

УДК 159.9

## ДЕПРЕССИЯ КАК ФОРМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Лукьянов В.А.

e-mail: tach\_29@mail.ru

**Аннотация:** В статье идет пояснение об определенном аспекте, который очень важный, как я считаю. Каждый из нас в своей жизни сталкивался с несправедливостью, злостью, обесценкой, обидой, неоправданными надеждами и т. п.

**Ключевые слова:** депрессивное расстройство, отклоняющееся поведение, панический синдром, когнитивная психотерапия.

## DEPRESSION AS A FORM OF PSYCHOLOGICAL DISORDER

Lukyanov V.A.

**Abstract:** The article explains about a certain aspect, which is very important, as I think. Each of us in our life has faced injustice, anger, depreciation, resentment, unjustified hopes, etc.

**Keywords:** depressive disorder, declining behavior, panic syndrome, cognitive psychotherapy.

Иногда кажется, что жизнь несправедлива к нам, а порой она становится однообразной, как «день сурка». Это конечно немного утрированный сценарий, но всё же так бывает. Когда человек перестаёт верить в себя, в собственное предназначение, бога, высшую силу и, утрачивая душевный покой, уходит в такое состояние, при котором нет радости, одна боль и страдание. Такое ощущение, что он застревает в этом многообразии негативных чувств. Душевная боль и повседневные мысли разрывают его изнутри. Психологи называют такой синдром депрессией. Каждый, кто сталкивался с депрессией, знает, что она может вызвать интенсивную тревогу, сильно заниженную самооценку и опустошающее чувство отчаяния. Она может оставить вас с ощущением безнадежности, апатии, утомить проникающей безрадостностью и разочарованием, связанными со стремлением к несчастью. Дело в том, что единожды переболев депрессивным состоянием, организм снова и снова возвращается к

нему. Иногда кажется, что вы никчёмный и радости в жизни уже никогда не будет. Своего рода лузер, который не способен по-другому жить. В конечном итоге вы приходите к мысли, что что-то со мной не так и нужно что-то менять в своей жизни, но болезнь настолько сильно въелась, что сил нет, чтобы встать с кровати. Такое ощущение, что человек в эти моменты начинает сражаться с несуществующим врагом, он всё чаще начинает анализировать все эти моменты, переживания, действия, мысли, чувства. И чем чаще он себя анализирует, тем сильнее уходит в себя и собственные переживания. Если провести аналогию с зыбучим песком, то станет ясно: чем больше человек прилагает усилия, чтобы выбраться, тем сильнее его начинает засасывать. До конца 1970 г. врачи-клиницисты пытались разными способами лечить данное заболевание души, выписывая различные антидепрессанты, анестезирующие средства в виде таблеток и различных настоек. Но к великому их изумлению, этот синдром возвращался, а иногда поражал человека с ещё большей силой. Данная концепция не нравилась терапевтам. Продолжительное употребление антидепрессантов зачастую приводило организм человека к привыканию или к лекарственной зависимости. Избавившись от одной проблемы, человек получал новый виток потенциально опасного синдрома под названием аддикция. Поэтому в начале 1990-х мы (Зиндел Сигал, Марк Уильямс и Джон Тисдэйл) стали искать возможность разработки совершенно нового подхода. Оказалось, что каждый раз, когда человек погружается в депрессию, связи в мозге между настроением, мыслями, телом и поведением становятся сильнее, облегчая повторное возникновение депрессии. Исследователи стали думать, что же делать с этим риском рецидива. Многие из них прибегали к когнитивной терапии. Проведя многочисленные исследования, пришли к выводу, что эти методики снижают риск рецидива и у испытуемых улучшается психологический фон. Несмотря на значительные достижения в области фармакотерапии депрессий, это заболевание имеет по-прежнему широкое распространение. Более того, количество самоубийств, которое принято

считать показателем распространённости депрессии не только не снизилось, но и возросло за последние годы.

Когнитивный подход в работе с депрессией. Когнитивная психотерапия - это структурированный подход, сеанс которого ограничен во времени. Цель его заключается в проведении терапевтических мотивационных процедур с пациентом. Когнитивная терапия широко применяется в лечении депрессии, тревоги фобий, психосоматических расстройств, панических атак и т. д. Данный подход часто используется в реабилитации людей, которые перенесли сложные операции. Очень хорошо зарекомендовал себя при коррекции девиаций и лечении различных форм зависимого поведения. Когнитивный подход включает в себя различные формы восприятия человека, в которые входит память, мышление, внимание, чувства, эмоции и двигательные рефлексы. Простыми словами, когнитивная терапия видит эффективность лечения большинства психических расстройств и заболеваний в коррекции убеждений, мыслей, мировоззрения, согласно которым действует человек. Если они будут сформулированы заново и правильно, он освободится от большинства личностных проблем и зависимостей. Когнитивная терапия депрессий состоит из нескольких этапов, которые прошли суровую проверку клинических исследований в работе с пациентами. Структурно говоря, депрессивный синдром и его когнитивная структура состоит из нескольких этапов развития, которые формируют устойчивую установку, способную довести человека до суицида. Это три составляющие, которые выглядят так: когнитивная триада, схемы и неправильная обработка информации. Эту модель впервые представил Аорон Бек в 1963г. в ходе многочисленных исследований данного синдрома.

