Управление здравоохранения Могилевского облисполкома

_____

УТВЕРЖДАЮ

Начальник управления здравоохранения

Могилевского облисполкома

В. И. Шрубов

«_____» 2014г.

Регистрационный №

Инструкция

по выявлению больных страдающих депрессивным расстройством. Методы психологической диагностики депрессии. Подходы коррекции.

(для психологов, работающих в системе здравоохранения)

Учреждение разработчик:

УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница»

Составили: Нестер Л.Н. – главный врач.

Лазаренко Е.В. – заместитель главного врача по лечебной работе.

Лаппо Н.С. – заведующий медико–психологическим отделением,

главный внештатный психолог УЗО.

Барановская И.Г. – психолог медико-психологического отделения.

Инструкция предназначена для психологов, работающих в учреждениях здравоохранения. Является пособием для диагностики депрессивного расстройства у пациентов психиатрических, неврологических и соматических стационаров, а также определяет подходы к коррекции депрессии.

Общие положения.

Настоящая инструкция определяет: *1).*Порядок выявления лиц страдающих депрессивным расстройством. *2).*Служит диагностическим пособием для выявления депрессии и степени ее выраженности. *3).*Определяет подходы к коррекционной работе с пациентами, страдающими депрессивным расстройством.

Общие сведения о депрессии.

Депрессивное расстройство в современном мире, широко распространено во всех странах, слоях общества и культурах. В любой момент времени ею страдает 5% населения (примерно 3% мужчин и 7-8% женщин). Примерно 12% людей в течении своей жизни переживают хотя бы один эпизод депрессии, достигающей такого уровня когда необходимо медикаментозное лечение. Вероятность возникновения такого состояния на протяжении жизни составляет примерно 20% для женщин и 10% для мужчин. Ею страдает 10 % населения в возрасте старше 40 лет, из них две трети — 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 от 10 до 16 лет. Общая распространённость депрессии (всех разновидностей) в *юношеском возрасте* составляет от 15 до 40 %. По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), депрессии к 2015 году выйдут на первое место среди всех болезней человечества, опередив сердечно - сосудистые нарушения и онкологию.

Депрессия стала таким распространенным явлением в наши дни, потому что мы живем в нереальности, и большая часть энергии уходит на преследование нереальных целей. Человек будет до тех пор подвержен депрессии, пока будет искать источники для самореализации вне себя. Если он будет думать, что, имея все материальные преимущества, которыми обладают его соседи,

станет более значительным, будет в большей степени человеком, будет жить в мире с собой, то может горько разочароваться. А с разочарованием придет и депрессия.

Депре́ссия (от лат. *deprimo* — «давить», «подавить») в МКБ-10 рубрика F32 — это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), 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.

Депрессивное состояние включает в себя две составляющие:

1) субъективное переживание отрицательного аффекта;

2) симптомы выражения депрессивного состояния в поведении, мимике, жестах, определенных сдвигах во внутренней среде организма. При депрессии как заболевании учитывается и третий компонент - патогенетические механизмы, лежащие в основе заболевания, одно из проявлений которого - эмоциональные нарушения.

Депрессии всегда реализуются в неразрывном единстве психических и соматических изменений, имеющем определенную динамику на разных этапах развития депрессивных состояний. Более того, в ряде случаев сдвиги в соматической сфере организма могут опережать психопатологическую симптоматику или же выступать на первый план в клинической картине депрессии. С точки зрения психологии, соматические изменения и расстройства возникают вследствие психических нарушений, в том числе и вследствие депрессии. Депрессия как функциональное расстройство возникает в результате определенных психических изменений.

Людей можно разделить на две категории: сосредоточенных на внешнем мире и его ценностях и живущих своим внутренним миром. В широком смысле внутренне-ориентированный человек обладает сильным и глубоким чувством самости. В отличии от человека внешнего мира его поведение и взгляды мало подвержены влиянию постоянно меняющихся условий внешнего окружения. Его личность имеет внутреннюю стабильность и

порядок, находится на твердом фундаменте самоосознания и самопринятия. Он крепко держится на ногах и знает, на чем он стоит. Все эти качества отсутствуют у человека внешне-ориентированного, который находится в сильной зависимости от окружающих, особенно в своей эмоциональной сфере. Лишенный поддержки других он впадает в депрессию. Еще одним различием между человеком внутреннего и внешнего мира является то, во что они верят. Человек, сосредоточенный на своем внутреннем мире, верит в себя. Человек, сосредоточенный на внешнем мире, верит в других людей, поэтому он всегда рискует столкнуться с разочарованием.

Итак, при депрессии страдают практически все сферы - эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах клиента, так и объективно - в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость - различные формы досуга, общения, чтение книг, хобби и пр. Пропадет не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности, у страдающего депрессией нет мотивации, не возникает желание приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением, эти нарушения составляют один из главных диагностических признаков депрессии, который обозначается как "утрата интереса и удовольствия". Таким образом, депрессия - это психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения, утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления.На практике количество, глубина и степень выраженности симптомов депрессии и их продолжительность существенно различаются. Поэтому диагностировать депрессию не всегда является простой задачей. Ведь симптомы депрессии многочисленны и разнообразны.

Клинические симптомы депрессии.

1.Снижение настроения, что сам человек может назвать грустью, тоской, подавленностью, унынием, печалью, апатией, потерей интереса к жизни и т.д. Такое состояние возникает или вообще без внешнего повода, то есть когда ход жизни человека значительно не менялся, или же после какого – то внешнего неприятного события (ссоры с близкими, конфликта на работе, болезни члена семьи, денежных потерь и т.д.), однако степень и продолжительность снижения настроения все же гораздо более значительны,

чем можно было бы ожидать в сложившейся ситуации.

2. *Безрадостность, или ангедония* - проявляется утратой прежних интересов и способности получать удовольствие от тех вещей или занятий, которые раньше такое удовольствие доставляли. Человек живет как бы по инерции или по необходимости, чувствует себя опустошённым, теряет мотивацию к работе и вообще к совершению каких либо усилий.

3. *Снижение активности, энергичности, двигательная и психическая заторможенность и повышенная утомляемость*, которые раньше у человека не отмечались. Он становится малоподвижным, бездеятельным, бессильным, много лежит; при неглубоких депрессиях это проявляется ухудшением профессиональной деятельности, при глубоких – проблемой становится выполнение даже простых бытовых обязанностей.

Депрессия проявляется также рядом других, дополнительных симптомов не характерных для здорового человека и отличающихся от непатологического колебания настроения. К наиболее часто встречающимся симптомам относятся такие как:

1.Снижение самооценки, иррациональное чувство вины и утрата уверенности в себе. Человек, независимо от своей жизненной успешности, постоянно чувствует себя плохим, неспособным, никчемным, не оправдывающим возлагаемых на него надежд.

2.Меняется внешний вид человека – бледное лицо, расширенные зрачки, потухший взгляд, сухая кожа, опущенные плечи, преобладание в одежде серого и черного цвета, отсутствие украшений и косметики, неряшливость и безразличие к своему внешнему виду. Человек выглядит вдруг постаревшим, осунувшимся, сломленным и утратившим жизненную силу. Чем тяжелее депрессия, тем эти проявления более выражены.

3.Замедленное, затрудненное мышление, нарушение способности думать и сосредоточиться, снижение интеллектуальной продуктивности. Внимание человека рассеяно, ему трудно на чем – то сосредоточиться, проследить ход мысли, уловить смысл беседы. Мыслей в голове мало, они как правило неприятного содержания и назойливо крутятся вокруг каких – то незначительных мелочей. Ход мыслей и речь замедленны, однообразны, шаблонны. В голове пусто, думать не хочется, человек чувствует себя поглупевшим, неспособным к умственным усилиям, непродуктивным.

Заторможенность в мышлении проявляется в особенностях речи – человек малословен, говорит тихим невыразительным голосом, короткими шаблонными фразами, отвечает после паузы, в беседу старается не вступать.

4.Стойкий пессимизм и так называемое негативное мышление – «все кругом плохо», «ничего нельзя изменить», «я полное ничтожество» и т.д. Пессимизм распространяется как на события прошлого, так и на будущее. Такой человек все видит в темном, мрачном виде. Часто вообще не видит в своем будущем перспектив.

5. Ослабевают основные инстинкты – пропадают сексуальные чувства и влечения, аппетит, удовольствие от приема пищи и вследствии этого снижение массы тела. Характерно расстройство сна в виде ранних пробуждений и невозможности уснуть. Человек перестает видеть сны. Нередко бывает, что во второй половине дня или к вечеру состояние несколько улучшается – возникает желание что – то сделать, возрастает активность, появляется аппетит и т.д.

6.Изменяется восприятие человеком окружающего мира - мир теряет красочность и выразительность, все становиться как бы нереальным, все видится в тусклом свете. Человек кажется себе измененным, не таким как был раньше, не может делить с родными их радости, может жаловаться на утрату любви к близким, время тянется медленно или вообще останавливается.

7. Испытывает целый ряд неприятных ощущений со стороны внутренних органов, как будто это проявление какой либо телесной болезни. Многие телесные проявления депрессии связанны с усилением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и носят неопределенный диффузный характер. Все предъявляемые жалобы не находят клинических подтверждений.

8. Самый опасный симптом, как для самого человека, так и для его семьи это ***– мысли о нежелании жить.*** С появлением этих мыслей возникает очень большая опасность в том, что человек может совершить суицидальную попытку.

Симптомы депрессии в реальной жизни у разных людей могут проявляться по – своему – многое зависит от возраста, пола, уровня образования, шкалы жизненных ценностей, социальных и культуральных особенностей человека.

Если хотя бы (3 – 4 и более) из выше перечисленных симптомов сохраняются у человека на протяжении 2 – 3 недель – есть все основания думать о депрессии, которую необходимо лечить. Однако диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжёлые и наступают быстро. Продолжительность этого состояния составляет 3-4 месяца, но иногда может затягиваться на 6 месяцев и более.

Примерно, в трети случаев человек переносит лишь один депрессивный эпизод в течении жизни, однако такие состояния могут возникать и повторно – тогда болезнь называют ***рекуррентным*** (то есть возвратным, повторяющимся) депрессивным расстройством.

Критерии диагностики депрессии.

