

HISTORY OF DEPRESSION.OVERVIEW AND SYMPTOMS.

Jenet Petkova

Clinical and counseling psychologist, Trakia Hospital-Stara Zagora, Bulgaria, Address: 1 Dunav Street, E-mail: jenetpe@gmail.com

Abstract: In this article has been made a historical review of the origin and development of the term "depression". The main symptoms and signs of the depression are also named.

Key words: depression, symptoms, history of depression

ВЪВЕДЕНИЕ

Произход и исторически обзор на термина „депресия“:

В исторически план древногръцкият лекар Хипократ пръв описва синдрома на меланхолия, като отделна болест с особени умствени и физически симптоми. Той характеризира всички "страхове и униение, ако се задържат по-дълго време", като симптоматично за заболяването.⁽³⁾ Това е подобно, но далеч по-широко понятие от днешното понятие за депресията, при която отделните симптоми са групирани. Например на симптомите на тъга и униение, а често и на страх, гняв, включващи заблуди и мании.⁽⁷⁾ Терминът „депресия“ произлиза от латинския глагол *deprimere*, който значи "да натиснете надолу".⁽⁸⁾ От 14-ти век, "депресия" означавало да се успокоят със спиртни напитки. Този термин е бил използван през 1665 г. от английския автор Ричард Бейкър в Хроника да се позове на някой като "голяма депресия на духа", както и от английския автор Samuel Johnson по подобен смисъл в 1753г.⁽⁹⁾ Понятието също влиза в употреба през физиологията и икономиката от ползвателите му, позовавайки се на психиатричната симптоматика от френския психиатър Louis Delasiauve през 1856 г. От 1860 г. понятието за депресия е дадено в медицинските речници и се отнасят до физиологично понижаване на емоционалната функция.⁽¹⁰⁾ От времето на Аристотел, меланхолията спохожда учените от мъжки пол, като странична опасност от прекаленото съзерцание и творчество. По-новите концепции са изоставили тези асоциации и през 19-ти век, понятието за депресията повече е свързано с жените, отколкото с мъжете.⁽⁷⁾ Въпреки че понятието за меланхолия остава в диагностичен план, то термина депресия, поради повсеместното му използване в медицински трактати остава като синоним до края на века. Възможно е немският психиатър Емил Крепелин да е бил от първите, които използват понятието депресия от всеобхватен план, позовавайки се на различни видове меланхолии като депресивни състояния.⁽¹¹⁾

Зигмунд Фройд оприличава състоянието на меланхолия до състояние на траур в неговия труд „Траур и меланхолия“. Той теоретизира, че обективната загуба като например, загуба на ценно взаимоотношение, загуба при смърт или романтична загуба, води до субективно изживяване за ощетяване, както и депресивни състояния. Лицето в депресивно състояние е идентифицирано с обекта на привързаност, чрез неосъзнати, нарцистични процеси, наречени „либидонозни катекси“ на „Егото“. Такива резултати на загуба с тежки меланхолични симптоми наподобяващи траур, не само на външния свят се гледа негативно, но самото Его на личността е

компрометирано. ⁽¹²⁾ Самовъзприемането на пациента е свързано с убеждението му за собствената вина, чувство за малоценност и недостойнство ⁽¹³⁾. Фройд също така подчертава ранните преживявания като предразполагащ фактор. ⁽⁷⁾ Човешките същества се разболяват от конфликт между претенциите на инстинктивния живот и съпротивата, която възниква, в тях, срещу него. ⁽¹⁶⁾ Пример мога да дам с пациент, който наскоро беше приключил 5 годишна връзка и беше започнал нова, но заедно с щастието изпитваше и необяснима тъга и страх, по-късно се установи, че има вина, защото все още комуникира с бившата си приятелка.

