

О депрессии очень серьезно!

Депрессия (от лат. *deprimo* — «давить», «подавить») — психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и так далее), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами.

Представляет собой разновидность аффективных расстройств (расстройств настроения). Депрессии поддаются лечению, однако, в настоящее время именно депрессия — наиболее распространённое психическое расстройство. Ею страдает каждый десятый в возрасте старше 40 лет, две трети из них — женщины. Среди лиц старше 65 лет депрессия встречается в три раза чаще. Также депрессии и депрессивным состояниям подвержено около 5 % детей и подростков в возрасте 10—16 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия является ведущей причиной подростковой заболеваемости и нетрудоспособности. Общая распространённость депрессии (всех разновидностей) в *юношеском возрасте* составляет от 15 до 40 %. Во многих работах подчёркивается, что большей распространённости аффективных расстройств в этом возрасте соответствует и большая частота суицидов.

История

Многие люди считают, что депрессия — это болезнь, которая распространилась и приобрела такое большое социальное значение только в наше время и не была известна раньше. Но это не так: депрессия известна врачам со времён античности. Ещё знаменитый древнегреческий врач Гиппократ подробно описывал под названием «меланхолия» состояния, очень напоминающие наше сегодняшнее определение депрессии, и даже рекомендовал лечение в рамках возможностей античной медицины.

Лечение депрессии по Гиппократу состояло в назначении настойки опия, тёплых очистительных клизм (Гиппократ обратил внимание на то, что тяжёлые депрессии часто сопровождаются запорами, и придавал этому большое значение), в психологической поддержке (рекомендовалось больного «ободрять и веселить»), длительных тёплых ваннах, массаже 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 был близок к открытию лечебного эффекта депривации сна и солнечного света (фототерапии), хотя и не совершил это открытие.

Эберсовский папирус, один из важнейших медицинских трактатов древнего Египта, также содержит короткое описание депрессии. Хотя информация на папирусе полна ритуальных обрядов и запутанных рецептов по изгнанию порождающих болезнь демонов и прочей нечисти, она также свидетельствует о долгой эмпирической практике и наблюдении^[6].

Причины (этиология) и факторы депрессии

Депрессия может быть результатом драматических переживаний, например потери близкого человека, работы, общественного положения. В таких случаях речь идёт о *реактивной* депрессии. Она развивается как *реакция* на некое внешнее событие, ситуацию. Согласно некоторым теориям, депрессия иногда возникает при чрезмерной нагрузке мозга в результате стресса, в основе которого могут лежать как физиологические, так и психосоциальные факторы.

Фактором риска развития депрессии у взрослых могут быть также тяжёлые переживания в детском возрасте: например, жестокое обращение с детьми может явиться предпосылкой для возникновения у них депрессии в будущем.

Но если психологические, ятрогенные или соматические (см. ниже) причины депрессии отсутствуют или не очевидны, такая депрессия называется *эндогенной*, то есть как бы «происходящей изнутри» (организма, психики). Приблизительно в одной трети (около 35 %) случаев манифестные депрессии возникают аутохтонно, то есть без каких-либо внешних воздействий. По структуре такие депрессии с самого начала являются эндогенными.

Моноаминовая теория связывает развитие депрессии с дефицитом биогенных аминов, а именно серотонина, норадреналина и дофамина^[9]. 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.

У многих людей в бессолнечную погоду или у тех, кто находится в затемнённых помещениях, депрессия может возникать из-за отсутствия яркого света. Эту разновидность называют *сезонной* депрессией или сезонным аффективным расстройством, ибо оно наиболее часто наблюдается у больных осенью и зимой. Лечат сезонную депрессию прогулками в солнечную погоду или светотерапией. Однако в исследовании, проведённом на большой выборке (34 294 человек), не удалось обнаружить взаимосвязи депрессии и времени года. Депрессия не была связана ни с широтой, на которой проживает человек, ни с количеством солнечного света. Но данное исследование имеет важные недостатки — в частности, опрос этих 34 294 человек был проведен по телефону, что не даёт возможности диагностировать у респондентов наличие или отсутствие клинической депрессии.

Депрессия может явиться результатом побочного действия многих лекарств (например, леводопы, кортикостероидов, бензодиазепинов) — так называемая *ятрогенная*, или *фармакогенная* депрессия. Чаще всего такая депрессия быстро проходит самостоятельно или излечивается после отмены соответствующего препарата. *Нейролептические* депрессии (возникающие вследствие приёма нейролептиков) могут длиться от нескольких месяцев до 1,5 лет и часто имеют витальный характер. Причиной возникновения депрессии в некоторых случаях является и злоупотребление седативными или снотворными средствами, алкоголем, кокаином и другими психостимуляторами, опиатами. Также депрессии могут быть *соматическими* или, точнее, *соматогенными*, то есть проявляться как следствие соматических заболеваний (например, болезни Альцгеймера, атеросклероза артерий головного мозга, черепно-мозговой травмы или даже обычного гриппа).