- легкий депрессивные эпизод (F 32.0) - как минимум 2 из 3 основных и 2 из 7 дополнительных признаков (характеризуется снижением общего тонуса с преобладанием расстройств сна, аппетита, неприятных телесных ощущений);

- умеренный депрессивный эпизод (F32.1) - как минимум 2 из 3 основных и 4 из 7 дополнительных признаков (характеризуется отчетливым снижением настроения (печаль, тревога, пессимистическая направленность мышления) в сочетании с соматовегетативными расстройствами);

- тяжелый депрессивный эпизод (F32.2) - все 3 основных и не менее 5 из 7 дополнительных признаков (характеризуется выраженным депрессивным аффектом (тоска, тревога, апатия), суицидальными мыслями и поступками, депрессивным бредом самообвинения).

Для депрессии характерно рецидивирующее течение. Так, более чем в 85% случаев наблюдаются повторные депрессии (в среднем 3 эпизода длительностью 2,5 месяца), а в 10% их число достигает 10 и более. Ниже представлены особенности клинической картины депрессии у пожилых:

- превалирование соматических симптомов депрессии над психическими;

- выраженное нарушение витальных функций (особенно сна);

- маской психических симптомов депрессии может быть тревога, раздражительность, ворчливость, которые окружающими часто рассматриваются как особенности пожилого возраста.

Причины (этиология) депрессии.

Причины возникновения депрессии весьма разнообразны и в наиболее общем виде могут быть разделены на две группы это - биологические причины, т.е. биохимические, генетические и др. и психологические причины - это психические травмы, особенности характера, мышления и поведения человека, его отношения с окружающими и т.д.

В биологическом (биохимическом) плане причиной депрессивных состояний считают нарушение биохимического баланса на уровне головного мозга. Нарушается передача нервных импульсов посредствам нейромедиаторов, прежде всего серотонина и норадреналина, дофамина. При депрессии снижается содержание этих веществ в местах соединения нервных клеток – синапсах, причем в части случаев это касается серотонина, в части – норадреналина, но чаще – их обоих. И здесь мы можем увидеть эффективность медикаментозного лечения, в частности приема человеком антидепрессантов, которые нормализуют обменные процессы в головном мозге.

Моноаминовая теория связывает развитие депрессии с дефицитом биогенных аминов, а именно ***серотонина*** (*5-гидрокситриптамин, 5-HT* — один из основных нейромедиаторов. По химическому строению серотонин относится к биогенным аминам, классу триптаминов.), ***норадреналина*** (*норэпинефрин, L-1-(3,4-Диоксифенил)-2-аминоэтанол* — гормона мозгового вещества надпочечников и нейромедиатор. Относится к биогенным аминам, к группе катехоламинов. Норадреналин является предшественником адреналина. По химическому строению норадреналин отличается от него отсутствием метильной группы у атома азота аминогруппы боковой цепи, его действие как гормона во многом синергично с действием адреналина.) и ***дофамина*** (Дофами́н (*допами́н, DA*) — нейромедиатор, вырабатываемый в мозгу людей и животных. Также гормон, вырабатываемый мозговым веществом надпочечников и другими тканями (например, почками), но в подкорку мозга из крови этот гормон почти не проникает. По химической структуре дофамин относят к катехоламинам. Дофамин является биохимическим предшественником норадреналина (и адреналина.). 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.

Факторы психологические – это тяжелые жизненные обстоятельства и различные утраты. 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. Важно заметить, что к депрессии ведут не любые неприятные, на взгляд постороннего наблюдателя, жизненные события, а лишь те, которые затрагивают наиболее важные, существенные вещи в системе жизненных ценностей данного человека. Поэтому одно и то же событие для одного может стать причиной страданий и депрессии, а для другого травмой не являться вообще. Также к возникновению депрессии и затягиванию ее продолжительности предрасполагают некоторые личностные особенности человека – это повышенная пунктуальность, требовательность к себе и постоянное недовольство собой, стремление достижения совершенства во всем, включая второстепенные детали (так называемый перфекционизм), монотонная активность, видение во всем недостатков и отрицательных сторон, неспособность наслаждаться повседневной жизнью и устанавливать с окружающими теплые и доверительные отношения.

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:

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». ***Маскированная депрессия*** («маски депрессии») - классические аффективные компоненты депрессии (пониженный эмоциональный фон, апатия, уход от контактов с внешним миром и т. д.) могут быть очень незначительными или даже совсем отсутствовать. Пациент, как правило, не осознаёт депрессивного расстройства. Часто он убежден в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого соматического заболевания, либо имеет какие-либо невротические симптомы, расстройства биологического ритма и т. п. Основные маски этой депрессии:

1. Психопатологические расстройства:

- тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобия и т. д.),
- обсессивно – компульсивные (навязчивости),
- ипохондрические,
- неврастенические.

2. Нарушения биологического ритма и сна (бессонница, гиперсомния, ночные кошмары).

3. Вегетативные, соматизированные и эндокринные расстройства:

- синдром вегетососудистой дистонии,
- головокружение,
- функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.),
- нейродермит,
- кожный зуд,
- анорексия,
- булимия.

4. Маски в форме алгий (головная боль, боль в сердце, боль в животе, боли в суставах или позвоночнике, невралгии (тройничного, лицевого нервов,

межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), псевдоревматические артралгии).

5. Маски в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (сексуальные девиации, промискуитет),
- развитие зависимостей (алкоголизм, наркомания, токсикомания),
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, конфронтационные установки, вспышки агрессии),
- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).

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 развиться 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»). ***Витальная депрессия*** (в настоящее время определение отсутствует в МКБ-10) означает прежде всего «витальный» («жизненный») характер депрессии — с ярко выраженной тоской и тревогой, которые пациенты ощущают 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 биополярно-аффективном расстройстве (далее - БАР) 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, со стертыми проявлениями меланхолии, пессимизмом, унынием, подавленностью, и с сильной зависимостью симптомов от суточного ритма, но в настоящее время эта терминология мало распространена. ***Иные депрессивные расстройства*** включают в себя депрессивные расстройства, которые причиняют ущерб, но не подходят под официально определённые диагнозы, то есть «не соответствуют критериям какого-либо конкретизированного расстройства».

Виды депрессии.

1.Соматические или, точнее, ***соматогенные депрессии***, они проявляются как следствие соматических заболеваний (например, болезни Альцгеймера, атеросклероза артерий головного мозга, черепно-мозговой травмы или даже обычного гриппа). Факторы, которые могут лежать в основе соматогенной депрессии, многочисленны.

Список основных возможных соматических причин депрессии:

Неврологические заболевания	Эндокринные заболевания	Другие соматические заболевания и состояния
Инсульт	***Заболевание надпочечников (болезнь Иценко – Кушинга, болезнь Аддисона)***	***Новообразования***
Деменция	***Гиперальдостеронизм***	***Сердечно – легочные заболевания***
Эпилепсия		***Порфирия***
Хорея Гентингтона		

Гидроцефалия		***Уремия***
Инфекции ЦНС	***Гипер–или–гипопаратиреоидизм*** *(см. паращитовидные железы)*	
Новообразования ЦНС		
Болезнь Паркинсона		***Авитаминозы*** *(недостаток витамина B12,C,ниацина или тиамина,пеллагра)*
Нарколепсия	***Гипер–или–гипотиреоидизм***	
Синдром апноэ во сне		***Анемия***
Черепно - мозговая травма	***Послеродовые гормональные изменения***	***Гиперкальциемия***
Болезнь Вильсона – Коновалова (гепатоцеребральная дистрофия)	***Сахарный диабет***	***Гипонатриемия***
Рассеянный склероз		***Вирусные инфекции*** *(особенно мононуклеоз, грипп)*
Неврит		***Хронический гепатит***
		Цирроз печени
		Желчнокаменная болезнь
		Хроническая почечная недостаточность
		Красная волчанка
		Ревматоидный артрит
		Бронхиальная астма

2.Эндогенная депрессия, то есть как бы «происходящая изнутри» (организма, психики). О ней мы можем говорить, если психологические или

соматические причины депрессии отсутствуют или не. очевидны. 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.

3 Сезонные депрессии возникают у многих людей в бессолнечную погоду или у тех, кто находится в затемнённых помещениях, депрессия может возникать из-за отсутствия яркого света. Она наиболее часто наблюдается у больных осенью и зимой.

4. Побочное действие лекарственных препаратов может спровоцировать депрессиивное состояние (например, леводопы, кортикостероидов, бензодиазепинов). Чаще всего такая депрессия быстро проходит самостоятельно или излечивается после отмены соответствующего препарата.

А)Нейролептические депрессии (возникающие вследствие приёма нейролептиков) могут длиться от нескольких месяцев до 1,5 лет и часто имеют витальный характер

. Б)Депрессия вследствие злоупотребление седативными или снотворными средствами, алкоголем, кокаином и другими психостимуляторами.

5. Реактивная депрессия может быть результатом драматических переживаний, например, потери близкого человека, работы, общественного положения. Она развивается как *реакция* на некое внешнее событие, ситуацию.

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.

Нарушение психомоторной активности и когнитивной сферы у пациентов с депрессией.

Когнитивные нарушения при депрессии обусловлены перераспределением внимания, пониженной самооценкой и медиаторными нарушениями. Однако, при депрессии субъективная оценка когнитивных способностей и степень социальной дезадаптации, как правило, не соответствуют объективным данным тестирования когнитивных функций. Уменьшение выраженности эмоциональных нарушений приводит к регрессу связанных с депрессией когнитивных расстройств. Для расстройства когнитивных функций при депрессии характерно:

- острое/подострое начало заболевания;
- быстрое прогрессирование симптомов;
- указания на предшествующую психическую патологию;
- настойчивые жалобы на снижение интеллектуальных способностей;
- отсутствие усилия при выполнении тестов («не знаю»);
- вариабельность выполнения тестов;
- привлечение внимания улучшает выполнение тестов;
- память на недавние и отдаленные события страдает в одинаковой степени.

Нарушение психомоторной активности: психическая и двигательная заторможенность является наиболее специфическим и важным симптомом депрессии. Диапазон их проявлений широк: от легкой вялости до ступора, от субъективного ощущения какой-то медлительности и «неповоротливости» собственных мыслей до почти полной неспособности реагировать на окружающее, невозможности следить за словами собеседника, формулировать ответы. Может наблюдаться застывшая, скованная мимика, скорбное выражение лица, согбенная поза, резко замедленные движения, еле слышная медленная речь (больной с трудом как бы выдавливает из себя несколько слов), стремится все время лежать и т. п. При тревожной депрессии заторможенность может смениться ажитацией, и причем тревожная депрессия противопоставлялась заторможенной, т. е. классической меланхолии. Однако опыт терапии различными

психотропными средствами показал, что тревога далеко не всегда связана с ажитацией и что заторможенность также может быть следствием тревоги.