Адолф Майер представя смесена социална и биологична рамка, която подчертава реакциите в живота на индивида, изявявайки твърдението, че терминът депресия трябва да се използва вместо термина меланхолия. ⁽¹⁰⁾ Първата версия на DSM /The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-I, 1952) депресивната реакция и DSM-II (1968) депресивната невроза, е определена като прекомерна реакция в отговор на някакъв вътрешен конфликт или значимо събитие, извадило от равновесие индивида. В този смисъл са включени и депресивен тип маниакално-депресивна психоза в рамките на основните афективни разстройства. ⁽¹¹⁾

В средата на 20-ти век, учените теоретизират, че депресията е причинена от химически дисбаланс на невротрансмитерите в мозъка. Тази теория се базира на наблюдения, които са направени през 1950г., наблюдавайки ефектите на резерпин и изониазид, на промяна на нивата на моноамините и появяващите се в последствие депресивни симптоми. ⁽¹⁷⁾

Терминът депресивно разстройство е въведено от група клиницисти в САЩ, в средата на 1970 г. като част от предложения за диагностичните критерии. Впоследствие тези диагностични критерии стават базата на различни модели на симптоми ⁽¹⁸⁾, включени в DSM-III през 1980 г. ⁽¹⁴⁾ За да има съгласуваност на МКБ 10 (Международна класификация на болестите -10 издание) се използват същите критерии, като само малки промени, но се използват за диагностика на прага на DSM (Диагностичният и статистически наръчник на психичните разстройства) да отбележи лек депресивен епизод, добавяйки по-висок праг категории за умерени и тежките епизоди. ^(15, 14) Древната идеята за меланхолия все още съществува в понятието меланхоличен подтип.

Новите дефиниции на депресия са широко приети, макар и с някои противоречиви констатации и мнения. Налице са някои емпирично базирани аргументи за връщане към диагностициране на депресията като меланхолия. ^[19, 20] Налице е известна критика на разширяването на приложението на тази диагноза, свързана с развитието и популяризирането на антидепресантите към края на 1950 г. ⁽²¹⁾

ДЕФИНИЦИЯ, ПРИЗНАЦИ, СИМПТОМИ И КРИТЕРИИ ЗА ДЕПРЕСИЯТА

Кратка дефиниция за депресия, според МКБ- 10 (Международна статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето. 10^{-та} ревизия)

Депресивен епизод: (МКБ-10. Разстройства, свързани с настроението - F32.) При типични епизоди от описаните по-долу три форми - лека, умерена и тежка - лицето страда от понижено настроение, загуба на интереси и на способността за изживяване на

радост или удоволствие, както и намаление на енергията, водещо до повишена уморемост и спад в активността.⁽²⁾

Симптоми на депресията

Депресивното разстройство е често срещано заболяване, широко разпространено в населението, и обикновено се свързва с определени, различно изразени по тежест симптоми. През 2015 г. 7153 броя пациенти са хоспитализирани с депресия в България, за 2016г. пациентите са 7417 броя.⁽²²⁾ Докато при възрастните от САЩ, депресията е силно разпространена, комбинирана и деактивираща.⁽¹⁾ Депресивните разстройства са основен проблем за здравето на работното място в САЩ. Това се констатира в много случаи, че те са отговорни за значителни преки и косвени разходи за работодателя по отношение на медицинските и фармацевтичните разходи, времето на отсъствие от работа и намаляването на производителността на работното място (изпълнение на работни задължения).^{(7) (6)(4)(5)}

Таблица 1. Признаци и симптоми на депресията според DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. FIFTH EDITION) – в превод: ДСМ-5: Диагностичният и статистически наръчник на психичните разстройства – пето издание.

| Критерии според DSM-5 | Симптоми на депресията |
|-----------------------|---|
| Критерий А | 2 седмици с потиснато настроение или загуба на интерес или удоволствие от почти всички дейности |
| Критерий А1 | Емоции: тъжни, безнадеждни, обезкуражени |
| Критерий А2 | Загуба на интерес или удоволствие почти винаги присъства |
| Критерий А3 | Промяна в сексуалния интерес или желание, или апетита |
| Критерий А4 | Нарушения на съня: инсомния или хиперсомния. |
| Критерий А5 | Психомоторни промени |
| Критерий А6 | Намалена енергия, умора и отпадналост са чести |
| Критерий А7 | Нереалистични отрицателни оценки на нечий стойности или занимания |
| Критерий А8 | Нарушена способност да мислят, да се концентрат, или да направят дори и незначителни решения |
| Критерий А9 | Мисли за смърт, суицидни мисли |

