



А Ламара Львова
канд. биол. наук

Депрессия: от Гиппократата к современности

Типичный диалог последнего времени:

- У меня, наверное, депрессия — настроение ужасное и делать ничего не хочется.
- Ешь побольше шоколада — полегчает.

К сожалению, ни диагноз, ни способ лечения ничего общего с действительностью не имеют... Депрессия — заболевание тяжелое и вылечить его удастся далеко не всегда.

Разные обличья

Термин «депрессия» (от лат. *depressio* — подавление) появился относительно недавно — в XIX веке. На протяжении столетий эту патологию вслед за Гиппократом (460—356 г до н.э.) именовали меланхолией (от греч. *melaina chole* — черная желчь).

Рассматривая меланхолию как болезнь, вызванную избытком черной желчи, которую, как ошибочно полагал Гиппократ, продуцирует селезенка, он писал:

«Если чувство страха и малодушия продолжаются слишком долго, то это указывает на наступление меланхолии... Страх и печаль, если они длятся долго и не вызваны житейскими причинами, происходят от черной желчи». Вернее — от накопления черной желчи в осенне-зимний период, когда, по его наблюдениям, усиливаются основные симптомы меланхолии — «печаль, тревога, подавленность, уныние, бессонница, отвращение к пище и склонность к самоубийству».

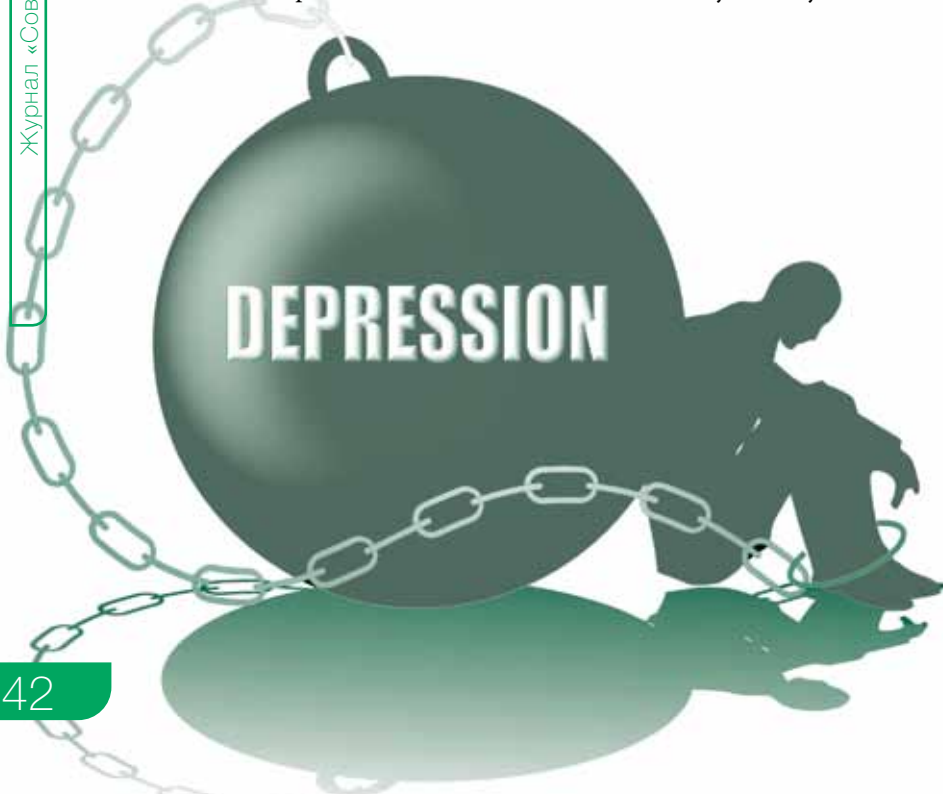
По современным представлениям, депрессии бывают психогенные (т.е. обусловленные внешними причинами) и эндогенные (т.е. обусловленные внутренними причинами).

Психогенная депрессия, по сути, представляет собой реакцию на психотравмирующее событие — будь то смерть близкого человека, развод, или потеря работы.

Больные психогенной депрессией «заиклены» на случившемся, они слезливы и подавлены; испытывают чувство безнадежности и постоянно ощущают тоску; случайные ассоциации вызывают у них болезненные воспоминания; они малоподвижны и страдают различными вегетативными нарушениями, такими как слабость, вялость, повышенная потливость, отсутствие аппетита, бессонница, учащенное сердцебиение, снижение массы тела, запоры.

