**расстройства настроения**

***Лукашевич Нина Вячеславовна, врач-психиатр-нарколог, заведующий отделением учреждения здравоохранения «Минский городской клинический центр психиатрии и психотерапии»***

**Человек не является ни бесстрастным созерцателем того, что происходит вокруг него, ни бесстрастным автоматом, производящим те или иные действия, наподобие хорошо слаженной машины.**

Человек переживает то, что с ним происходит и им совершается; он относится определенным образом к тому, что его окружает. Отношения к событиям, к другим людям, к самому себе проявляется в эмоциях.

Расстройства настроения – это группа психических нарушений, характеризующаяся изменением эмоционального состояния в сторону угнетения или подъема. Включает различные формы депрессий и маний, маниакально-депрессивный психоз, аффективную лабильность, повышенную тревожность, дисфорию. Патология настроения сопровождается снижением или повышением общего уровня активности, вегетативными симптомами. Специфическая диагностика включает беседу и наблюдение психиатра, экспериментально-психологическое обследование. Для лечения используется фармакотерапия (антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики), психотерапия, социальная реабилитация.

Распространенность аффективных расстройств весьма обширна, поскольку они формируются не только как самостоятельная психическая патология, но и как осложнение неврологических и иных соматических заболеваний.

Этот факт обуславливает трудности диагностики – пониженное настроение, тревожность и раздражительность люди относят к временным, ситуационным проявлениям. Согласно статистике, расстройства эмоциональной сферы различной степени выраженности возникают у 25% населения, но квалифицированную помощь получает только четверть из них. Для некоторых видов характерна сезонность, чаще всего заболевание обостряется в зимний период.

Нарушения эмоций провоцируются внешними и внутренними причинами. По своему происхождению они являются невротическими, эндогенными или симптоматическими. Во всех случаях существует определенная предрасположенность к формированию аффективного расстройства – неуравновешенность ЦНС, тревожно-мнительные и шизоидные черты характера. Причины, определяющие дебют и развитие болезни, подразделяются на несколько групп:

**Психогенные неблагоприятные факторы.**

Эмоциональные нарушения могут быть спровоцированы психотравмирующей ситуацией либо продолжительным стрессом. Среди наиболее распространенных причин – смерть близкого человека (супруга, родителя, ребенка), ссоры и насилие в семье, развод, утрата материальной стабильности.

**Соматические заболевания.**

Расстройство аффекта может являться осложнением другой болезни. Оно провоцируется непосредственно дисфункцией нервной системы, эндокринных желез, вырабатывающих гормоны и нейромедиаторы. Ухудшение настроения также возникает из-за тяжелых симптомов (болей, слабости), неблагоприятного прогноза заболевания (вероятности инвалидизации, смерти). Депрессивные и астено-депрессивные синдромы – самые распространенные патологические состояния при различных соматических заболеваниях. Своевременное распознавание и коррекция эмоциональных расстройств имеет большое значение как в лечении, так и в профилактике обострений при целом ряде соматической патологии.

**Генетическая предрасположенность.**

Патологии эмоционального реагирования могут быть обусловлены наследственными физиологическими причинами – особенностями строения мозговых структур, скоростью и целенаправленностью нейропередачи. Пример – биполярное аффективное расстройство.

**Естественные гормональные сдвиги.**

Нестабильность аффекта иногда связана с эндокринными изменениями во время беременности, после родов, в период полового созревания или [климакса](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/climax). Дисбаланс уровня гормонов влияет на функционирование отделов мозга, отвечающих за эмоциональные реакции.

Патологической основой большинства эмоциональных расстройств является нарушение функций эпифиза, лимбической и гипоталамо-гипофизарной системы, а также изменение синтеза нейромедиаторов – серотонина, норадреналина и дофамина. Серотонин позволяет организму эффективно противостоять стрессам и снижает чувство тревоги. Его недостаточная выработка или снижение чувствительности специфических рецепторов приводит к подавленности, депрессии. Норадреналин поддерживает бодрствующее состояние организма, активность познавательных процессов, помогает справиться с шоком, преодолеть стресс, отреагировать на опасность. Дефицит данного катехоламина вызывает проблемы концентрации внимания, беспокойство, повышенную психомоторную возбудимость и [нарушения сна](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/sleep-disorders).

