**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА И ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

1. **Вопросы клинической эпидемиологии геронтопсихиатрических синдромов**

Соотношение структур заболеваемости психическими расстройствами лиц молодого (20-59 лет) и у лиц старшего возраста (более 60 лет) имеет следующий характер.

На первом месте в обеих группах находятся группа нозологических форм - органические непсихотические расстройства, притом как у одних, так и других, они составляют одинаковую долю в структуре заболеваемости.

Второе место у пожилых занимают органические психозы и слабоумие, из них большая часть сосудистые деменции и другие формы старческого слабоумия. У молодых данный вид расстройств по частоте находится только на четвертом месте.

Третье место по частоте в заболеваемости у пожилых людей занимают невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. У молодых данный вид расстройств диагностируется почти в 3 раза чаще, что ставит его на второе место по частоте у данной группы больных.

На четвертом месте у пожилых пациентов - непсихотические аффективные расстройства, подавляющая часть из которых - депрессии. У молодых данный вид расстройств на третьем месте.

Приведем также статистику психических расстройств, выявляемых у пациентов, обращающихся в геронтопсихиатрический кабинет общесоматической поликлиники.

Самыми распространенными нозологиями оказываются нарушения церебрально-сосудистого генеза (28,1%). На втором месте - невротические, связанные со стрессом и соматоформные (24,5%); на третьем - аффективные расстройства (преимущественно депрессивные) (20,2%). В пожилом возрасте (60-74 года) органические заболевания составляют менее одной трети наблюдений (29,1%), в то время как у больных старческого возраста (75 лет и старше) почти в двух третях случаев (61,4%) диагноз органического заболевания был основным. У пациентов пожилого возраста первое по частоте место занимают невротические, стрессогенные и соматоформные расстройства. Синдромальная оценка показывает, что самые распространенные синдромы - аффективные (38%) (почти без исключения депрессивные) различного генеза, включая эндогенные, психогенные и органические. На втором месте - психоорганический синдрому (24,5%). Психогенно-невротические синдромы составляют 18% наблюдений. Значительно реже в качестве основных выступают синдромы деменции (11,6%) различной тяжести (от мягкой до умеренной) и очень редко — неразвернутые бредовые и галлюцинаторные (3,7%), а также психопатические (2,9%) синдромы.

1. **Общие подходы к организации терапевтической среды при геронтопсихиатрических синдромах**

Занимаясь проблемами организации терапевтической среды при геронтопсихиатрических синдромах следует помнить, что, несмотря на то, что больных людей мы перестаем называть «пациентами», они от этого не перестают быть *больными людьми*. А это предполагает отношение к ним с пониманием. В случае психически больного человека это справедливо вдвойне. Таким образом, работникам необходимо иметь или развивать в себе качества доброты и человеколюбия. Кроме того, администрации стоит жестко подходить к профессиональному отбору персонала. К работе с таким контингентом больных не должны допускаться лица, страдающие неврозами, и тем более, психопаты.

Если пациент (клиент) демонстрирует явную психопатологическую симптоматику, либо длительно предъявляет массу необоснованных соматическихжалоб, в таких случаях непременно необходима консультация врача-психиатра или врача-психотерапевта.

Описанные нами ниже симптомы не являются диагностическим руководством. Они приводятся с целью повышения эрудированности врача общей практики, врача-гериатра и социального работник, так как ставить диагноз и назначать лечение в психиатрии – дело врача-специалиста. Задача же медицинских и социальных работников состоит в том, чтобы обратить на эти симптомы внимание и вовремя организовать консультацию психиатра.

При явной психопатологической патологии на первое место по значимости становится назначение адекватной психофармакотерапии, метода тяжело переносимого, порой, даже молодыми больными. Поэтому лицам старшего возраста предпочтительно назначают «легкие» препараты. Например, вместо «классических» нейролептиков седативного действия (аминазин, левомепромазин, нозинан, тизерцин), выписывают «легкие» (метилпромазин, алимемазин, терален, сонопакс, тиоридазин, маллерил).

