

Д-р Самюель Пфайфер

Депресія

Хвороба сучасності

Д-р Самюель Пфайфер

Депресія

Хвороба сучасності

Львів
Видавництво «Свічудо»
2017

Назва оригіналу: Dr. med. Samuel Pfeifer. Depression. Krankheit der Moderne.

УДК 159.942.53

ББК 88.28-38

П 91

Переклад з німецької
Олега Кушнікова

Наукова редакція
Бабич Вікторії – к.м.н., PhD, лікар-психіатр,
медичний психолог, психотерапевт

Відповідальний редактор
В'ячеслав Халанський, Ph.D. (a.b.d),
співробітник дослідницького центру «Реаліс»

Художнє оформлення
Христина Рейнарович

Пфайфер, Самюель

П 91 Депресія : Хвороба сучасності / Д-р Самюель Пфайфер ;
пер. О. Кушніков. – Львів : Свічадо, 2017. – 88 с.

УДК 159.942.53

ББК 88.28-38

ISBN 978-966-938-055-5

© Д-р Самюель Пфайфер

Зміст

Передмова.....	7
Коротко й зрозуміло.....	15
Передмова видавця.....	16
I. Життя в тіні	17
Вступ.....	17
Частота і симптоми депресії.....	18
Чотири основні симптоми.....	19
Контрольні запитання для розуміння депресії.....	20
Діагностичні анкети.....	21
Критерії депресивного епізоду (згідно з DSM IV)	21
Депресія і тривога.....	22
Виникнення депресії – комплексне явище	24
Вразлива особистість	26
Форми депресії.....	28
Різні форми депресії. Ендогенна чи реактивна?.....	29
На який тип депресії страждаєте Ви?	30
Дистимія.....	31
Депресія в людей літнього віку	33
Біполярний розлад	34
Депресії, викликані соматичними захворюваннями.....	38
Перебіг депресій.....	39
Біль і депресія	41
Депресія, психосоматика і культура.....	44
Емоційне вигоряння – нова форма депресії?	46
Депресія в жінок.....	48
Депресія в чоловіків	49
II. Терапія і душпастирство за депресивних розладів	52
Практична допомога й активізація під час проведення бесіди	53
Помилки, яких можна уникнути	54

Практична допомога й активізація.....	57
Медикаментозне лікування.....	59
Літій і Ко. за біполярного розладу (маніакально-депресивного розладу).....	63
Розпізнавання небезпеки самогубства.....	64
Як поводитися з пацієнтами, схильними до самогубства.....	66
III. Депресія і віра	68
Віра також може засліплювати	68
«Вода доходить мені до горла».....	69
Симптоми, що ускладнюють релігійне життя.....	70
Необхідність молитви.....	72
Позитивні аспекти віри	72
Вчитися терпіти	74
Допомога для душпастирів.....	75
Література.....	77
Додаток 1. Опитувальник депресії Бека.....	78
Додаток 2. Опитувальник шкали Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії	82

Передмова

Це видання, присвячене розгляду психічного здоров'я людини, представляє серію книг, написаних доктором медицини, директором психіатричної клініки з тридцятип'ятирічним досвідом праці в Швейцарії, доктором Самюелем Пфайфером.

Про значення охорони психічного здоров'я в нашому суспільстві з більшою наполегливістю заговорили психологи, психотерапевти, психіатри, священники у зв'язку з довготривалою війною з агресором. Поглиблення дезадаптованості спостерігається не лише серед військових, членів їхніх сімей, мешканців прифронтових зон чи переселенців. Ми всі стали учасниками страшних подій, що занурюють нас у жахливу дійсність. Хочемо ми того чи ні, але змінюється наша взаємодія з навколишнім світом, ставлення до себе, людина поступово втрачає свою працездатність. У зв'язку з цим це видання набуває великої цінності для охорони психічного здоров'я нашого суспільства.

Ця книга присвячена одній з найактуальніших тем практичної психології, психотерапії та психіатрії – депресії. Йдеться про найголовніше і найзворушливіше у житті людини – про відносини людини з навколишнім світом і з собою. Ці стосунки не завжди прості та зрозумілі, часто їх супроводжує складність і заплутаність. Депресія – це хвороба, яка вимагає дбайливого ставлення у зв'язку зі «складними стосунками з життям». Тому ця книга про непрості переживання людини при зустрічі з цією «тихою епідемією» сучасності.

Актуальність теми депресії обумовлена значною поширеністю цієї патології. Напевно не випадково вихід цього видання збігається з кампанією ВООЗ, присвяченою депресії у 2017 році, що лише підтверджує важливість цієї теми сьогодні. І не дарма, оскільки міжнародні дослідження вказують на динамічну тенденцію зростання кількості людей, які страж-

дають на депресію. Скринінгові дослідження і обстеження схильності до самогубства та депресії, представлені даними МОЗ України ще у 2011 році, зазначили, що в структурі захворюваності на психічну патологію понад 70% становлять психічні розлади непсихотичного рівня, серед яких переважають депресії¹. Самюель Пфайфер зазначає, що «у всьому світі депресія є головною причиною обмеження працездатності і перебуває на третьому місці серед хвороб, від яких люди страждають найчастіше: серцево-судинних² та онкологічних захворювань. І ця тенденція зростає. Депресія наявна в усіх країнах та культурах – на неї страждає більше 120-ти мільйонів людей. Ось результати, які свідчать про частоту захворювання: 15-20% населення відчуває себе періодично у депресивному стані, 3% впродовж року хворіють на тяжку депресію».

Дослідження Національного інституту психічного здоров'я (США) демонструють всю серйозність епідеміології депресії серед підлітків. За даними за 2015 рік близько 16,1 мільйона дорослих віком від 18 років пережили як мінімум один депресійний епізод в минулому році (*тобто у 2014*). Це становить 6,7% всього дорослого населення США. А серед пацієнтів загальної медичної мережі частота депресій становить близько 30%³.

Провідну роль у виникненні депресії і призначенні антидепресантів відводять біологічним механізмам, і саме такі уявлення найчастіше переважають у лікарів загальної практики, невропатологів і психіатрів, які призначають ці пре-

¹ Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії: [метод. реком.] / за ред. Г. О. Слабого. – К., 2011. – 32 с.

² За цими дослідженнями в Україні «встановлено наявність тривожних, депресивних та поєднаних розладів у 61,61 % пацієнтів із серцево-судинною патологією» (див. В.М. Корнацький, Д.М. Мороз).

³ Dubrovsky S.L., цит. за Смулевич А.Б. Депресії при соматичних і психічних захворюваннях. – М.: Мелдіцина, 2003 с.17.

парати. На тлі фармацевтичного буму в підході до депресії менш помітними стають досягнення сучасної психотерапії, а також роль Церкви в допомозі людям, які страждають на депресію.

У суспільстві, в якому ми живемо, далеко не однозначно ставляться до людини, яка планує звернутись або звернулася за допомогою до психолога, психотерапевта, а тим паче – до психіатра. У нашій практиці ми часто зустрічаємося з відмовою багатьох пацієнтів приходити на психотерапевтичні сесії у зв'язку зі стигматизацією на роботі, серед оточуючих та членів сім'ї. Часто пацієнти, які страждають на різні форми депресії, відмовляються від лікування антидепресантами через побічні ефекти або установки, що створюють перешкоду успішному використанню медикаментів. Особливо це може стосуватися пацієнтів, які практикують християнські принципи віри. Між вірою і медициною довгий час перебувала невидима стіна. Однак з 1995 року Гарвардська медична школа почала проводити конференції за участю величезної кількості вчених на тему: «Духовність і зцілення в охороні здоров'я». Duke University (США) заснував Центр вивчення релігії/духовності і здоров'я. Уже у 1999 році 61 з 126 медичних шкіл в США пропонували курси духовності і здоров'я. Дослідження Данієля Янкеловича свідчить, що 94% представників охорони здоров'я (НМО – Health Maintenance Organization, USA) і 99% сімейних лікарів згодні з тим, що «особиста молитва, медитація та інші релігійні практики можуть поліпшити медичне лікування». Гарольд Пінкус (1997), заступник медичного директора Американської психіатричної асоціації, вважає, що безліч досліджень віри і психічного здоров'я «ясно дали зрозуміти, що будь-яка людина, яка займається наданням медичних послуг, <...> не може ігнорувати <...> важливі зв'язки між духовністю, релігією і здоров'ям» (David Myers). У нашому пострадянському контексті духовність/релігія і психіатрія/психотерапія часто розглядаються антагоністично як представниками професійних співтовариств (психологами, психі-

атрами), так і священнослужителями та пасторами⁴. Самюель Пфайфер вміло інтегрує межі буття людини (як фізичну, психічну і духовну складові).

Вищезазначені передумови роблять це видання вельми актуальним, представляючи нові перспективи для допомоги депресивним пацієнтам. Ця книга може допомогти релігійним пацієнтам (які практикують свою віру), які страждають на депресію, більше зрозуміти природу цієї хвороби, її форми і способи лікування. Однак, як каже Самюель Пфайфер, «депресія – це хвороба, яка вимагає дбайливого ставлення. Депресія – це не лише криза почуттів, а часто й криза віри».

Однак, це не релігійний/філософський або теологічний трактат, а скоріше написаний досвідченим психіатром і психотерапевтом науковий огляд теми депресії, в якому надано професійні рекомендації та описи такого складного захворювання як депресія. Це не вичерпний матеріал на тему депресії, але в оригінальному виданні ця книга є коротким конспектом для всебічного вивчення у багатьох університетах, де готують майбутніх психологів, духовних наставників, священнослужителів. Ця книга буде корисна тим, хто працює в сфері психічного здоров'я.

На завершення хочеться згадати слова Антуана де Сент-Екзюпері: «Хоча людському життю немає ціни, ми завжди поводимося так, ніби існує щось іще цінніше». Нехай ця книга навчить нас мужності звертатися за допомогою до психологів, психіатрів, компетентних у сфері психічного здоров'я свяще-

⁴ Варто згадати про масові дослідження колег з США, які досліджують вплив християнських цінностей на психічне здоров'я особистості, про роль прощення (Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. M., & Worthington, E. L.); про психотерапію пар, що фокусується на прощенні (Everett Worthington; Jr., Berry, J. W., Hook, J. N., Davis, D. E., Scherer, M., Griffin, B. J., Wade, N. G., Yarhouse, M., Ripley, J. S., Miller, A. J., Sharp, C. B., Canter, D. E., & Campana, K. L.); див. дослідження David Myers; видавці мають такі назви як "Зцілювальна сила віри" (Simon & Schuster, 1999), Religion and Health (Oxford University Press, 2000), and Faith, Medicine, and Science (Haworth, 2005).

ників, так само, як ми звертаємось до кардіологів, окулістів, логопедів, і нехай вона послужить провідниками для поліпшення якості психічного життя нашого суспільства.

*В'ячеслав Халанський, Ph.D. (a.b.d),
співробітник дослідницького центру «Реаліс»*

* * *

Зростанням абсолютних та відносних епідеміологічних показників депресивних розладів (які без застереження можна назвати хворобами цивілізації) характеризує стан психічного здоров'я у будь-якій країні світу, в тому числі і в Україні, до того ж їхня поширеність пов'язана з багатьма як макро-, так і мікросоціальними чинниками. Депресивні хворі страждають від цілого ряду функціональних обмежень та схильності до значного порушення виконання повсякденних функцій, набагато гірше встановлюють близькі стосунки з людьми та менш адекватні в соціальній взаємодії, їм складно справлятися з сімейними та професійними проблемами.

Пацієнти з депресіями в наш час представляють досить велику проблему не стільки в практиці лікаря-психіатра, скільки в роботі лікаря загальної практики (сімейного лікаря), за рахунок того, що часто зустрічаються «стерті форми» цих розладів, в клінічній картині яких домінують невротичні, соматизовані, вегетативні розлади. З приводу таких депресій пацієнти звертаються за медичною допомогою до установ загально-медичної мережі. Саме тому в сучасних умовах проблему депресій розглядають як одну з ключових не тільки в психіатрії, але і в загальній медицині.

Тому інформаційне забезпечення населення щодо депресії та її наслідків (усунення або обмеження негативного впливу факторів ризику та механізмів виникнення, запобігання розвитку ускладнень, активне формування здорового способу життя є необхідними елементами процесу формування здо-

рового суспільства в його соціальному, національному й інших аспектах. Книга доктора Самюеля Пфайфера «Депресія. Хвороба сучасності» саме забезпечує такими знаннями в доступній для сприйняття формі та є нагально-актуальною в сучасному суспільстві.

Бабич Вікторія – к.м.н., PhD,
лікар-психіатр, медичний психолог, психотерапевт

* * *

Чи можуть депресія і щира віра в Бога співіснувати в душі людини? З одного боку, це питання видається трохи дивним, адже нам нескладно уявити собі глибоковіруючу людину, що хворіє на серцеву недостатність або бронхіальну астму. Однак ми завчасно не сприймаємо депресію та інші психологічні розлади як справжні хвороби, що потребують професійної допомоги. Багато людей помилково вважають депресію ознакою вади особистості, а християни часто пов'язують депресію з нестачею віри. Але сучасна наука та біблійна антропологія вказують на той факт, що депресія є справжнім захворюванням, так само як і цукровий діабет або епілепсія.

Депресія є не тільки реальною, але й широко розповсюдженою хворобою. Недавнє дослідження ВООЗ виявило поширеність «значного депресивного розладу» у розмірі 14.6% серед українського населення, та 81% опитаних проявляли окремі ознаки депресії. Це означає, що депресія в певній мірі вже торкнулась або ще торкнеться нас чи наших близьких.

Які причини приховані за цими невтішними статистичними даними? По-перше, соціальні травми ХХ століття (Голодомор, Друга світова війна та ін.) залишили свій чорний відбиток на душах українців. Також роки незалежності продовжують вкрадати суспільну надію через нескінченну політичну та економічну нестабільність, закорінілу корупцію та неприховану агресію з боку північного сусіда. На додаток

до цього, глобалізація та «МакДональдизація» України мають власні «побічні ефекти»: підвищена мобільність населення призводить до послаблення родинних зв'язків, що в свою чергу послаблює рівень необхідної соціальної підтримки; перетворення «людини» на «споживача» робить нас рабами культури споживання, залишаючи кожного з нас незадоволеним тим, що маємо та невтомно бажаємо чогось іншого; все це робить наш вразливішими до депресії. Я часто спостерігав це в праці з пацієнтами, коли керував розвитком Інституту депресії (Depression Center of Excellence) при великій християнській психіатричній клініці Пайн Рест в Мічигані, а також коли працював заступником директора Центру психології при Українському Католицькому Університеті у Львові. Тому ця чудова коротенька книжка д-ра Пфайфера для нас дуже актуальна.

Незважаючи на розповсюдженість депресії, доступ до ефективного лікування в Україні на сьогодні залишається дуже обмеженим. Політичне зловживання психіатрією за радянських часів та поширення шарлатанів-екстрасенсів у пострадянський період досі негативно впливають на рівень довіри українського населення до психіатрії та психології. До того ж, українцям здебільшого важко відверто розповідати про деталі особистого життя та душевні рани незнайомцям, навіть якщо цей незнайомиць-фахівець, який щиро хоче допомогти. І, нарешті, нестача справжніх кваліфікованих психотерапевтів, консультантів та душпастирів також додає бали до нерішучості пересічного українця, що страждає на депресію, шукати професійної допомоги.