Нарушение восприятия: у больных в депрессивном состоянии отмечаются нарушения болевой чувствительности. Чаще встречается не снижение, а усиление болевого чувства, так называемые "психогенные" боли, эти боли носят диффузный, расплывчатый характер. При нарушениях восприятия большое значение имеет личностный фактор. У больных с депрессией затрудняется воспроизведение стимульного материала. Увеличивается время узнавания предъявляемых образов, так как большинство образов для больных являются аффективно значимыми. Эти трудности усиливаются пропорционально усилию интеллекта.

Нарушение внимания: для пациентов с депрессией характерным является патологическая застреваемость, тугоподвижность внимания, наблюдаются и нарушения механизма переключения внимания с одного объекта на другой, что зависит от малой подвижности основных нервных процессов в коре головного мозга. В некоторых случаях усиление внимания возникает в виде явления "прилипания" внимания к определенной мысли или представлению. Появившееся у пациента то или иное представление, мысль задерживается в сознании, что часто выражается в речи повторением одних и тех же слов {персеверация). Доминирующие идеи (в патологических случаях) также часто находят объяснение феноменами своеобразного "прилипания" внимания к определенным мыслям, и больной при этом осознает, что они занимают в его сознании незаслуженно большое место.

Нарушение памяти: пациенты с депрессией часто жалуются на снижение памяти. Однако жалобы на снижение памяти часто не подтверждаются экспериментально-психологическим исследованием. При этих заболеваниях в их механизмах ведущая роль принадлежит личностно-мотивационным и эмоциональным расстройствам. Поэтому испытуемый может "работать" под определенное "органическое" заболевание. Однако ошибки могут быть в простых вариантах заданий и отсутствовать в сложных. В эксперименте мнестические нарушения могут обнаруживаться в тех случаях, когда для выполнения задания требуется устойчивое усилие. Однако при депрессии снижение памяти оказывается неравномерным: больные лучше воспроизводят неприятные события из прошлого, в то время как все светлое, радостное как бы стирается из их памяти. Поэтому при расспросах о

длительности и частоте депрессивных состояний, они могут ввести специалиста в заблуждение, утверждая, что все последнее время жизнь была безрадостной, настроение депрессивным, хотя еще незадолго до этого они были в хорошем настроении, интересно проводили время, успешно работали. В некоторых случаях наблюдается амнезия некоторых периодов депрессии или же отмечаются психогенные амнезии, которые следуют за психотравмой. При психологическом исследовании клинические наблюдения находят экспериментальное подтверждение: в период максимальной тяжести депрессии слова, связанные с приятными переживаниями, воспроизводились намного хуже, чем ассоциирующиеся с отрицательными событиями. По мере регресса депрессии постепенно улучшается запоминание слов первой группы. Характерные для депрессии нарушения мышления и памяти усиливают ощущение беспомощности и бессилия и способствуют формированию идей малоценности, а иногда суицидных намерений.

Снижение памяти и внимания у больных с депрессиями часто отражает внутреннюю тревогу и беспокойство.

Нарушение мышления: при депрессии наблюдается снижение операциональной стороны мышления, испытуемые часто принимают конкретно - ситуативные решения, или отказываются пояснять. А также его замедление по темпу, неповоротливость мышления; мысль продвигается мучительно, требует особого волевого усилия, ассоциации и представления бедны, один мысленный образ с трудом вытесняется следующим, мышление делается как бы «клейким», вязким. Встречаются пациенты, у которых психическая заторможенность оказывается непропорционально выражена по сравнению с другими компонентами депрессивного синдрома, в том числе и моторной заторможенностью. Распознавание депрессии у таких больных бывает затрудненным. Они производят впечатление растерянных, от них не удается получить описания их болезненных переживаний, в том числе и жалоб на сниженное настроение. В некоторых случаях они несколько напоминают псевдодементных больных. Лишь после окончания депрессивной фазы они рассказывают, что настроение у них было сниженным, но что они не могли ничего объяснить из-за почти полного отсутствия мыслей в голове. В отношении больных пожилого возраста с такой симптоматикой возникает предположение о наличии грубого органического (сосудистого) заболевания головного мозга, на фоне которого развилась депрессия. Однако у большинства из них значимой органической

симптоматики в период интермиссии обнаружить не удается. При депрессии нарушается стратегия принятия решения. Испытуемые, решая тестовые задачи, причем даже если в процессе эксперимента проводится коррекция возможных подходов (гипотез) плохо поддаются коррекции, они не отбрасывают оказавшимися неверными гипотезы, «цепляются» за них. Это приводит к значительному ухудшению процесса принятия решения, причем степень ухудшения коррелируется с тяжестью депрессии.

При легких депрессиях отмечаются нарушения мышления (в самом начале депрессивной фазы). Пациенты замечают, что процесс мышления протекает, не так гладко, как обычно, труднее становится формулировать мысли. Нередко они сами объясняют это переутомлением. Однако, при астении темп мышления и эффективность выполнения психологических тестов снижаются постепенно, по мере нарастания утомления, в то время как при депрессии темп психической деятельности остается одинаково замедленным в течение всей беседы, а иногда к ее концу даже несколько убыстряется.

При умеренной по тяжести депрессии нарушения интеллектуальной деятельности определяются не столько общим снижением ее темпа, сколько своеобразной инертностью мышления. Больной может относительно долго справляться с рутинными задачами. Так, люди, работа которых протекает в строго ограниченных стереотипных рамках, продолжают успешно выполнять ее, и никто не замечает каких-либо изменений, хотя в остальных сферах деятельности нарастающая депрессия уже привела к декомпенсации. Наоборот, там, где требуется принятие волевого решения, выбор между альтернативными возможностями, психическая деятельность резко затруднена. Сами больные это хорошо осознают. Они жалуются на то, что незначительные обыденные задачи, мелкие вопросы, которые раньше решались автоматически, приобретают значение сложных, тягостных, неразрешимых проблем. По выражению одного из них, «каждая маленькая песчинка на пути становится валуном». Иными словами, там, где деятельность больного протекает по хорошо наезженной колее, он еще может с ней справляться; там же, где необходимы волевые усилия, активный выбор, проявляется его несостоятельность.

Пациенты с депрессией, более успешно выполняют простые когнитивные и мнестические тесты, не связанные с психическим напряжением. В заданиях, которые требуют постоянного усилия, они значительно отстают от

показателей у здоровых людей. Это результат снижения уровня мотивации при депрессии. В основе нарушений мышления при депрессии, так же как и мотивационных процессов, лежит присущее этому заболеванию общее снижение психического тонуса.

Диагностика когнитивных расстройств. Диагностика когнитивных расстройств базируется на субъективных жалобах пациента, опросе его родственников, оценке неврологического статуса, результатах нейропсихологического и патопсихологического тестирования. В качестве скринингового исследования нарушений когнитивных функций при депрессии можно использовать методики: «10 слов», таблице Шульте, счет по Крипеллину, «Пиктограммы», «Ассоциации», «Сложные и простые аналогии», «Осмысливание и составление рассказов», «Картинки и тексты с нелепостями» и др.

Диагностика депрессии.

Как показывают исследования, 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.

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. Для скрининга и определения степени тяжести депрессии разработано множество различных шкал и опросников. Сегодня диагностика, во многом определяет выбор лечения (антидепрессанты, психотерапия, др.). Для скрининга и определения степени тяжести депрессии разработано множество различных шкал и опросников:

Шкала Гамильтона для оценки депрессии. Используется для количественной оценки состояния пациентов с депрессивными расстройствами до, во время и после лечения (наблюдения клинической

динамики). Помимо широкого использования в клинической практике, данная шкала также используется в клинических испытаниях, в которых она является стандартом для определения эффективности медикаментозных средств в лечении депрессивных расстройств. Заполняется специалистом, имеющим опыт в оценке психического здоровья.

Методика применения: Состоящая из 21-го пункта Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) заполняется при проведении клинического интервью (занимающего примерно 20-25 минут). При заполнении шкалы Гамильтона может применяться специально разработанное для этой шкалы структурированное клиническое интервью. Пункты шкалы должны отражать состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Посредством повторного и последовательного использования шкалы клиницист может документировать результаты проводимого лечения (медикаментозного или психотерапевтического)

Общий балл:

52 – крайне глубокая выраженность депрессивного состояния.

От 7 до 16 – легкая депрессия.

От 17 до 27 – депрессия средней тяжести.

Более 27 – тяжелая депрессия.

Подсчёт баллов и оценка результатов: Суммарный бал определяется по первым 17-ти пунктам (9 из которых оцениваются по баллам от 0 до 4-х, а 8 -- от 0 до 2-х). Четыре последних пункта шкалы Гамильтона (с 18-го по 21-й) используются для оценки дополнительных симптомов депрессии и определения подтипов депрессивного расстройства. Баллы по данным 4 пунктам не используются при определении степени выраженности депрессии, и эти баллы не учитываются при подсчете суммарного балла шкалы Гамильтона, который определяет тяжесть депрессивного расстройства.

Оценка суммарного балла:

Суммарный балл первых 17-ти пунктов:

0-7 – норма

8-13 – легкое депрессивное расстройство

14-18 – депрессивное расстройство средней степени тяжести

19-22 – депрессивное расстройство тяжелой степени

более 23 – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести

Тестовый материал:

1. Депрессивное настроение *(подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)*

О = отсутствие

1 = выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2 = высказывается в жалобах спонтанно

3 = определяется невербальным выражением, а посредством наблюдения мимика, поза, голос, плаксивость

4 = пациент выражает только эти чувства, как в спонтанных высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины

О = отсутствует

1 = самоуничижение, считает, что подвел других

2 = чувство собственной вины или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах

3 = настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности

4 = вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения

О = отсутствует

1 = чувство, что жить не стоит

2 = желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти

3 = суицидальные высказывания или жесты

4 = суицидальные попытки (любая серьезная попытка)

4. Ранняя бессонница

О = отсутствие затруднений при засыпании

1 = жалобы на эпизодические затруднения при засыпании [дольше чем 30 мин)

2 = жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Средняя бессонница

О = отсутствует

1 = жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2 = многократные пробуждения в течение всей ночи любой подъем с постели оценивается кок *"2"* (исключая физиологические потребности)

6. Поздняя бессонница

О = отсутствует

1 = раннее пробуждение утром с последующим засыпанием

2 = окончательное раннее утреннее пробуждение

7. Работоспособность и активность

О = отсутствие трудностей

1 = мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью (работа или хобби)

2 = утрата интереса к деятельности (работе или хобби), выраженная непосредственно в жалобах или опосредовано, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)

3 = уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности, в условиях стационара оценка *"3"* выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее 3 ч в день (работа в стационаре или хобби)

4 = отказ от работы вследствие настоящего заболевания, в стационаре оценка.

