

Депрессия подобна даме в черном.

Если она пришла, не гони её прочь, а пригласи
К столу, как гостью, и послушай то, о чём она

Намерена сказать.

Карл Густав Юнг



МКБ-10

F32 Депрессивный эпизод (может сопровождаться психотическими явлениями)

В легких, средних или тяжелых типичных случаях депрессивных эпизодов у больного отмечаются:

- пониженное настроение, уменьшение энергичности и падение активности.
- снижена способность радоваться, получать удовольствие, интересоваться, сосредоточиваться.
- обычным является выраженная усталость даже после минимальных усилий.
- нарушен сон и снижен аппетит.
- самооценка и уверенность в себе снижены.
- присутствуют мысли о собственной виновности и бесполезности.
- пониженное настроение, мало меняющееся день ото дня, не зависит от обстоятельств и может сопровождаться так называемыми соматическими симптомами, такими, как потеря интереса к окружающему и утрата ощущений, доставляющих удовольствие, пробуждение по утрам на несколько часов раньше обычного времени, усиление депрессии по утрам, выраженная психомоторная заторможенность, тревожность, потеря аппетита, похудание и снижение либидо.

МКБ-10

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство (может сопровождаться психотическими явлениями)

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии, соответствующими описанию депрессивного эпизода (F32), без наличия в анамнезе самостоятельных эпизодов подъема настроения и прилива энергии (мании). Однако могут быть краткие эпизоды легкого подъема настроения и гиперактивности (гипомания) сразу же после депрессивного эпизода, иногда вызванные лечением антидепрессантами.

Наиболее тяжелые формы рекуррентного депрессивного расстройства имеют много общего с прежними понятиями, такими, как маниакально-депрессивная депрессия, меланхолия, витальная депрессия и эндогенная депрессия.

Первый эпизод может возникнуть в любом возрасте, начиная с детства и до старости. Начало его может быть острым или незаметным, а продолжительность - от нескольких недель до многих месяцев. Никогда полностью не исчезает опасность того, что у больного рекуррентным депрессивным расстройством не возникнет маниакального эпизода. Если такое произойдет, диагноз должен быть изменен на биполярное аффективное расстройство (F31).

Депрессия – аффективное психическое расстройство.

Длительность симптомов: не менее 2-х недель.

Депрессивная триада: снижение настроения, заторможенность мышления, двигательная заторможенность.

Атипичная депрессия: усиление аппетита, сонливость, эмоциональная реактивность.

Скрытая «маскированная» депрессия (тревожно-фобические, ипохондрические, неврастенические расстройства, ОКР, ВСД, головокружения, нарушения пищевого поведения и т.д.)



Статистика:

5% - 10-15 лет.

15-40% - юношеский возраст (15-24 лет). Первый пик самоубийств.

Каждый десятый старше 40 лет. 2/3 - женщины. Второй пик самоубийств.

Каждый четвертый старше 65 лет. Третий пик самоубийств.



Причины возникновения.

Эндогенные.

Генетическая обусловленность (около 35% - аутохтонные).

Моноаминовая теория связывает развитие депрессии с дефицитом серотонина, норадреналина и дофамина. Серотониновая теория распространена, но не имеет однозначного подтверждения.

Некоторые исследователи приходят к выводу о недостаточной широте этой теории, так как она не объясняет ограничения в эффективности антидепрессантов и медленное развитие их лечебного эффекта.

Экзогенные.

1. Крайне свежая теория: Вирус герпеса человека 6-го типа (HHV-6) может быть ответственным за развитие тяжёлых депрессий у людей. Гипотеза о том, что депрессия это воспалительное заболевание ЦНС находит все больше подтверждений. Информация об этом исследовании была размещена в 2 августа 2018 года в Frontiers in Microbiology
2. Соматогенные (б. Альцгеймера, атеросклероз артерий г.м., ЧМТ, грипп)
3. Побочные действия лекарственных препаратов. Злоупотребление алкоголем и наркотическими препаратами (причинно-следственная связь?).
4. Сезонная депрессия (не подтверждается на большой выборке) – зависимость от длины светового дня.

Психогенные.

Реактивная депрессия.

– А ИЗ НАШЕГО ОКНА
БОЛЬ И ПУСТОТА ВИДНА.
– А ИЗ НАШЕГО ОКОШКА
ЛИШЬ ДЕПРЕССИИ НЕМНОЖНО.

Исторический экскурс.

Гиппократ – «меланхолия».

Лечение: настойка опия, тёплые очистительные клизмы, психологическая поддержка (рекомендовалось больному «ободрять и веселить»), длительные тёплые ванны, массаж и питье минеральной воды одного из известных источников на Крите (как выяснилось позднее, эта вода содержала большое количество ионов брома, магния и лития — то есть действительно могла помогать при депрессиях).

Гиппократ также обратил внимание на зависимость состояния многих депрессивных больных от погоды и времени года, на сезонную периодичность депрессий у многих больных, на улучшение состояния некоторых больных после бессонной ночи. Таким образом, он, хотя и не открыл лечебный эффект депривации сна и солнечного света (фототерапии), но был очень близок к этому.



Исторический экскурс

Эберсовский папирус, один из важнейших медицинских трактатов **древнего Египта**, также содержит короткое описание депрессии.

Лечение: изгнание демонов посредством ритуальных обрядов.