В чому ж полягає роль Церкви в контексті сучасної епідемії депресії? Через довіру до Церкви, вірні, які страждають на депресію, часто звертаються до священників, пасторів та інших служителів за допомогою та духовною підтримкою. Служителі насправді перебувають на «передовій» охорони душевного та психічного здоров'я. Покладаючись на істини та мудрість Святого Письма та власний багаторічний досвід

роботи директором психіатричної клініки у Швейцарії, д-р Самюель Пфайфер в цій книжці правдиво і лаконічно висвітлює те, що священник або консультант має знати про депресію і її лікування (в т.ч. роль духовної підтримки). Автор компетентно окреслює основні моменти ефективного душпастирства при депресії та, головне, підказує пасторам як уникнути консультативних помилок, які б завдали шкоди вірним, що перебувають в депресії. Окрему увагу автор приділяє розпізнаванню небезпеки самогубства та його випередженню. Як лікар-психіатр, д-р Пфайфер також згадує про можливу роль психіатричних медикаментів у лікуванні депресії. Важливо пам'ятати, що подібна загальна інформація про антидепресанти не є рецептом на кожен випадок; самолікування може бути небезпечним для життя, тому ж консультація і нагляд кваліфікованого психіатра завжди необхідні при медикаментозному лікуванні.

Для більшості християн віра є джерелом надії, але, на жаль, вона не є вакциною від депресії. Віряни та їхні служителі потребують достовірної інформації про цю розповсюджену психологічну хворобу для того, щоби прямувати до зцілення від депресії. І ця невеличка але важлива книжка – це крок в цьому напрямку!

Віталій Войтенко

доктор клінічної психології, викладач психології
та директор клінічної підготовки програми докторських
студій християнського університету Wheaton College
(м. Вітон, штат Іллінойс, США)

Коротко й зрозуміло

Чи Вам доводилося опинитися в ситуації, коли треба, інколи просто необхідно, довідатися про певне коло питань, але те, що зазвичай пишуть фахівці, занадто складне чи велике за обсягом? Хто ж має стільки часу, щоб тижнями опрацьовувати кожну тему!?

Ми хочемо допомогти Вам у цьому. У виданні «Хенсслер коротко й зрозуміло» фахівці, що роками інтенсивно опрацьовують якусь тему, коротко й вичерпно подадуть огляд того, що треба знати для її обговорення.

Кожен том серії «Хенсслер коротко й зрозуміло» містить такі елементи:

- факти й основна інформація
- обговорення суперечливих питань
- практична допомога та вказівки для подальшої роботи

Усе викладено так, що читач за 2-3 години (тобто замість вечірнього детективу чи їдучи в транспорті) може засвоїти основні відомості з теми. Звичайно, Ви будете використовувати прочитане набагато довше – на практиці у своєму житті чи просто в розмовах з іншими.

Я хотів би Вам побажати, щоб ця маленька книга змогла розширити ваш світогляд і дала інформацію, яку ви шукаєте.

Томас Шіррмахер

Передмова видавця

Щоранку я прокидався коло 5:00 від тяжких думок. Мене огортало передчуття, що сьогодні чи найближчим часом усе може погіршитися. Я добре знав, що ці думки зникнуть, щойно я просто встану, проте я чомусь і далі лежав і навіть зовсім би не вставав, якби мене до цього не змушувала сімейна метушня.

Коли згодом я вперше почув, що в мене «депресія», я образився! Я сам керував своїм життям, був взірцем для інших, не мав особливих причин для скарг і взагалі: як християнин, хіба я не довірив всі свої турботи Богові? Я тоді ще не знав, що мільйони людей страждають, принаймні епізодично, на депресію.

Я дуже вдячний тим людям, які тоді люб'язно поговорили зі мною, і я зміг прийняти той факт, що кожна людина може потрапити в депресивний період свого існування, і я радий, що погодився прийняти їхню допомогу. Сьогодні я знаю, що коли виникає відчуття, що ми вже не можемо впоратися зі своїм життям, тоді ми просто мусимо відкрито й чесно обговорювати це між собою.

Писати про депресію *коротко й зрозуміло* – це виклик. Адже треба вміти подати в зрозумілій кожному формі глибокі й різноманітні фахові знання, що заповнюють товсті підручники. Щоб у доповідях чи брошурах донести до кожного слухача й читача основну суть проблеми, яка завжди проявляється дуже індивідуально, треба мати неабиякий досвід розмов із різними людьми.

Я радий, що в особі доктора Самуеля Пфайфера я знайшов такого автора. Як керівник клініки психіатрії і психотерапії, він особисто працював з багатьма людьми. Багатьом допомогли його семінари. Як лікар і як християнин, він відомий тим, що його фахові медичні та психологічні знання дуже добре збігаються з бажанням душпастирів надавати людям цілісну й водночас багатогранну допомогу.

Томас Шірмахер

I. Життя в тіні

Вступ

«Якби я лише знала, що зі мною буде, – писала мені жінка середнього віку. – Коли я встаю, то відчуваю внутрішнє тремтіння й повне безсилля. Уся моя здатність до творчості безслідно зникає. Мені важко вдається щось планувати, і сама лише думка про найменше зусилля мене пригнічує. Складається враження, що моє серце стискає кулак, – інколи мені важко глибоко вдихнути. Я не наважуюсь «звільнитися», бо від того одразу плачу – без будь-якої причини! Живу я досить добре: проваджу домашнє господарство, виховую дітей. Проте уникаю телефонних розмов й особистих зустрічей, бо в мене для цього замало сил. Мені тяжко піти на збори громади, сподіваюся, що ніхто нічого від мене не потребуватиме й ніхто не питатиме, як мої справи. Хоч я зазвичай знаходжу сили у вірі, мені здається, що моя молитва доходить лише до стелі. Почуваю себе так, ніби моє різнобарвне життя звузили до чорнобілого. Чи можете Ви мені допомогти?»

Депресія стала хворобою нашого часу. Все більше й більше людей скаржиться на втрату енергії, почуття меншоварності, пригніченість та безнадійність.

Проф. Пауль Кільгольц (Paul Kielholz), що одним із перших досліджував депресію, писав про це так: «Таке збільшення захворюваності, з одного боку, можна пояснити покращенням діагностики й терапії депресивних станів, а з іншого – втрапою довірливих взаємин і самотністю людини в нашому світі, що живе під гаслом «спожити – і викинути».

Теолог Пауль Шютц (Paul Schütz) називає меланхолію масовим захворюванням: «Меланхолія просочується, як кровотеча, якої неможливо зупинити, з кожної людини, що відчуває роз'єднаню із самою собою і зі світом навколо себе».

І справді, статистика доводить: кожна четверта жінка віком до 30 років хоча б раз зверталася до лікаря з психічними або соматичними симптомами депресії.

Сьогодні ми чуємо багато нових термінів – від «емоційного вигоряння» до «синдрому хронічної втоми». Але депресія є здавна відомим феноменом: людина самим фактом свого існування може перебувати в скрутних ситуаціях, які її пригнічують. Уже в Псалмах переконливо зображено депресивні симптоми. Депресія не оминає і віруючих людей. Затьмарення впевненості у своїй вірі, неспроможність молитися, докори сумління за провини, які гризуть душу, – усе це віруючі переживають особливо боляче. Ця книга подає огляд сучасного рівня дослідження депресії і цим має допомогти краще зрозуміти цю хворобу.

Частота і симптоми депресії

Для депресії властиві такі ознаки: зменшена радість життя, обтяжливість стосунків з людьми та знижена працездатність. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) зазначає про «втрачені роки якісного життя (YLD)». У всьому світі депресія є головною причиною обмеження працездатності і стоїть на третьому місці після хвороб, від яких люди страждають найчастіше, – серцево-судинних та онкологічних захворювань. І ця тенденція зростає. Депресії трапляються у всіх країнах і культурах – на неї страждає понад 120 млн. людей. Подані далі цифри свідчать про частоту захворювання: 15-20 відсотків населення періодично відчувають себе в депресивному стані. 3 відсотки впродовж року хворіють на тяжку депресію. І близько 0,6 відсотка впродовж усього життя хворіють на маніакально-депресивний розлад (див. стор. 34: *біполярний розлад*).

Жінки більш схильні до такого стану й страждають на депресію в 3-4 рази частіше, ніж чоловіки. Причини різні: ви

більш чутливі, ніж інші? У вас було важке дитинство? Ви схильні говорити про свої почуття, тимчасом як чоловіки вгамовують свій стан роботою (чи алкоголем)? Чи ви більше залежні від вашого гормонального циклу? А може, ви більше страждаєте від значного навантаження в сім'ї, у домашньому господарстві та на роботі?

Чотири основні симптоми

Ми розрізняємо чотири вагомні, основні симптоми:

А. Депресивний розлад почуттів.

Безрадісність, глибока «життєва» туга, внутрішній неспокій і страх, дратівливість, почуття порожнечі, зневіра, почуття провини, безнадійність, відчуття апатії та отупіння.

Б. Порушення мислення.

Загальна загальмованість, депресивний зміст думок (негативне бачення себе самого, навколишнього світу та майбутнього), «помилки когнітивного мислення» (дивись: «когнітивна поведінкова терапія»), нездатність до прийняття рішень, проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю, у тяжких випадках – депресивні маревні ідеї (хибні уявлення про можливість зубожіти, свою гріховність та самоприниження).

В. Розлади моторики.

Гіподинамія, депресивне заціпеніння, уповільненість, маскоподібний вираз обличчя, опущені плечі. Або: помітний зовні неспокій, потяг до метушливості чи беззмістовної діяльності.

Г. Соматичні/вегетативні порушення.

Безсилля та нездатність до відновлення бадьорості, швидке виснаження, порушення сну, головний біль, відчуття запаморочення, сухість у роті, відчуття стиснення в грудях і серці, неможливість проковтнути «щось» у горлі,

серцебиття, внутрішнє тремтіння, напади пітливості, зниження ваги, біль у шлунку, відчуття тиску в шлунку, здуття, закрепи, хронічні проноси, позиви до сечовипускання, біль у нижній частині живота, хронічний біль, що нагадує ревматичний, порушення сексуальної функції.

Контрольні запитання для розуміння депресії

Подані нижче запитання зможуть допомогти Вам ідентифікувати депресію. Чим більше запитань отримають відповідь «ТАК», тим більш виражена депресивна симптоматика.

- Чи Ви менше можете з чогось радіти, ніж колись?
- Чи відчуваєте звуження своїх інтересів порівняно з попереднім часом?
- Чи відчуваєте себе менш ініціативними, ніж раніше? Чи нехтуєте зараз справами, які раніше були для Вас важливими?
- Чи відчуваєте себе цілий день виснаженими, без піднесення?
- Чи відчуваєте себе виснаженими фізично, хоча соматичних причин для цього не встановлено?
- Чи відчуваєте себе знервованими, внутрішньо напруженими?
- Чи стало Вам важче, ніж раніше, приймати якісь рішення?
- Чи Ви страждаєте від порушень сну?
- Чи у Вас щось болить, Ви відчуваєте стиснення в грудях?
- Чи у Вас знизився апетит, Ви втратили вагу?
- Чи у Вас виникли труднощі в статевих стосунках?
- Чи схильні Ви останнім часом до нав'язливих думок?
- Чи тривожить Вас думка про те, що у Вашому житті все втратило сенс?

Діагностичні анкети

Для визначення ступеня тяжкості депресії та перевірки ефективності терапії використовують різні анкети.

Шкала депресії Бека (Beck'sches Depressions-Inventar) (BDI) (див. Додаток 1, стор. 78). Цю анкету для самооцінки склав засновник когнітивної терапії депресії (Аарон Т. Бек) (Aaron T. Beck). 21 питання поділено на чотири блоки оцінювання, що описують різні ступені тяжкості розладу.

Клінічна шкала депресії Гамільтона (Hamilton Depressions-Skala) (HAM-D) (див. Додаток 2, стор. 82). Анкета для фахівців (психіатрів?, психологів?, психотерапевтів?, терапевтів? та ін.), що оцінюватимуть характер депресії. У цій анкеті стрижневі питання є більш систематизованими.

Проте, використовуючи всі ці анкети, маємо пам'ятати, що число балів ще не дає вичерпної інформації про тяжкість клінічної картини депресивного стану. Часто анкети відображають психологічні наслідки додаткового кола проблем, які обтяжують життя людини. На прийомі бувають молоді жінки, що виглядають активними, іноді навіть радісними, проте в душі вони переживають набагато більші страждання, ніж це можуть відобразити цифрові показники анкети.

Критерії депресивного епізоду (згідно з DSM IV⁵)

A. Втрата інтересу до будь-якої чи майже будь-якої діяльності та розваг і радості від цього.

⁵ Довідник з діагностики і статистики (діагностично-статистичний посібник) психічних захворювань, четверте виправлене видання.

Емоційні розлади: депресивність, сум, меланхолія, зневіра, пригніченість, дратівливість. Швидкі зміни настрою, навпаки, не типові для депресії.

Б. Упродовж принаймні двох тижнів майже щодня має бути не менше чотирьох таких симптомів:

1. Поганий апетит або значна втрата ваги (без дотримання дієти) чи підвищення апетиту (переїдання) зі збільшенням ваги.
2. Безсоння або підвищена сонливість (гіперсомнія).
3. Внутрішній (тривога) і зовнішній неспокій (збудження) або загальмованість (ступор) .
4. Втрата інтересу до будь-якої звичної діяльності та радості від цього, зниження статевого потягу.
5. Втрата енергійності або виснаження.
6. Відчуття нікчемності, докори собі або перебільшене й безпідставне відчуття провини.
7. Скарги на зниження здатності мислити та зосереджуватися, неспроможність приймати рішення.
8. Нав'язливі думки про смерть, потяг до смерті, думки про самогубство або спроби суїциду.

В. Якщо в пацієнта виникають недепресивні маячні думки чи незвична поведінка або якщо депресія виникла після попереднього психозу, треба думати про інші хвороби (спрощене формулювання згідно з DSM-IV).

Депресія і тривога

Прояви депресії і тривоги мають багато спільних симптомів:

- Напруження і збудження.
- Серцебиття, симптоми з боку системи травлення.

- Занепокоєність.
- Порушення сну.
- Відсутність енергійності, виснаження.
- Труднощі з концентрацією уваги.
- Хронічний біль.

Спільна поява тривоги і депресії супроводжується тяжким перебігом, негайною потребою в медичній допомозі і більшою обмеженістю працездатності. На рисунку 1 зображено поєднання депресії з іншими розладами і фобіями (у таких випадках говорять про коморбідність).



Рис. 1. Коморбідність депресії.

PTBS (Посттравматичний стресовий розлад).

PMDS (Передменструальний дисфоричний розлад).

OCD (Обсесивно-компульсивний розлад).

Виникнення депресії – комплексне явище

У виникненні депресії беруть участь багато комплексних факторів (рис. 2). Почнемо з мозку, цього дивовижного творіння, з його приблизно 10-ма мільярдами нервових клітин. Крім того, кожна з цих клітин має близько 100 відростків, які маленькими, подібними до кнопок пластинками (синапсами) контактують з іншими нервовими клітинами. Через ці синапси (крім багатьох інших функцій) передаються речовини, що виконують роль «передавача», «кур'єра». Одна із них – серотонін. Якщо його рівень знижується, то уповільнюються – кажучи спрощено – процеси мислення в мозку і людина переживає депресію.

Я цілком усвідомлюю, що цей опис є грубим спрощенням. Але фактом є те, що медикаменти, які підвищують рівень серотоніну в синапсах, надають велику допомогу при депресії. Проте було б ілюзією вважати, що розподіл серотоніну в мозку можна виміряти за допомогою графічного зображення. Такий підхід був би настільки ж безнадійним, як спроба за фотографією, зробленою із супутника, з'ясувати, чому не працює тостер на Вашій кухні. Зрештою, про всі речовини-передавачі сьогодні існує досить багато теорій, що є предметом дискусій у наукових дослідженнях.