8. Заторможенность *(замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)*

О = нормальная речь и мышление

1 = легкая заторможенность в беседе

2 = заметная заторможенность в беседе

3 = выраженные затруднения при проведении опроса

4 = полный ступор

9. Ажитация *(тревожное возбуждение)*

О = отсутствие

1 = беспокойство

2 = беспокойные движения руками, теребление волос и пр.

3 = подвижность, неусидчивость

4 = постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ

10. Психическая тревога

О = отсутствие

1 = субъективное напряжение и раздражительность

2 = беспокойство по незначительным поводам

3 = тревога, отражающаяся в выражении лица и речи

4 = страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога *(физиологические проявления тревоги гастроинтестинальные - сухость во рту метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы отрыжка сердечно-сосудистые сердцебиение, головные боли дыхательные гипервентиляция одышка, учащенное мочеиспускание повышенное потоотделение!*

О - отсутствие 3 = сильная

1 = слабая 4 = крайне сильная

2 = средняя

12. Желудочно-кишечные соматические жалобы

О = отсутствие

1 = утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе

2 = прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы

О = отсутствие

1 = тяжесть в конечностях, спине или голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

2 = любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы *(Утрата либидо, менструальные нарушения)*

О = отсутствуют

1 = слабые

2 = сильные

15. Ипохондрия

О = отсутствие

1 = поглощенность собой (телесно)

2 = чрезмерная озабоченность здоровьем

3 = частые жалобы, просьбы о помощи

4 = ипохондрический бред

16. А.Потеря в весе *(оценивается либо пункт А, либо Б) А. По данным анамнеза:*

О = отсутствие потери в весе

1 = вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием

2 = явная (со слов пациента] потеря в весе

3 = не поддается оценке

Б. *Если изменения в весе имеют место еженедельно*

О = потеря в весе менее 0 5 кг в неделю

1 = более 0 5 кг в неделю

2 = более 1 кг в неделю

3 = не поддается оценке

17.Критичность отношения к болезни

О = осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием

1 = осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр

2 = полное отсутствие осознания болезни

18. Суточные колебания. *А. Уточните, когда симптомы выражены в более тяжелой форме, утром или вечером; при отсутствии суточных колебаний маркируйте О баллов*

О = отсутствие колебаний

1 = ухудшение утром

2 = ухудшение вечером

Б. *В. Если суточные колебания имеют место, оцените их выраженность; при отсутствии колебаний маркируйте пункт "отсутствуют"*

О = отсутствуют

1 = слабые

2 = сильные

19. Деперсонализация и дереализация

(например, ощущение нереальности окружающего)

О = отсутствует 3 = сильная

1 = слабая 4 = непереносимая

2 = умеренная

20. Параноидальные симптомы

0=отсутствует

1= подозрительность

2 =идеи отношений

3 = бред отношения или преследования

21 Обсессивные и компульсивные симптомы

О = отсутствует

1 = легкие

2= тяжелые

Шкала Зунга для самооценки депрессии — тест для самооценки депрессии (адаптирован Т. Н. Балашовой), эффективен для предварительной диагностики и скрининга депрессивного расстройства. Тест позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень

депрессивного расстройства. Обладает высокой чувствительностью и специфичностью и позволяет избежать дополнительных экономических и временных затрат, связанных с медицинским обследованием этических проблем. В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «почти всегда или постоянно»). Результаты шкалы могут быть от 20 до 80 баллов. Полная процедура тестирования с обработкой занимает 20–30 минут. Испытуемый отмечает ответы на бланке.

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Обработка результатов: **Уровень депрессии** (УД) рассчитывается по формуле: $УД=\sum_{пр} + \sum_{обр.}$

где $\sum_{пр}$ – сумма зачеркнутых цифр к "прямым" высказываниям № 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19;

$\sum_{обр.}$ – сумма цифр, "обратных" зачеркнутым, к высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12,14,16,17, 18,20.

Интерпретация результатов: В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

- Если УД от 0 до 49 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.
- Если УД от 50 до 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.
- Показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.
- Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

Тестовый материал:

Утверждения	никогда	иногда	часто	Почти всегда
1. Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон.	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже чем обычно.	1	2	3	4
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин (мужчин), разговаривать с ними находиться рядом.	1	2	3	4
7. Я замечаю, что теряю вес.	1	2	3	4
8. Меня беспокоют запоры	1	2	3	4
9.Сердце бьется быстрее, чем обычно.	1	2	3	4
10.Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11.Я мыслю также ясно, как всегда	1	2	3	4
12.Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4

13.Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.	1	2	3	4
14.У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15.Я более раздражителен, чем обычно.	1	2	3	4
16.Мне легко принимать решение.	1	2	3	4
17.Я чувствую, что полезен и необходим.	1	2	3	4
18.Я живу достаточно полной жизнью.	1	2	3	4
19.Я чувствую, что другим людям станет лучше если я умру.	1	2	3	4
20.Меня до сих пор радует то, что радовало всегда.	1	2	3	4

Шкала депрессии Бека. Данная методика служит для характеристики степени выраженности депрессии по самооценке. Она охватывает 21 симптом депрессии: пониженное настроение, пессимизм, чувство недовольства собой, неудовлетворенности, вины, самообвинение, влечение к смерти, раздражительность, неспособность к работе, нарушение сна и т.д. Применительно к каждому вопросу возможны четыре утверждения, отражающие различные степени самооценки.

Обработка результатов: За ответы 0 начисляется 0 баллов; 1 -1 балл; 2 - 3 балла; 3 - 4 балла. Подсчитывается общее количество баллов (в том случае, если выбрано не одно, а несколько утверждений, их тоже считают).

Оценка результатов:

0-9 - отсутствие депрессивных симптомов ;

10-15 - легкая депрессия (субдепрессия) ;

16-19 - умеренная депрессия;

20-29 - выраженная депрессия (средней тяжести);

30-63 - тяжелая депрессия

Пункты 1-13 - когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 - субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Инструкция: "В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе."

Тестовый материал:

1._____

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2._____

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущем.

- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3._____

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4._____

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5._____

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6._____

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7._____

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8._____

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9._____

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10._____

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11._____

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12._____

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13._____

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14._____

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15._____

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16._____

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17._____

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18._____

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19._____

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА_____ НЕТ_____

20._____

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21._____

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Тест Люшера: относится к категории проективных методов и основан на предположении о том, что предпочтения одних цветов другим связаны с устойчивыми личностными характеристиками испытуемого и особенностями его переживания актуальной ситуации. Основные преимущества данной методики: быстрота тестирования, простота поставленной перед испытуемым задачи, полная закрытость от испытуемого психологического содержания, фиксируемого методикой, возможность многократного повторного тестирования того же испытуемого, результат не зависит от точности самооценки испытуемого и его способности к вербализации своих состояний.

Цветовой набор теста состоит из четырех основных и четырех дополнительных цветов. Каждый цвет имеет свой порядковый номер.

Основные цвета и их символические значения:

№1 - синий цвет. Символизирует спокойствие, удовольствие, нежность и привязанность.

№2 - зеленый цвет. Символизирует настойчивость, самоуверенность, упрямство, самоуважение.

№3 - красный цвет. Символизирует силу воли, активность, агрессивность, наступательность, властность, сексуальность.

№4 - желтый цвет. Символизирует активность, стремление к общению, Любознательность, оригинальность, веселость, честолюбие.

Дополнительные цвета и их символические значения.

№5 - фиолетовый, №6 - коричневый, №7 - черный, №0 - серый. Эти цвета символизируют негативные тенденции: тревожность, стресс, страх, огорчение.

Процедура обследования: Перемешайте цветные карточки и разложите окрашенной стороной вверх.

Инструкция: " Из предложенных цветов выберите тот, который Вам больше всего нравится. При этом ориентируйтесь на цвет как таковой, постарайтесь не связывать его с какими-либо вещами - цветом машины, одежды, которая вам к лицу, косметики и прочим..."

Обработка данных: В результате тестирования выделяем следующие позиции: оба самых симпатичных цвета получают "+", вторая пара - приятные цвета - "*", третья пара - безразличные цвета - "=", последняя пара - несимпатичные цвета - "-".

Таблица (пример) . Интерпретация результатов:

№	Ф.И.О.	пол	возраст	
1	С.Н	м	----	70365124
2	Р.К.	м	----	6753241
3	Я.Б.	ж	----	76031524

4	А.Б.	ж	----	73516204
5	А.С.	м	----	67035124
6	К.С.	ж	----	75063142
7	С.Я.	ж	----	50731264
8	Н.И.	ж	----	57136042
9	С.В.	ж	----	10267543
10	И.Т.	м	----	67051423
11	С.О.	ж	----	7615432
12	Д.Х.	м	----	67104253

В таблице представлены результаты теста Люшера, из которых видно, что все испытуемые находятся в негативном эмоциональном состоянии, и испытывают стремление к его ликвидации, т.к. считается, что при нормальном психофизиологическом состоянии испытуемого основные цвета должны находиться на первых пяти местах, а дополнительные - на последних. Также считается, что присутствие серого, коричневого или черного в начале цветового ряда означает негативное отношение к жизни.

Большинство испытуемых стремится либо к уединению, либо к спокойствию и разрешению всех проблем. Нуждаются в одобрении, признании и помощи со стороны окружающих. Результаты теста позволяют принять решение о целях и задачах последующей коррекционной работы.

Далее представлены результаты по первому и последнему цвету по всем испытуемым.

+7-4 (С. Н.; Я. Б.; А. Б) - разочарование и боязнь, что определять какие-либо новые цели не имеет смысла, вызвали тревогу, ощущение пустоты и презрения к самому себе.

+0-1 (Р. К) - тревога и беспокойное недовольство вызвали напряжение и стресс.

+6-4 (А. С) - разочарование и страх, что определять новые цели нет смысла, вызывают тревогу. Переживает от недостатка близких и сочувственных отношений, от недопонимания. Пытается найти спасение в стабильной обстановке.

+7-2 (К. С) - напряжение, вызванное обстоятельствами, которые выше его возможностей и сил, породило ощущение неполноценности.

+5-4 (С. Я) - упадок жизненных сил сделал непереносимым дальнейший подъем активности. Хочет спастись бегством в иллюзорный мир.

