



Существуют документальные подтверждения того, что депрессию и подобные ей

состояния определяли еще врачи Древнего Египта. В последние десятилетия распространенность депрессивных расстройств стремительно растет: в той или иной степени им подвержены до 3% от общей численности населения планеты. Современные исследователи говорят о том, что депрессия принимает характер пандемии.

О различных аспектах этой проблемы нашему корреспонденту рассказал заведующий отделом социальной психиатрии и психиатрии экстремальных состояний Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, профессор кафедры психологии и педагогики Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Олег Созонтович Чабан.

— **Насколько распространены депрессивные расстройства среди украинцев? Изменился ли этот показатель с началом экономического кризиса?**

— В настоящее время распространенность депрессивных расстройств увеличивается во всем мире, и ситуация в Украине — не исключение из общей тенденции. Уже сейчас масштабы проблемы достаточно велики, а перспективы малооптимистичны. Согласно прогнозам специалистов ВОЗ к 2020 г. депрессия выйдет на второе место среди причин инвалидизации населения. Тому существует целый ряд объективных предпосылок. Так, крупные эпидемиологические исследования британских ученых показывают, что в последнее время значительно расширился возрастной диапазон пациентов с депрессией — патология одновременно «стареет» и «молодеет». Средняя продолжительность жизни населения планеты увеличивается, вследствие этого растет частота психических расстройств, связанных с возрастными дегенеративными изменениями. Кроме того, большие опасения специалистов вызывает распространение депрессий среди детей. Ранее считалось, что данным расстройствам подвержены преимущественно лица работоспособного возраста и несколько реже подростки. Однако в последнее время ситуация разительно изменилась. В США, например, даже на государственном уровне реализуется программа по целенаправленному выявлению депрессий у детей. Пока сложно сказать, насколько это целесообразно, и тем более трудно определиться с тем, насколько оправданной может быть медикаментозная коррекция подобных нарушений у ребенка.

Что касается вопросов эпидемиологии, то следует четко разграничивать две группы причин депрессивных расстройств: генетические и социальные, связанные с обстоятельствами жизни человека. В первом случае расстройство возникает вследствие нарушения биохимических процессов в организме и имеет наследственную природу, причем распространенность депрессий, имеющих генетические детерминанты, примерно одинакова во всех странах мира. В то же время причины так называемых реактивных (ситуационных) депрессий напрямую связаны с условиями жизни человека и зависят от уровня его удовлетворенности происходящим. Безусловно, распространенность реактивных депрессий резко повышается в обществах с нестабильной социальной обстановкой, во времена экономических кризисов. Именно такую ситуацию мы наблюдаем сейчас в нашей стране.

Но и в этом случае не все однозначно, так как уровень материальной обеспеченности сам по себе не определяет степень удовлетворенности жизнью. Например, в странах с наиболее высоким уровнем экономического развития отмечается самая большая частота суицидов, в том числе среди детей. Ряд исследований показывает, что население стран третьего мира в среднем счастливее, чем жители более обеспеченных государств. Это связано со многими факторами, среди которых специфика менталитета, ценностные ориентации, особенности религии и многое другое.

Депрессия: что за этим стоит

— **В жизни каждого человека случаются критические периоды. Как правильно вести себя, чтобы пережить их с наименьшими потерями?**

— В первую очередь помогает подробный анализ происходящего. Подходя к ситуации аналитически, человек может самостоятельно выяснить причины кризиса и найти пути его преодоления. Причем анализировать необходимо начиная с периода, когда ситуация оценивалась как субъективно благополучная. Каждый из нас время от времени испытывает не самые приятные чувства, и это нормально. Важно уметь справляться со своими переживаниями, не заикливаться на одном из них надолго и не терять способность получать удовольствие от обычных вещей. Тогда можно говорить о состоянии психологического равновесия.