Според DSM-5 диференциалните критерии за депресивно разстройство трябва да присъстват почти всеки ден, изразявайки се в подтиснато настроение, в често безсъние или умора. Умората и нарушения на съня присъстват в голям процент от случаите. Психомоторни нарушения са много по-чести, но са показателни за по-голяма обща тежест на депресивното състояние. Основната характеристика на един голям депресивен епизод е трайността му за период от най-малко 2 седмици с потиснато настроение или загуба на интерес и удоволствие от почти всички дейности (Критерий А). При деца и юноши, настроението може да е раздразнително, а не тъжно. *Лицето трябва да има най-малко четири допълнителни симптоми*, изготвени въз основа на списък, който *включва*: - промени в апетита или теглото, съня и психомоторната активност; - намалена енергия; - чувство на безполезност или вина; - затруднено мислене, концентриране, или вземане на решения; - повтарящи се мисли за смърт или самоубийство или планове за самоубийство или опити за самоубийство. Към симптома за голям депресивен епизод, трябва да бъде или наскоро присъстващи мисли за влошило се настроение, в сравнение със предварителният статут на лицето.

Симптомите трябва да се задържат за по-голямата част от деня, почти всеки ден, в продължение на поне две последователни седмици. Епизодът да се придружава от клинично значим дистрес или влошаване на социални, професионални, или други важни области на функциониране. Настроението в голям депресивен епизод често се описва от лицето, както е в депресия, с допълнителни усещания на тъжни, безнадеждни, обезкуражени (Критерий А1). В някои случаи, тъга може да бъде отречена в началото, но след това може да бъде признана в интервю (например, че лицето изглежда така, сякаш той или тя е на път да заплаче). При някои индивиди, които се оплакват от негативни чувства, като няма чувства, или чувство на тревожност, присъствието на потиснато настроение може да се заключи от изражението на лицето и поведението на човека. Някои индивиди наблягат на соматични оплаквания (например телесни болки и страдания), а не на чувството и отчитане на тъга. Загуба на интерес или удоволствие почти винаги присъства, поне до известна степен. (Критерий А2). Семейните членове често забелязват социално оттегляне или пренебрегване на приятните занимания. При някои индивиди, има значително намаление от предишните нива на сексуалния интерес или желание. Промяна в апетита може да е с намаление или увеличение (Критерий А3). Нарушения на съня може да бъде под формата на едно трудно заспиване или да спи прекалено много (Критерий А4). Когато безсънието е налице, то обикновено е под формата на инсомния (безсъние) или хиперсомния. Психомоторните промени включват възбуда или забавяне (Критерий А5). Намалена енергия, умора и отпадналост са чести (Критерий А6). Едно лице може да докладва претърпена умора, без физическо натоварване. Дори и най-малките задачи изглежда изискват значителни усилия. Ефективността, с която се осъществяват задачи могат да бъдат намалени. Смесът на животът, безполезност или вина, свързана с голям депресивен епизод може да включва нереалистични отрицателни оценки на нечий самооценки или занимания, предизвикващи вина или размишления по незначителните пропуски (Критерий А7).

Такива хора често тълкуват неутрални или тривиални за деня събития, като доказателство за лични дефекти, и имат засилена отговорност за неблагоприятни събития. Много хора съобщават за нарушена способност да мислят, да се концентрат, или да направят дори и незначителни решения (Критерий А8). Те могат да проявят разсейване лесно или се оплакват от трудности с паметта. При лица, в напреднала възраст, затрудненията с паметта могат да бъдат главната жалба и да бъдат объркани с ранни признаци на деменция (" псевдодеменция "). Когато депресивният епизод е успешно лекуван, проблемите с паметта често напълно отзвучават. Мисли за смърт, суицидни мисли или опити за самоубийство (Критерий А9) са чести. Те могат да варират от пасивно желание да не се събуди на сутринта или убеждението, че би било по-добре, ако физически са мъртви, до преходни, но повтарящи се мисли за извършване на самоубийство, с конкретен план за самоубийство.

