**МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Реферат

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ДЕПРЕССИИ**

2008 г.

**Введение**

За последние 40 лет в большинстве развитых стран отмечался значительный рост численности заболеваний депрессиями, ставшими к концу XX века одной из фундаментальных проблем человечества.

Депрессия в ее различных клинических вариантах признается одной из основных причин снижения трудоспособности и занимает четвертое место среди всех заболеваний по интегративной оценке бремени, которое несет общество в связи с ними.

По уровню распространенности они являются безусловными лидерами среди других психических расстройств. Исследования во всех странах мира показывают: депрессия, подобно сердечно-сосудистым заболеваниям, становится наиболее распространенным недугом нашего времени. Это распространенное расстройство, которым страдают миллионы людей. По данным разных исследователей, им страдает до 20% населения развитых стран. Депрессивные расстройства являются важными факторами риска по возникновению разных форм химической зависимости и, в значительной степени, осложняют течение сопутствующих соматических заболеваний. Наконец, депрессивные расстройства являются основным фактором риска суицидов, по числу которых наша страна занимает одно из первых мест.

**Клиническая феноменология депрессии**

Депрессия (от лат. depressio — подавление, угнетение)— психическое расстройство, которое характеризуется патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения наряду с искажением когнитивных процессов сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Депрессивная симптоматика негативно влияет на социальную адаптацию и качество жизни (словарь).

Депрессия - одно из наиболее распространенных расстройств, встречающихся в психологической практике (от 3 до 6% в популяции). Причем около 1% депрессий ежегодно диагностируется первично. Это значит, что риск заболевания в течение жизни составляет около 20%.

В соответствии с причинами возникновения депрессия может быть  
психологически понятной ("адекватной"), вызванной определенными жизненными обстоятельствами(реактивные депрессии),и "неадекватной" (по тяжести, длительности, наличию психотических черт), не выводимой из имеющейся жизненной ситуации, т.е. не связанной с экзогенными факторами(эндогенные депрессии).

Эндогенные депрессии встречаются преимущественно в рамках маниакально-депрессивного психоза и делятся на 2 основные формы **-** биполярную (при чередовании с маниакальными фазами) имонополярную илиуниполярную (при течении только депрессивными фазами).

В англо-американской литературе принято выделять такжепервичные и вторичные депрессии.Последние могут быть связаны с различными соматическими заболеваниями, органическими факторами, включая медикаментозное лечение.

Некоторые авторы делят депрессии напростые, или мономорфные,  
и сложные, или полиморфные, что также имеет важное для терапии  
прогностическое значение.

В настоящее время существует около десятка классификации  
(линейных, древообразных, структурных, феноменологических, многоосевых, патогенетических и т.д.) депрессивных состояний. Но ни одна из них в полной мере не отражает реального многообразия клинических проявлений депрессии и сложного переплетения этиопатогенетических факторов, ее формирующих.

Современные официальные классификации - международная МКБ-10 и американская DSM-IV - используют операциональные диагностические критерии, которые больше ориентированы на синдромальный, чем на нозологический подход.

У нас принят 10-й пересмотр международной классификации болезней (МКБ-10, 1994). В которой существует рубрика "Аффективные расстройства настроения" (F3) для диагностики и систематики депрессивных состояний.

В современной классификации (МКБ-10) основное значение придается:

1. вариантам течения депрессии:

• F 32 единственный депрессивный эпизод,

• F 33 рекуррентная (повторяющаяся) депрессия,

• F 31 биполярное расстройство (смена депрессивных и маниакальных фаз),

• F 34 циклотимия, дистимия,

2. выраженности депрессии:

• легкая, • умеренная, • тяжелая.

3. наличию дополнительных симптомов (соматических и психотических)

В каждом F выделяются подрубрики, 1) по тяжести 2) по наличию соматических симптомов 3) по наличию психотических симптомов а) конгруэнтных или б) неконгруэнтных настроению. Есть также рубрики для неуточненных расстройств.

Так называемые "**соматические**" симптомы (иначе определяются как витальные, или биологические), имеют здесь специальное клиническое значение и связаны с нарушениями физиологических функций. Например, пробуждение по утрам на 2 или более часов раньше обычного времени, выраженное снижение аппетита, потеря в весе тела.

**Психотические** симптомы включают бред, галлюцинации или депрессивный ступор. Бредовые идеи чаще всего имеют фабулу греховности обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые галлюцинации, как правило, обнаруживаются в виде обвиняющего или оскорбляющего характера голосов, а обонятельные - в виде запахов загнивающей грязи или плоти. Выраженная психомоторная заторможенность может перейти в ступор.