Если же человек не находит явных причин своего угнетенного состояния и оно продолжается непрерывно более двух недель, можно предполагать, что в основе депрессии лежат биохимические изменения в организме. В первом случае человек имеет шансы справиться самостоятельно, тогда как при биохимическом дисбалансе обязательно требуется помощь специалиста, который назначит соответствующее лечение.

— **Существует мнение, что сильные положительные эмоции могут оказаться не менее разрушительными, чем негативные. В чем заключается возможная опасность в данном случае?**

— Действительно, сильные положительные и отрицательные эмоции сопровождаются почти идентичными физиологическими реакциями. И радость, и горе — это стресс, приводящий к сильному выбросу адреналина. Если человек страдает атеросклерозом, артериальной гипертензией или сердечно-сосудистой недостаточностью, адреналиновый всплеск, возникающий в том числе и во время сильных позитивных эмоций, может спровоцировать у него гипертонический криз, инфаркт миокарда, ишемический инсульт. Более того, постоянный поиск слишком сильных положительных переживаний, как правило, скрывает аутоагрессию. Такой образ жизни приводит к эмоциональному перенасыщению, истощению нервной системы, и в результате развивается та же самая депрессия. Поэтому наиболее физиологичным для организма является ощущение спокойного, тихого счастья.

— **Каковы профессиональные истоки формирования тревоги и депрессии у врача? При наличии каких симптомов врач должен задуматься об обращении к специалисту?**

— Действительно, врачебная практика сопряжена с повышенным риском эмоционального выгорания, которое, в свою очередь, сопровождается тревожностью и депрессией. Отечественные исследования, проведенные под руководством профессора Л.Н. Юрьевой, показали, что процесс эмоционального выгорания врачей может начаться еще на IV курсе высшего учебного заведения. Таким образом, отдельные симптомы эмоционального выгорания проявляются уже у студентов-медиков и прогрессируют во время профессиональной деятельности.

В целом проявления синдрома эмоционального выгорания на начальных этапах могут быть малозаметны, однако со временем нарастают. Каждый врач должен это учитывать и немедленно реагировать на такие тревожные сигналы, как отсутствие живой, эмоциональной реакции на состояние и слова пациента, повышенная утомляемость, неудовлетворенность своей работой, навязчивые мысли и сомнения. Кроме того, на эмоциональное выгорание и депрессию может указывать ряд физиологических нарушений, например бессонница, нарушение координации движений. Чтобы облегчить коллегам процесс анализа, в нашем центре были разработаны специальные опросники, предназначенные для выявления депрессии и тревоги у врачей первичного звена и интернистов.

— **Широко известны такие признаки депрессии, как продолжительная подавленность, апатия, усталость, потеря интереса к жизни, переедание. Какие неявные признаки этого расстройства должны учитывать специалисты и врачи общей практики, оценивая состояние своих пациентов?**

— На депрессивное расстройство указывают три аспекта: моторное и идеомоторное торможение, а также эмоциональная подавленность. Классический пациент с депрессией проявляет заторможенность реакций, медленно двигается, не сразу отвечает на задаваемые вопросы, принимает поникшие позы. Ведущая патология сопровождается резким снижением настроения, ощущением тоски, которые не имеют объективных причин. Согласитесь, само по себе заболевание, если оно не угрожает жизни и благополучию пациента, нельзя считать достаточным основанием для глубокой неудовлетворенности жизнью, то есть отсутствия адекватной реакции на соматическое заболевание также может быть признаком депрессивного расстройства. Кроме того, депрессивному состоянию могут сопутствовать грубые нарушения сна, а также изменения аппетита, которые сопровождаются потерей или прибавкой в весе (не менее 5% от общей массы тела как минимум за последние 2 нед).

Итак, в процессе обследования может выясниться, что пациент, например, страдает одновременно панкреатитом и депрессией. В данном случае крайне важно выявить, является ли депрессия следствием основного заболевания либо протекает параллельно. Если в первом случае акцент в лечении делается на соматической патологии, то при параллельных процессах лечению депрессивного расстройства уделяется больше внимания, возможно, даже делается акцент на нем.