+5-2 (Н. И) - сильный стресс вызывают недовольство сложившимися обстоятельствами и эмоц. неудовлетворенность.

+1-3 (С. В); +6-3 (И. Т, Д. Х) - истощение жизненной энергии сделало невыносимым какой-либо дальнейший подъем и какие-либо требования к возможностям. Ощущение бессилия вызывает у него беспокойство и причиняет острую боль.

+0-2 (С. О) - неудачная попытка упрочить свое положение в соответствии с собственным высоким мнением о своих достоинствах в сочетании с непрерывным усилием "показать себя", не имея к тому достаточных оснований, привели к стрессу.

Итак, из выше приведенных интерпретаций результатов видно, что все испытуемые находятся в негативном эмоциональном состоянии, проявляют тенденцию к его ликвидации, при помощи уединения, спокойной обстановки. Испытывают потребность в близких, доверительных отношениях, порой углубляясь в мир фантазий. Проявляют недовольство собой, испытывают чувство собственной неполноценности. По данным полученным в результате исследования можно сделать вывод, что все испытуемые нуждаются в коррекции депрессивных состояний.

Тест MMPI: Показателем депрессии в MMPI необходимо рассматривать сочетание показателей по 2 и 9 шкалам в качестве индикатора наличия или отсутствия депрессии. Если шкала 2 - шкала высокая, а 9 шкала – низкая, то это считается доказательством наличия депрессии. Также следующие типы

профилей: 278 (тоскливая депрессия), 127 (тревожная депрессия), 7210 (апатическая депрессия). Это свидетельствует о том, что профиль MMPI необходимо анализировать в целом, а не фиксироваться на показателях по отдельным шкалам.

Опросник SCL -90-R: Содержит 90 пунктов. Каждый пункт необходимо оценить по пятибалльной шкале (0-совсем нет; 5-очень сильно). Опросник предназначен для оценки психологического симптоматического статуса испытуемой нормативной группы и психиатрических пациентов. В состав опросника входят 9 шкал: ***1.Шкала Соматизации (SOM).*** Дистресс связанный с ощущениями телесной функции, с жалобами на функционирование различных систем организма, жалобы на различные виды боли, дискомфорт общей мускулатуры, а также соматические проявления тревоги.***2.Шкала Межличностной сензитивности (INT).*** Определяется ощущением собственной неполноценности, особенно при сравнении с окружающими. Значение также имеет склонность к самоосуждению, дискомфорт и тревога при общении с другими людьми, а также негативные ожидания относительного интерперсонального взаимодействия. ***3.Шкала Обсессивно-компульсивных расстройств (О-С).*** Эквивалентно клиническому обсессивно-компульсивному синдрому. Пункты связаны с действиями и мыслями переживаемыми как непреодолимые и чуждые «Я» (! прим. при ОКР, обессивные мысли все же должны восприниматься скорее как собственные, а не чуждые).***4.Шкала Депрессии (DEP).*** Шкала связана с широким спектром симптомов возникающих при клинической депрессии (дисфория, аффект, отсутствие интереса к жизни, сниженная мотивация, суицидальные мысли и т.д.).***5.Шкала Тревожности (ANX).*** Общие признаки манифестации тревожности — напряжение, дрожь,, приступы паники, ощущение насилия, чувства опасности и страха, а также некоторые соматические проявления тревожности.***6.Шкала Враждебности (HOS).*** Мысли и чувства являющиеся проявлением негативного аффективного состояния злости. Враждебность в шкале связана с проявлениями агрессии, гнева, негодования и раздражительности. ***7.Шкала Фобической тревожности (PHOB).*** Стойкая выраженная реакция страха на фиксированные объекты (люди, места, ситуации), иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, приводщая к избегающему поведению. ***8.Шкала Паранойяльной симптоматики (PAR).*** Шкала связана

с паранойяльными нарушениями мышления и поведения. Пункты теста связаны с проявлениями враждебности, напыщенности, подозрительности, страхом потери независимости. ***9.Шкала Психотизма (PSY).*** Пункты шкалы связаны с шизоидным стилем жизни, а также некоторыми симптомами шизофрении. Шкала представляет собой континуум от межличностной изоляции до очевидного психотизма. ***Шкала Дополнительных вопросов (PSY).*** Семь вопросов входящие в состав шкалы не образуют самостоятельной симптомотической группы. Они участвуют в общей обработке данных теста и являются клиническими, а не статистическими критериями. В тесте дополнительно рассчитываются три показателя — индексы дистресса: **1.**Индекс степени выраженности симптоматики (GSI). Отражает текущую глубину расстройства. Несет информацию о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса.; **2**.Индекс наличия симптоматического дистресса (PSDI). Отражает тип реагирования связанный с приуменьшением или приувеличением степени дистресса при ответе на вопросы. **3**.Индекс общего числа положительных ответов (PST). Отражает общее число пунктов, на которые даны положительные ответы. Интерпретируется вместе с другими индексами.

Подходы к коррекции.

<u>Этапы длительной стратегии психотерапии.</u>

1.Установление доверительных коммуникативных отношений с пациентом;

2.Усиление мотивации для изменения (использование техники рефреминга или других).

3.Работа с ресурсами пациента (выявления их в процессе интервью, обсуждение альтернативных возможностей);

4.В случае затруднений в работе: - определение препятствий для достижения цели (сопротивление, скрытая условная выгода от проблемы);

5.Исследование генеза компенсаторного поведения путем применения техник возрастной регрессии (выявление детского психотравмирующего опыта, наличия телесного и чувственного дискомфорта в случае алекситимии или других невротических проявлений);

6.Работа с самооценкой с целью ее повышения для успешного достижения цели;

7.Обучение навыкам стрессоустойчивости и поиску достижения комфортного состояния;

8.При необходимости – переработка взаимоотношений в семье и затруднений коммуникаций с другими людьми;

9.Выработка конструктивных привычек и поведенческих программ, психологическая поддержка личностного роста пациента.

Успех работы во многом зависит от хорошо сформулированного результата (образа достижения). Результат должен быть сформулирован без частицы «не» (хочу быть уверенным, что бы чувствовать себя конфортно). Следует выяснить: каким человек хочет видеть себя в будущем, каким хочет ощущать свое тело, что может сказать сам себе или услышать со стороны одобрительное при достижении цели.

Второй шаг – это формирование личной ответственности за желаемое изменение, иначе проблема смещается во вне, где от пациента ничего не зависит. Цель должна ставиться себе, а не другим. Например, на заявление: «Хочу, чувствовать себя бодрым и полным сил» следует сказать: «Что нужно Вам для того, чтобы вы чувствовали себя таковым?».

Третий шаг - спросить: «Как Вы узнаете что достигли результата?». Здесь оценивается не только формальный стереотип поведения, а и то, что вы увидите, услышите, почувствуете внутри себя, во вне.

Четвертый шаг - экологическая проверка. Так следует спросить: «Если достигается результат, то как это отразится на Вашей жизни?» Ибо человек часто не осознает всех последствий изменений, которых он якобы хочет.

На формирование результата всегда уходит много времени. Следует помнить, что положительный результат во многом зависит от доступа к ресурсам пациента. Для ряда пациентов единственно эффективным вариантом является сочетание психотерапии с психофармакологическими препаратами – антидепрессантами, нейролептиками, транквилизаторами, ноотропами. Задачей специалистов является найти ключевое внутриличностное звено в формировании депрессивного расстройства и,

применяя различные методы проработки – разрушить паттерн депрессии.

Коррекция вытекает из причин, лежащих в основе дезадаптации, и поэтому ее нельзя свести к каким-то определенным методам и техникам вне контекста проблемы. Психотерапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах. Методы психотерапии должны соответствовать типу кризиса: индивидуальная психотерапия должна сочетаться с групповой. Ближайшие задачи психотерапии это - выход из кризиса, с отдаленными целями (повышение адаптационных возможностей личности). В одних случаях достаточно купировать стрессовое состояние и найти наиболее успешный выход из ситуации. В других, необходима глубинная коррекция системы мотиваций, направленности, ценностных ориентаций, обеспечение профилактики образования конфликтно-стрессовых ситуаций в дальнейшем, так как есть опасность рецидива.

Решающие значение при оказании психотерапевтической помощи имеют 2 фактора: 1) Психологическая готовность специалиста оказать такую помощь. 2) Пол специалиста (была выявлена закономерность, что помощь более эффективна, если ее оказывает человек противоположного пола. Исключением являются: ситуации сексуального насилия и ситуации неразделённой любви).

Основными принципами психотерапевтической помощи являются:
1.Доступность.

2. Отреагирование (возможность выговориться). Только после окончательного отреагирования можно подходить к сбору информации о клиенте и о проблеме или конфликте.

3.Направленность на суицидальные переживания (купирование суицидальных мыслей и намерений). Если аутоагрессивные намерения актуальны, необходимо убедить отсрочить их реализацию.

4.Усиление уверенности в себе.

5. Отвлечение – переключение внимания с травмы на факторы, которые привязывают человека к жизни (поиск ресурсов, часто оказывается достаточным того, что ресурс найден)

6. Воздействие на окружение (с одной стороны - для устранения источника

конфликта, с другой – с целью включения «резервных источников помощи»).

Важно помнить, что каждый человек по разному воспринимает и отражает окружающий мир, и важно разговаривать с человеком на его языке. Всех людей можно условно разделить на **4 большие группы по критерию ведущей модальности:**

- **Визуальная** (зрительные образы),
- **Аудиальная** (слуховые образы),
- **Кинестетическая** (область чувств и ощущений),
- **Дискретная** (область разума)

Ведущую модальность важно определить для того, чтобы легче довести информацию до пациента.

- **Аудиалы** используют в речи слова: комментарий, мнение, обговорить, выслушать, подслушать, объяснить, рассказать, громкий и т.д.
- **Визуалы:** перспектива, точка зрения, осветить, высмотреть, выслеживать, показать, осматривать и т.д.
- **Кинестетики:** направленность, уклон, стойка, прочувствовать, добиваться, упорствовать, держаться, вчувствоваться и т.д.
- **Дискреты:** установка, обдумать, проявить настойчивость, продемонстрировать, отсутствовать и т.д.

Существует широкий диапазон психотерапевтических техник и методик в рамках различных направлений и видов психотерапии, для работы с людьми находящимися в депрессивном состоянии. Психолог может сам выбрать направление, в котором он будет работать.

Некоторые методы психотерапии используемые при работе с депрессией:

Психосинтез (Ассаджиоли). Цель психосинтеза — достижение гармоничной внутренней интеграции, органического единства.