В отличие от психогенной депрессии в возникновении эндогенной депрессии основная роль отводится генетической предрасположенности.

Не вдаваясь в детали, можно сказать, что непосредственной причиной эндогенной депрессии считается дефицит нейромедиаторов, главным образом, серотонина и норадреналина. В группу риска входят люди, у которых добросовестность, чрезмерная ответственность и обостренное чувство долга сочетаются с неуверенностью, тревожностью и нерешительностью. А спровоцировать ее развитие могут небольшие бытовые стрессы





(к примеру, мелкие неприятности на работе или в семье). Хотя нередко такая депрессия возникает и на фоне полного благополучия.

Проявляется эндогенная депрессия подавленностью и «непереносимой тоской, сравнимой по уровню страдания с сильной физической болью». Как правило, наиболее мучительные приступы плохого настроения и тоски приходится на осень или весну. Да и в течение суток состояние меняется: по вечерам обычно наблюдается незначительное улучшение, которое сами больные объясняют вполне логично: «К вечеру становится легче потому, что осознаешь, что кончился еще один мучительный день, можно хоть на время забыться сном».

Правда, «забыться сном» пациентам не удастся. Они долго не могут заснуть, просыпаются среди ночи и в результате встают совершенно не отдохнувшими, «разбитыми».

Больных одолевает постоянная усталость. Замедляется мышление. Они не могут сосредоточиться, с трудом подбирают слова и отвечают на вопросы.

Это по наблюдениям врачей.

Пациенты описывают заторможенность мышления одной фразой: «Мысли словно становятся вялыми и неповоротливыми».

Вдобавок при эндогенной депрессии снижается двигательная активность.

Больные медленно передвигаются, подолгу замирают в одной позе. А при тяжелом течении заболевания даже не находят в себе сил, чтобы утром встать с постели.

К тому же у пациентов возникают проблемы с аппетитом. Кто-то ест, потому что так нужно, не ощущая вкуса пищи. Кто-то, напротив, постоянно жует, налегает на сладости,

пытаясь «заесть» неприятные ощущения.

Некоторых больных преследуют мысли о самоубийстве. У некоторых отмечаются нарушения в сексуальной сфере: у женщин — аменорея и фригидность, у мужчин — снижение потенции.

Многие больные жалуются на головные боли одышку, тяжесть в груди, тахикардию, тянущие боли в области шеи и затылка, между лопатками или в плечевом поясе.

Более того. Зачастую именно соматические симптомы «выходят» на первый план.

Как показывает практика, преобладание «телесных» проявлений затрудняет диагностику депрессии и что не менее важно ассоциируется с высоким суицидальным риском.

Для полноты картины необходимо упомянуть еще о двух разновидностях депрессий: возникающих на фоне соматической патологии



(к примеру, гипертиреоза либо гипотериоза) и являющихся следствием длительного применения оральных контрацептивов на основе эстрогена и прогестина или лекарственных средств. В частности, апрессина, допегита, анаприлина, обзидана, верапамила, нифедипина, дигоксина, этионамида, изониозида, глюкокортикоидов (преднизолона и гидрокортизола), правастатина, ранитидина и циметидина.

И в том, и в другом случае, чтобы избавиться от депрессии достаточно устранить ее причину — излечить основное заболевание или прекратить прием препарата. Но это в теории. На практике реализовать такой подход удается далеко не всегда.

Гендерные особенности

По статистике, женщины страдают депрессией в два раза чаще мужчин. Но объясняется столь существенная разница отнюдь не разной «устойчивостью» к заболеванию. Судя по многочисленным исследованиям, мужчины просто реже обращаются к врачам.

В то же время известно, что у многих женщин депрессии развиваются в предменструальный, послеродовой, климактерический и постклимактерический периоды.

Продолжительность депрессий различна. Предменструальная депрессия характеризуется ежемесячными рецидивами, длящимися примерно две недели (неделю до и неделю после менструации). Депрессии послеродового, климактерического и постклимактерического периодов длятся дольше — от нескольких недель до нескольких месяцев.

Да и проявляются депрессии по-разному. У одних — угнетенностью, подавленностью и апатией. У других — повышенной раздражительностью, плаксивостью, тревожностью и постоянным внутренним напряжением.