І все ж сьогодні ми знаємо, що всі процеси мислення, а також процеси керування нашим тілом містяться в мозку. Проте сама людина набагато частіше переживає це суто особисте страждання, з його неспокоєм, пригніченим станом і навіть із його хибними «фізичними» відчуттями, як дуже глибоке душевне збентеження, яке вона відчуває не лише в мозку. У багатьох культурах – це серце, яке «болить», і в Біблії ми також знаходимо скарги на те, що знемагають «душа і тіло». Отож, під час депресії тіло відіграє вирішальну роль. З одного боку, саме тут виникають перелічені вище симптоми. Але, з іншого – хронічний біль і фізичні обмеження можуть настільки тривало й сильно пригнічувати людину, що в неї розвинеться депресія.

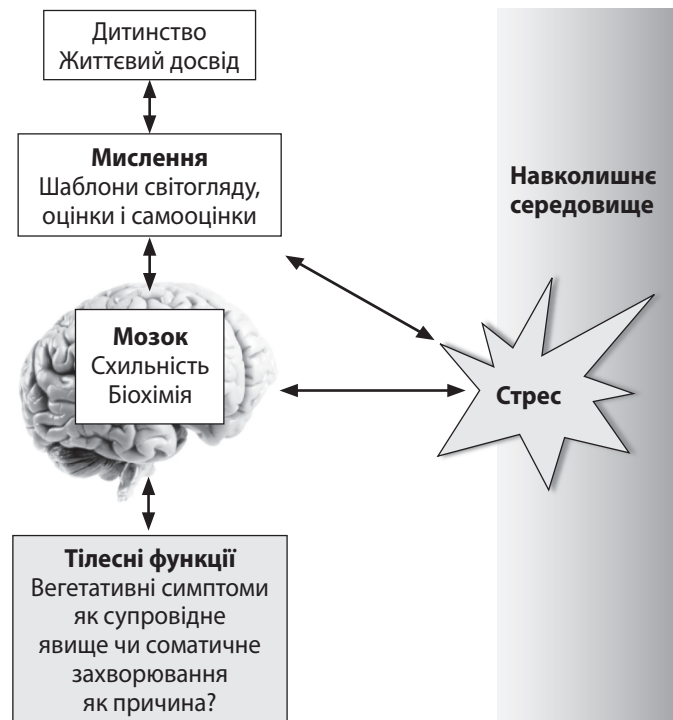


Рис. 2. Фактори, що спричиняють виникнення депресії.

Депресивні риси характеру проявляються з ранніх років життя. Немало дітей уже від народження більше задумливі, меланхолійні й чутливі, ніж їхні ровесники (див. книжку «Вразлива людина», Пфайфер, 2006). Якщо вони бадьорі та мають певні стимули, то можуть добре організувати своє життя (проте залишаються схильними до депресивного складу мислення). Але деякі із цих «чуттєвих» дітей частіше, порівняно з менш «чуттєвими», переживають відкинення і болючий досвід насилля, приниження та сорому. В одній клініці близько 25 відсотків депресивних пацієнток у дитинстві зазнавали сексуального насилля (проте 75% – ні, що теж варто зауважити).

Одним із найбільших факторів ризику виникнення в подальшому депресії є рання втрата одного з батьків, смерть улюбленої матері або розрив батьківського подружжя.

Вразлива особистість⁶

Із переплетіння різноманітних дитячих переживань виростає або впевненість у собі, або ті почуття, що стимулюють і підтримують депресивне мислення: почуття меншовартості, перебільшені очікування від себе та інших, знижена самооцінка, загальмованість, тривоги й страхи, несамостійність, залежність від інших людей. У деяких людей дуже рано формується тужлива, або меланхолійна, особистість. Існують деякі її ознаки (за Акіскалом (Akiskal)):

1. Несміливий, тихий, інтровертний (заглиблений у себе), пасивний і стриманий.
2. Похмурий, песимістичний, серйозний, без почуття гумору.
3. Самокритичний, із докорами собі, зі зниженою самооцінкою.
4. Скептичний, критичний до інших, вибагливий.

⁶ Сьогодні ми говоримо про "highly sensitive person". Див. Исследования / дослідження: Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345-368; Aron, A., Ketay, S., Hedden, T., Aron, E. N., Markus, H. R., & Gabrieli, J. D. E. (2010). Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural differences in neural response. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 219-226; Aron, E. N., Aron, A., & Davies, K. M. (2005). Adult Shyness: The Interaction of Temperamental Sensitivity and an Adverse Childhood Environment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 181-197; Aron, E., Aron A., and Jagiellowicz, J. (2012). Sensory processing sensitivity: A review in the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 262-282; Aron, E. N. (2010). *Psychotherapy and the Highly Sensitive Person*.

5. Добросовісний, відповідальний, самодисциплінований.
6. Схильний до довгих роздумів і мрій, сповнений турбот.
7. Переймається негативними подіями, почуттями невдоволеності, невдачі.

Люди з легко вразливим типом особистості більше схильні до депресії, ніж інші. У них також формується шаблонне мислення, що охоплює моделі мислення, які накидають на дійсність "сірість життя". Аарон Бек (Aaron Beck), засновник когнітивної терапії, згадував у таких випадках про «шаблони мислення, оцінювання та самооцінювання». При цьому думки обертаються навколо тем «прийняття і відкидання» або «успіху і невдачі». Деякі приклади: «щоб я був щасливим, мене всі мусять поважати»; «я не можу існувати без нього (неї)»; «щоб бути щасливим, я мушу мати успіх у всьому, що роблю»; «якщо хтось має іншу думку, то він мене не любить».

Проте депресія виникає не лише у внутрішньому, душевному просторі. Кожна людина живе в навколишньому світі, і не завжди в дружньому. У когось конфлікти в подружньому житті, можливо, у чоловіка проблеми з алкоголем; хтось не має роботи й почувається нічого не вартим і непотрібним, а ще хтось мусить доглядати стару матір. Доля в кожного така ж різна, як і люди, які нам зустрічаються. І все ж я завжди дивуюся силі, з якою люди долають найтяжчі обставини, як вони беруться за завдання, що звалює на них життя; самовіддано нехтують своїми інтересами, лиш би це пішло на користь їхнім дітям; з ранку до вечора виснажують себе тяжкою роботою, аби прогледувати сім'ю. Чому вони не впадають у депресію? Відповідь дає нова галузь дослідження в психології, що вивчає витривалість, «пружність» людини.

Проте для багатьох людей тягар стає занадто тяжким. Поступово рівновага зміщується від активності до виснаження, від упевненості до безнадії, і незабаром виникає повна картина депресії. У когось це може бути якась раптова подія, подібна до землетрусу, що потрясає вже нестабільну струк-

туру особистості й занурює вражену особу в депресивний відчай, від якого та не спроможна оговтатися тижнями й місяцями. Усі ці події ми називаємо стресом (або англійською мовою: «stressful life events» – «події, що стресують життя»).

Форми депресії

Форми депресії мають істотні відмінності проявів, і причини кожної депресії різні. На рис. 3 схематично показані дві великі осі. Одна з них – тілесно (фізично) орієнтований (соматогенний)

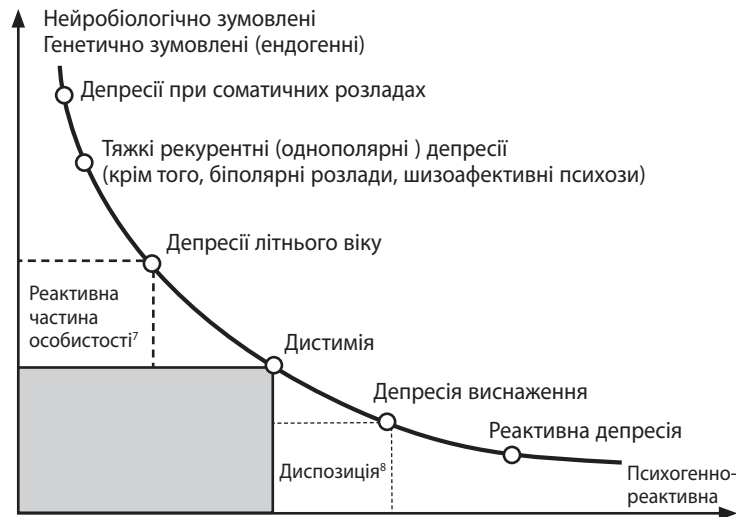


Рис. 3. Форми депресії між полюсами психогенного виникнення або в результаті тілесних/генетичних факторів (пояснення в тексті).

⁷ Емоційна частина особистості, що реактивується.

⁸ Диспозиція, або переддиспозиція (проживання своїх почуттів або готовність, схильність суб'єкта до поведінкового акту, дії, вчинку, їхньої певної послідовності. Комплекс схильності до певної реакції суб'єкта на зовнішнє середовище утворює риси особистості, систему її установок, цінностей).

полюс: сюди належать нейробиологічні (нейромедіаторні) причини депресії та генетична схильність (яка також називається «ендогенною»). На іншому боці – «психогенний» полюс. Він охоплює всі пускові механізми депресії, що формуються в процесі життя людини й можуть призвести до реактивного зриву в депресію.

Різні форми депресії. Ендогенна чи реактивна?

В сучасній діагностиці депресії вже не проводять чіткої межі між ендогенною і реактивною депресією. Майже завжди наявні обидва компоненти. Це пояснює, чому після смерті дорогої, близької людини одні впадають у депресію, а інших вона оминає, і вони долають втрату. Отож, ми переходимо з ендогенної схильності (вразливості) до виникнення депресії.

Сьогодні розрізняють:

- а) депресивні епізоди від легкого до важкого ступеня (однократні або повторювані);
- б) ні розлади;
- в) депресивні порушення адаптації легкого ступеня (короткочасні або тривалі).

При «ендогенних» депресіях бувають такі симптоми: спадкове обтяження – виникнення без достатньої причини раннє пробудження, вранці – поглиблення депресії, увечері – покращення стану. Інколи це супроводжується такими психогенними або соматичними етіологічними факторами: із самого початку глибокий «екзистенціальний» сум, самозвинувачення або неприродний страх перед хворобою, примара зубожіння, самообвинувачення.

Особливо драматичним є так званий «ефект вмикача» – раптового прояснення депресії впродовж короткого часу

без вираженої причини. Я ще добре пам'ятаю ту 60-річну жінку, що кілька місяців перебувала в нашій клініці через надзвичайно важку депресію. Вона повернулася додому, не відчувши реального покращення, опустивши плечі, човгаючи ногами й без великих надій. Через три місяці перед моїми дверима стояла жвава, сяюча жінка й питала: «Впізнаєте мене? Пам'ятаєте, якою я повернулася додому? Зі мною сталося диво. Для мене кожен день був таким же похмурим, як і інші. Але одного ранку я прокинулася раніше й відчула, що щось змінилося. Я почула, як надворі цвірінькають пташки, побачила перший сонячний промінь і хутко встала. О сьомій я вже була на кухні й варила каву собі та чоловікові. З того часу в мене все добре – отак просто!». Власне кажучи, я охоче збагатив би цю історію гарною причиною цього «пробудження від депресії» – чудове лікування, проща або сповнена віри молитва. Проте нічого подібного не передувало цьому піднесенню – ендогенні депресії можуть мати такий перебіг. І все ж ця жінка була безмежно вдячна Богові за таку раптову зміну долі – для неї це було дивом у найкращому розумінні цього слова.

На який тип депресії страждаєте Ви?

Перегляньмо детально рисунок 3 (форми депресії).

Реактивна депресія – як свідчить сама назва – є реакцією на якусь значущу для людини подію. Це може бути смерть близької людини (чи улюбленої тварини), розрив дружби, втрата робочого місця чи раптове повідомлення про онкологічне захворювання. Багато таких подій можна звести до стрижневого слова «позбавлення». Воно може бути таким тяжким, що навіть енергійна, психічно стабільна і впевнена в собі людина може впасти в депресію.

Дещо інакшою є ситуація за **депресії виснаження**, яку сьогодні часто називають «емоційним вигоранням». Чому селянка з п'ятьма дітьми й великим господарством залюбки дає собі раду, тимчасом як інша жінка, з двома дітьми й маленьким домашнім господарством, «впадає» в депресію виснаження? Відповідь полягає в так званій «схильності». Під цим розуміють психічну, генетичну або набуту сприйнятливність до виникнення хвороби. У Біблії в таких випадках вживано слово «безсилля» (див. Пфайфер. «Нести слабих», 2008). За останні роки дослідники виявили багато факторів, що призводять до емоційного вигорання («Burnout»). Детальнішу інформацію можна отримати з численної літератури на цю тему.

Дистимія

Менш відомою, але не менш болючою є форма депресії, яку називають «дистимія».

Клінічний приклад: Вероніка Х., коли я познайомився з нею, мала 34 роки, зовні виглядала доглянутою жінкою, займала досить престижну посаду у Відомстві земельного уряду. Скаржилася передусім на порушення сну, постійне стискання в голові, внутрішній неспокій, напруження, постійне відчуття тяжкості. «Я багато думала про себе, – сказала вона. – Ось деякі враження, що стали для мене важливими. Вихователька в дитячому садку сказала моїм батькам: “Ви маєте дитину із сильним темпераментом, якого вона не зможе реалізувати у всій повноті!” Так я відчуваю себе й зараз. В 11 років у мене розвинувся хронічний нежить, від якого я страждаю й донині. У 12 років я досягла статевої зрілості, проте ніколи не могла правильно розвинути своєї сексуальності, хоча мій чоловік з великим розумінням ставився до мене. У період статевого дозрівання в мене часто були напружені й підняті плечі – ознака невпевненості, що зовні могло виглядати як

зарозумілість. Власне, я ще й зараз дуже невпевнена в собі. У 20 років я прокидалася з відчуттям, що моє обличчя не може розслабитися. До сьогодні маю відчуття, що в мене набрякли очі. Від 27 років маю проблеми зі сном. Я не знаю, як організувати своє життя. Власне кажучи, я не відчуваю себе по-справжньому депресивно, але я постійно втомлена й виснажена. Я охоче йду на роботу, але після неї майже не маю сил на особисте життя».

Такі люди роками страждають від свого депресивного настрою, через що всі події переживають негативно. Часто вони страждають від фізичних симптомів і психічних розладів.

У DSM-IV виділено такі ознаки депресивного розладу:

- А) Депресивні розлади, які тривають більшу частину дня, понад половину всіх днів протягом не менше 2-х років, про що повідомляють самі пацієнти або це спостерігають інші.
- Б) Під час депресивного розладу існує не менше двох таких симптомів:
 - втрата апетиту або підвищена потреба в їжі (переїдання);
 - безсоння або надмірна потреба в сні (гіперсомнія);
 - виснаження або втрата енергії;
 - низька самооцінка;
 - труднощі в прийнятті рішень або слабка здатність концентрувати увагу;
 - песимізм, або відчуття безнадії.
- В) Протягом двох років розладу не було періоду відсутності вищевказаних симптомів тривалістю понад два місяці.
- Г) Часто перед депресивним неврозом наявні інші порушення, такі, як нервова анорексія, соматичні розлади (посилені соматичні симптоми без органічного пояснення), медикаментозна залежність, тривожні розлади або ревматоїдний артрит.