Факторы терапевтической среды могут обладать общим воздействием на всех постояльцев и специфическим, благотворно воздействуя при определенных синдромах.

Так, уход от больничной атрибутики должен положительно отразиться на состоянии всех постояльцев (общее действии). Но особую значимость организация этого направления терапевтической среды имеет при невротических расстройствах (специфическое действие).

Противоположная ситуация отмечается при определенных нарушениях ориентировки (чаще всего встречается при нарушениях сознания и тяжелых деменциях), больной не сможет сопоставить некоторые ключевые факты реальности и прийти к умозаключению, что он, например, находится в больнице, а его собеседник – врач. Не поможет разобраться в этом ему даже белый халат собеседника и бейдж с надписью «врач». Хотя при некоторой сохранности отдаленных участков памяти из прошлого опыта такой больной может вполне вспомнить: «А вот раньше врачи носили белые халаты». Но даже в таком случае он затруднится назвать специальность непосредственно находящегося перед ним врача. В таких случаях уход от больничной обстановки, по-видимому, отходит по своей значимости на второй план. Поэтому здесь уместно говорить об общем воздействии.

Некоторые частные средства терапевтической среды должны подбираться индивидуально. Так, например, музыкотерапия осуществляет благотворное воздействие на различные психофизиологические сферы человека (сердцебиение, дыхание, эмоциональную, когнитивную и пр.) посредством специально подобранных музыкальных композиций, находящихся в определенной последовательности. Музыка, фоном играющая во всем отделении, не выполняет основную задачу музыкотерапии, поэтому ею не является. Так, если мы будем воздействовать одной и той же композицией на двух разных больных (например, один страдает депрессией, у другого отмечается кардиологическая патология), то одному из них мы, вероятно, можем навредить. Поэтому рекомендуется проводить сеансы, набирая группы больных с однотипным спектром патологии. Либо, если музыка звучит фоном в палате, то целесообразно контингент такой палаты формировать из больных со сходным характером страданий.

1. **Терапевтическая среда при психоорганическом синдроме**

Психоорганический синдром - состояние психической слабости, обусловленное органическим поражением головного мозга, характеризуется следующей триадой признаков (Вальтер-Бюэля): ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов (лабильность настроения). Часто наблюдаются астенические явления. Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется гипомнезия, в частности, дисмнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен.

Причинами психоорганического синдрома могут являться атрофические процессы головного мозга (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие), сосудистые заболевания головного мозга, поражениях центральной нервной системы, при сифилисе, черепно-мозговых травмах, различных интоксикациях, хронических нарушениях обмена веществ, при опухолях и абсцессах головного мозга, энцефалите, а также при заболеваниях сопровождающихся судорожными припадками.

В наиболее легкой форме психоорганический синдром представляет собой астеническое состояние со слабостью, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью, неустойчивостью внимания, снижением работоспособности. При тяжелых формах психоорганического синдрома на первое место выступает снижение памяти и интеллекта, доходящее до степени слабоумия.

Нарушения интеллекта у больных проявляются в первую очередь снижением критики при самооценке и оценке окружающего. Так, больной достаточно верно оценивает плохое и хорошее, но в отношении окружающих совершает неправильные поступки, бестактно высказывается, не понимая этого. Ухудшается в различной степени способность к приобретению новых знаний, снижается объем и качество знаний, полученных в прошлом, ограничивается круг интересов. Мышление становится консервативным, односторонним, что вместе с измененной оценкой окружающего ведет к нарушению способности больного охватить ситуацию в целом. Ухудшается речь, в частности, устная (уменьшается словарный запас, упрощается структура фраз, больной чаще использует словесные шаблоны, вспомогательные слова). В разговоре пациент с психоорганическим синдромом не способен выделить главное, легко отвлекается на второстепенные детали и застревает в них.