Центральное место в систематике аффективной патологии занимает категория «депрессивный эпизод» — большая депрессия, униполярная или монополярная депрессия, автономная депрессия.

Основные симптомы:

- снижение настроения (по сравнению с нормой);

- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

- снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

-сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

-снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;

-идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях);

-мрачное и пессимистическое видение будущего;

-идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;

- нарушенный сон;

- нарушенный аппетит.

Выраженности депрессии:

1. Депрессии легкие (субдепрессии) (F32.0 по МКБ-10)

- основные проявления слабо выражены,

- в клинической картине могут проявляться лишь отдельные черты (моносимптомы) - утомляемость, нежелание что-либо делать, ангедония, нарушение сна, ухудшение аппетита.

2. Депрессии средней тяжести (умеренные) (F32.1 по МКБ-10)

- основные проявления депрессии выражены умеренно,

- снижение социального и профессионального функционирования

3. Депрессии тяжелые (F32.2 по МКБ-10) тяжелые депрессии без психотических проявлений

- доминируют либо тоска, либо апатия, психомоторная заторможенность, тревога, беспокойство, выявляются суицидальные мысли и тенденции

- выраженные нарушения социального функционирования, неспособность к профессиональной деятельности

- бредовые идеи вины, болезни, двигательная заторможенность (вплоть до ступора) или беспокойство (ажитация)

Категория F34 представляет собой хронические (аффективные) **расстройства настроения.** Эти расстройства носят хронический и обычно флюктуирующий характер, а отдельные эпизоды недостаточно глубоки, чтобы можно было определить их как гипоманию или легкую депрессию. Поскольку они длятся годами, а иногда в течение всей жизни больного, они причиняют значительное беспокойство и могут привести к нарушению работоспособности. Эта категория не рассматривается среди нарушений личности, так как прослеживается наследственная и генетическая связь с аналогичными расстройствами настроения у родственников и иногда такие больные также хорошо реагируют на терапию, эффективную при аффективных расстройствах.

F34.0 **Циклотимия.** Состояние **хронической нестабильности настроения** с многочисленными эпизодами легкой депрессии или легкой приподнятости, которые не достигают по выраженности и продолжительности критериев депрессивного расстройства (F33).

F34.1 **Дистимия**. **Хронически подавленное (сниженное) настроение**, которое не удовлетворяет критериям депрессивного расстройства легкой или средней тяжести из уже рассмотренных рубрик ни по тяжести, ни по длительности отдельных эпизодов. У некоторых больных бывают периоды (дни или недели), которые они сами оценивают как хорошие, но большую часть времени (часто месяцами) они чувствуют себя усталыми и подавленными. Все делается с усилием над собой, и ничто не доставляет радости. Они склонны к мрачным размышлениям, постоянно жалуются на что-то, плохо спят и чувствуют себя дискомфортно, но в целом справляются с основными требованиями повседневной жизни. Дистимия обычно начинается в молодом возрасте и длится в течение нескольких лет, иногда неопределенно долго.

Еще раз обозначим основные проявления, или симптомы депрессии, с точки зрения феноменологии, в соответствии с **бинарной (двухуровневой) типологической моделью депрессии** [Смулевич А. Б. и др., 1997] ее психопатологические проявления подразделяются на:

- позитивную эффективность,

- негативную эффективность.

**Признаки позитивной эффективности**

**Тоска** — неопределенное, диффузное (протопатическое) ощущение, чаще в форме непереносимого гнета в груди или эпигастрии (прекардиальная, надчревная тоска) с подавленностью, унынием, безнадежностью, отчаянием; носит характер психического страдания (душевная боль, мука).

**Тревога** — беспочвенное неопределенное волнение, предчувствие опасности, грозящей катастрофы с ощущением внутреннего напряжения, боязливого ожидания; может осознаваться как беспредметное беспокойство.

**Интеллектуальное и двигательное торможение** — трудности сосредоточения, концентрации внимания, замедленность реакций, движений, инертность, утрата спонтанной активности (в том числе и при выполнении повседневных обязанностей).

**Патологический циркадный ритм** — колебания настроения а течение дня с максимумом плохого самочувствия ранним утром и некоторым улучшением состояния в послеобеденное время и вечером.

**Идеи малоценности, греховности, ущерба**— неотвязные размышления о собственной никчемности, порочности, с негативной переоценкой прошлого, настоящего, перспектив на будущее и представлениями об иллюзорности реально достигнутых успехов, обманчивости высокой репутации, неправедности пройденного жизненного пути, виновности даже в том, что еще не совершено.