Когнитивная триада состоит из нескольких частей, которые взаимосвязаны между собой. Итак, из чего же состоит когнитивная триада? Во-первых это негативное отношение к самому себе. В этой составляющей части индивид обесценивает себя негативно, награждая себя негативным дефектами. Самоуничижает и обесценивает свои черты. Здесь речь идёт о

неспособности личности себя поддержать и похвалить, есть только негативные составляющие. Пациент считает себя больным, не способным к действиям, часто винит себя и жалеет. Он лишён счастья и чувства удовлетворённости. Вторым компонентом является, неадекватное отношение к сегодняшнему его опыту. Он негативно трактует текущий опыт. Пациенту кажется, что мир вокруг него предъявляет к нему слишком большие требования. Люди относятся вызывающе, импульсивные их требования к нему неправомерно завышены. Мир такому пациенту кажется враждебным и пугающим его. Третьим компонентом является страх перед будущим, так как нынешний опыт неоправданно негативен, будущее видится такому индивиду смутным, чёрным как туча, без «белых пятен». Он часто представляет его как череду будущих испытаний. И постоянное преодоление трудностей, где люди окружающие его будут ставить палки в колёса и не дадут ему двигаться дальше. Он полагает, что до конца своих дней он будет одиноким и жалким. Пессимистические настроения сковывают волю. Нарушение мотивационных способностей человека (одинокость, уход в себя, безволие) называется когнитивными нарушениями.

Схемы. У каждого человека есть схематические установки, которые были заложены ещё в детстве родителями. Со временем они усложняются по мере взросления личности. Они зависят от опыта человек, его личностных качеств, знания, коммуникаций. Схематизация, как определённые конструкторы реагируют на стимулы человека, побуждая его действовать исходя из ситуаций. Стимулы (побуждения к действию) формируют потребности человека. Вся это схема у здорового человека сбалансирована. И какие то маленькие трудности не создают болезненных последствий для внутреннего я. Но в один прекрасный момент все может измениться из-за ситуаций и сильных жизненных потрясений. Своего рода этот толчок может всю эту схему изменить. И человек уходит в негативизм и остаётся там надолго, причём, чем дольше там находится, тем привычней в нем быть - застревает в негативных чувствах. Все равно, что попасть в капкан

собственных эмоций и переживаний. Обусловлено это подменой базовой потребности, меняя её на субпотребность, тем самым не получая нужного стимула к мотивации, энергия не появляется и он остаётся в той же среде. Причём сами эти моменты не видит и старается рационализировать, сравнивать, обобщать, обвинять в этом судьбу и других людей. В этой ситуации может помочь психотерапевт, побуждая человека проявлять чувства и искать стимулы, для выхода из депрессивных схем поведения.

Депрессивное мышление - как сопутствующий фактор выше изложенного. Формирование негативного мышления очень сильно связано со схемами, установленными в рамках депрессивного искажения действительности. Это своего рода нагнетающий фактор, который волнами накатываемых образов формирует устойчивый патерн дальнейших жизненных стимулов. В этих мыслях, побуждениях индивид очень избирательно реагирует на определённые стимулы, те, которые сформировались в рамках депрессии. В данном контексте, когда человек не видит выхода в позитивное русло. Думает очень узко, отбрасывая позитив на обочину. Создаётся так называемое туннельное мышление, где человек не видит полной картины и сконцентрирован на узком и не всегда правильном выборе, действуя в той же парадигме навязчивых мыслей. Причём сам себе навязывает предыдущий негативный опыт на последующие жизненные обстоятельства. В моменты интенсивной мозговой деятельности депрессивного мышления, обусловленные депрессивными схемами, индивид практически утрачивает способность повлиять на свой мыслительный процесс.

Я рассказал краткую модель формирования депрессии, модель когнитивных элементов, из которых они состоят, и что поражает депрессия. На сегодняшний день - эта проблема, как и в те давние времена, стоит на первом плане, приводит к трагическим последствиям для человека. Наше мышление действует на весь организм и долгое стабильное пребывание в депрессивном состоянии могут сопутствовать различным фобиям,

психосоматическим расстройством и даже суицидальным симптомам  
наклонностей.

### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Zwemer, W. A., & Deffenbacher, J. L. (1984). Irrational beliefs, anger, and anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 391–393.
2. Козидубова В.М., Долуда С.М., Гончаров В.Е., Баричева Э.Н. Гурницкий А.В., Вакуленко А.В. Формирование приверженности к психофармакотерапии у пациентов с параноидной шизофренией с помощью психокоррекции // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2019. – Т. 10, № 4. – С.629-637.
3. Тимербулатов И. Ф., Гулиев М. А. Транскраниальная магнитная стимуляция в лечении генерализованного тревожного расстройства // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2019. – Т. 10, № 4. – С.663-667.
4. Устинова Е.А. Возрастные границы подросткового периода // *Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию*. – 2019. – Т.5, №1. – С.148-151. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38566591/>
5. Шапорева О.Н. Формирование готовности у сотрудников организации к обучению // *Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию*. – 2019. – Т.5, № 1. – С.173-176. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38566597>.