В связи с тем, что ключевым моментом при слабоумии, вызванном психоорганическим синдромом, является нарушение памяти, то нарушения интеллекта у больных проявляются в первую очередь, ухудшается в различной степени способность к приобретению новых знаний, снижается объём и качество знаний, полученных в прошлом, ограничивается круг интересов. В дальнейшем присоединяется ухудшение речи, в частности устной (уменьшается словарный запас, упрощается структура фраз, больной чаще использует словесные шаблоны, вспомогательные слова). Важно отметить, что нарушения памяти распространяются на все её виды. Ухудшается запоминание новых фактов, то есть страдает память на текущие события, снижается способность сохранять воспринятое и возможность активизировать запасы памяти.

Нарушения памяти, встречающиеся у пожилых людей, можно классифицировать следующим образом:

1. Дисмнезия - расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.

2. Гипомнезия - прогрессирующее снижение памяти в последовательности: ослабление произвольной репродукции, затем удержания в памяти и после этого запоминания.

3. Амнезия - количественное нарушение памяти, особенно на недавние важные события, или неполных воспоминаний о произошедших событиях, выпадение участков памяти.

4. Синдром Корсакова - разновидность амнестического синдрома, основой его является невозможность запоминать текущие события при более или менее сохранной памяти на прошлое, в связи с чем возникает нарушение ориентировки. В первую очередь это касается времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. И ещё один характерный симптом этого синдрома - парамнезии, главным образом в виде конфабуляций (см. ниже).

5. Парамнезии - качественные расстройства памяти, выражающиеся в ложных воспоминаниях; может происходить смешение прошлого и настоящего, а также реальных и вымышленных событий. Парамнезия часто характеризуется переоценкой влияния собственной личности на исход некоторых событий, имевших место в прошлом.

6. Псевдореминисценции - вид парамнезий, заключающиеся в смещении во времени событий, действительно имевших место в жизни пациента. Прошлое выдается за настоящее. При псевдореминисценции пациенты, рассказывая о событиях, происходивших в действительности, сообщают факты, которые не происходили вообще или же происходили, но в другое время и не имеют отношения к действительно происходившему. Содержанием псевдореминисценций являются, как правило, факты обычной жизни, излагаемые однообразно, обыденно, правдоподобно.

7. Конфабуляция - вид парамнезий, заключающийся в том, что больной сообщает о вымышленных событиях, никогда не имевших места в его жизни.

8. Криптомнезии - вид парамнезий, при которых некогда прочитанное или увиденное воспринимается как часть собственной жизни, либо, наоборот, собственная жизнь кажется эпизодом романа или фильма.

Лечение направлено на терапию основного заболевания, вызвавшего психоорганический синдром и проводится в зависимости от степени выраженности заболевания в стационаре или амбулаторно. Положительное действие оказывают ноотропные препараты, нейротрофическая и церебропротективная терапия, антиоксиданты и витаминотерапия.

Организация терапевтической среды для пациентов с психоорганическим синдромом включает с себя: создание «понятной» для клиента среды, исключение/нивелирование потенциально неблагоприятных, вредоносных и опасных факторов среды. В аспекте воздействия в рамках эрготерапии значима активация когнитивных функций (тренировка), интенсивное получение информации (чтение), освоение различных новых навыков (пользование сетью Интернет, функциями мобильного телефона).

1. **Терапевтическая среда при деменции**

Деменция - приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых. Это распад психических функций, происходящий в результате разнообразных поражений мозга. Деменция – это психопатологический синдром, который наряду с когнитивными, также может включать аффективные (депрессия, апатия), психотические (бред, галлюцинации) расстройства и изменения личности.