Любой специалист может столкнуться со случаем соматизированной (ларвированной) депрессии, которая проявляется исключительно соматическими симптомами. При этом пациент не замечает снижения настроения или других характерных признаков депрессии, но страдает от сильной хронической боли, не имеющей анатомо-физиологического подтверждения при обследовании. Хроническая боль как симптом депрессии может иметь суточные или сезонные колебания интенсивности, обычно усиливаясь при переживании негативных эмоций. В этом случае депрессия и симптом, вызывающий жалобы у пациента, представляют собой единое расстройство, требующее психофармакотерапии. Очень часто предвестником депрессии является тревожное состояние, которое врачи общей практики, как правило, ошибочно диагностируют как «вегето-сосудистый криз» или «нейроциркуляторная дистония» и назначают соответствующее, как правило, малоэффективное лечение. Но таким образом упускается главное — время, и пациент неумолимо движется к депрессии.

— **Насколько значимым в развитии депрессии является фактор наследственности? Что можно посоветовать человеку, склонному к депрессиям?**

— Безусловно, существует предрасположенность к депрессивным расстройствам. Прежде всего, это генетически детерминированная склонность к нарушениям баланса нейротрансмиттеров, в первую очередь серотонина. Но не нужно драматизировать: даже в том случае, если оба родителя страдают депрессиями, их дети не обязательно будут обречены на подобные проблемы. Отягощенная наследственность определяет 20-30% вероятности развития расстройства, остальные 70-80% обуславливает образ жизни. Полноценное сбалансированное питание, психологическая амортизация (человек не накапливает стресс, а вовремя избавляется от него), субъективно интересная работа, исключающая ненормированный рабочий день и нарушение биологических ритмов, сводят влияние наследственного компонента к минимуму.

Кроме того, в профилактике депрессий большое значение имеет элементарная гигиена. Получение избыточного количества разнородной информации по этой проблеме может спровоцировать ятрогению. Пациенту всегда целесообразно посоветоваться со специалистом о том, из какого источника почерпнуть необходимые сведения.

— **В чем состоят основные принципы фармакотерапии депрессивных расстройств и наиболее распространенные ошибки при медикаментозном лечении?**

— На данный момент в нашей стране утверждены протоколы лечения депрессивных расстройств, соответствующие международным стандартам. Как в Украине, так и во всем мире в лечении депрессии в первую очередь применяются антидепрессанты нового поколения, воздействующие на серотониновую и норадреналиновую системы (в частности, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина). Особый интерес представляет также недавно появившийся антидепрессант — регулятор циркадных ритмов, воздействующий на мелатониновые рецепторы. В целом прием антидепрессантов способствует нормализации мыслительных, двигательных и соматовегетативных функций. Кроме того, при лечении депрессий с апатической, адинамической и астенической симптоматикой дополнительно назначаются психостимуляторы. Психостимуляторы эффективны в составе терапевтических схем при расстройствах с преобладанием астенических и когнитивных нарушений, однако их назначение ограничено рядом противопоказаний. В терапии депрессий также находят применение тимостабилизаторы — средства, регулирующие аффективные проявления и оказывающие профилактическое действие при повторных депрессивных или маниакальных состояниях. Кроме того, недавно завершились научные исследования, результаты которых позволили добавить отдельные атипические нейролептики в схемы лечения депрессий.

Важно понимать, что лечение депрессивных расстройств не сводится к психофармакотерапии, но предполагает также ряд психо- и физиотерапевтических методов. С данным моментом и связаны самые распространенные ошибки в лечении, когда терапия основывается на длительном приеме лекарственного препарата без применения других методов и в результате оказывается недостаточно эффективной. Таким образом, фармакотерапия при депрессии не должна быть единственным лечением.

Подготовила Катерина Котенко