Німецький психіатр Фроммер (Frommer,1995) разом зі спів-авторами виділив установки, що їх часто підкреслюють люди з невротичною депресією:

- Важливе значення роботи.
- Труднощі в контактах з іншими, сором'язливість, потяг до самотності.
- Вступання в агресивні суперечки.
- Уникання обов'язків і зобов'язань.
- Прагнення до визнання і розуміння.
- Відчуття напруги під тиском обставин.
- Намагання орієнтуватися на інших, пристосовуватися.
- Постійна потреба отримувати приємні подарунки.
- Піклуватися про інших, бути самому оточеному піклуванням.
- Дотримуватися прийнятих цінностей.
- Бути стриманим і контролювати себе у ставленні до людей.
- Втрата довіри, відчуття розчарування й провини.
- Прийняття себе таким, з яким можна свавільно й зверхньо поводитися.
- Відчуття своєї меншовартості, підпорядкованості.
- Усвідомлення тісного зв'язку з іншою людиною, страх бути тягарем для інших.
- Відчуття повного нерозуміння самого себе.
- Важке пристосування до змін.

Депресія в людей літнього віку

З віком особливо чітко проявляється взаємодія різних факторів. Якщо молоді люди, які страждають на депресії, зазвичай фізично здорові, то в літньому віці фізичні функції (серця, кровообігу, мозку тощо) поступово послаблюються, також виникають хронічні болі, з'являється фізична непрацездатність.

До цього додаються вказані нижче соціальні зміни:

1. Самотність: соціальна ізоляція, брак контактів через втрату подружнього партнера, друзів, щирих загальнолюдських взаємин, втрата релігійного спілкування.
2. Втрата самостійності через соматичні хвороби, фізичні недоліки та психічні порушення.
3. Втрата активності через відсутність обов'язків, нових цілей, завдань.
4. Втрата відірваності від свого коріння через переїзд у менше помешкання, в чуже середовище, до будинків для літніх та інвалідів.
5. Втрата привабливого зовнішнього вигляду і влади, фінансові клопоти, неповага інших до їхнього похилого віку.
6. Порушення сну, яких не вдається усунути.

Біполярний розлад

Родині та друзям особливо важко зрозуміти депресивні стани, які раптово змінюються на протилежно-маніакальні й далі проявляються біполярним типом перебігу. Депресивному хворому можуть настільки догоджати, що його стан покращується, проте переходить у надмірну активність, яка приносить нові проблеми. Наведена нижче таблиця в стислій формі демонструє тяжкі наслідки біполярного розладу:

Здорове життя	>>	Скорочується на 12 років
Вік працездатності	>>	Скорочується на 14 років
Імовірна тривалість життя	>>	Скорочується на 9 років
Проблеми на роботі	>>	У 2 рази частіше
Розлучення	>>	У 2 рази частіше

Приклад: Роберт покинув гімназію у 18 років. У той час він був вочевидь депресивним, і після спроби самогубства заговорили про «кризу юнацького віку». Як і багато інших молодих людей, він намагався заспокоїтись за допомогою гашишу і викурював до 10 самокруток за добу. Часто він місяцями не відчував ніяких бажань, був замкнутий і не здатний щось робити. Проте на радість своїм батькам він поживавшав, шукав роботу й знову почав контактувати з ровесниками. Але його активність ставала обтяжливою. Хлопець став пихатим і зарозумілим. Як продавець мобільних телефонів і абонементів, він робив «швидкі гроші». Професійне навчання вважав непотрібним.

Я познайомився з Робертом, коли йому було 29 років, він був екстравагантно одягнений, сповнений прагнення діяти, без угаву говорив, його неможливо було зупинити. Пояснював, що прийшов познайомитись зі мною, хоч не потребує ніякого психіатра, ще ніколи він себе так добре не почував. Вдавав із себе мачо, яким захоплюються жінки, знав про все краще за всіх, мав невичерпну енергію, майже не потребував сну, а незадовго до свого візиту до мене взяв у лізинг новий, швидший «Ауді». Однак пильніше спостереження висвітлювало трохи інакшу ситуацію: Роберт втратив посаду, друзі його уникали, його фамільярність і мінлива поведінка всіх від нього відвертали. Чоловік страждав на класичну манію, яку за останні 10 років жодного разу не лікував. Фактори, які сприяли його стану, коротко зіставлено на рисунку 4.

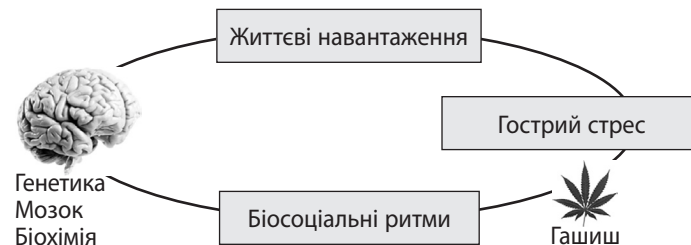


Рис. 4. Фактори, що провають виникнення маніакальних чи депресивних фаз за біполярного розладу.

При цьому я додав сюди ще один фактор, що в останні роки все більше сприяє розвитку психозів у молодих людей, – куріння гашишу. Цей поширений наркотик сам не є причиною психозу, проте він, як однозначно доведено, посилює схильність раніше чи пізніше захворіти на психоз (у нашому випадку на маніакально-депресивний психоз (див. Літературу).

Приклад ілюструє класичну маніакальну фазу з піднесеним настроєм, загальною «розгальмованістю» та – інколи – дратівливістю. Близько 1,5 відсотка населення страждає на біполярний розлад. Наводимо основні симптоми такого стану:

1. Настрій:

- неадекватно піднесений, від безтурботних веселоців до майже неконтрольованого збудження;
- неадекватно жартівливий, сповнений веселоців;
- мінливий;
- інколи сповнений роздратування, недовіри, навіть агресії.

2. Мотивованість (загально підвищена):

- надмірна активність;
- імпульсивність;
- балакучість;
- зменшена потреба у сні;
- втрата відчуття соціальних обмежень (наприклад, підвищений потяг до придбання товарів, статева нестриманість, байдужість до потреб інших).

3. Мислення і сприйняття:

- пришвидшене мислення, аж до потоку ідей;
- порушення концентрації уваги;
- пришвидшена мова в наказовому тоні;
- завищена самооцінка аж до манії величності.

Для родичів розуміти та зносити манію часто буває набагато важче, ніж депресію. Нерідко подружжя розпадаються не через депресію, а через нестерпну поведінку при манії.

Усе вказує на те, що за біполярного розладу мова йде про «ендогенне» захворювання, за якого важливу роль відіграє нейробіологія мозку. Вважають, що в цьому випадку нестабільно передається подразнення через важливі з'єднання системи регулювання емоцій. У переносному розумінні в маніакальній фазі можна говорити про «несправні ментальні гальма». До того ж хаос у ритмах «сон – неспання» вказує на порушення біологічних показників часу.

Форми біполярних розладів. Розрізняють не менше трьох (інколи й більше) форм перебігу цього розладу.

- Біполярні розлади I: депресивні епізоди змінюються однозначно маніакальними епізодами. Між ними існують довші або коротші фази природного для особистості настрою.
- Біполярні розлади II: депресивні епізоди змінюються фазами піднесеного настрою, які не досягають рівня повної манії.
- Швидкі циклічні зміни (rapid cycling): не менше 4-х фаз депресії чи маній впродовж року. Близько 15 – 20% всіх пацієнтів із біполярними розладами страждають на швидкі циклічні зміни. Серед них переважну більшість становлять жінки.

Врешті-решт, говорять ще про один біполярний спектр. Спостереження виявили окремі симптоми маній (такі, як імпульсивність або панічний страх). Без точного анамнезу їх часто неможливо правильно лікувати. Проте лікування біполярних розладів може бути дуже успішним, тут важливо знайти правильне медикаментозне регулювання (див. Рекомендації для лікування стор. 59).

Депресії, викликані соматичними захворюваннями

Корнеліусу М. було 52 роки, за фахом – фермер, добросовісний і, можливо, трохи задумливий чоловік, але аж ніяк не був депресивним, доки рік тому не захворів на тяжкий грип, що прикував його до ліжка на шість тижнів. Настала весна, лихоманка поступово минула, проте Корнеліус не мав енергії проводити посівну кампанію, не відчував ніякої радості від розцвітання природи, не складав ніяких планів на поточний рік. Він страждав на тяжку депресію, що тривала до півроку.

Цю депресію спровокував перенесений грип. У лікарській практиці ми постійно бачимо пацієнтів із тяжкою депресією, викликану соматичними хворобами. Сюди належать ревматична лихоманка, запалення печінки (гепатит), лихоманка залоз Пфайфера (Pfeifer), малярія та інші тривалі запальні процеси. Видається, що вони зменшують силу опору психіки, вона стає як зруйнована дамба, через яку протікає темна вода й затягує життя чорним шаром мулу.

До причин виникнення депресії додаються гормональні порушення, зокрема гіпофункція щитовидної залози. Незначними є дані при змінах, що викликані циклічністю жіночих гормонів. Клімактеричний період несе з собою не лише зміни гормонального балансу, а й усього життя, прощання з безтурботними юнацькими роками, можливістю мати дітей, появою нових викликів. Через це багато жінок переживають цей час також як стан депресії, яка для них є ознакою гормональних змін.

Не треба забувати, що в літніх людей ослаблення серцевої функції й обмеження дихальної функції можуть призвести до зменшення постачання організму киснем, що стосується й мозку, і можуть викликати депресивні симптоми.

І нарешті, депресії можуть бути викликані побічними діями медикаментів, особливо засобами для зниження кров'яного

тиску, інколи також антибіотиками або протималарійними засобами. Проте вони, найчастіше, повністю минають після припинення прийому медикаментів.

Перебіг депресій

«Я йду темною, безконечною дорогою... я потрапила в безконечний, безглуздий лабіринт».

Такими виразними словами описує молода жінка свою депресію. Часто цей шлях справді видається безконечним. Можна зрозуміти псалмоспівця, який пристрасно чекає на ранок, коли, нарешті, знову з темноти з'явиться світло.

І донині психіатрія не спроможна передбачити точного перебігу депресії. Саме лікуючи людей із тяжкою депресією, я часто співстраждав з ними в цьому безконечному очікуванні світла. Не так просто від одного тижня до іншого підбадьорювати хворого запевненнями, що депресія зменшиться. Проте існують певні моделі лікування депресивних осіб та догляду за ними, які також вселяють надію.

На рисунку 5 зображено 5 варіантів моделей лікування депресивних осіб та догляду за ними. За так званої монополярної депресії її окремі фази можна чітко розділити. Існує багато підстав для припущення, що депресивна фаза через кілька тижнів чи місяців згасне й перейде в період, вільний від депресії. У науковій літературі зазначено тривалість класичного депресивного епізоду, що дорівнює 3 – 6 місяцям.

Про все це легко писати, однак людині в депресії місяці часто здаються безконечними, як кам'янистий шлях через оповиті туманом гори, без просвітку, без мети.

На противагу цьому *дистимія* має легший перебіг, але її симптоми дуже розпливчасті і проявляються практично щодня роками, затьмарюючи все життя.

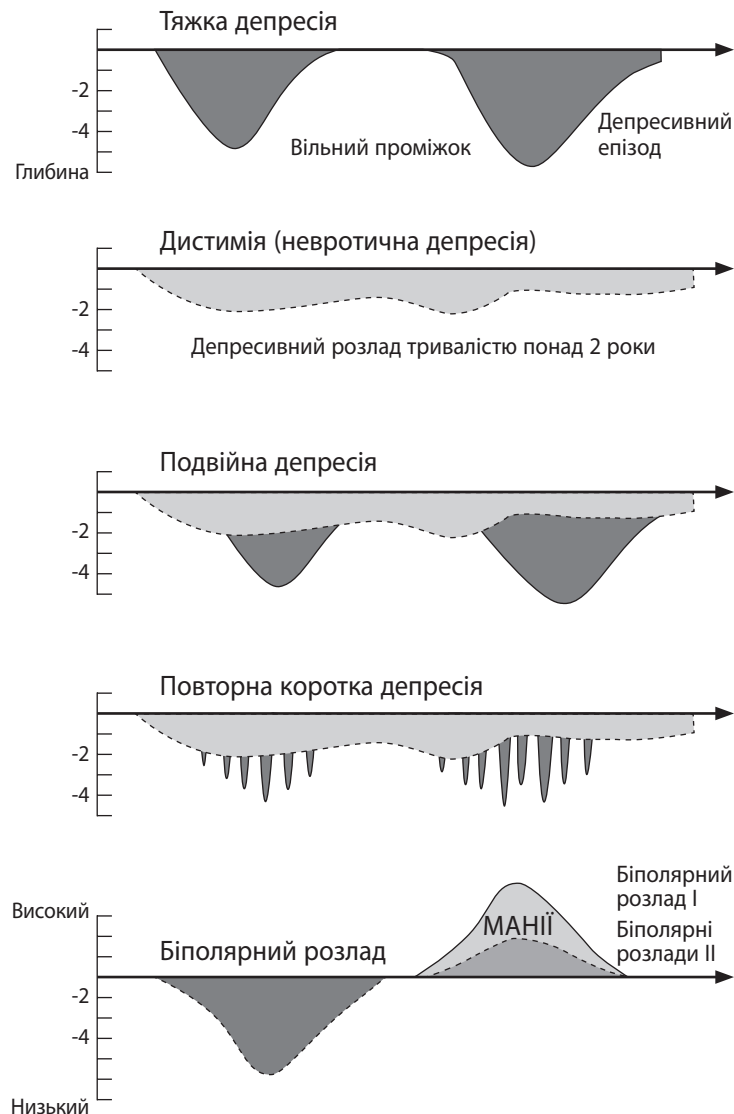


Рис. 5. Виразеність депресивної симптоматики за різних її форм.

Термін «подвійна депресія» описує тяжкий депресивний епізод, що переростає в багаторічний базовий депресивний настрій.

Це може бути жінка, якій довелося провадити нелегке життя, проте вона вистояла завдяки роботі. Коли ж померла її мати, важлива людина в її житті, жінка впала в депресію.

До особливої форми депресії відносять «короткі депресивні епізоди», що їх описав цюрихський професор Жуль Ангст (Jules Angst). Справді, існують пацієнти, у яких депресивні симптоми тривають лише кілька днів, проте без видимої причини з'являються знову. Такий «рваний» перебіг «подвійної депресії» можна спостерігати протягом тривалого часу.

І, нарешті, ми підійшли до опису перебігу біполярного розладу.

Біполярний розлад I типу супроводжується клінічно окресленою манією.

Тип II помітний значно менше, проте після депресії настає фаза гіперактивності і перебільшено піднесеного настрою, що через якийсь час знову спадає.

Біль і депресія

Біль може паралізувати душу й ввести людину в стан глибокого відчаю. Життя звучується до відчуття болю, який сидить всередині, як гадюка, і змушує ціпеніти все навкруги. Біль і депресія тісно пов'язані між собою. Душевне перенапруження може деформувати м'язи й викликати такий біль, що людина не наважується поворухнутися. Тоді вона кульгає, зігнувта від болю в спині, не наважується виходити в людні місця й відчуває себе на двадцять років старшою. Історії такого болю часто стають драмами душевної безодні. На рис. 7 зображено кілька елементів цього руйнівного переплетення.