По данным ВОЗ во всем мире насчитывается около 35,6 миллиона людей с деменцией. Ожидается, что это число удвоится к 2030 году до 65,7 миллиона и более чем утроится к 2050 году до 115,4 миллиона. В общей популяции выраженные признаки деменции выявляют приблизительно у 5 % людей старше 65 лет, умеренные – еще у 10 %. С увеличением возраста на каждые 5 лет распространенность деменции удваивается. Среди лиц старше 80 лет частота выраженной деменции составляет не менее 20 %, сосудистый характер ее составляет 10-15 %. Приблизительно 50-60 % всех случаев деменции связано с болезнью Альцгеймера. Исходя из половозрастной структуры населения России и эпидемиологических показателей деменции, полученных в странах Европы, вычислено, что в нашей стране живут более 1,5 млн. пациентов с деменцией, из которых не менее 1,0 млн. составляют пациенты с болезнью Альцгеймера. Признаки деменции различной степени выраженности обнаруживаются у 60 % лиц, находящихся в домах престарелых.

Деменцией могут сопровождаться следующие заболевания: болезнь Альцгеймера (50-60%), сосудистая деменция (10-20 %), алкоголизм (10-20%), внутричерепные опухоли, субдуральные гематомы и мозговые абсцессы (10-20 %), черепно-мозговая травма (10-20 %), нормотензивная гидроцефалия (10-20 %), болезнь Паркинсона (1 %), хорея Гентингтона (1%), прогрессирующий супрануклеарный паралич (1 %), болезнь Пика (1%), СПИД, вирусные энцефалиты, нейросифилис, хронические бактериальные и грибковые менингиты, дефицитарные состояния (недостаточность тиамина витаминов В3, В12, фолиевой кислоты, пеллагра), диализная деменция, гипо- и гиперфункция щитовидной железы, тяжелая почечная недостаточность, печёночная недостаточность,

системная красная волчанка, рассеянный склероз и др.

Ослабоумливающий процесс проходит стадии преддементных когнитивных нарушений, тяжесть которых оценивается в зависимости от когнитивного снижения и собственно деменцию.

1. Преддементные когнитивные нарушения:

а). Субъективные когнитивные нарушения. Индивид жалуется на снижение когнитивных функций (снижение памяти, рассеянность). При этом при формальном нейропсихологическом исследовании не выявляется отклонений от возрастной нормы. У пожилых данный этап – предвестник когнитивного снижения.

б). Легкие когнитивные нарушения. Замедление выполнения нейропсихологических тестов. Хорошо справляются с тестами, не требующими учета времени выполнения. С течением времени у пожилых людей нарастает дефект.

в). Умеренные когнитивные нарушения. Когнитивные нарушения выражены больше, чем при легкой степени. В отличие от пациентов с деменцией, у них сохранна повседневная активность и они более критичны в плане своих когнитивных функций. Продромальная фаза дементных процессов.

2. Деменция:

а). Легкая. Хотя работа и социальная деятельность существенно нарушены, способность к самостоятельной жизни сохраняется, с соблюдением правил личной гигиены и относительной сохранностью критики.

б). Умеренная. Предоставлять больного самому себе рискованно, требуется определенный надзор.

в). Тяжелая. Повседневная деятельность настолько нарушена, что требуется постоянный надзор (например, больной не в состоянии выполнять правила личной гигиены, не понимает, что ему говорят и сам не говорит).

Развитие деменции сопряжено с утратой способности выполнения вначале более сложных, затем элементарных видов повседневных действий, обеспечивающих жизнедеятельность пациента. Оценка способности выполнения повседневных действий определяет функциональный статус пациента, который является лучшим мерилом тяжести деменции.

В лечении основной метод – фармакотерапия. Применяются ингибиторы холинэстеразы (ривастигмин, галантамин, донепезил), мемантин, нейрометаболические и нейротрофические средства. При наличии сопутствующих синдромов назначают симптоматическую терапию.

Терапевтическая среда при преддементных когнитивных нарушениях и собственно деменцией включает в себя: создание «понятной» для клиента среды, исключение/нивелирование потенциально неблагоприятных, вредоносных и опасных факторов среды. В аспекте воздействия значима активация (в рамках эрготерапии), прежде всего, когнитивных функций (тренировка), интенсивное получение информации (чтение), освоение новых навыков (пользование сотовым телефоном, сетью Интернет).