Соматические факторы

Факторы, которые предположительно могут лежать в основе соматогенной депрессии, многочисленны:

К развитию депрессии очень предрасположены больные с гипотиреозом. Распространённость депрессии при недостаточной функции щитовидной железы достигает 50 %, а риск развития

депрессивных нарушений в течение жизни у больных, страдающих гипотиреозом, в 7 раз выше по сравнению со здоровыми людьми. Симптомы депрессии нередко выступают на первый план, появляясь за несколько лет до развития явной клинической картины гипотиреоза, и доминируют в жалобах пациентов. У лиц с терапевтически резистентной депрессией распространённость гипотиреоза особенно высока и достигает 50 %.

Когнитивная модель депрессии

По мнению сторонников когнитивной психотерапии, депрессия во многих случаях обусловлена и поддерживается дисфункциональными убеждениями, возникающими обычно в детстве и активизирующимися у взрослого человека вследствие того или иного конкретного жизненного события, ставшего поводом для развития депрессии. Эти дисфункциональные убеждения предрасполагают пациентов к характерным искажениям мышления, лежащим в основе «когнитивной триады депрессии»: человек, страдающий депрессией, как правило, низкого мнения о себе, своём окружении и будущем. Депрессивные пациенты систематически искажают своё восприятие событий, находя в них подтверждение представлениям о своей никчёмности, негативным взглядам на окружающую действительность и своё будущее. Могут иметь место такие характерные искажения мышления, как случайность умозаключений, мышление по типу «всё или ничего», чрезмерная генерализация, избирательная абстракция и преувеличение.

Согласно когнитивной модели, при депрессивных расстройствах в равной мере значимы как убеждения и поведение, так и биохимические процессы — эти составляющие отражают разные уровни анализа, и ни одна из них не является приоритетной. Каждый терапевтический подход имеет собственную точку приложения: фармаколог осуществляет вмешательство на биохимическом уровне, а когнитивный психотерапевт — на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях. При этом изменение депрессивных убеждений сопряжено с изменением преобладающего настроения, поведения и, что подтверждается некоторыми данными, биохимии депрессии.

Диагностика

Как показало недавнее (2011) исследование, выявление случаев депрессии врачами общей практики затруднено тем, что почти в половине случаев пациенты стараются умолчать о симптомах депрессии. Многие боятся назначения антидепрессантов и их побочных эффектов; некоторые полагают, что держать под контролем эмоции — их личное дело, а не забота врача; существуют также опасения, что упоминание о случае депрессии попадёт в медицинскую карту и как-либо станет известно работодателю; наконец, некоторые боятся быть направленными для лечения к психиатру. Это показывает, что терапевты должны больше использовать инструменты скрининга, включая краткие опросники, в случаях, не исключаящих депрессию. Желательно проводить такой скрининг для всех беременных женщин.

Для скрининга и определения тяжести депрессии часто используют шкалу Занга и опросник большой депрессии.

В диагностике депрессии выделяют несколько принципиально различающихся задач: скрининг на наличие депрессии, клиническая оценка депрессии (тестовая и врачебная) и измерение отдельных симптомов, связанных с депрессией, таких как тревога, ангедония, суицидальная активность и т. д.

Сегодня диагностические возможности, во многом определяющие выбор лечения (антидепрессанты, психотерапия, др.), основаны в большей степени на врачебном опыте и применении опросников (не инструментальный способ), чем на объективных, количественно измеряемых критериях.

У всех пациентов с расстройствами настроения желательно проводить обследование для исключения соматических причин депрессии, в частности оценку функции щитовидной железы, позволяющую выявить гипо- или гипертиреоз.

Формальные критерии диагностики

По МКБ-10

Депрессивные симптомы разделяются на типичные (основные) и дополнительные. При наличии депрессии, согласно МКБ-10, должны присутствовать два основных симптома и не менее трёх дополнительных.

К типичным (основным) симптомам депрессии относятся:

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
- ангедония — потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
- выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (например, в течение месяца).

Дополнительные симптомы:

- пессимизм;
- чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха;
- заниженная самооценка;
- неспособность концентрироваться и принимать решения;
- мысли о смерти и (или) самоубийстве;
- нестабильный аппетит, отмеченное снижение или прибавление в весе;
- гликогевзия
- нарушенный сон, присутствие бессонницы или пересыпания.

Согласно диагностическим критериям МКБ-10, диагноз депрессивного расстройства определяется, если длительность симптомов составляет не менее 2 недель. Однако диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжёлые и наступают быстро.

Депрессия у детей встречается реже, чем у взрослых. Симптомы у детей таковы:

- потеря аппетита;
- проблемы со сном (кошмары);
- проблемы с оценками в школе, которых до этого не наблюдалось;
- проблемы с характером: отдаление, надутость или агрессивность.