Изменение настроения, как правило, сопровождается снижением

активности и жизненного тонуса, повышенной утомляемостью и рассеянностью внимания. Нередко — в сочетании с нарушениями сна и аппетита в виде бессонницы или сонливости, снижения или повышения аппетита. При этом некоторые женщины жалуются на боль в молочных железах и головные боли, боли в суставах и мышцах, боли в области сердца, слабость в теле и колебания артериального давления.

Кроме того, В. Silverstein, проанализировав эпидемиологические данные Национального обзора коморбидности (National Comorbidity Survey) за 2002—2005 гг., установил, что у женщин достоверно чаще встречаются «телесные депрессии», которые нередко сочетаются с тревожными и болевыми расстройствами. А в преморбиде (от лат. *prae* — перед и *morbus* — болезнь) — состоянии организма, предшествующее развитию болезни — таких пациенток еще в подростковом возрасте зачастую отмечаются упорные жалобы на физический дискомфорт и органические боли, которые врачи общей практики обычно не квалифицируют как симптомы депрессии.

По наблюдениям А. Wenzel, R.A. Steer и А.Т. Beck, еще одним типичным проявлением «телесных депрессий» у женщин является нарушение аппетита: повышение (вплоть до булимии) — при сопутствующей тревоге и снижение аппетита — при депрессиях с хронической болью.

Лечение депрессивных состояний

Чтобы избавиться организм от избытка черной желчи, Гиппократ прописывал больным настои мандрогоры и морозника, оказывающие слабительный и рвотный эффекты. Насколько эффективным было лечение, история умалчивает. Известно только, что Гиппократ, будучи непримиримым противником лечения меланхолии методами храмовой медицины, называл жре-

цов «мошенниками и шарлатанами». И к тому же резко критиковал Платона и Сократа: по его глубокому убеждению, «все, что написано философами в области естественных наук относится к медицине так же, как к живописи».

Те же с наименьшим запалом утверждали, что теория Гиппократа механистична, а единственное, на что способны врачи — это лечить легкие расстройства. Избавить же от тяжелых заболеваний (и в частности от меланхолии) могут только философы.

Проанализировав упомянутую дискуссию, историки медицины пришли к заключению, что все ее участники значительно опередили свое время, и по прошествии двух с половиной тысяч лет теория Гиппократа привела к созданию антидепрессантов, а теория Платона и Сократа — к появлению психотерапии.

Как бы то ни было, при психогенных депрессиях используются, в основном, психотерапевтические методы. Каждый из них имеет свои особенности.

Взять хотя бы психодинамическую и когнитивно-поведенческую психотерапию. В психодинамической терапии депрессия рассматривается как следствие внутренних бессознательных конфликтов. К примеру, человек может стремиться к независимости и с то же время нуждаться в поддержке и заботе близких. Он может злиться на окружающих и вместе с тем испытывать потребность в хорошем отношении с их стороны.

Источники такого рода конфликтов кроются в истории жизни, которая и становится предметом анализа.

Однако поиском истоков задача психотерапевта не ограничивается. Кроме того, он должен помочь пациенту осознать конфликт, научить его доверять окружающим, выстраивать с ними хорошие отношения и справляться с неизбежными трудностями.

Такой подход считается эффективным. Но его реализация может растянуться на несколько лет. Другое дело — когнитивно-поведенческая терапия. Не уступая по эффективности психодинамической, она имеет одно несомненное преимущество — меньшую продолжительность.

В основе когнитивно-поведенческой терапии лежит представление о взаимосвязи мыслей, чувств и поведения индивида. Отсюда следует, что, изменяя ход мыслей человека, можно влиять на его самочувствие и поведение.

Это подход «здесь и сейчас». Другими словами, поиск истоков проблем и очередность их в возникновения в задачу психотерапевта не входят. Главное для него — «настроить» пациента на позитив, избавиться от негативного восприятия самого себя и окружающего мира.

В идеале, метод психотерапии нужно подбирать индивидуально. В действительности выбор метода определяется специализацией психотерапевта.

При эндогенных депрессиях психотерапию обычно применяют в качестве дополнения к медикаментозному лечению.

И, в первую очередь, медикаментозную терапию рекомендуется начинать с назначения средств на растительной основе, которые не только воздействуют на основное заболевание, но и улучшают состояние организма в целом. Кроме того, в отличие от антидепрессантов синтетического происхождения, такие препараты обладают значительно меньшим спектром побочных эффектов, что делает возможным их применение у более широкого круга пациентов, а также в течение длительного времени при хроническом течении депрессии.