Символ - драма. - для того чтобы сделать наглядными бессознательные

желания человека, его фантазии, конфликты и механизмы защиты, а также отношения переноса и сопротивление. Символдрама способствует их переработке как на символическом уровне, так и в ходе психотерапевтической беседы. Символдрама эффективна при лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности.

Адлера индивидуальная психология. Основное значение придается группе влечений "Я" – влечениям к власти, превосходству и самоутверждению. Метод психотерапии, базирующийся на теории индивидуальной психологии и психоаналитическом подходе к неврозам, рассматриваемым как следствие присущего больному чувства неполноценности. В преодолении последнего усматривается возможность приспособления пациента к действительности. В депрессии используется для преодоления чувства неполноценности, несостоятельности.

Юнгианский анализ. Заключается в том, что в психике человека существенную роль играет не только индивидуальное, но также и коллективное бессознательное, содержание которого представлено архитипами, унаследованными от предков. Эффективна при решении многих проблем: семейных, межличностных, преодоления кризисной ситуации, реакции «горе», депрессии, тревожных состояний, неврозов, психозов. Эффективна в работе с детьми

Трансактный (транзактный) анализ. - ориентирован на выявление «сценариев» жизненных планов индивида, которые часто навязываются родителями.Транзактный анализ – это групповая и индивидуальная работа, связанная со словом, эмоциями и чувствами. Терапия помогает клиенту измениться – вновь обрести в себе Естественного Ребенка, укрепить позиции уставшего от борьбы Родителя, научиться разрешать свои проблемы с позиции Взрослого и восстановить уверенность в себе и в своих силах.

Гештальт-терапия – форма психотерапии, разработанная Ф. Перлзом «процесс развертывания потребности человека». – это направление психотерапии, которое ставит своими целями расширение осознания человека и посредством этого лучшее понимание и принятие человеком себя, достижение большей внутриличностной целостности, большей наполненности и осмысленности жизни, улучшение контакта с внешним миром, в том числе с окружающими людьми Особенно эффективна, когда трудности вызваны взаимодействием с другими людьми. Эмоциональные проблемы (страхи, тревоги, апатия, сниженное настроение, агрессивность, волнение в значимых ситуациях). Метод эффективен в работе с детьми и подростками, со взрослыми людьми, семейными парами.

Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) – Райх. воздействие на психику посредством изменений, производимых с телом. Основная идея ТОП - неотделимость тела от сознания, убеждение в том, что тело является проявлением личности и между ними имеется функциональное единство, уделяя при этом одинаковое внимание как телесному, так и психическому компоненту. С помощью ТОТ осознаются, изучаются и принимаются вытесненные аспекты опыта личности с целью его последующей интеграции.

Личностно-ориентированная психотерапия - данная методика ориентирована на изменение личности клиента. Цель метода – изменение в интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой сферах личности – достигается путем исследования вместе с психотерапевтом системы отношений клиента.

Клиент-центрированный подход, изначально разработанный в 40-х годах Карлом Роджерсом , направлен на человеческий рост и изменение - потенциал любого индивида к росту имеет тенденцию к раскрытию в отношениях, в которых тот, кто оказывает помощь, испытывает и выражает подлинность, реальность, заботу, глубокое и точное безоценочное понимание. Может применяться во всех областях, где нам необходимо взаимопонимание. Клиент-центрированный подход называют «недирективным»: он никого не направляет, ничем не руководит, ни к чему не принуждает. Терапия происходит в форме диалога. Клиент сам определяет, какие вопросы для него сейчас актуальны.

Арт-терапия . - предполагает самовыражение через визуальные искусства: живопись, графику, фотографию, рисование, лепку и т.д. Творческий процесс является главным терапевтическим механизмом, позволяющим в особой символической форме перестроить конфликтную травмирующую ситуацию, найти новую форму ее разрешения.

НЛП (нейролингвистическое программирование) Основатели: Ричард Бандлер, Джон Гриндер, - направленна на изменение привычных схем взаимодействия, обретение уверенности в жизни, оптимизацию творческого потенциала.

Сказка-терапия. Это форма познания и лечения души, форма глубинной психотерапии. Сказка - терапия применяется как для детей, так и для взрослых. Пациент придумывает сюжет сказки или же вспоминает сказки, оказавшие сильное впечатление на него когда - то. Затем, в беседе с психологом идет обсуждение и интерпретация сказочного сюжета.

Экзистенциальная психотерапия - одно из направлений гуманистической психологии. Основной акцент делается на изучении жизни в неразрывной связи с миром и другими людьми.

Семейная психотерапия. Клиентом является вся семья, вся семейная система, именно она – объект психотерапевтического воздействия СП - не ставит своей задачей менять людей, составляющих семью. Сама семейная система функционирует неправильно. Вот это функционирование и можно изменить с помощью системной семейной психотерапии. Семейная терапия для тех, кто не удовлетворен отношениями внутри семьи. Семейная терапия работает со свей семьей, поэтому, клиентами являются как взрослые, так и дети. В результате системной семейной психотерапии налаживаются коммуникации между членами семьи.

Некоторые подходы к коррекции депрессивных расстройств используемые психологами:

Когнитивный подход к объяснению и коррекции депрессивных состояний. Когнитивная модель депрессии основывается на том положении, что ведущие симптомы депрессии, такие как печаль, слабость или полная утрата мотивации, суицидальные желания, находятся в зависимости от нарушения познавательных процессов. Выделяется комплекс когнитивных нарушений, ставший классическим: негативное видение окружающего мира и жизненных событий, отрицательное представление о себе и негативная оценка будущего, так называемая когнитивная депрессивная триада. По данным А. Бекк, когнитивные искажения при депрессии оказывают влияние на переработку информации. При этом отмечается, что депрессивные люди делают необоснованные выводы, игнорируют прошлый опыт, преувеличивая свою вину и преуменьшая свои силы и достижения, что способствует созданию и закреплению негативных образов своего "Я". Основным в когнитивной теории депрессии считается положение о том, что самоотчеты пациентов представляют скорее отражение их негативных установок, чем действительное положение вещей, т.е. реалистичность самокритики депрессивных пациентов, оказывается обманчивой, а проблемы человека в значительной степени проистекают из определенных искаженных представлений о реальности, базирующихся на ошибочных предпосылках. Определяющая характеристика когнитивной коррекции в том, что она является прямым, структурированным, часто краткосрочным видом коррекции и делает акцент на развитии познавательных способностей, что связано с поведенческими событиями и навыками решения проблем. Основная мыслительная конструкция такова - познавательные способности

человека обуславливают его чувства. Психолог помогает человеку выявлять у себя негативные мысли и давать реальную оценку положению вещей, психолог руководит человеком в прокладывании новых путей мышления, в отработке и закреплении новых форм реагирования на факты и события. Психолог и клиент работают вместе - вместе составляют список проблем и задач, вместе стремятся достичь намеченных целей.

Курс когнитивной коррекции длится, как правило, не долго, он состоит всего из 12 - 16 занятий. Однако в случае длительно протекающих форм депрессии лечение может растянуться от 6 месяцев до 2 лет. Когнитивная психотерапия помогает примерно 50 % пациентам.

Поведенческий подход к пониманию депрессии. Построен больше на терапевтических процедурах, нежели построению теоретической модели депрессии. Рассматривая депрессию на поведенческом уровне, можно говорить, что она характеризуется утратой некоторых навыков адаптивного поведения и замещением их реакциями избегания, такими как жалобы, просьбы, плач и раздражительность. Депрессивный человек пытается устранить неблагоприятную ситуацию при помощи жалоб и просьб. Задача поведенческой психокоррекции, которую еще называют психологическим усовершенствованием поведения, - помогать клиентам видоизменять те действия и поступки, которые обостряют тяжесть течения депрессивных переживаний. По мнению поведенческих психологов, психотерапевтов, депрессивное состояние возникает тогда, когда от клиента требуется слишком много, а вознаграждение за это - несоразмерно мало. В работе с клиентом психолог для подкрепления положительных эмоций будет использовать принцип адекватного вознаграждения. Например, клиент - честолюбивый человек, но в работе идет позади тех, кто способнее его, и это служит основой его переживаний, приводящих к депрессии. Задача поведенческого психолога - научить его держаться уверенно и быть довольным своими результатами. При некоторых методах психокоррекционной работы психолог на сеансах работы с клиентом в основном слушает, а не говорит. В отличие от этого, поведенческий психолог выполняет более активную роль. Он строит для клиента индивидуальный коррекционный план и работает по нему с учетом конкретного депрессивного состояния и того, чем оно вызвано.

Психоаналитический подход к депрессии. Психоаналитическая коррекция

основывается на концепции, что на чувства и поведение человека сильное влияние оказывают прошлый опыт и подсознательные желания и страхи. Согласно этой концепции, многие психические заболевания могут быть излечены путем изменения взглядов больного на самого себя и на работу своего собственного сознания и эмоций. Этот вид работы очень привлекает пациентов, хотя и требует большего времени, чем другие. Психоаналитическая коррекция не просто снимает симптомы расстройства, она ставит своей задачей изменить личность, характер человека, помочь ему научиться доверять другим, строить близкие отношения с людьми, лучше справляться с трудностями, потерями и не лишать себя при этом широкого спектра эмоций. Согласно психоаналитической теории, причиной депрессии может стать конфликт между подсознательными и сознательными мыслями, убеждениями и желаниями человека. Беспокоящий клиента конфликт он старается подавить и инстинктивно перемещает его из сознания в подсознание. Задача психоаналитической коррекции - поднять из глубин подсознания эти подавленные и нерешенные конфликты и перенести их на уровень сознания с тем, чтобы встретить их лицом к лицу и избавиться от них. Чтобы извлечь на свет подавленные конфликты клиента, психоаналитик может воспользоваться одним из методов психоанализа: ***свободные ассоциации, перенос, анализ сновидений*** и т.д.. Недостатки психоаналитической коррекции заключаются в том, что она может занимать несколько лет. Процесс обследования затрагивает нередко болезненные и глубоко личные переживания клиента. Это на какое-то время делает пациента тревожным и расстроенным и вызывает сопротивление.

Межличностный подход к психотерапии и психокоррекции депрессивных состояний. Межличностная психокоррекция - это метод, который ставит своей задачей изменение человеческих взаимоотношений, вносящих свою долю в причины депрессивных переживаний клиента. Такие болезненные переживания вытекают из трудностей в личных взаимоотношениях людей. Межличностный психолог пытается улучшить представления больного о себе самом и его способностях к общению, что в свою очередь должно оздоровить его отношения с людьми. На сеансах клиент узнает свои возможности строить и поддерживать здоровые отношения с другими людьми, справляться с новыми задачами, бедой и горем, требующими длительного напряжения. С помощью специальных приемов клиент определяет вместе с психологом круг его проблем во

взаимоотношениях с людьми.