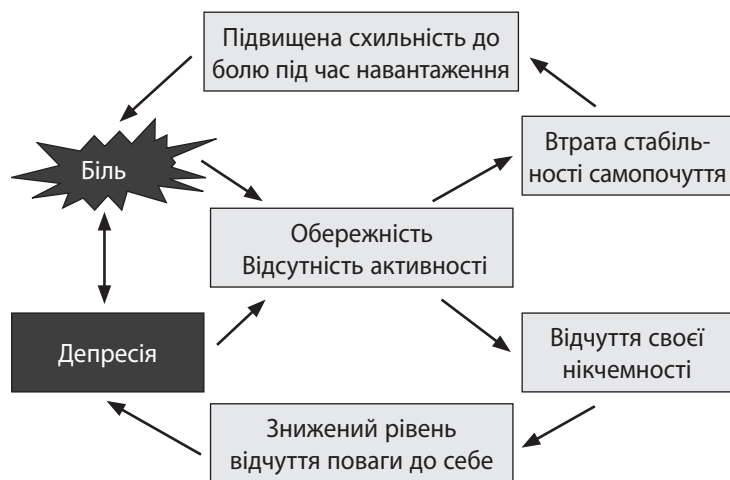


Рис. 6: Взаємозв'язки болю і депресії (згідно з проф. П. Кеель (P. Keel), Базель).

Синдром хронічної втоми (Chronic Fatigue Syndrome (CFS)) – це назва захворювання, для якого характерні паралізуюча втома, незвичайна виснаженість і кілька соматичних симптомів. Із медичної літератури останніх 200 років впливає, що цей синдром не є новим. Для нього існує багато назв: неврас-тенія, нервове виснаження, міалгічна нейроміостенія, епі-демічний міалгічний енцефаломієліт, загальний алергійний синдром, поствірусний синдром втоми та інші.

Діагностичні критерії синдрому хронічної втоми:

- Втома починається в певний момент часу і не триває протягом всього життя.
- Втома важка, обмежує працездатність і порушує фі-зичні та психічні функції.
- Втома триває не менше 6 місяців протягом не менше половини дня.

КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ:

Підтверджена клінічно, але незрозуміла з медичного по-гляду, тривала або з частими повторами втома тривалістю не менше 6 місяців, яка

- нещодавно з'явилася (не впродовж життя);
- не є результатом тривалого напруження;
- не зменшується після відпочинку та перебуванні в спокої;
- призводить до значного зниження колишньої актив-ності.

Поява чотирьох або більше з таких симптомів: суб'єктивні скарги на забування – біль у шиї – болючі лімфатичні вуз-ли – біль у м'язах – біль у суглобах – головний біль – сон, що не приносить відпочинку – відчуття слабкості після фі-зичного напруження, що триває понад 24 години.

Виключаються:

Пацієнти з основним медичним захворюванням (на-приклад важке недокрів'я) або з психічними хворобами (такими, як хронічні депресії чи органічні хвороби моз-ку), які можуть викликати хронічну втому (за Фукудою (Fukuda) зі співавторами, 1994)

Дотепер не знайдено однозначної причини синдрому хроніч-ної втоми. Деякі вчені припускають, що це вірус, інші під-креслюють наявні ознаки депресивних розладів.

За іншими теоріями, причиною цього синдрому є дефіцит вітамінів або мінеральних речовин, алергія на барвники в продуктах харчування або на солодоці. Але всі ці припущен-ня не підтверджені.

Фіброміалгія: цим поняттям описують біль (алгії) у сполуч-ній тканині (фібро) та м'язах (міо), або, висловлюючись більш фахово: хронічні генералізовані болі в ділянці скелета тулуба,

а також у кінцівках, вище або нижче поперек у обох половинах тіла.

У клінічних дослідженнях знаходили чітко визначені чутливі точки («tender points») (від 11 до 18), натискання на які викликає біль. Але при цьому не виникає слабкості мускулатури і неврологічних симптомів.

Депресія, психосоматика і культура

У багатьох культурах вкоріненість у суспільство та родину є найважливішою і найвищою цінністю життя. Тому депресія є не лише індивідуальним стражданням, вона проходить чотири стадії. Спочатку відбувається віддалення від суспільства (від друзів, односельців і т. п.), потім, як поступове поглиблення депресії, – відмежування від сім'ї.

Депресивна людина потрапляє в полон своєї психіки (міркувань, докорів собі, бажання смерті). І, нарешті, вже не може мислити й лише виявляє свою депресію через скарги на тілесні негаразди.

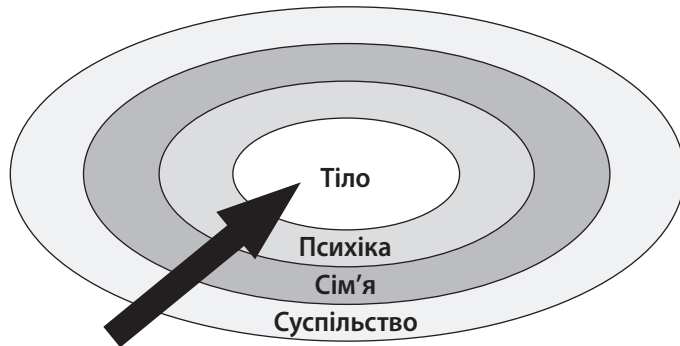


Рис. 7. Під час депресії людина постійно відмежується: спочатку від свого оточення, потім від своєї сім'ї – і, нарешті, повністю поринає у відчуття своїх тілесних негараздів (за проф. Естевао (Estevo), Бразилія)

У різних культурах депресію переживають й описують по-різному. В Індії психічні проблеми часто сприймають як ваду, про яку не можна повідомляти лікарів та близьким. До соматичних симптомів, навпаки, ставляться з розумінням і прийняттям. Через це пацієнти часто звертаються до лікарів із соматичними симптомами, для яких неможливо знайти медичного пояснення. Тому англійський психіатр Давид Мумфорд (David Mumford) (1996) розробив анкету для фізичних симптомів, які в третьому світі часто відповідають депресії. Ось декілька прикладів.

Чи відчували Ви останнім часом нестачу енергії? Чи відчували Ви біль у всьому тілі? Чи був біль у грудях або боліло серце? Чи часто Ви відчували серцебиття? Чи часто у Вас болить голова? Чи було у Вас відчуття того, що Вас щось душить або Ви не можете проковтнути «чогось»? Чи почастишало у Вас сечовипускання? Чи страждаєте Ви від підвищеного виділення поту?

У Зімбабве депресію часто описують словом «Kufungisisa», що означає «забагато задумливості». І в нас депресивні пацієнти часто описують, як багато різних речей крутиться у них в голові, так що вони вже не можуть зупинитися на якійсь чіткій думці.

У Кореї існує «синдром запруженого вогню» («Hua Byung»). Основними симптомами є відчуття жару, біль у животі, сум, імпульсивні мандрівки без визначеної мети, «виверження» почуттів, страх, тривога й депресивні стани. Часто такі розлади вражають жінок, які відчувають себе відмежованими й замкненими вдома, без життєвої мети, віддалені від своїх батьків. Спочатку вони намагаються терпіти свою долю, можливо, час від часу скаржаться своєму чоловікові на свої страждання, правда, без особливої реакції та розуміння. І за фасадом мовчання нагромаджується відчай, як лава у вулкані, доки не настане драматичний прорив.

Спільним для всіх цих синдромів є те, що відбувається «виснаження нервової системи», яке показує, що далі так тривати

не може й щось має трапитися. У нас, на Заході, теж існують такі сигнали. Найчастішою причиною є виснаження й емоційне вигорання на роботі.

Емоційне вигорання – нова форма депресії?

«Я більше не можу» – це сповнене відчаю речення кілька днів тому з'явилося на Combox мого мобільного телефону. Повідомлення прийшло з аеропорту в Барселоні, де успішна жінка-менеджер брала участь у конференції. Кілька місяців вона працювала все більше й більше – на вимогу свого шефа. Проте він і далі був невдоволеним. Тепер вона не може спати, постійно діймають думки. На дозвіллі, попри всі намагання, вона не може «вимкнутись». Цього ранку жінка, незважаючи на мігрень і відчуття слабкості, поїхала до Барселони, щоб продемонструвати, що вона повністю переймається інтересами й успіхами своєї фірми. Але організм більше не витримав і психіка теж. Під час обговорення вона вибухнула сльозами. Вона була сконфужена, але відчувала полегшення: «Нарешті й інші помітять, що це більше не може так тривати».

У західному суспільстві, орієнтованому на споживання та виробництво продуктів споживання, стрес і емоційне вигорання стали епідемією. За останні 20 років на ринок надходить все більше книжок на цю тему. Багато людей вважають себе знавцями в ділянці емоційного вигорання. Усе більше професійних груп повідомляють про симптоми емоційного вигорання: медичний персонал, учителі, лікарі, душпастирі й багато інших.

Але експерти дискутують про те, чи існує взагалі вигорання. Цього поняття ще немає в посібниках із психіатричної діагностики. Детальна дискусія про поняття вигорання виходить за межі цієї книжки. Можна лише констатувати, що є ба-

гато спільного між депресією та емоційним вигоранням. Проте на передньому плані чітко стоїть виснаження, пов'язане з роботою. Правда, клінічний досвід показує, як видно з рисунка 8, що найчастіше відіграють роль й інші фактори.

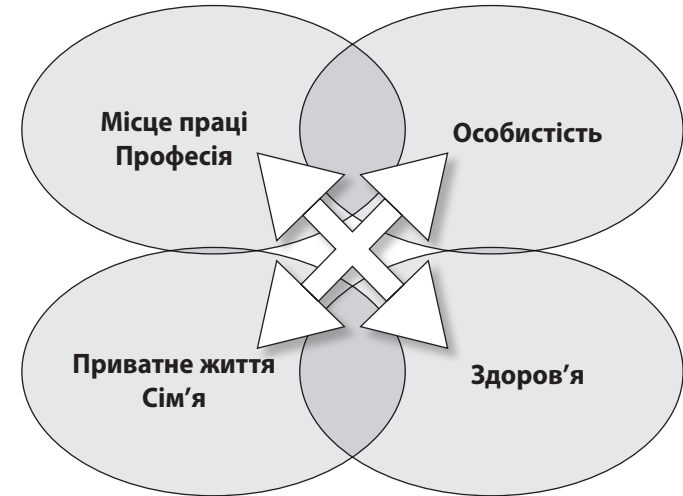


Рис. 8. Взаємозв'язок чинників виникнення емоційного вигорання.

Часто емоційне вигорання – це процес, що може затягуватися на тривалий час і проходити етапами, що перші дослідники цього питання Фройденберг і Норт (Freudenberger & North) описали так:

Стадія 1	Бажання довести свою значущість
Стадія 2	Підвищена інтенсивність праці
Стадія 3	Легке прийняття рішення нехтувати власними потребами
Стадія 4	Витіснення, а не вирішення конфліктів
Стадія 5	Перетлумачення цінностей/цинізм

Стадія 6	Посилене невизнання проблем, які виникли
Стадія 7	Відмежування від соціальних контактів
Стадія 8	Помітні зміни в поведінці
Стадія 9	Апатія
Стадія 10	Внутрішня порожнеча
Стадія 11	Пригнічений настрій
Стадія 12	Повне виснаження / ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРЯННЯ

Отже, клінічний досвід показує, що в кінці процесу емоційного вигорання домінують симптоми депресії із вираженим виснаженням. Терапія має виявити підґрунтя проблеми й виробити рівновагу між навантаженням і подоланням цього навантаження. Детальнішу інформацію подано в додатку, де наведено цитовану літературу.

Депресія в жінок

Жінки хворіють на депресію значно частіше, ніж чоловіки. Для цього існують різні причини.

Функціонування мозку. Дослідження розумової активності мозку показало, що в чоловіків частіше активізується раціональна половина мозку (ліва півкуля). У жінок частіше включається права (емоційна) половина мозку. Тобто в жінок настрій має більший вплив на процеси мислення.

Посилена чутливість. Жінки страждають через більшу вразливість в емоційній сфері. Сюди належать підвищена лякливість, схильність до зниженої самооцінки та прийняття залежності від свого чоловіка («коли жінка любить занадто сильно»). Ця психологічна модель лише частково зумовлена суспільними факторами.

Менструальний цикл і гормони. Типові гормональні коливання в жінок роблять їх вразливими до змін настрою та депресивних фаз. Близько 25% жінок страждають на передменструальний синдром (ПМС).

Вагітність і пологи. Якщо вагітність є періодом психічної стабільності, то після пологів часто виникає «післяпологова депресія» («Baby Blues») (депресивні розлади післяпологового періоду), у поодиноких випадках навіть доходить до виражених депресій і психозів.

Перенавантаження. Багато жінок мусять долати перенавантаження від домашнього господарства, дітей, чоловіка та роботи. Бажання зробити все це у всіх сферах «справді добре» змушує жінку ставити перед собою високі вимоги. Проте вона часто натикається на межу своєї функціональної здатності до таких перевантажень. Додатковий стрес призводить до посилення депресії.

Старіння і сімейна динаміка. Коли діти покидають сім'ю, то жінка переживає цю втрату інтенсивніше, ніж чоловік. Старіння призводить також до втрати краси та привабливості, а нерідко й до послаблення статевого потягу. Це може ускладнювати сімейне життя.

«Жінки розмовляють – чоловіки п'ють». Жінки більше схильні до того, щоб визнати свій депресивний розлад і прийняти допомогу лікаря. Тому лікарі мають справу частіше з жінками, хворими на депресію. Чоловіки ж частіше схильні до того, щоб витісняти свої клопоти роботою або вживанням алкоголю.

Депресія в чоловіків

39-річний інженер звернувся до мене після того, як він «зі своїм "Порше"» не вписався в поворот, – авто отримало тотальні пошкодження, проте чоловік не постраждав. Цьому

передувала сильна сварка з дружиною, він мчав уночі по мокрій від дощу дорозі й хотів лише одного – бути подалі. Але позаду залишилася купа проблем: на роботі, у взаєминах з матір'ю, в урегулюванні старої любовної історії і в адаптації до життя з малою дитиною.

Жінка, можливо, знайшла б полегшення в сльозах. Проте пан М. показав класичну чоловічу реакцію. Чоловіки часто намагаються виглядати незворушними, тимчасом як всередині все вирує і зазнає краху. Часто аж драматичний «перший дзвінок» спонукає їх почати лікування.

Чоловік має бути сильним, діловим, спортивним і привабливим – саме таким є стереотип нашого суспільства. Проте багато юнаків і чоловіків відчувають, що не доросли до цих вимог або й ніколи їм не відповідатимуть. Хоч приховують це відчуття під твердою і надійною маскою. Душевні травми, сумніви в собі і вроджена чутливість створюють у чоловіка відчуття, що він не є справжнім чоловіком. АЛЕ про це ЧОЛОВІКИ НЕ ГОВОРЯТЬ.

Ось деякі класичні реакції, характерні для чоловіків:

- Відчуття, що світ залишив їх напризволяще і зробив їх невдахами.
- Вони більше повідомляють про труднощі з концентрацією уваги, втратою інтересу до роботи й соціальної активності, ніж про відчуття глибокого смутку, провини та нікчемності, про що говорять жінки.
- Побоювання неспроможності.
- Страх і лють, жорстокість.
- Ризикована поведінка й намагання забути, відмежуватися від болісного самопочуття зануренням в активні дії, наприклад, у керування автомобілем.
- Вони соромляться такого свого стану.
- Засмучуються, якщо не отримують достатньо похвали і визнання.
- Не говорять про слабкість і сумніви.

- Звинувачують свій шлюб, замість того щоб побачити, що основна причина – депресія.
- Алкоголь, телебачення, спорт і секс використовують як самолікування.
- Скаржаться на соматичні симптоми і біль.
- Вбачають у суїциді вихід, щоб «з честю» втекти від проблем (суїциди в чоловіків у 4 рази частіші, ніж у жінок).