1. **Терапевтическая среда при невротических соматоформных расстройствах**

Невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства – это обширный ряд состояний, включающие в себя:

1. Неврозы - собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению. Клиническая картина таких расстройств характеризуется астеническими, навязчивыми или истерическими проявлениями (см. ниже), а также временным снижением умственной и физической работоспособности. Психогенным фактором во всех случаях выступают конфликты (внешние или внутренние), воздействие обстоятельств, вызывающих психологическую травму, либо длительное перенапряжение эмоциональной или интеллектуальной сфер психики. Различные тревожные расстройства (фибии, тревожное расстройство, панические атаки – см. ниже) довольно часто сопутствуют неврозу.

2. Неврастения - психическое расстройство из группы неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению. Неврастения – это частный случай *астении*, состояния которое может наступать при ослаблении организма: в начальном периоде заболеваний внутренних органов (например, при коронарной болезни), сопровождать это заболевание, как одно из его проявлений (например, при язвенной болезни, туберкулезе и других хронических заболеваниях), или возникать как последствие закончившегося острого заболевания (воспаления лёгких, гриппа).

3. Фо́бия - иррациональный неконтролируемый страх или устойчивые проявления различных страхов.

4. Тревожное расстройство - психическое расстройство, характеризующееся общей устойчивой тревогой, не связанной с определёнными объектами или ситуациями. Часто может встречаться страх болезни или несчастного случая, распространяющийся на себя и/или на близких, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия.

5. Пани́ческое расстройство - это психическое расстройство, характеризующиеся спонтанным возникновением панических атак и ожиданием их возникновения, перестраивающим поведение.

6. Обсе́ссия - синдром, представляющий собой периодически, через неопределённые промежутки времени, возникающие у человека навязчивые нежелательные непроизвольные мысли, идеи или представления. Человек может фиксироваться на таких мыслях, и при этом они вызывают негативные эмоции, причём от таких мыслей трудно избавиться или управлять ими.

7. Компульcия - синдром, представляющий собой периодически, через произвольные промежутки времени, возникающее навязчивое поведение. Действия, которые, как человек чувствует, он вынужден выполнять. Невыполнение этих действий повышает тревожность у человека до тех пор, пока он не отказывается от сопротивления позыву.

8. Истерическое поведение - характеризуется неиссякаемой потребностью в получении внимания, неустойчивой самооценкой, переоценкой значимости пола, наигранным поведением и др. Часто встречается при истерической акцентуации и психопатии, конверсионных расстройствах.

9. Соматоформные расстройства – группа состояний, в клинической картине которых психические нарушения скрываются за соматовегетативными симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, хотя часто имеются неспецифические функциональные нарушения.

10. Ипохо́ндрия - состояние, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем, восприятии своих обычных ощущений как ненормальных и неприятных, предположениях, что кроме основного заболевания есть какое-то дополнительное.

11. Синдром Мюнхгаузена - симулятивное расстройство, при котором человек симулирует, преувеличивает или искусственно вызывает у себя симптомы болезни, чтобы подвергнуться медицинскому обследованию, лечению, госпитализации, хирургическому вмешательству и т. п. Такие пациенты, как правило, отрицают искусственную природу своих симптомов, даже если им предъявляют доказательства симуляции. Обычно они имеют длительную историю госпитализаций из-за симулированных симптомов. Не получая ожидаемого внимания к своим симптомам, больные с синдромом Мюнхгаузена часто становятся вздорными и агрессивными. В случае отказа в лечении одним специалистом больной обращается к другому. Чаще всего такие больные симулируют конвульсии, кровотечения (вызванные приёмом антикоагулянтов), рвоту и понос.

В целом, больные всей группы могут предъявлять массу разнообразных жалоб, как психических, так и физических.