В **Российской империи** в начале 1900-х годов для лечения депрессии с определённым успехом применялся героин.

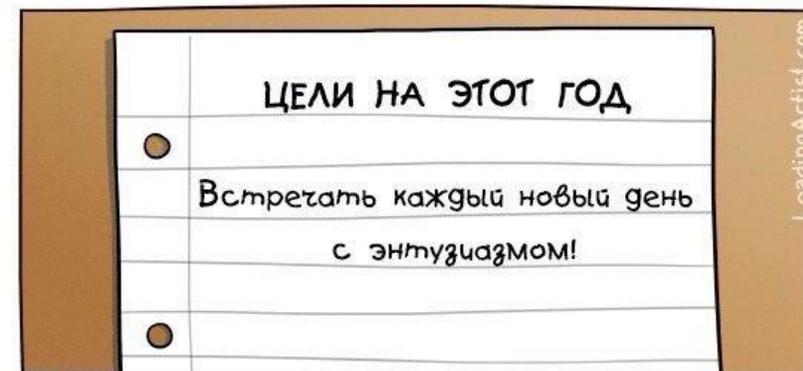
- Ты бухой?
- Нет, я на антидепрессантах.
- От тебя перегаром несёт.
- Это антидепрессанты.

В наши дни:

антидепрессанты

+ психотерапия

+ изменение образа жизни (!)



Манифестация.

Сначала ощущаются слабовыраженные сигналы в виде проблем со сном, раздражительности, отказа от нормального выполнения обязанностей. Если эти симптомы в течение двух недель усиливаются, то обычно это свидетельствует о начале болезни либо её рецидиве, хотя полностью она проявится через два месяца, а то и позже. Случаются разовые приступы. В отсутствие лечения депрессия может привести к попытке самоубийства, отчуждению от окружающих, отказу от выполнения большинства ж... семьи.



- Депрессия может вызываться и сопровождаться другими психическими расстройствами, в частности неврозом.
- Установлена связь депрессии с уменьшением длины теломеров, с которым также связаны процессы старения организма.
- Также, согласно недавнему исследованию ученых, выяснилось, что депрессии влияют на заживление ран. У пациентов с депрессией раны заживают сложнее, они чаще подвержены повторной госпитализации.
- Средняя продолжительность заболевания составляет от 6 до 8 месяцев, но у части пациентов депрессия приобретает хроническое течение. *Хронической депрессией* называется депрессия, протекающая более двух лет.



Что делать, если ваш близкий в депрессии?

1. Выслушать. Без пустых ремарок («ну это пройдет», «у всех бывает», «это ты от скуки») и советов. Если не можете придумать, что сказать – используйте приемы активного слушания («да», «продолжай», «правильно ли я понял, что...»), «зеркальте» позы, жесты, мимику, фразы (но так, чтобы это не выглядело передразниванием), установите раппорт. Можете говорить о своих чувствах («мне грустно, когда я слышу, что ты...», «я испытываю страх от мысли, что ты...»). Но главное – дайте выговориться, выплакаться, побудьте «эмоциональным унитазом». Постарайтесь эмоционально прочувствовать то, о чем говорит ваш близкий. Не включайте логику и личный бэкграунд.

Терапевт: вы должны открыться мне полностью

Я: не могу

Терапевт: почему?

Я: позвольте мне визуализировать –



2. Постараться убедить посетить врача и начать медикаментозное лечение. Найти врача самостоятельно, сходить вместе на первые приемы.

3. Следите за образом жизни вашего близкого и динамикой. По возможности – контролируйте, чтобы он принимал пищу и спал. Заручитесь поддержкой семьи, если уверены, что они адекватно воспримут информацию и не навредят.

4. При появлении суицидальных высказываний (они могут быть замаскированы: шутливая форма, отражение идей виновности, никчемности, ненужности) – выводите на разговор.

4. Особенно внимательно относитесь, если человек предпринимал уже попытки суицида. Рецидивы очень часты. Когда решение о суициде принято и обдумано, часто возникает иллюзия, что человек излечился – он становится спокойным, производит впечатление счастливого, начинает активно взаимодействовать с миром (завершает дела).



Стоит отличать истинные суицидальные мысли/высказывания/намерения от демонстративных, манипулятивных.

Если вы продолжительное время общаетесь с человеком и знаете, что агрессивное манипулирование – не его типичное поведение, значит, скорее всего, он серьезен в намерениях.

«Истинные суициденты никогда не говорят о суициде» – миф. Они посылают множество сигналов, от завуалированных шуток до прямого призыва к помощи. Если вы не уверены в истинности намерений – лучше принимайте их как истинные и следите за динамикой. Но, важно, не застревайте в роли Спасителя, не берите на себя полную ответственность за Другого.



Есть определенная грань, до этой грани каждый из нас в те или иные моменты времени задумывается о суициде, кто-то мимолетно, кто-то всерьез. И пока мы по Эту сторону – жажда к жизни побеждает. Но, стоит перейти за Ту грань (сквозь отчаяние, одиночество, чувство беспомощности и покинутости) – и человека практически невозможно отвернуть от жажды смерти. Суицид, быстрый или медленный (вредные привычки, экстремальный образ жизни, импульсивные поступки) – станут его стилем жизни до момента ее окончания.

Главное: не бойтесь говорить о суициде. О смерти. О чувствах, которые возникают у вас. И слушайте. Без оценок, без обесцениваний, без советов.