Достаточная активность дофамина обеспечивает переключаемость внимания и эмоций, регуляцию мышечных движений.

Нехватка проявляется ангедонией, вялостью, апатичностью, избыток – психическим напряжением, возбудимостью. Дисбаланс нейромедиаторов оказывает влияние на работу структур мозга, ответственных за эмоциональное состояние. При аффективных нарушениях он может быть спровоцирован внешними причинами, например, стрессом, или внутренними факторами – заболеваниями, наследственными особенностями биохимических процессов.

В психиатрической практике широко распространена классификация эмоциональных нарушений с точки зрения клинической картины. Различают расстройства депрессивного, маниакального и тревожного спектра, биполярное расстройство. Фундаментальная классификация опирается на разные аспекты аффективных реакций. Согласно ей выделяют:

**Нарушения выраженности эмоций.**

Чрезмерная интенсивность называется аффективной гиперестезией, слабость – аффективной гипостезией. В данную группу включены сензитивность, эмоциональная холодность, эмоциональное обеднение, апатия.

**Нарушения адекватности эмоций.**

При амбивалентности одновременно сосуществуют разнонаправленные эмоции, что препятствует нормальному реагированию на окружающие события. Неадекватность характеризуется несоответствием качества (направленности) аффекта воздействующим стимулам. Пример: смех и радость при трагических новостях.

**Нарушения устойчивости эмоций.**

[Эмоциональная лабильность](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/emotional-lability) проявляется частой и необоснованной изменчивостью настроения, эксплозивность – повышенной эмоциональной возбудимостью с ярким неконтролируемым переживанием гнева, ярости, проявлением агрессии. При слабодушии наблюдаются колебания эмоций – слезливость, сентиментальность, капризность, раздражительность.

Клиническая картина расстройств определяется их формой. Основными симптомами депрессии являются подавленность, состояние длительной печали и тоски, отсутствие заинтересованности окружающим. Пациенты переживают чувство безнадежности, бессмысленности существования, ощущение собственной несостоятельности и никчемности.

При легкой степенизаболевания наблюдается снижение работоспособности, повышенная утомляемость, слезливость, неустойчивость аппетита, проблемы с засыпанием.

Умеренная депрессия характеризуется неспособностью выполнять профессиональную деятельность и бытовые обязанности в полном объеме – усиливается утомляемость, [апатия](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/apathy). Больные больше времени проводят дома, предпочитают одиночество общению, избегают любых физических и эмоциональных нагрузок, женщины часто плачут. Периодически возникают мысли о самоубийстве, развивается чрезмерная сонливость или [бессонница](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/insomnia), аппетит снижен. При выраженной депрессии пациенты практически все время проводят в постели, безучастны к происходящим событиям, не в состоянии приложить усилия для приема пищи и выполнения гигиенических процедур.

Как отдельную клиническую форму выделяют маскированную депрессию. Ее особенность заключается в отсутствии внешних признаков эмоционального расстройства, отрицании пониженного настроения. При этом развиваются различные соматические симптомы – головные, суставные и мышечные боли, слабость, головокружение, тошнота, одышка, перепады кровяного давления, [тахикардия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/tachycardia), нарушения пищеварения. Обследования у врачей соматических профилей не выявляют заболеваний, лекарственные препараты зачастую неэффективны. Депрессия диагностируется на более поздней стадии, чем классическая форма. К этому времени пациенты начинают ощущать [неясное беспокойство](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/anxiety), тревогу, неуверенность, снижение интереса к любимым занятиям.