Среди психических симптомов можно выделить: эмоциональное неблагополучие (часто без видимых причин), нестабильность настроения, его частая и резкая изменчивость, раздражительность, плаксивость, обидчивость, ранимость, тревожность, высокая чувствительность к стрессам (на незначительное стрессовое событие люди реагируют отчаянием или агрессией), зацикленность на психотравмирующей ситуации, нерешительность, проблемы в общении, неадекватная самооценка (занижение или завышение), частое переживание чувства тревоги, страха, «тревожного ожидания чего-то», фобии, возможны панические атаки, чувствительность к громким звукам, яркому свету, перепадам температуры, при попытке работать – быстрое утомление, снижается память, внимание, мыслительные способности. Возможна неопределенность или противоречивость системы ценностей, жизненных желаний и предпочтений, представления о себе, о других и о жизни. Часто встречается цинизм.

Возможны расстройства сна: плохое засыпание вследствие перевозбужденности, навязчивых мыслей, пробуждения ночью, сам сон поверхностный, тревожный, не приносящий облегчения, кошмарные сновидения, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна, утром часто наблюдается сонливость.

Физические симптомы могут включать: головные, сердечные боли, боли в области живота, часто проявляющееся чувство усталости, повышенная утомляемость, общее снижение работоспособности, вегето-сосудистую дистонию, головокружения и потемнения в глазах от перепадов давления, нарушение аппетита (переедание, недоедание, чувство голода, но быстрая насыщаемость при приеме пищи), нарушения вестибулярного аппарата (сложность держать равновесие, головокружения), вегетативные нарушения (потливость, сердцебиение, колебания артериального давления, нарушение работы желудка, кашель, частые позывы к мочеиспусканию, жидкий стул), психологическое переживание физической боли, излишняя забота о своем здоровье (вплоть до ипохондрии).

Данная группа, пожалуй, самая благодарная почва для лечения различными методами психотерапии. Такую общую последовательность в лечении приводит А. М. Свядощ: на первом этапе устанавливается контакт с больным, проводятся общеукрепляющие или снижающие эмоциональную напряженность мероприятия; на втором – лечение, направленное на устранение основных симптомов невроза; на третьем этапе главное внимание уделяется активации личности, ее вовлечению в трудовую деятельность, социальной реадаптации.

При организации терапевтической среды для пациентов с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами специфичными средствами являются при организации среды: уход от больничной атрибутики, создание «свободной» среды и внесение элемента «домашней обстановки». В аспекте воздействия особую значимость приобретают различные варианты психотерапии, а также терапии творческим самовыражением, релаксационные методики (аутотренинг, светотерапия, ароматерапия, медитация, массаж), биологически обратная связь, терапия произведениями живописи, музыкотерапия, эрготерапия (лечебная физкультура, трудовая реализация).

1. **Терапевтическая среда при депрессии**

Депрессия - это психическое расстройство, характеризующееся триадой симптомов: снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т.д.), двигательной заторможенностью.

Факторы, которые предположительно могут лежать в основе депрессии многочисленны.

Она может возникнуть вследствие соматических заболеваний (*соматогенная депрессия*): сахарный диабет, опухоли, сердечно-легочные заболевания, хронический гепатит, авитаминозы, инфекционные заболевания. Депрессия может быть также обусловлена неврологическими заболеваниями: инсульт, деменция, эпилепсия, инфекции и опухоли центральной нервной системы, черепно-мозговая травма, рассеянный склероз и др.

Причиной депрессии могут явиться драматические переживания (потеря близкого человека, напряженные отношения с родственниками и пр.). В таких случаях речь идет о *реактивной депрессии*.

Если психологические или соматические причины депрессии отсутствуют или не очевидны, такая депрессия называется *эндогенной* (т. е. как бы «исходящей изнутри» из организма, психики). В таком случае она является индикатором нарушений обмена или других психических заболеваний.

Депрессия может явиться результатом побочного действия многих лекарств (например, нейролептиков, леводопы, кортикостероидов, бензодиазепинов).

В некоторых случаях в бессолнечную погоду или у тех, кто находится в затемнённых помещениях, депрессия может возникать из-за отсутствия яркого света. Эту разновидность называют *сезонной депрессией*, ибо она наиболее часто наблюдается у больных осенью и зимой.