* * *

Ми здійснили короткий огляд різноманітних форм депресії. Довгі списки симптомів і форм втомлюють, проте вони допоможуть Вам краще класифікувати загрозливі зміни в стані здоров'я Ваших родичів чи пацієнтів. Але Ви, напевно, спитаєте, що можна зробити, щоб внести світло в темряву й полегшити стан хворих. Про це буде мова в наступній частині цього короткого довідника.

II. Терапія і душпастирство за депресивних розладів

Депресії не мають бути невідворотним покаранням долі. Лікар і душпастир мають вселяти надію, навіть тоді, коли депресія все ще здається дуже тяжкою. Навіть коли хворий у темному проваллі не бачить ніякого виходу зі свого становища, то його слід твердо запевнити, що шляхи виходу з депресії існують, що і шлях скрізь темряву може послужити йому на благо й допомогти особистісному зростанню.

Зазвичай депресія має сприятливий перебіг. Для вибору тактики лікування важливо враховувати тяжкість депресії (легка, помірна чи тяжка). Якщо в разі легких депресій можна обійтися без медикаментів, то за тяжкого виду хвороби обов'язково треба консультуватися з лікарем. Є п'ять підходів до ведення пацієнтів з депресіями, які доповнюють один одного.



Рис. 9. 5 напрямів терапії депресії

1. Сповнена довіри бесіда є найважливішою основою лікування депресії. При цьому можна отримати інформа-

цію про підґрунтя, пускові фактори, потреби й тривоги пацієнта, який звернувся по допомогу. У ній закладається основа для встановлення діагнозу й перші підвалини для терапевтичного процесу.

2. Практична допомога: підтримка в повсякденному житті, наприклад, звільнити виснажену матір від піклування про дітей або, наприклад, приготувати їжу літнім людям, купити потрібне.
3. Терапія соматичних проблем: у пацієнтів літнього віку звертати особливу увагу на серцеву недостатність, кров'яний тиск, функцію щитовидної залози, хвороби, що послаблюють загальний стан, враховувати проблеми зі слухом і зором.
4. Активізація:
 - фізична рухливість, свіже повітря, легкий спорт;
 - режим дня, режим харчування;
 - трудотерапія, практична діяльність і т. п.
 - допомога в досягненні самостійності.
5. Медикаменти: засобами першого вибору є антидепресанти; їхня терапевтична дія починається лише через декілька днів прийому; через це за тривожної депресії (змішаний стан: коли тужливість поєднується з руховим збудженням і тривогою) призначають ще й заспокійливі, снодійні засоби.

Практична допомога й активізація під час проведення бесіди

Лікування людей із тяжкою депресією вимагає від нас великого терпіння та чуйності. Ці якості вкрай необхідні для розмов із депресивними людьми. Нижче я систематизував сім пунктів, на які треба звертати увагу під час проведення бесіди.

1. Дайте людині з депресією відчуття, що ви приймаєте її такою, якою вона є, разом з її хворобою та всіма її потребами, і покажіть їй свою готовність бути в цей тяжкий час поряд з нею.
2. Обговоріть зі співрозмовником події, що викликали хворобу, й історію його хвороби. Дайте йому нагоду виворитися, звільнити душу від наболілого.
3. Зробіть наголос на сприятливому перебігу хвороби: через певний час більшість депресій згасає.
4. Поясніть хворому різні можливі варіанти лікування і в разі тяжкої депресії відправте пацієнта до лікаря-психіатра.
5. Підбадьорте людину, що звернулася по допомогу, і втіште її любов'ю Бога, навіть якщо вона в цей час мало відчуває її. Після послаблення симптомів депресії її віра знову посилиться. Скеруйте її увагу до Псалмів та до багатьох біблійних обітниць і пророцтв, які можуть підтримати її в час випробування.
6. Підготуйте людину, яка прийшла до вас по допомогу, до того, що її настрій може час від часу змінюватися. Я часто кажу своїм пацієнтам: «Шлях із депресії всіяний багатьма вибоїнами, і все ж він веде нагору, до виходу, до світла».
7. Будьте терплячі. Ставте терапевтичні цілі послідовно, одну за другою, щоб співрозмовник постійно переживав маленькі успіхи. Не вимагайте від нього всього й одразу! Пам'ятайте, що часто люди, які страждають на тяжку депресію, перебувають у такій скруті, що вони майже не здатні сприймати пастирського втішання.

Помилки, яких можна уникнути

Бесіда з людиною, що страждає на депресію, приховує в собі спокуси й пастки, яких треба уникнути.

До найчастотніших помилок належать такі:

- **Вимога опанувати себе.** Люди в депресії і так перебувають під сильним стресом і страждають від свого розладу. Тому їм буде мало користі, коли ще й душпастир, можливо, навіть за допомогою рядків із Біблії, буде на них тиснути. Наказом радості не викличеш.
- **Порада взяти відпустку або поїхати на відпочинок.** Навіть у звичному для себе оточенні людині важко контактувати з іншими, насолоджуватися краєвидами й за власною ініціативою заповнювати свій день. А саме цього вимагає час відпустки, і це може переобтяжити людину.
- **Спонування до прийняття важливого рішення.** У депресивному стані людина не може правильно оцінити своєї життєвої ситуації. Адже вона дивиться на світ через «чорні окуляри». Проблеми здаються їй горою, вона недооцінює своїх можливостей. Рішення, прийняті під час депресивної фази, потім (у здоровому стані) виявляються зазвичай хибними, і людина шкодує про це.
- **Утішання хворого, що його стан покращився.** Коли минає тиждень за тижнем, а стан хворого не змінюється, душпастир впадає в спокусу підбадьорити хворого словами, які нічого не вартують. Проте саме тоді хворий відчуває, що його не сприймають всерйоз. Краще визнати, що він все ще йде «через темну долину», і пообіцяти, що в цій темряві Божа присутність його не покине.
- **Піддавання сумніву реальності маячних ідей.** Деякі люди страждають від надзвичайно тяжких комплексів провини й неспроможності діяти. Ніякі аргументи не можуть їх від цього відвернути. Кожна спроба довести протилежне зводиться до нового «підтвердження» маячні. Тут варто терпеливо підтримувати особисту гідність співрозмовника й переконувати його в беззаперечному Божому милосерді щодо нього. Я часто втішаю своїх пацієнтів словами: «Навіть коли наша совість нам докоряє і звинувачує

нас, маємо вірити, що Бог вищий за нашу совість. Він все про нас знає». Відтак завершую розмову без подальших дискусій і призначаю новий день бесіди. Хворому потрібен час, щоб сприйняти почуте, навіть якщо в нього ще залишилося багато «якщо» й «але».

- **Перебільшена концентрація уваги на депресивному стані хворого.** Людина в депресії часто буває повністю заповнена своїми клопатами й тривогами. Існує велика небезпека втягнутися в цей її похмурий світ і зовсім забути запитати, на що пацієнт ще здатний і що дає йому підтримку. Саме в Псалмах знаходимо істинну рівновагу. Господнє «І все ж» постійно проривається в особисту скруту того, хто молиться і підносить очі вгору.
- **Надмірні духовні вимоги.** У бесіді слово Боже має бути як сіль у смачній страві. Без нагадування про Божі обітниці піклування про спасіння душі стає банальною світською балачкою. Якщо ж серед надміру біблійних слів відсутнє звертання до картин буденного життя і до страждання хворого на депресію, «страва стає пересоленим концентратом». Цей надмір може навіть спричинити появу у хворого відчуття, що він не здатний більше сприймати слова Божого й тому грішний.

Людина, яка страждає на тяжку депресію, інтенсивно вивчаючи Біблію, схильна вибирати лише ті думки, які підтверджують її похмурий погляд на життя. Найкращі обітниці можуть лише викликати думку, що «такого грішника, як я, ці слова вже не стосуються!» І відчай зростає.

Тому я з повною відповідальністю раджу пацієнтам із тяжкою депресією не дуже заглиблюватись у Біблію, а щоденно читати лише по одному віршу, бажано з тлумаченням у богослужбових книгах. Божа любов не залежить від того, скільки розділів Ви прочитали і скільки годин Ви провели в молитві. Бог тримає нас у своїй руці, навіть коли нам бракує сил міцно вхопитись за неї.

Практична допомога й активізація

Часто самої бесіди замало. Душпастир має бути готовим спуститися з висот духовного втішання до низини повсякденності й надати практичну допомогу. Можливо, це розвантаження перетрудженої домогосподині й організація канікул для її дітей. Або чоловіка в депресії спонукати до того, щоб він передав комусь свої суспільні обов'язки, доки сам не відновить свого здоров'я.

Тому важливо запросити родичів і порадитись з ними, як можна розвантажити хворого чи хвору. Так, наприклад, мати однієї пацієнтки приходила до неї двічі на тиждень, щоб прати й прасувати білизну. А чоловік брав на себе трохи більше, ніж зазвичай, домашньої роботи. Таким чином, навантаження розподілялося на кілька «плечей».

На своєму шляху до відновлення здоров'я хворий на депресію мусить поступово знову активізуватися. Сплануйте разом з ним режим дня й підбатьорте його спочатку до невеликих і нескладних справ. Регулярні прогулянки й трохи фізкультури стимулюють кровообіг, тож мають позитивний вплив на перебіг депресії. З часом хворий сам почне братися до нових завдань. Чим більше слабнутиме депресивне заціпеніння, тим легше буде йому ставати так само активним, як раніше, і радіти з того, чого він досягнув.

Процес активізації депресивної людини вимагає правильного балансу між підібраним відповідно до її стану розпорядком дня і можливими навантаженнями.

Інтенсивна активізація має на меті виконання двох основних завдань:

1. За допомогою правильно організації денного розпорядку депресивний стан може позитивно змінитись і хворий може відчути полегшення.

2. Відчуття, що депресивний стан змінюється і що пацієнт сам може робити внесок у цю позитивну зміну, спонукає його до подальших кроків і зменшує почуття безнадії.

Принципи розбудови активізації

1. Уникати будь-яких переобтяжень. Не перевищувати рівня можливостей пацієнта! Починати з малого. Усвідомлювати наявність слабкості й виснаження. Депресія – це хвороба, яка вимагає дбайливого ставлення.
2. Скласти список занять. Що Вам подобалося раніше? Що Ви охоче зробили б зараз? А разом з іншими – рідними, друзями? Щодня не менше години перебувати на свіжому повітрі (прогулянки, їзда на велосипеді, робота в саду).
3. Конкретно обговорювати час, місце та спосіб діяльності. Планувати режим дня з поступовим зростання активності. Часто пацієнт сам починає робити пропозиції.
4. Протидіяти депресивному прагненню до досконалості: йдеться не про те, щоб досконало виконувати завдання. Сама спроба вже буде успіхом (розхитування «чорно-білого мислення»). Для оцінки успіхів можна залучати родичів.
5. Заохочувати до позитивного зворотного зв'язку: допомагати хворому самому зрозуміти, чи стає йому від цих занять краще, чи хоча б «не так погано, як раніше». Заохочувати пацієнта приписувати успіх самому собі.

Розмовна терапія чи піклування про спасіння душі?

Депресії – це не лише криза почуттів, а часто й криза віри. Тому, крім медикаментозного лікування, обов'язково потрібний пастирський супровід. Він буде успішним за умови, якщо піклувальник знає, на які пункти має звертати увагу й де лежить межа його можливостей. В одному з наступних розділів ми зупинимося на деяких особливих аспектах віри під час депресій.

Медикаментозне лікування

Уже близько 40 років медицина використовує препарати, які спрямовано можуть впливати на депресію. Припускають, що вони діють у місцях передавання нервових імпульсів і відновлюють рівновагу в біохімії мозку. Проте багато питань все ще залишаються відкритими й потребують подальшого дослідження.

Не кожна депресія обов'язково потребує медикаментозного лікування. Тобто депресія не є «синдромом дефіциту антидепресантів». За легких депресій можна відмовитися від застосування медикаментів, якщо систематично проводити з пацієнтом психотерапевтичні бесіди. За помірних і тяжких депресій, навпаки, сучасні засоби надають величезну допомогу для підтримки терапевтичних бесід із хворим. Часто лише завдяки медикаментам пацієнти відновлюються настільки, що стають відкритими для спілкування з лікарями та душпастирями. За допомогою антидепресивних медикаментів лікар намагається досягти таких цілей:

- зняти внутрішню нервозність і спазматичні стани;
- зменшити паралізуюче почуття тривоги;
- покращити настрій;
- відновити природний сон;
- підвищити опірність щоденним навантаженням.
- запобігти рецидивам при циркулярних (які періодично повторюються) ендогенних депресіях і маніакально-депресивному психозі.

Я переконаний, що сучасні фармакологічні засоби можуть і християнам давати цінну допомогу в подоланні депресії, звичайно, у поєднанні з регулярними бесідами та практичною допомогою.

Медикаментозна дія. Антидепресанти регулюють кількість речовин-нейромедіаторів («трансмiтерів», «кур'єрів», «пере-

давачів») у нервових синапсах. Завдяки цьому стабілізується психічний стан пацієнта: покращується настрій, знижується тривога й нормалізується діяльність вегетативної нервової системи. Існує велика різниця дії і сприймання препаратів в організмах різних пацієнтів. Антидепресанти не є панацеєю, проте вони значно полегшують процес одужання.

Справжньою проблемою є відтермінована дія антидепресантів. Пацієнт щоденно ковтає свої пігулки й не відчуває ніяких ознак повернення спокою. Причина полягає у функціонуванні нервових синапсів, в які «втрушаються» нейротрансмітери. Вони не можуть «впродовж дня» пристосуватися до нової речовини. Лише з часом (близько 10 днів) вони розвивають новий ритм, який клінічно виглядає як зниження депресії.

Побічні дії. На жаль, у нашому короткому посібнику немає змоги детально проаналізувати конкретні медикаменти. Занадто різноманітними є види і форми реакції, дозування і їх комбінації. Гадаю, душпастир має порадити хворому не уникати обговорення з лікарем, який саме медикамент найкраще підходить для лікування його депресії. Компетентний лікар, призначаючи антидепресанти має поставити такі запитання:

- У якій формі проявляється депресія: ажитовано (бухливо)-тривожна чи пасивно-загальмована?
- Чи пов'язана депресія із розладами сну?
- Чи супроводжується депресія тілесними (соматичними) скаргами?
- Чи існує виражена тривога або навіть схильність до суїциду?

На основі виявлених симптомів депресії підбирають відповідний антидепресант (який активізує, стабілізує чи заспокоює). Дози препаратів поступово тітрують (збільшують) до терапевтичних. Для літніх людей рекомендують знижені дози. Особливо чутливі до конкретного препарату люди вже на кілька

його крапель можуть зреагувати дуже сильно або з незвичними побічними діями – тут слід старанно й терпляче встановлювати індивідуальну дозу. При розладах сну, тривогах і схильності до суїциду я комбіную їх із транквілізатором й атипичним нейролептичним препаратом (наприклад кветіапіном). І, на решті, важливо, навіть враховуючи можливі побічні дії, все ж таки рекомендувати пацієнтам приймати ліки, бо побічні дії через кілька днів зменшуються. Медикаменти не можуть скоротити тривалість депресії. Проте вони значно допомагають зменшити її важкість. Це велика різниця (див. рис. 10).