Оценката на симптомите на депресивен епизод е особено трудно когато те се появят в индивид, който също има общо заболяване (например, рак, удар, инфаркт на миокарда, диабет, бременност). Някои от критериите, признаците и симптомите на депресивен епизод, са идентични с тези на общи медицински състояния. Невегетативни симптоми като дисфория, анхедония, вина или безполезност, нарушена концентрация или нерешителност, и мисли за самоубийство, е нужно да бъдат оценени с особено внимание. ⁽²³⁾В ДСМ-5 за тревожно разстройство се включват нарушения, които споделят характеристики на прекомерен страх и безпокойство, свързани с поведенчески нарушения. Страхът е емоционална реакция на реална или възприемана непосредствена заплаха, докато тревожността е очакване на бъдеща заплаха. Очевидно е, че тези две състояния се припокриват, но те също се различават, страхът по-често се свързва с колебания от вегетативната възбуда, необходими за борба или бягство, мисли за непосредствена опасност. Тревожността по-често е свързана с напрежението в мускулите и бдителност, в процес на подготовка за бъдеща опасност и предпазливо или избягващо поведение. Понякога нивото на страх или тревожност се намалява с повсеместни поведения за избягване. Пристъпите на паника са важни, в рамките на тревожните разстройства, като особен вид отговор на страх. Пристъпите на паника не са ограничени само за тревожните разстройства, а може да се видят в други психични разстройства. Тревожните разстройства се различават по видовете обекти или ситуации, които предизвикват страх, безпокойство, или поведение на избягване и свързани подобни мисли. По този начин, докато тревожните разстройства са склонни да бъдат съпътстващи едно с друго, те могат да бъдат диференцирани от внимателно разглеждане на видовете ситуации, които личността се опасява, или са били избегнати - съдържанието на свързаните мисли или вярванията. Тревожни разстройства се различават от нормативен страх или безпокойство, което е прекомерно или продължава отвъд еволюционните периоди. Те се различават от преходния страх или тревожност, често предизвикан от стрес, като са устойчиви (например, обикновено с продължителност 6 месеца или повече). Понеже хората с тревожни разстройства обикновено надценяват опасността в ситуацията, те се страхуват и искат да си избегнат,

определянето дали страхът или тревожността са прекомерни или извън нормата се прави от психолог, като културните контекстуални фактори е нужно да се вземат под внимание. Повечето се появяват по-често при жени, отколкото при мъже (приблизително съотношение 2:1). Всяко тревожно разстройство се диагностицира само когато симптомите не се дължат на физиологичните ефекти на вещество / лекарство, или към друго медицинско състояние, или не са по-добре обяснени с друго психично нарушение.⁽²³⁾ Основната характеристика на стресовото разстройство е развитието на характерни симптоми с продължителност от 3 дни до 1 месец, след излагане на едно или повече травматични събития. Травматични събития, които се получават директно включват, но не се ограничават до война, заплаха или действителното насилие, лично нападение (например, сексуално насилие, физическа атака, активна борба, грабеж, физическо и / или сексуално насилие, отвлечени са, взети за заложници, терористична атака, мъчения), или бедствия (например, земетресение, ураган, самолетна катастрофа) и тежка авария (например, тежка моторно превозно средство, трудова злополука). Медицински инциденти, които се квалифицират като травматични събития включват внезапно, катастрофално събитие (например, събуждане по време на операция, анафилактичен шок). Клиничното представяне на остро стресово разстройство може да варира от отделните, обикновено включва реакция на тревожност, което е под някаква форма на повторно преживяване, или реактивност към травматичното събитие. Индивидът има повтарящи се и натрапчиви спомени за събитието. Спомените са спонтанни или предизвикани, повтарящи се спомени за ситуацията, което обикновено се появяват в отговор на стимул, който напомня на травматичното преживяване.⁽²³⁾

Литература:

1. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M & Grant BF. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry* Published online February 14, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4602
2. МКБ 10
3. Hippocrates, Aphorisms, Section 6.23
4. Wayne N. Burton, MD; Chin-Yu Chen, PhD; Daniel J. Conti, PhD; Alyssa B. Schultz, MS; and Dee W. Edington, PhD The Association of Antidepressant Medication Adherence With Employee Disability Absences, Published on: February 01, 2007
5. Work-related stress and depressive disorders , November(2001)Volume 51, Issue 5, Pages 697–704, (2001) Elsevier Science Inc.
6. Depression in the workplace :costs and barriers to treatment, Richard J. Goldberg, M.D., M.S.; Steven Steury, M.D., Volume 52 Issue 12, December), pp. 1639-164, 2001
7. Burton WN, Conti DJ, Depression in the workplace: the role of the corporate medical director. *J Occup Environ Med.* 2008 Apr;50(4):476-81. doi: 10.1097/JOM.0b013e318169ccf8.

8. Online Etymology Dictionary. Retrieved 30 June from Dictionary.com
9. Wolpert, L (1999). "Malignant Sadness: The Anatomy of Depression". The New York Times. Retrieved 30 October 2008.
10. Lewis, AJ "Melancholia: A historical review". *Journal of Mental Science* 80: 1–42.doi:10.1192/bjp.80.328.1(1934).
11. American Psychiatric Association "Schizophrenia". Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II (PDF). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. pp. 36–37, 40. Retrieved 3 August 2008.
12. Carhart-Harris RL, Mayberg HS, Malizia AL, Nutt D "Mourning and melancholia revisited: Correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry". *Annals of General Psychiatry* 7: 9.doi:10.1186/1744-859X-7-9. PMC 2515304,(2008).
13. Freud, S "Mourning and Melancholia". In Richards A. 11.On Metapsychology: The Theory of Psychoanalysis. Aylesbury, Bucks: Pelican. pp. 245–69. ISBN 0-14-021740-1. (1984).
14. Philipp M, Maier W, Delmo CD "The concept of major depression. I. Descriptive comparison of six competing operational definitions including ICD-10 and DSM-III-R". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 240 (4–5): 258–65.doi:10.1007/BF02189537. PMID 1829000 (1991).
15. Gruenberg, A.M., Goldstein, R.D., Pincus, H.A. "Classification of Depression: Research and Diagnostic Criteria: DSM-IV and ICD-10" (PDF). *Biology of Depression: From Novel Insights to Therapeutic Strategies* (eds J. Licinio and M.-L. Wong). Wiley-VCH Verlag GmbH. doi:10.1002/9783527619672.ch1. Retrieved 30 October 2008
16. . Freud, S. *New Introductory Lectures On Psycho-Analysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXII (1932-1936): New Introductory Lectures on Psycho-Analysis and Other Works*, 1-182. (1933).
17. . Schildkraut JJ "The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence". *American Journal of Psychiatry* 122 (5): 509–22.doi:10.1176/ajp.122.5.509. PMID 5319766 (1965).
18. Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1975). "The development of diagnostic criteria in psychiatry" (PDF). Retrieved 8 November ,2008
19. Bolwig, Tom G.; Shorter, Edward "Melancholia: Beyond DSM, beyond neurotransmitters. Proceedings of a conference, May 2006, Copenhagen, Denmark". *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* 115 (433): 4–183. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.00956.x. PMID 17280564. (2007).
20. Fink M, Bolwig TG, Parker G, Shorter E "Melancholia: Restoration in psychiatric classification recommended". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115 (2): 89–92.doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00943.x. PMID 17244171(2007).
21. Healy, David *The Antidepressant Era*. Cambridge, MA: Harvard University Press. p. 42. ISBN 0-674-03958-0,1999.

22. Национален център по общественото здраве и анализи, Министерство на здравеопазването, линк:<http://ncphp.government.bg>
23. DSM-5. IV. Title: DSM-V.[DNLM: 1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders—classification. 3. Mental Disorders—diagnosis. WM 15]RC455.2.C4 616.89O75—dc23