Подход семейной психокоррекции депрессивных состояний. Задача семейной психокоррекции - ознакомить членов семьи клиента с его проблемой и показать им, как они могут помочь. Семья служит мощным источником сил для человека с депрессивным расстройством. Разногласия членов семьи, сложности в родственных отношениях или в общении приводят к появлению определенного типа пациентов, у которых семейные проблемы выливаются в депрессию. Таким образом, терапевт рассматривает депрессию, обращаясь к патологии в семейной системе. Семейная коррекция обычно является кратким, ориентированным на действия подходом, цель которого состоит в снятии симптомов через изменение поведения членов семьи.

Групповой психокоррекционный подход к депрессивным состояниям. Одной из основных целей групповой психокоррекции для решения почти любой психической проблемы является создание клиенту условий для установления контакта с людьми, у которых возникают такие же трудности и которые могут поддержать друг друга и вместе практиковаться в новых навыках в установлении межличностных отношений.

Цели групповой психокоррекции могут включать:

А). Предоставление человеку возможности осознать, что его потребности похожи на потребности других людей,

Б). Выработку альтернативных решений определенных конфликтов,

В). Обучение более эффективным социальным навыкам,

Г). Повышение осведомленности о потребностях и чувствах других людей.

Многие группы, созданные для клиентов, страдающих депрессией, представляют собой группы тренинга социальных навыков. Лечение здесь сосредоточено на установлении и практике социальных навыков, способных помочь в разрешении конфликта в отношениях с семьей и другими людьми. Внутри групповых занятий присутствующие часто проигрывают по ролям различные ситуации общения, такие как прояснения проблемы, понимание точки зрения другого человека и выражения своих чувств. Другие группы могут быть менее структурированы. Клиенты в этих группах могут

использовать занятия для обсуждения проблем, которые они испытывают с семьей и коллегами, друзьями и т.д.. Другой отличительной чертой этих групп является то, что занятия во многих из них ограничены во времени, имеют четкие цели и программы рассчитанные на определенный период времени.

Некоторые техники, используемые психологами при коррекции депрессивного расстройства.

Техника: «Формирование стрессоустойчивости путем активации ресурсов с помощью ауто- или гетеросуггестии.

Предлагают удобное положение. Просим настроить себя, свою нервную систему на покой и отдых. Постараться почувствовать, запечатлеть, запомнить те ощущения, которые будут возникать в теле. Быть внимательными. Мысленно повторяйте: «Я успокаиваюсь. Успокаиваюсь все больше и больше. Посторонние мысли уходят на задний план. Уходят все посторонние мысли. Уходят. Я совершенно спокоен. Мое внимание на моем лице. Мое лицо спокойно. Расслабляются мышцы лица. Расслабляются мышцы лба. Расслабляются мышцы глаз. Расслабляются веки. Расслабляются мышцы рта. Зубы разжаты. Расслабляются губы. Расслабляется язык. Язык спокойно лежит на своем месте. Лицо полностью расслабленное, спокойное. Мое внимание переходит на мои руки. Пальцы и кисти расслабляются. Предплечья и плечи расслабляются. Локти и лопатка расслабляются. Мои руки полностью расслаблены, неподвижны. Теплеют кисти рук. Кисти рук теплые, расслабленные, приятно расслабленные. Тепло поднимается вверх. Теплеют предплечья, теплеют плечи, руки теплые и расслабленные, приятно теплые, приятно расслабленные. Пальцы теплые расслабленные, ладони теплые, предплечья теплые, руки теплые, расслабленные. Приятно расслабленные, приятно теплые. Я совершенно спокоен. Мое внимание переходит на мое туловище. Мое туловище полностью расслабленное. Мое внимание переходит на мои ноги. Мои ноги начинают расслабляться, тяжелеть. Мои бедра и таз расслабляются и тяжелеют. Мои ноги полностью расслабленные, неподвижные, тяжелые. Теплеют ступни ног. Ступни ног теплеют, расслабленные. Приятно расслабленные, приятно теплые. Я совершенно спокоен. Ступни ног теплые, расслабленные. Тепло поднимается по ногам вверх. Теплеют голени, теплеют колени, теплеют бедра. Ноги теплые, расслабленные. Приятно расслабленные, приятно теплые. Я

совершенно спокоен. Ноги теплые расслабленные, приятно расслабленные, приятно теплые. Я совершенно спокоен. Тепло поднимается выше, теплеет низ живота, теплеет поясница, теплеет спина, теплеют плечи, теплеет затылок. Все тело теплое и расслабленное, приятно расслабленное, приятно теплое. Я совершенно спокоен. Я чувствую, как мое тело окутывает легкое, приятное тепло. Тепло несет расслабление, легкость. Приятная легкость, приятное расслабление. Я совершенно спокоен. Лицо расслаблено. Затылок расслаблен. Шея расслаблена. Руки легкие, расслабленные. Плечи расслабленные. Ноги легкие, расслабленные. Спина расслаблена. Все тело расслаблено. Я совершенно спокоен. Лицо расслаблено. Руки теплые, расслабленные. Плечи расслаблены. Тело теплое, расслабленное. Ноги теплые, расслабленные. Спина расслаблена. Совершенно спокойное все тело, теплое, расслабленное, легкое. Ни малейшего желание пошевелить, ни одной частью тела. Мне безразлично положение моего тела. Мне безразлично положение ног. Мне безразлично положение рук. Мне безразлично положение головы. Тело легкое, невесомое. Ноги легкие. Руки легкие. Тело легкое, невесомое. Тело тает, растворяется, растворяется в пространстве серебристой дымки. Я впитываю и запоминаю это состояние. Состояние легкости, невесомости, покоя, полета, растворения. Состояние полного душевного и телесного комфорта, покоя, отдыха. Я совершенно спокоен. Я стараюсь прочувствовать, запомнить, запечатлеть это состояние. Состояние лёгкости, невесомости, полета, растворения. Состояние полной гармонии души и тела, полной гармонии чувств и тела. Я совершенно спокоен. Мне нравится это состояние. Я смогу вызывать это состояние всегда и везде в жизни в любой обстановке, в любой ситуации, что бы я не делал, чем бы я не занимался, я смогу вызывать состояние легкости, невесомости, покоя, полета, растворения. Вот так, так лучше.

Сейчас я впитываю, запоминаю прелесть, блаженство этого состояния, состояние полного телесного и душевного покоя, покоя и отдыха. Я совершенно спокоен. (Пауза)

А сейчас я чувствую, как мое тело наливается силой и энергией. Сила и энергия разливаются по всему телу. Становятся эластичными и упругими мышцы ног, мышцы рук, мышцы спины. Все тело становится эластичным и упругим как сжатая пружина. Я сильный и свободный человек, я хозяин своего тела и эмоций. Я могу многое. Мне подвластно многое. Я готов к

действиям.

А сейчас я считаю до 3. Делаю глубокий вдох и открываю глаза. Открываю глаза. Итак, 1,2,3.

Я великолепно отдохнул, успокоился, набрался сил».

Техника: «Генератор нового поведения». Общая техника, которую можно применять в том случае, если вы хотите приобрести новое поведение или что – то изменить в уже имеющемся. «В своем воображении увидьте себя осуществляющим то поведение, которое вы хотели бы иметь. Например, вы…. Если трудно, представить себе ролевую модель, делающую это. Займите место режиссёра в своем внутреннем фильме. Посмотрите на сцену так, как она разворачивается перед вашим внутренним взором. Оставайтесь диссоциированным, пока вы слушаете и монтируете звуковую дорожку. Вы главный герой и режиссёр Если в сцене учувствуют другие люди, отметьте их реакции на то, что вы делаете. Осуществляйте режиссуру сцены и звука до тех пор, пока вы не будите полностью удовлетворены. Затем зайдите внутрь образа самого себя и сыграйте эту сцену заново так, как будто вы сами это делаете. В это время как вы это делаете, обратите особенное внимание и на свои ощущения, и на реакции людей вокруг вас. Действительно ли это новое поведение выражает ваши ценности и вашу личную целостность? Если ваши ощущения вам не нравятся, вернитесь в режиссерское кресло и переделайте фильм, прежде чем снова войти в него. Когда вы будите, довольны своим воображаемым исполнением, определите внутренний или внешний сигнал, который вы множите использовать в качестве триггера, запускающий ваше новое поведение. Мысленно отрепетируйте, как в ответ на этот сигнал вы начинаете осуществлять новое поведение».

Техника: « Посмотреть на себя глазами того, кто тебя любит». Полезна, для развития критериев самооценки, при состояниях депрессии, одиночества, самоуничижения.

1. Предлагаем клиенту представить себя писателем.

2. Просим клиента найти кого-то, кто, как он знает, любит его (её). Если такого человека нет, то идём в прошлое и находим такого человека там. Либо создаём образ такого человека (необходимо, чтобы образ был ценным для клиента).

3. Ставим клиента в положение, когда он смотрит на такого человека через стекло.

4. Предлагаем клиенту описать для себя существенные характеристики, значительные и мелкие, которые делают этого человека особенным для клиента.

5. Предлагаем клиенту выплыть из своего тела и войти в тело человека, который его любит, используя технику наложения, ставим эту позицию на тональный якорь. Если её оказывается трудно удержать, ставим кинестетический якорь. Если клиенту трудно увидеть себя, используем наложение, затем ставим на якорь это переживание (состояние), используя те же шаги, что в визуально-кинестетической диссоциации, с той разницей, что клиент будет видеть себя не своими глазами, а глазами любящего.

6. Предлагаем клиенту описать, что он любит в человеке, которого он видит. Усиливаем это особое состояние восприятия соответствующими вербальными паттернами (“глазами любящего”). Направляем его внимание на те аспекты себя, на которые он не обращает внимания.

7. Возвращаем клиента в собственное тело, предложив взять с собой то, что наиболее ценно, а именно – ощущение себя любимым и заслуживающим любви.