При маниакальном состоянии настроение неестественно повышенное, темп мышления и речи ускорен, в поведении отмечается гиперактивность, мимика отражает радость, возбуждение. Больные оптимистичны, постоянно шутят, острят, обесценивают проблемы, не могут настроиться на серьезную беседу. Активно жестикулируют, часто меняют позу, встают с места. Целенаправленность и концентрация психических процессов снижены: пациенты часто отвлекаются, переспрашивают, бросают только что начатое дело, заменяя его более интересным. Притупляется чувство страха, снижается осторожность, появляется ощущение силы, храбрость. Все трудности кажутся несущественными, проблемы – разрешимыми. Повышается сексуальное влечение и аппетит, потребность во сне снижается. При выраженном расстройстве нарастает [раздражительность](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/irritability), появляется [немотивированная агрессия](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/aggressivity), иногда – бредовые и галлюцинаторные состояния. Попеременное цикличное проявление фаз мании и депрессии называется [биполярным аффективным расстройством](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/manic-depression). При слабом проявлении симптомов говорят о циклотимии.

Для тревожных расстройств характерно постоянное беспокойство, чувство напряженности, страхи. Пациенты находятся в ожидании негативных событий, вероятность которых, как правило, очень мала. В тяжелых случаях тревожность перерастает в ажитацию – [психомоторное возбуждение](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/psychomotor-agitation), проявляющееся неусидчивостью, «заламыванием» рук, хождением по комнате. Больные пытаются найти удобную позу, спокойное место, но безуспешно. Усиление тревоги сопровождается приступами паники с вегетативной симптоматикой – одышкой, головокружением, дыхательным спазмом, тошнотой. Формируются навязчивые мысли пугающего характера, нарушается аппетит и сон.

Длительные аффективные расстройства без адекватного лечения значительно ухудшают качество жизни больных.

Легкие формы препятствуют полноценной профессиональной деятельности – при депрессиях снижается объем выполняемой работы, при маниакальных и тревожных состояниях – качество. Пациенты либо избегают общения с коллегами и клиентами, либо провоцируют конфликты на фоне повышенной раздражительности и снижения контроля.

При тяжелых формах депрессии возникает риск развития суицидального поведения с реализацией попыток самоубийства. Около 80% людей, которые страдали депрессией, задумывались о самоубийстве. Около 25% из них действительно совершают попытку самоубийства, а у 15% она заканчивается летально. Чтобы более ярком продемонстрировать серьезность попыток самоубийства, их сравнивают с инфарктом миокарда. Если была зафиксирована попытка покончить с собой, пациент нуждается в срочной госпитализации. Если в данный момент пациент не смог довести до конца запланированное, это вовсе не означает, что для над его жизнью больше не нависает опасность. На протяжении всего депрессивного периода остается риск того, что пациент повторит попытку самоубийства. Именно поэтому большинству людей с депрессией рекомендуется находится в таком месте, где риск повторной попытки самоубийства либо минимальный, либо же и вовсе его нет. Полностью безопасные условия реально обеспечить лишь при стационарном лечении. Если у больного остались мысли о суициде даже после выписки, за ним необходимо присматривать. Такие больные нуждаются в постоянном надзоре родственников или медицинского персонала.

Исход аффективных расстройств относительно благоприятен при психогенных и симптоматических формах, своевременное и комплексное лечение способствует обратному развитию болезни. Наследственно обусловленные нарушения аффекта имеют тенденцию к хроническому течению, поэтому пациентам нужны периодические курсы терапии для поддержания нормального самочувствия и предупреждения рецидивов. Профилактика включает отказ от вредных привычек, поддержание близких доверительных отношений с родственниками, соблюдение правильного режима дня с полноценным сном, чередованием труда и отдыха, выделением времени для хобби, увлечений. При наследственной отягощенности и других факторах риска необходимо регулярное прохождение профилактической диагностики у психиатра.

 **Жители г. Минска могут самостоятельно обратиться за психиатрической (психотерапевтической) помощью в психотерапевтические кабинеты городских поликлиник, в Городской центр пограничных состояний (г. Минск, ул. Менделеева 4) и учреждение здравоохранения «Минский городской клинический центр психиатрии и психотерапии» (г. Минск, ул. Бехтерева 5).**