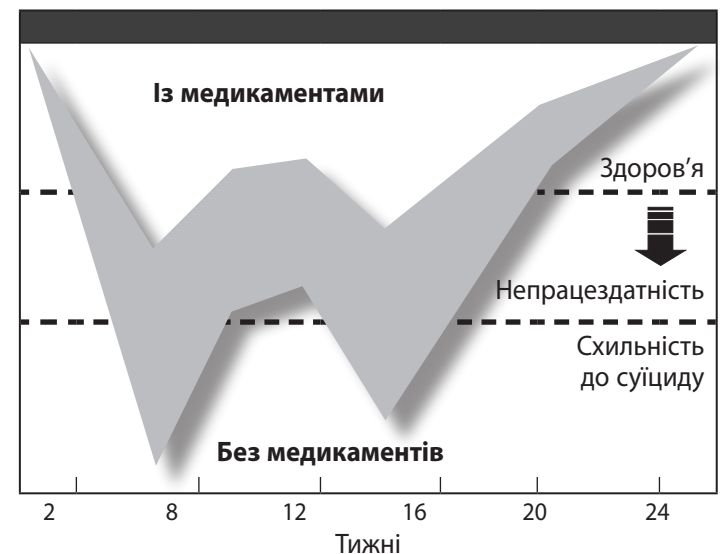


Рис. 10. Динаміка переживання особистістю депресії з медикаментами.

На жаль, антидепресанти не завжди такі ефективні, як нам хотілось би. Не існує пігулок, які б гарантовано приносили полегшення тоді, коли маємо в цьому потребу. І все ж я підтримую вживання медикаментів. Чому?

Навіть якщо дія антидепресантів обмежена, вони часто бувають саме тим чинником, який вносить у стан хворого суттєві позитивні зміни. Медикаментозним лікуванням неможливо скоротити тривалості фази депресії. Проте можна досягти значно кращого самопочуття й уникнути непрацездатності. Тому за вираженої депресії, якщо тільки це можливо, треба використовувати медикаменти. Я добре пам'ятаю молодого фермера, що звернувся до мене в стані помірної депресії. «Першого разу я нічого не приймав, – розповідав він мені. – Серед літа я лежав на софі зовсім без сил. Дружина з моїм батьком мусили збирати урожай самі. Цього разу я хочу почати приймати медикаменти із самого початку депресивної фази!» Справді, депресія в нього знизилася настільки, що він уже міг виконувати свої обов'язки по господарству, хоча лише через кілька місяців відчув себе цілком здоровим.

На завершення дуже важливо підкреслити, що лікування медикаментами не буде ефективним без співбесід і заохочення!

Пацієнти постійно питають, які рослинні засоби я вважаю придатними для лікування депресії. В останні роки великої популярності й значення набуває екстракт звіробою (*Hypericum perforatum*). Рослина має виражену дію при легких депресіях.

Щоправда, і рослинні лікувальні засоби мають свої побічні дії, у цьому випадку – за взаємодії з медикаментами (зокрема з протизаплідними засобами, засобами для гемодилюції (розрідження крові), протипухлинними препаратами), і дають так звану фотосенсибілізацію – тобто схильність до почервоніння шкіри за сонячного опромінювання.

За тяжких порушень дії звіробою недостатньо і треба обов'язково приймати сильніші або більш цілеспрямовані засоби.

Літій і Ко.⁹ за біполярного розладу (маніакально-депресивного розладу)

Хоча біполярні розлади можуть бути дуже серйозними, усе ж існують специфічні медикаменти, які можуть значно покращити стан хворого.

Це передусім мінеральна сіль літію, яку вже понад 50 років використовують для стабілізації маніакально-депресивних коливань. Вважають, що літій стабілізує нервову провідність (урівноважує процеси збудження та гальмування). Щоправда, під час приймання літію треба регулярно визначати його рівень у крові, щоб не сталося передозування препарату і це не призвело до побічних явищ.

Попри те існує ціла низка інших «Mood stabilizers», або засобів для стабілізації настрою. Тут треба назвати дві головні групи: засоби проти епілепсії та препарати, що їх використовують під час психозів (нейролептики).

Регулярне вживання цих засобів стабілізує зміни настрою й часто на багато років звільняє від рецидивів.

Але треба наголосити, що самих лише медикаментів не досить. Дослідження показали, що люди з біполярними розладами потребують чіткого ритму життя й великої дисциплінованості, щоб уникнути рецидивів.

Основою є співбесіда (з наголосом на поведінкову терапію) і пояснення природи розладу: загальне розуміння, з'ясування проблем, встановлення діагнозу, мотивація до терапії. Далі слід зменшити наявний стрес: заспокоїти – словами та медикаментами.

Терапевт разом із пацієнтом розробляють мету терапії: яка проблема є першочерговою? Як можна знайти оптимальний упорядкований ритм із регулярним сном і регулярними

⁹ Препарати Літію та інші препарати для лікування депресії: нейролептики, транквілізатори та ін.

прийомами їжі? Як можна послідовно виконувати щоденні завдання й запобігти тому, щоб раптом не впасти в стресовий стан?

Із цього огляду вибирають довготермінову медикаментозну допомогу, при цьому лікар інформує про основну та побічну дії медикаментів.

Останнім пунктом обговорення терапевта й пацієнта є профілактика рецидивів. При цьому йдеться про розпізнавання симптомів рецидиву та своєчасне реагування на них. Наприклад, чоловік має насторожитися, коли його дружина постійно говорить, що він занадто швидко їздить на машині. Вона не прискіпується до нього, а усвідомлює, що перевищення швидкості є частиною загального пришвидшення ритму життя й загрозою манії. Разом з дружиною та своїм лікарем вони домовляються: якщо це трапляється, я маю підвищити дозу своїх заспокійливих ліків і свідомо «пригальмувати» ритм свого життя.

Розпізнавання небезпеки самогубства

Самогубство є найтяжчим проявом депресії. Суїцидальні думки з'являються часто, і тому важливо поговорити про це. Ось деякі вказівки:

Вказівки на небезпеку суїциду

- Наявність суїцидальних дій в сім'ї або в найближчому оточенні.
- Спроби самогубства в минулому, безпосередні чи опосередковані заяви про самогубство.
- Висловлювання конкретних уявлень про вид, здійснення та підготовку до самогубства або «жахливий спокій».
- Сни про самознищення, падіння або катастрофи.
- Втрата будь-якого планування майбутнього.

Ознаки хворобливих станів із ризиком здійснення суїциду

- Початок або закінчення депресивних фаз.
- Картина тривожно-панічного стану, звуження спектру почуттів, пригнічена агресія.
- Важке почуття провини й нікчемності, іпохондричний розлад (проявляється в постійному занепокоєнні через можливість захворіти).
- Періоди біологічних криз (статеве дозрівання, післяпологовий період, клімакс, симптоми, пов'язані зі старінням).
- Тривалі або невиліковні хвороби.
- Алкоголізм або токсикоманія.

Стосунки з оточенням

- Конфліктні сімейні стосунки в дитинстві, пережите статеве насильство.
- Втрата або загальна відсутність близьких взаємин з іншими людьми (розчарування в коханні, усамітнення, знедоленість).
- Втрата роботи, відсутність кола обов'язків.
- Відсутність мети життя (чи то в християнській вірі, чи в якомусь іншому переконанні, яка підтримувала б сенс існування)

Контрольні запитання для визначення небезпеки самогубства.

- *Схильність до суїциду:* Чи задумувалися Ви коли-небудь над тим, щоб позбавити себе життя?
- *Підготовка:* Як би Ви це зробили? Чи вже проводили підготовку? (Чим конкретніше, тим більший ризик).
- *Нав'язливі думки:* Чи думаєте Ви про це свідомо? Чи виникають у Вас нав'язливі думки, навіть тоді, коли Ви цього не хочете? (Думки, що виникають самі по собі, найнебезпечніші).

- **Повідомлення:** Чи Ви вже говорили з кимось про наміри суїциду? (Повідомлення треба завжди сприймати серйозно).
- **Звуження інтересів:** Чи обмежилися, звузилися Ваші інтереси, думки та контакти з іншими людьми?
- **Агресія:** Чи відчуваєте агресивні почуття до когось, які Ви із зусиллям придушуєте? (Вони можуть бути скеровані й проти Вашої особи).

Як поводитися з пацієнтами, схильними до самогубства

Реакція на думки про самогубство

Думки про суїцид та наміри його здійснити часто належать до картини прояву тяжкої депресії. Проте дуже часто їх замовчують через сором. Природне бажання обговорити свої думки про суїцид допомагає пацієнтові висловити свої потаємні потреби й тривоги. Із порадником, лікарем або душпастиром загрозливі думки, ставши предметом обговорення, наче «віддаляються» від хворого. Важкий тягар розділяється між співбесідниками, і з'являється можливість запобігти здійсненню суїциду.

Замислитись над проблемою безнадії

Людина зважується на самогубство тоді, коли вже не бачить іншого виходу. Обговорення того, як ситуація виглядає з погляду душпастира чи лікаря, може підвести до запитання: «Чи моє становище й справді настільки безвихідне?» Найменший промінчик надії може спонукати схильну до самогубства людину не чинити його.

Запропонувати надійні взаємини

Відчуття, що твій співрозмовник сприймає тебе поважно й підтримує, може послабити думки про самогубство. Крім

того, треба запропонувати хворому телефонувати вам або на гарячу лінію в будь-який час, щойно з'являться думки про суїцид. Така «гаряча лінія» для кризових розмов уже допомогла багатьом людям, що перебували в глибокому відчаї. У Швеції телефон довіри для допомоги людям у стані відчаю має короткий номер – 143. В інших країнах також існують такі телефони для безкоштовних дзвінків, наприклад, телефон довіри в Берліні має номер 0800 111 0 111.

Залучення родичів

Родичів слід попередити, що людину в стані депресії не можна залишати саму. Можливо, вона може переночувати в знайомих і деякий час пожити з іншими, доки криза не послабшає.

Короточасні заходи

У схильної до суїциду людини немає далеких перспектив, її постійно пригнічують похмурі думки. Тому їй треба знати, що незадовго відбудеться наступна душпастирська розмова. Через це дуже важливо призначити наступну зустріч на найближчий термін. Дуже важливі також лікувальні заходи: медикаменти можуть сприяти «охолодженню перегрітого двигуна психіки». Якщо людина вже може заснути, а не мусить безперервно крутитись у ліжку, суїцидальний тиск послаблюється. До того ж виявлено, що за тяжких депресій із хронічними думками про суїцид дієвим запобіжним заходом є медикаменти, які значно зменшують ризик самогубства.

Скерування до клініки

Якщо всіх цих зусиль замало, неминучим стає скерування до клініки. Клініка надає пацієнтам у стані гострої кризи, які раніше ставилися до цього скептично (упередження проти психіатрії, релігійні причини), додаткові можливості терапії. У клініці хворі отримують посилену допомогу й відмежування від зовнішнього світу, що забезпечить їм захист і схованку від життєвих обставин, страхів і тривог, що їх вони сприймали як нестерпні.

III. Депресія і віра

Віра також може засліплювати

«Я не виберуся більше з цієї безодні. Коли в мене справи йдуть добре, мені зовсім не важко молитися, славити Бога й дякувати Йому. Зовсім інакше під час депресії. Що буде далі? Як я виберуся з цього? Що я роблю неправильно у своєму ставленні до Бога, що не можу молитися, наче кам'янію, не відчуваю більше радості від читання Біблії? Постійно питаю себе про це. Коли намагаюсь забути і знайти спокій в молитві, мої запитання лише поширюються в просторі й часі. Проте відповіді немає. Це як на каруселі, що обертається все швидше. Безупинне кружляння стає мукою, проте зіскочити неможливо».

Якщо легкі форми депресії лише помірно затьмарюють життя, за тяжких станів усе більше звужується здатність довільно змінювати свої думки й керувати ними (вони настирливі, «щось» думає в мені аж до навіювання нав'язливих думок про смерть). Ерїх Шік (Erich Schick), відомий богослов, у своєму класичному творі «Христос у стражданні» написав: «Існують внутрішні переживання, які наводять на думку, що страждання може бути мовчазним не лише в тому сенсі, що для нього неможливо проявитись у зовнішньому світі, але і в тому розумінні, що чим глибшим воно стає, тим більше втрачає сили себе розуміти, а також говорити із самим собою».

Це дає нам змогу краще зрозуміти, що депресія вражає і життя віри. Радість, мир, любов, терпіння – щоб пережити ці почуття, потрібне гармонійне узгодження мислення, поведінки і відчуття. Більш зрілим і менше обтяженим особистостям це вдається значно легше, ніж людям із духовними стражданнями. Хто не має радості від життя, для того прихована

радість спілкування з Господом і з Його Словом. Часто хворі борються самі з собою і змагаються за віру так, як потопельник у відчай хапається за уламок дошки.

«Вода доходить мені до горла»

«Боже, допоможи мені! Вода доходить мені вже до горла. Я потопаю в глибокому болоті, де немає дна!». Цей відчайдушний крик про допомогу із псалма 69-го й сьогодні передає відчуття людини в депресії. Вона втрачає не лише ґрунт під ногами, а й кричить до Бога, не маючи певності, що Він її чує.

Якщо віруючі люди захворіють на депресію, то вони страждають не лише від загальних симптомів цієї хвороби, а особливо від того, що їхня віра, яка раніше була для них опорою, затьмарюється депресивною симптоматикою. Часто вони пов'язують своє відчуття неспроможності з помилками у своєму духовному житті.

Під час депресії з'являється почуття провини, незалежно від того, чи людина є віруючою, чи ні. Почуття провини – це основна людська реакція, що з'являється тоді, коли людина не реалізовує своїх ідеалів і переживає цю невдачу як провину. Проте для віруючої людини це часто означає почуття відокремленості від Бога і навіть відчуття, що Він її «відкинув».

Чорні окуляри депресії спотворюють і взаємини з Богом. Ніби якийсь генератор перешкод постійно перериває зв'язок з Богом. Проте було б помилкою на основі атмосферного шуму в приймачі зробити висновок, що радіостанції вже не існує. Отже, депресія, яка затемнює духовне життя хворого, не є ознакою того, що Бог від нього відвернувся.

Багато людей на основі своїх почуттів визначають, чи відчувають вони присутність Бога, чи ні. Якщо цих почуттів більше немає, то їм здається, що Бог нескінченно далеко. Точний аналіз симптомів депресії показує, що вона вражає важливий

нерв духовного сприйняття. До депресивного «короткого замикання» мислення належать скарги пацієнтів на кшталт: «Коли я не досить глибоко вірую, то Бог більше зі мною не говорить!» Отож, саме депресія обтяжує духовне життя, а не навпаки.

У розмові з віруючими людьми я завжди чую такі скарги й самозвинувачення: «Депресія – це гріх» (хороший християнин не може впасти в депресію).

- «Бог покарав мене за те, що я згрішив».
- «Я вже не відчуваю присутності Бога».
- «Я не маю більше сили читати Біблію і молитися!»
- «Я так боюся людей!»
- «Я нічого не роблю для Бога порівняно з іншими; я є не-потрібним інструментом!»
- «Я не маю більше надії!»