По DSM-IV-TR

Согласно диагностическим критериям DSM-IV-TR, на протяжении 2 недель должны присутствовать 5 или более из нижеперечисленных 9 симптомов (и эти симптомы должны включать как минимум 1 из двух основных симптомов: депрессивное настроение и/или утрата интересов или удовольствия):

- депрессивное настроение (у детей и подростков может проявляться раздражительностью);
- значительное снижение удовольствия или интереса ко всем или почти всем видам деятельности;

- снижение веса и аппетита (возможно усиление аппетита и увеличение веса);
- инсомния (возможна гиперсомния);
- психомоторное возбуждение или торможение;
- снижение энергичности и повышенная утомляемость;
- чувство никчемности и сниженная самооценка или неадекватное чувство вины;
- заторможенное мышление или снижение способности концентрации внимания;
- суицидальные тенденции.

Основные формы депрессии

Различают *униполярные* депрессии, при которых настроение остаётся в пределах одного, сниженного, «полюса», и *биполярные* депрессии, являющиеся составной частью биполярного аффективного расстройства, которые перемежаются маниакальными, гипоманиакальными либо смешанными аффективными эпизодами. Также депрессивные эпизоды небольшой тяжести могут возникать при циклотимии. Можно выделить следующие формы униполярных депрессий (согласно DSM-IV):

- Большое депрессивное расстройство, часто называемое клинической депрессией.
 - Разновидностью большой депрессии является *резистентная депрессия*, при которой в течение двух последовательных курсов (по 3—4 недели) лечения антидепрессантами отмечается отсутствие или недостаточность клинического эффекта.
- Малая депрессия, которая не соответствует всем критериям клинической депрессии, но при которой хотя бы два основных диагностических симптома присутствуют в течение по крайней мере двух недель.
- Атипичная депрессия — форма депрессивного расстройства, при которой наряду с типичными симптомами депрессии отмечаются такие специфические признаки, как повышенный аппетит, увеличение веса, повышенная сонливость и так называемая «эмоциональная реактивность».
- Постнатальная депрессия — форма депрессивного расстройства, развивающаяся непосредственно после родов.
- Рекуррентная скоротечная депрессия (Recurrent brief depression, RBD), отличается от большого депрессивного расстройства преимущественно из-за различия в продолжительности. Люди с RBD испытывают депрессивные эпизоды примерно раз в месяц, с отдельными эпизодами, длящимися менее двух недель, а обычно менее 2—3 дней. Для диагностирования RBD необходимо, чтобы эпизоды проявлялись на протяжении по крайней мере одного года и, если пациент является женщиной, то независимо от менструального цикла. У людей с клинической депрессией может развиваться RBD, равно как и наоборот.
- Дистимия — умеренное хроническое нарушение настроения, когда человек жалуется на почти ежедневное плохое настроение на протяжении по крайней мере двух лет. Симптомы не такие тяжёлые, как при клинической депрессии, хотя люди с дистимией одновременно подвержены периодическим эпизодам клинической депрессии (иногда называемой «двойной депрессией»).

Иные депрессивные расстройства (DD-NOS) согласно DSM обозначаются кодом 311 и включают в себя депрессивные расстройства, которые причиняют ущерб, но не подходят под официально определённые диагнозы, то есть «не соответствуют критериям какого-либо конкретизированного расстройства».

В русскоязычной медицине часто употребляется выражение *витальная депрессия*. Оно означает прежде всего «витальный» («жизненный») характер депрессии — с ярко выраженной тоской и

тревогой, которые больными ощущаются на физическом уровне, например, тоска может ощущаться в виде боли в области солнечного сплетения. Считалось, что «витальная» депрессия вызвана нарушением «жизненных процессов», развивается циклически, будучи недоступной внешним влияниям, и возникает беспричинно, необъяснимо для самого пациента. Такой характер часто свойственен, в частности, «биполярной» депрессии при МДП и эндогенным депрессиям в целом. В более узком смысле *витальной* называют прежде всего «тоскливую депрессию», при которой наиболее выражены проявления тоски и отчаяния, а также депрессии с расстройствами в «витальной сфере» — с нарушениями потребности в пище, сне и т. п. Витальные депрессии классифицируются как тяжёлый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F31.2). Несмотря на тяжесть состояния, такие депрессии являются прогностически благоприятными, так как хорошо поддаются лечению антидепрессантами.

Кроме того, «витальными депрессиями» иногда называют депрессивные состояния при циклотимии (по классификации Schneider, 1959), со стертыми проявлениями меланхолии, пессимизмом, унынием, подавленностью, и с сильной зависимостью симптомов от суточного ритма. Эта терминология мало распространена.

Течение болезни

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 жизненных функций, распаду 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. Причём чем тяжелее форма расстройства, тем хуже результат. Ведущий научный сотрудник Филип Бриттеон, считает, что перед операцией следует уделять особое внимание психологическому состоянию пациента, чтобы пациент поправился как можно скорее. 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.

Резистентной депрессией считается такая депрессия, при которой в течение двух последовательных курсов адекватной и проводящейся достаточно длительное время монотерапии фармакологически различными препаратами отмечается отсутствие или недостаточность клинического эффекта (редукция симптоматики по шкале Гамильтона или шкале Монтомери — менее 50 %).