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.

В течении 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 отсутствит лечения депрессия может привести к попытке самоубийства, отчуждению от окружающих. Окружающим стоит насторожиться, если человек начинает высказывать идеи безысходности, бессмысленности жизни, собственной смерти и пр. Но только лишь фактическая попытка суицида является показанием для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Особенно следует отметить форму депрессии (так называемая «*депрессия без депрессии*», *скрытая, соматизированная депрессия*), при которой жалобы со стороны эмоциональной сферы могут быть нивелированы или вовсе отсутствовать. Тогда на первый план могут выступать разнообразные жалобы иного спектра. Так больной может предъявлять на боль в животе, в области сердца, головную или мигрирующие боли. В иных случаях длительные и упорные нарушения сна, которые выражаются в раннем пробу­ждении, как правило, в 3-4 часа утра, сокращении продолжительно­сти ночного сна, отсутствии эффекта от снотворных препаратов. Больные просыпаются от «внутреннего толчка», «смутного беспо­койства», «волнений», «предчувствия беды»; большинство из них потом уже не могут уснуть. Также возможен псевдоастматический варианты течения, при котором больные испытывают мучительное, тягостное ощуще­ние удушья, стесненного дыхания, кома в горле, нехватки воздуха. Может протекать такая депрессия под маской обсессивно-компульсивного синдрома, аллергии, панических атак др., с симптомами характерными для подобных состояний. Такие симптомы не имеют под собой органической причины и исчезают или значительно нивелируются после приема антидепрессантов.

В лечении первостепенное значение принимает фармакотерапия. В случаях легкой и умеренной депрессии можно применять растительные препараты (гиперицин). Необходимо правильное назначение врачом лекарственных препаратов – антидепрессантов. Антидепрессанты преимущественно стимулирующего действия (анафранил, мелипрамин, ципрамил, паксил, прозак) используются для лечения больных с депрессией, сопровождающейся заторможенностью, апатией и тоской. Антидепрессанты преимущественно седативного действия (амитриптилин, людиомил, азафен). Следует учитывать, что антидепрессанты не действуют на депрессию сразу. Антидепрессивный эффект проявляется, чаще всего, спустя 2 - 3 недели приема. В некоторых случаях он развивается лишь через 6 - 8 недель приёма препарата, а иногда через 10 - 16. После купирования депрессивной симптоматики прием препарата продолжается от 4 - 6 месяцев до нескольких лет. При резком прекращении приема антидепрессанта возможен синдром отмены.

При соматизированной депрессии через некоторое время приема антидепрессантов уменьшается выраженность жалоб сома­тического характера, и в клинической картине на первый план вы­ступают собственно эмоциональные нарушения – больные начинают жаловаться на подавленное настроение, т.к. антидепресанты «дема­скируют» депрессию. Нередко это воспринимается как ухудшение состояния в результате неправильной терапии, затем следуют отмена препарата и тотальное ухудшение состояния.

Считается, что легкой и умеренной депрессии приемлема терапия методом психотерапии. По некоторым данным, физические упражнения при лечении депрессии могут быть значительно более эффективны, чем антидепрессанты. Депрессию также лечат акупунктурой, гипнотерапией, музыкотерапией, арт-терапией, ароматерапией, медитацией. Эффективным методом лечения любых видов депрессии является светотерапия. Длительность процедур составляет от 30 минут до 1 часа, предпочтительно утром после пробуждения. Кроме искусственного освещения (специальная световая камера), может быть эффективен выход наружу в естественный солнечный свет, при хорошей погоде, благоприятной для наблюдения утреннего восхода солнца.

При организации терапевтической среды для пациентов с депрессией специфичными средствами являются: уход от больничной атрибутики и внесение элемента «домашней обстановки»; в аспекте воздействия: различные варианты психотерапии, терапии творческим самовыражением, светотерапия, ароматерапия, медитация, терапия произведениями живописи, музыкотерапия, эрготерапия (активизирующее действие).