Симптоми, що ускладнюють релігійне життя

За цими скаргами стоять не лише викривлене мислення, упередження чи хибні концепції. Вони безпосередньо формуються депресивною симптоматикою і виражаються у висловлюваннях щодо віри. Наведена нижче таблиця показує деякі симптоми, що ускладнюють духовне життя:

Нормальне переживання	Депресія
Радість, добрі почуття	Нездатність радіти
Самооцінка	Знижена, самодокори
Внутрішня гармонія, радість	Неспокій, тривога, страх

Подяка/повага	Сумніви, докори Богові
Довіра, захист	Демонічні впливи?
Молитва	«Бог не чує!»
Спілкування	Самоізоляція
Добрі вчинки	Безсилля

1. Сумний настрій, втрата радості й інтересів також веде до втрати радості від існування Бога та Його творіння.
2. Нав'язливі думки та сумніви, внутрішній неспокій, безцільне кружляння думок можуть призвести до втрати впевненості у вірі.
3. Самодокори, ідеї своєї винуватості переживаються як провина перед Богом і можуть призвести до страху перед духовною загибеллю.
4. Брак енергії, нездатність прийняти рішення ускладнюють і християнське служіння, яке в нормальному стані було само собою зрозумілим.
5. Страх і відокремленість від людей призводять до втрати спілкування й відчуття єдності з іншими християнами, якої вони так потребують.
6. Клопоти й відсутність перспективи відбирають упевненість, яка раніше завжди існувала завдяки вірі.
7. Дратівливість і підвищена чутливість спонукають до поведінки, яку сам хворий і його оточення вже не сприймають як християнську.
8. Безнадія і бажання смерті інколи підкріплюються віршами з Біблії, які хворий вириває з контексту.

Необхідність молитви

Під час депресії виникає особлива потреба в молитві. У хворого часто виникає відчуття, що його непевні зойки про допомогу відскакують від стелі, затихають у порожньому космосі, або безмірно далекий Бог їх відхиляє. Хворий відчуває себе таким слабким, таким невпевненим і настільки сповненим відчаєм, що в нього вже не лишається сил схопитися за Бога. Молитви сумніву – «як сік розтопаної рослини, яка ще тримається на корінні віри» (Бінг Хантер (Bing Hunter)).

Людина, вражена депресією, не лише відчуває потребу молитися, у неї виникає враження, що її молитва є недостойною і Бог її не може прийняти. Це влучно висловлено у вірші богослова Хайнриха Фогеля (Heinrich Vogel):

О Боже, моя молитва – це прокляття!
Моє прокляття... Ні, я хочу Тебе шукати!
Мій пошук... – Ні, я хочу від Тебе тікати!
Моя втеча... – Отче, дай мені впасти на коліна,
Бути Тобою знайденим, переможеним.

Якщо розглянути хід цієї молитви, то вона поступово перетворюється із нестямного мінору на ніжні, сповнені надії звуки, пов'язані з попереднім досвідом віри. Тут є нагадування про доброго пастиря, який шукає загублене ягня, знання милосердного Бога, який не відштовхне того, хто чесно змагається.

Позитивні аспекти віри

Отож, було б цілковитою помилкою вбачати в депресії лише проблеми віри. Пацієнти постійно повідомляють мені про силу, яку вони дістають від віри під час депресії.

У їхніх розповідях найбільш частотними є три теми:

1. Поглиблення віри через депресію

- Посилена залежність від Бога
- Поглиблення особистої віри
- Більш зріле ставлення до страждань
- Більш зріле ставлення до тих, хто страждає

*Чого, душе моя, ти сумуєш і чого ти в мені непокоїшся?
Май надію на Бога, бо я Йому буду ще дякувати за спасіння
Його, мого Бога! (Псалом 41:12)*

*Тебе душа моя прагне, Тебе бажає тіло моє в землі сухій,
спраглий і безводній (Псалом 62:2).*

2. Віра як захист від відчаю і суїциду

- Надія проти гнітючої безнадії
- Страх перед карою за суїцид
- Бажання смерті стає пошуком вічності на противагу власному бажанню самогубства: *Я став наче посуд розбитий...*

*Але я, Господи, на Тебе уповаю!
В руці Твоїй доля моя... (Псалом 31,6).*

*Коли я піду хоча б навіть долиною смертної темряви, то
не буду боятися злого, бо Ти при мені, Твоє жезло і Твій посох,
вони мене втішать (Псалом 23,4).*

3. Віра як джерело сили під час депресії:

- Попри зневіру, сумнів, безсилля
- Місця із Біблії і вірші псалмів
- Підтримка від спільноти вірних

*Блаженна людина, що в Тобі має силу свою
Ті, що через долину Плачу переходять, чинять її джерелом,
і дощ ранній дає благословення.
Вони ходять від сили до сили...
(Псалом 83,7-8).*

Вчитися терпіти

Мабуть, найбільший виклик у депресії – не втратити мужності, навіть якщо здається, що хвороба тривалий час стоїть на місці. Тема «Терплячість» і в медичній, і в психологічній сфері не входять до «першої десятки». Біологічно орієнтована медицина вже через кілька тижнів розпочинає ажіотаж навколо медикаментів: підвищує дозу до авантюрних розмірів, змінює препарати кожні 4 – 6 тижнів і пропонує електрошок або транскраніальну магнітну стимуляцію. Усі ці методи можна застосовувати. Та жоден із таких хитромудрих тестів чи біомаркерів не може спрогнозувати тривалості тяжкої депресії. До цього часто додаються страждання доведених до відчаю пацієнтів. Ажіотаж поширюється навіть на різні психологічні втручання – від поведінкової терапії до когнітивної реструктуризації. На жаль, я на сьогодні не знаю методу, який дійсно міг би скоротити страждання (зрозуміло, з урахуванням основних заходів, які я в загальних рисах запропонував у цьому посібнику).

Отож, терплячість займає провідне місце – терплячість до самого себе (для хворого на депресію), терплячість із хворим (для родичів) і терплячість із пацієнтом (для лікаря). Швейцарський пастор і душпастир Хансрюді Бахман (Hansruedi Bachmann) написав слова, які мені часто спадають на думку:

- Терпіти означає уміти чекати на «годину Божу».
- Терпіти означає уміти страждати, не знесилюючись повністю.
- Терпіти означає ніколи не випускати з поля зору мети і використовувати кожну нагоду, щоб зробити конкретний крок до своєї мети.
- Терпіти означає стояти перед Богом у напруженому чеканні.

- Терпіти означає рішучість, яка доводить свою силу, проходячи крізь багато перешкод.
- Терпіти означає не чинити насильства щодо людей, речей і ситуацій, бути справедливим і при цьому не йти на компроміси.
- Терпіти означає силу залишатися внизу, не опускаючись нижче.

Допомога для душпастирів

Депресія людини, що звертається по допомогу, впливає і на душпастиря. Він хоче допомогти хворому на депресію і відчуває себе частково відповідальним за нього. Якщо, як це часто буває, негайний результат не настає, то душпастир може зарізатися безнадією і безпомічністю того, хто шукає поради та допомоги. Бесіди стають для нього все більше обтяжливими.

Тому в кінці цього розділу я хотів би дати вказівки щодо того, як можна протистояти такому розвиткові ситуації.

1. Завжди пам'ятайте про те, що таке депресія! Не давайте захопити себе безнадією пацієнта.
2. Звертайте увагу на депресивні помилки мислення не лише в пацієнта, а й у себе. Чи збігаються Ваші думки з Біблією і з дійсністю?
3. Вчіться ставитися до скарг того, хто шукає поради й допомоги, зі здоровою об'єктивністю. Сприймайте, наприклад, сльози як ознаку внутрішньої потреби. Свідомо обмежуйте час бесіди, інакше це буде перенавантаженням для Вас і для хворого.
4. Не беріть на себе відповідальності за думки, почуття і дії пацієнта, яку він мусить нести сам. Ви можете його

стимулювати, проте зміни в пацієнті мають відбуватися з милості Божої (і згідно з Його планом).

5. Не ставте занадто високих терапевтичних цілей. Пам'ятайте, що супровід депресивних людей вимагає багато терпеливості й пов'язаний із рецидивами.
6. Майте мужність визнати власну безпорадність й обговоріть з іншим душпастирем Ваші труднощі в роботі з депресивною людиною.
7. Виділіть достатньо часу для особистого спілкування з Богом і своєю сім'єю. Підтримуйте контакти з друзями і насолоджуйтесь часом для хобі, спорту або музики.

Найбільшим заохоченням для кожного лікаря і душпастиря є момент, коли він чує від колишніх пацієнтів, як вони пережили свою депресію. Внутрішній розлам від тяжкої депресії часто приводить до поглибленого зв'язку з Богом і до відновлення віри, яка засвідчила свою силу, коли збереглася навіть у дуже тяжкій скруті.

Недавно одна жінка з тривалою депресією сказала мені: «Я б не хотіла відмовитися від цього часу. Бог розбив мою стару горду натуру і змусив мене подивитися на неї по-новому. У цьому світі я не маю нічого, на що могла б покластися, проте Він залишається непохитним. Інколи я боюся нової фази, боюся, що моя міцність віри знову буде затьмарена. Але я знаю, що Бог буде зі мною, навіть коли мій шлях буде знову йти через темну долину».

Література

- Korb A. (2015). *The Upward Spiral: Using Neuroscience to Reverse the Course of Depression, One Small Change at a Time*. New Harbinger Publications.
- Solomon A. (2015). *The Noonday Demon. An Atlas of Depression*. Scribner.
- Hysenbegasi A, Hass S, Rowland C: The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 8:145–151, 2005
- Kelly M, Roberts J, Bottonari K: Non-treatment related sudden gains in depression: the role of self-evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 45:737–747, 2007
- Lara ME, Klein DN, Kasch KL: Psychosocial predictors of the short-term course and outcome of major depression: a longitudinal study of a nonclinical sample with recent-onset episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 109:644–650, 2000
- Wu J, Davis-Ajami ML, Kevin Lu Z. (2016). Impact of Depression on Health and Medical Care Utilization and Expenses in US Adults With Migraine: A Retrospective Cross Sectional Study. *Headache*. 2016 Jul;56(7):1147-60.

Додаток 1. Опитувальник депресії Бека

Ім'я, прізвище:	Дата:
-----------------	-------

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і янічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	

5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
(6)	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараний. 4. Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе.	
(8)	0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9	0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.	
(10)	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	
(11)	0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.	
12	0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі.	

13	0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволіаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень.	
14	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жакливо.	
15	0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.	
(16)	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.	
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.	
18	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.	
(19)	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні	

(20)	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
(21)	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Примітки:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ:

Додаток 2. Шкала Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии

1. Депрессивное настроение.

(подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)

- 0- отсутствие
- 1- выражение указанного чувства только при прямом вопросе
- 2- жалоба высказывается спонтанно
- 3- определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)
- 4- пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины.

- 0- отсутствие
- 1- самоуничижение, считает, что подвел других
- 2- чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах
- 3- настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности
- 4- вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения.

- 0- отсутствие
- 1- чувство, что жить не стоит
- 2- желание смерти или мысли о возможности собственной смерти
- 3- суицидальные высказывания или жесты
- 4- суицидальные попытки

4. Ранняя бессонница.

- 0- отсутствие затруднений при засыпании
- 1- жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)
- 2- жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Средняя бессонница.

- 0- отсутствие
- 1- жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

- 2- многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели

6. Поздняя бессонница.

- 0- отсутствие
- 1- раннее пробуждение с последующим засыпанием
- 2- окончательное раннее утреннее пробуждение

7. Работоспособность и активность.

- 0- отсутствие трудностей
- 1- мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби
- 2- утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)
- 3- уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности
- 4- отказ от работы вследствие настоящего заболевания

8. Заторможенность.

(замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

- 0- нормальная речь и мышление
- 1- легкая заторможенность в беседе
- 2- заметная заторможенность в беседе
- 3- выраженные затруднения при проведении опроса
- 4- ступор

9. Ажитация.

- 0- отсутствие
- 1- беспокойство
- 2- беспокойные движения руками, тербление волос
- 3- подвижность, неусидчивость
- 4- постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ

10. Психическая тревога.

- 0- отсутствие
- 1- субъективное напряжение и раздражительность
- 2- беспокойство по незначительным поводам

- 3- тревога, выражающаяся 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)

- 0- отсутствие
- 1- слабая
- 2- средняя
- 3- сильная
- 4- крайне сильная

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы.

- 0- 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.

- 0- отсутствие
- 1- тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил
- 2- любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы.

(Утрата либидо, менструальные нарушения)

- 0- отсутствие симптомов
- 1- слабо выраженные
- 2- сильно выраженные

15. Ипохондрия.

- 0- отсутствие
- 1- поглощенность собой (телесно)
- 2- чрезмерная озабоченность здоровьем
- 3- частые жалобы, просьбы о помощи
- 4- ипохондрический бред

16. Потеря в весе.

(оценивается либо А, либо Б)

А. По данным анамнеза.

- 0- отсутствие
- 1- вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием
- 2- явная (со слов) потеря в весе
- 3- не поддается оценке

Б. Если изменения в весе имеют место ежедневно.

- 0- 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.

- 0- осознание болезни
- 1- осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомление и т.д.
- 2- полное отсутствие сознания болезни

18. Суточные колебания.

(пункт Б оценивается при наличии расстройств в пункте А)

А. Когда симптомы более выражены.

- 0- отсутствие колебаний
- 1- утром
- 2- вечером

Б. Степень выраженности.

- 0- отсутствие
- 1- слабые
- 2- сильные

19. Деперсонализация и дереализация.

(измененность себя, окружающего)

- 0- отсутствие
- 1- слабая
- 2- умеренная
- 3- сильная
- 4- непереносимая

20. Параноидальные симптомы.

- 0- отсутствие
- 1- подозрительность
- 2- идеи отношения
- 3- бред отношения, преследования

21. Обсессивные и компульсивные симптомы.

- 0- отсутствие
- 1- легкие
- 2- тяжелые

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК К ШКАЛЕ ГАМИЛЬТОНА
(тревога)**

Пункт шкалы	ПОКАЗАТЕЛИ (обвести соответствующие состоянию)				
	0	1	2	3	4
1. Депрессивное настроение	0	1	2	3	4
2. Чувство вины	0	1	2	3	4
3. Суицидальные намерения	0	1	2	3	4
4. Ранняя бессонница	0	1	2		
5. Средняя бессонница	0	1	2		
6. Поздняя бессонница	0	1	2		
7. Работоспособность и активность	0	1	2	3	4
8. Заторможенность	0	1	2	3	4
9. Ажитация	0	1	2	3	4
10. Психическая тревога	0	1	2	3	4
11. Соматическая тревога	0	1	2	3	4
12. Жел.-киш. симптомы	0	1	2		
13. Общие соматические симптомы	0	1	2		

14. Генитальные симптомы	0	1	2		
15. Ипохондрия	0	1	2	3	4
16. Потеря в весе А	0	1	2	3	
16. Потеря в весе Б	0	1	2	3	
17. Критичность	0	1	2		
18. Суточные колебания А	0	1	2		
18. Суточные колебания Б	0	1	2		
19. Деперсонализация и дереализация	0	1	2	3	4
20. Параноидальные симптомы	0	1	2	3	
21. Обсессивные и компульс. симптомы	0	1	2		

Науково-популярне видання

Д-р Самюель Пфайфер
ДЕПРЕСІЯ
Хвороба сучасності

Літературний редактор
Галина Наконечна
Технічний редактор
Юрій Пелех

Підписано до друку 20.04.2017 р. Формат 84x108/32.
Папір офс. Офс. друк. Ум. друк. арк. 4,6.
Ум. фарбовідб. 5. Обл.-вид. арк. 2. Зам.

ТзОВ Видавництво «Свічадо»
(Свідоцтво серії ДК №1651 від 15.01.2004)
79008, м. Львів, а/с 808, вул. Винниченка, 22.
Тел./факс: (032) 244-57-44
e-mail: post@svichado.com, url: www.svichado.com

Віддруковано згідно з наданим оригінал-макетом
у друкарні ТзОВ «Зерцало»
(Свідоцтво серії ААВ № 219930 від 30.01.2013 р.)
вул. Січових стрільців, 35а, с. Кротошин,
Пустомитівський р-н, Львівська обл., тел. (032) 253-05-45