на опиатные и пептидные рецепторы. Считается, что ЭСТ повышает настроение, увеличивает двигательную активность. ЭСТ по сравнению сантидепрессантами быстрее устраняет вегетативные проявления депрессии.

Неврологи, как правило, имеют дело с депрессией легкой или средней степени выраженности, которая протекает чащескрыто, под маской хронических болевых синдромов, вегетативных нарушений, обменно-эндокринных расстройств и т.д. В этих случаях успешно используютсяпсихотерапия, дыхательная релаксация и светотерапия.