Техника: «Я и мой жизненный путь». Применяется для того чтобы помочь человеку, который находится в депрессивном состоянии, освободиться от таковой, можно использовать это упражнение. Оно заключается в составлении и изучении (хронологии) своей жизни в контексте истории своей семьи. На семейном совете или в присутствии близких людей можно попробовать вместе с пациентом составить подробный отчет нескольких лет его жизни. В этом так называемом отчете можно отразить все изменения, которые можно считать значимыми и которые оказывали влияние на человека. Для того чтобы не отвлечься от главной задачи, используется методика «вопрос-ответ». Например, можно использовать такие вопросы: как характеризовался человек в школьные, студенческие годы? Как, окружающие люди относились к конкретным поступкам этого человека? Можно задавать другие вопросы, которые могли бы оказать помощь в составлении характеристики. Будет лучше, если вопросы будет задавать каждый присутствующий по очереди, так пациент сможет отвечать спокойно, зная

заранее, что его не станут засыпать кучей вопросов со всех сторон. Важно отметить также и изменение его самочувствия, внешних признаков психологического состояния. Нельзя забывать и о мнении самого пациента, большое значение имеет его личное отношение к жизни, к конкретной ситуации. Такие наблюдения может сделать даже человек, не обладающий специальными навыками и опытом работы с такими людьми. Можно начать вести записи в дневнике, анализ которых часто помогает рационально оценить свои же поступки по прошествии определенного времени.

Техника «Круги силы»: Используется как ресурсная техника для решения проблемного настроения, изменения прошлого, изменения поведения в некомфортных ситуациях.

1.Идентифицируем проблему.

2.Просим проблему собраться в круг и лечь где-либо на полу в комнате.

3. Собираем СМ круга: цвет, размер, поверхность, рамка, чёткость, температура, материал и т.п. Спасибо кругу.

4. Отвлекаем клиента и спрашиваем его, какие ресурсы необходимы ему для решения проблемы *(«чтобы чувствовать себя комфортно»).*

5.Вспоминаем ресурсную ситуацию, формируем из нее круг и кладем его на пол в другом месте. Если ресурсов много, то все их помещаем в один круг и собираем СМ этого круга.

6. – *Спроси у своего бессознательного, во сколько раз необходимо увеличить размер этого круга, чтобы ресурсы позволили чувствовать себя комфортно?* Просим увеличить круг во столько раз (не более, чем в 4 -6 раз).

7.Берём клиента за руку и вводим в ресурсный круг. *«Находясь в этом круге, ты набираешься... ресурсами, они наполняют каждую клеточку твоего тела, и это позволяет тебе чувствовать себя в ..... ситуации более комфортно, более удобно и позволяет действовать в ..... ситуации адекватно, более эффективно и т.п.* (можно поставить якорь).

8.Возвращаем клиента. Берём за руку и вводим в «проблемный» круг со словами: *«Со своими ресурсами ты входишь в круг своих неприятностей и разрешаешь их ... и ты чувствуешь себя в этом круге более комфортно и удобно ...».* Следим за изменениями и если ставили якорь, то оживляем его.

9.Спрашиваем, как изменился круг проблемы о субмодальностям.

10.Если клиент считает, что недостаточно наполнен ресурсом, то можно сходить в ресурсный круг ещё раз и если необходимо, то добавить туда новые ресурсы.

11. Подстройка к будущему.

Метод ДПДГ (необходима специальная подготовка!!!)*:* применяется для лечения ПТСР, фобий, панических расстройств, диссоциативных расстройств, остром горе – смерть близких, развод, воспоминания о событиях или страданиях любимого человека, навязчивостях, в т.ч. при наличии навязчивых образов, при ночных кошмарах, различных факторах жизни человека вызывающих беспокойство (работа, отношение с близкими), при проблемах личной ответственности, страх собственной смерти и т.п.

В основе метода лежат психофизиологические механизмы переработки травматического опыта, «адаптивно – информационно перерабатывающими системами мозга». Переработка травматического опыта происходит в фазе быстрого сна. Травматические ситуации хранятся в памяти и вызывают прежние эмоции, ощущения и могут быть травматичны в течении многих лет. Во время сеанса моделируется переработка травматического опыта в фазе быстрого сна.

Методика может использоваться как самостоятельный метод или в ходе долгосрочной терапии 1-2 сеанса для переработки психических травм. Количество сеансов может быть от 1-2 до 16 сеансов. Продолжительность сеанса до 90 минут, но можно уложится в 60 минут и менее.

Перед сеансом определить способность пациента осуществлять движение глаз в полном объеме. На расстоянии фокуса просим клиента следить за двумя пальцами руки терапевта движущейся с максимальной скоростью, не вызывающей дискомфорт у пациента. Подобрать максимальную скорость совершая вертикальные, горизонтальные, круговые движения, восьмёрки. В ходе сеанса терапевт совершает серию из 24 движений: одно движение – туда – обратно. Если терапевт работает с выраженным эмоциональным состоянием, серии увеличиваются до 36 движений.

Можно начинать сеанс с методики «Безопасное место». Клиенту помогают вспомнить место, где он чувствовал себя спокойно, безопасно, комфортно.

Калибровка. Суггестия комфортного состояния.

Методика:

1.Объясняим клиенту суть методики и ее историю. Объясняем, что клиент в любой момент может прервать сеанс и выйти из этого состояния.

2.Определение цели воздействия. Определяем реальное травматическое событие, катастрофу, навязчивые мысли, сновидения и т.п. За один сеанс лучше переработать одну ситуацию. Идентифицируем конкретное травматическое состояние. Просим клиента выбрать образ, который отражает кульминацию дискомфорта, травмы. Это должен быть образ конкретной ситуации психологической травмы.

3.Шкала субъективной оценки беспокойства (0-10). Просим клиента определить, какой уровень тревоги вызывают эти переживания сейчас. 0- полное спокойствие. 10- наихудшее состояние, которое может представить клиент. На этом этапе уместно определить телесный дискомфорт.

Если по ходу у клиента появляются положительные мысли, это можно усилить и суггестировать.

4.Положительное самоопределение. Просим клиента на интуитивном уровне оценить и найти положительное самопредставление, которое помогло бы ему полностью справиться с травматической ситуацией. Находим ряд положительных самоопределений и находим из них самое подходящее для того, чтобы клиент мог полностью «справиться» с травматической ситуацией. Шкала соответствия самопредставлений. Просим клиента оценить в баллах от 0 до 7 насколько это самопредставление соответствует ему сейчас. Возможно в настоящее время соответствие равно 0, но клиент нуждается в том чтобы оно равнялось 7.

5.Десенсибилизация. Целью десенсибилизации является снизить эмоциональный дискомфорт до 0 или 1. Просим клиента:

а). Вспомнить картинку найденную в п.1, представить ее перед глазами и удерживать ее на протяжении всего сеанса. Объясняем клиенту, что даже если картинка будет исчезать, смываться, фрагментироваться, тускнеть, он должен запомнить место в зрительном поле, где она была и просто думать об этом. Если нет визуализации – рекомендуем просто думать об этой ситуации.

б). Постоянно повторять про себя негативное самопредставление.

в). Следить за пальцами руки терапевта. Терапевт совершает серии движений рукой на расстоянии фокуса с максимальной скоростью, возможной для пациента. После каждой серии – «вдох – выдох» - гипервентиляционный сигнал мозгу о завершении серии. Не большой отдых. После каждой серии оцениваем в баллах степень снижения негативного самопредставления. Если у клиента абреакция – совершаем 36 движений. Если после двух серий не происходит снижение уровня негативного самопредставление – следует сменить направление движений. Если сменили движения два раза и нет эффекта, значит проработка заблокирована (см. ниже). Сводим значимость до 0.

В ходе десенсибилизации картинка может поменяться на другую и следовательно нужно прорабатывать новую картинку.

6. Инсталляция – введение положительного самопредставление. Процесс идентичен п.5. Проводим несколько серий и доводим субъективную значимость продолжительного самопредставление до 6-7 баллов, таким образом внедряется новое положительное убеждение.

7. Экологическая проверка. Сканируем тело, есть ли напряжение в теле клиента. Важно устранить остаточные явления. Если есть напряжение с ним работают отдельно при помощи положительного самопредставления.

8. Завершение сеанса. Объясняем клиенту, что возможны негативные воспоминания, сны, образы, т.к. проработка будет продолжаться в течении нескольких дней.

9. Переоценка. В начале каждого сеанса оцениваем результаты предыдущего сеанса.

Если проработка заблокирована:

1.Все поменять. Амплитуду, скорость, направление движений.

2.Сосредоточить пациента на наиболее неприятном ощущении «сосредоточься только на ощущении дискомфорта, отбрось образ, мысли». Суггестировать, если проработка идет не нужно.

3.Изменение точки фокусировки в ситуации. «Сосредоточься на какой-то другой точке воспоминания. Раньше или позже». Поменять цвет «цветной –

черно-белый».

*4.*Когнетивное взаимопереплетение. Вводить дополнительную информацию и просить клиента думать об этом одновременно с движениями глаз. Можно использовать метафору, притчу, историю, любую цитату, афоризм, сократический диалог, в котором психотерапевт задает ряд вопросов и человек приходит к определенному умозаключению, выводу. Можно использовать рефрейминг смысла или контекста.

С фобиями и навязчивостями:

*1.*Очень тщательно прорабатываем первый эпизод, наиболее ранний травматический эпизод.

*2.*Затем прорабатываем еще одну – две ситуацию с более поздними страхами.

*3.*Присоединение к будущему. Представить, что эта ситуация может быть в будущем. Любое появление тревоги прорабатываем дополнительными сериями, пока клиент не достигнет результата с полным спокойствием. Если не присоединять к будущему то результат снижается.

Короткая версия: - для детей (взять в руки две игрушки-пищалки).

*1.*Просим клиента представить приятное ресурсное переживание. Представить картинку перед глазами и следить за пальцами терапевта (процесс тот же, что и в полном варианте).

*2.*Четко представить кульминацию отрицательной ситуации. Ни чего не выяснять, просто спросить, что чувствует в теле и совершить 4-5 десенсибилизирующих серий. Можно менять направление движений каждый раз.

*3.*Сново просим клиента представить ресурсное воспоминание и закрепляем сериями движений из п.1.

*4.*Экологическая проверка. Представь, что мы ничего не делали. «Вспомни неприятное воспоминание. Сейчас волнует? Тревожит?».

Цель ДПДГ – снизить остроту боли.

Примечание: В методике можно использовать альтернативные модальности. Например щелчки пальцами рук над левым и правым ухом,

хлопать по ладоням рук, коленям, т.е. использовать любую латерализацию.

Если взгляд клиента «соскальзывает» можно попросить закрыть глаза и надавить на глазные яблоки.

Если клиент в сериях движений не доводит глазами максимально, а останавливается – привлекаем внимание щелчком пальцев рук, чтобы каждое движение было выполнено полностью.