**Суицидальные мысли** — психологически невыводимое желание умереть с идеями бессмысленности существования, желательности несчастного случая со смертельным исходом или намерение покончить с собой — могут приобретать характер навязчивых представлений или непреодолимого влечения, упорного стремления к самоубийству (суицидомания).

**Ипохондрические идеи** — доминирующие представления об опасности (обычно сильно преувеличенной) и бесперспективности лечения соматической болезни, о ее неблагоприятном исходе и социальных последствиях; тревожные опасения (вплоть до фобий), не связанные с актуальным соматическим заболеванием либо адресованные мнимой болезни и относящиеся к функционированию внутренних органов и организма в целом.

**Признаки негативной аффективности**

**Болезненное бесчувствие** (anaesthesia psychica dolorosa) — мучительное чувство утраты эмоций, невозможности воспринимать природу, испытывать любовь, ненависть, сострадание, гнев.

**Депрессивная девитализация** — чувство ослабления или исчезновения влечения к жизни, инстинкта самосохранения, соматочувственных влечений (сна, аппетита, либидо).

**Апатия** — дефицит побуждений с утратой жизненного тонуса, вялостью, безразличием ко всему окружающему.

**Ангедония** — утрата чувства наслаждения, способности испытывать удовольствие, радоваться, сопровождающаяся сознанием внутренней неудовлетворенности, психического дискомфорта.

От сочетания симптомов зависит **синдромальная структура** депрессивных состояний. Она весьма разнообразна и в значительной мере зависит 1) от интенсивности и качества гипотимного аффекта, а также 2) личностных особенностей больного. Сейчас прозвучат еще несколько «классификаций», в которых вы не должны запутаться. То, о чем пойдет речь дальше – это **синдромальные классификации.** Они интересны, наглядно описывают проявления заболевания, но, к сожалению, разнородны и в современной науке, стремящейся к унификации, сохраняются в обособленном виде. Между собой психиатры (особенно отечественные) говорят на языке синдромальных особенностей депрессии, а в историю болезни пишут номер по МКБ.

Оригинальную систематику депрессий в предложил **K.Leonhard** (1957). Он выделял депрессию бедности участия (близка к анестетическому варианту), депрессию неуверенности (наличие депрессивных идей отношения, иллюзий, галлюцинаций), депрессию само мучения (преобладают бред самоуничижения, самообвинения и другие депрессивные идеи); суетливую депрессию (близка к тревожному варианту) и ипохондрическую депрессию (преобладают ипохондрические переживания, идеи и сенестопатии).

Среди отечественных синдромальных систематик наибольшее распространение получила классификация **Е.С. Авербуха (1962**), который выделял: 1) меланхолический, 2) тревожно-депрессивный, 3) астено-депрессивный, 4) деперсонализационно-депрессивный, 5) навязчиво-депрессивный и 6) депрессивно-ипохондрический синдромы.

**Т.Ф. Пападопулос** (1975) в соответствии со своей структурно-динамической концепцией дает следующую типологию депрессивных приступов типичного циркулярного психоза: 1) циклотимические депрессии; 2) простые циркулярные депрессии; 3) бредовые циркулярные депрессии; 4) парафренно-депрессивные циркулярные приступы.

**О.П. Вертоградова** (1980) по ведущему аффекту группирует депрессии на тревожные, тоскливые, апатические и недифференцированные. При отсутствии какого-либо депрессивного аффекта, но наличии других признаков депрессии диагностируется маскированная депрессия. Расстройства в двигательной или идеаторной сферах имеют ассоциированное значение, по этому критерию выделяются заторможенная, ажитированная, смешанная, или сложная, (при сочетании заторможенности и возбуждения) и диссоциированная (при отсутствии нарушений в идеомоторной сфере) формы депрессий.

**Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко** (1988) выделяют 4 основных депрессивных синдрома: тревожно-депрессивный, меланхолический, анергический и депрессивно-деперсонализационный.

До настоящего времени среди психологических концепций депрессии сохраняют актуальность три основные теоретические модели, к которым в той или иной степени тяготеет большинство эмпирических исследований: психоаналитическая, бихевиористская и когнитивная. Каждый из этих подходов акцентирован на определенном аспекте расстройств, игнорируя остальные. Так, аналитическая терапия фокусируется, в основном, на детских травмах; поведенческая — на устойчивых способах реагирования, возникших по механизму условнорефлекторной связи; когнитивная — на дисфункциональных паттернах мышления.

**Список литературы:**

• Мосолов С.Н. «Диагностика и систематика депрессивных состояний», 1987.

• Тхостов А.Ш*.* Психологические концепции депрессии. // РМЖ. - СПб, Том 1/№ 6/1998.

• Лекции по депрессии.