Кроме того, известно, что даже по самым оптимистичным оценкам, вследствие приема антидепрессантов примерно у 60% больных выраженность симптомов депрессии снижается на 50%. А это означает, что многие пациенты, у которых те-



ЭТО ИНТЕРЕСНО!

Было проведено 27 рандомизированных испытаний зверобоя при легких и средних депрессиях, 17 из которых были плацебо контролируемые и включали 1168 пациентов.

10 испытаний зверобоя были сравнительными: с другим антидепрессантом или седативным препаратом, и включали 1123 пациента.

По результатам исследований:

- ❑ зверобой достоверно превосходит плацебо;
- ❑ эффективность зверобоя эквивалентна стандартным антидепрессантам;
- ❑ у пациентов, принимавших зверобой, отмечались побочные эффекты намного меньше, чем у тех, в лечение которых входили стандартные антидепрессанты.

рапия считается успешной, продолжают страдать от остаточных (преимущественно — соматических) симптомов депрессии.

На сегодняшний день растительными препаратами выбора для лечения легких и умеренных депрессий с доказанной эффективностью в результате многочисленных исследований являются лекарственные средства на основе зверобоя.

Фармакологическое изучение зверобоя было начато еще в 1830 году немецким исследователем Бюхнером, выделившим активное вещество, названное гиперацином красным.

В 1911 году это активное вещество было идентифицировано и названо просто гиперацином, а в 1953 году была окончательно расшифрована его химическая структура.

Интересно, что ни один из стандартных антидепрессантов не обладает таким широким спектром действия, как экстракт травы зверобоя, который ингибирует все системы с одинаковой эффективностью. Все другие антидепрессанты специфичны по отношению к одной или двум системам. Доказано, что экстракт зверобоя проявляет антидепрессивный, антиастенический, анксиолитический и вегетостабилизирующий эффекты.

Важно, что в отличие от синтетических антидепрессантов препараты зверобоя не ухудшают когнитивные функции (быстрота реакции, кратковременная память), а также не влияют на координацию движений.

На украинском фармацевтическом рынке одним из новейших и уникальных средств на основе зверобоя является **СТРЕССОФИТ** от компании World Medicine, который содержит **сухой экстракт цветков зверобоя обыкновенного 300 мг**, что соответствует 900мкг гиперацина.

Кроме того, **СТРЕССОФИТ** является единственным средством на отечественном рынке, в состав которого входят потенцирующие действие зверобоя компоненты пустырника и пиона: 100 мг **сухого экстракта стеблей и листьев пустырника сердечного**, что соответствует 5% стахидрина, и 100 мг **сухого экстракта корней пиона молочноцветкового**, что соответствует 20% пионофлорина.



В растительном средстве **СТРЕССОФИТ** экстракт пустырника обуславливает седативный, спазмолитический, противосудорожный, антиангинальный и гипотензивный эффекты, а также обладает защитным свойством при церебральной ишемии.

Растительные компоненты пиона, прежде всего гликозиды салицина и метилсалицилата, в составе **СТРЕССОФИТА** также проявляют разнообразные действия: седативное, противосудорожное, мембраностабилизирующее, антиоксидантное, антигипоксическое. Кроме того, необходимо отметить, что седативный эффект экстракта пиона связан со стимуляцией выработки организмом эндорфинов, которые вызывают ощущение счастья.

Учитывая вышесказанное, **СТРЕССОФИТ** возможно рекомендовать при таких состояниях:

- психоvegetативные расстройства (снижение настроения, апатия), невротические реакции;
- депрессии легкой и средней степени тяжести, сопровождающиеся чувством страха, беспокойством, бессонницей;
- астенические состояния: истощение, бессилие;
- постоянное нервное напряжение;
- компоненты средства способствуют также повышению настроения, физической и психической работоспособности и улучшению сна.

СТРЕССОФИТ выпускается в удобной лекарственной форме — твердые капсулы. Рекомендуется взрослым и детям старше 12 лет по 1 капсуле в сутки перед сном, запивая достаточным количеством воды.

В качестве особенностей, являющихся противопоказанием к применению средства, являются индивидуальная чувствительность к отдельным компонентам препарата, беременность, кормление грудью, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эрозивный гастрит в стадии обострения.

Что же касается применения синтетических антидепрессантов — целесообразность их назначения рассматривается в каждом случае индивидуально и не всегда является оправданной. Например, известно, что назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) уместно лишь при легких депрессиях и депрессиях с сопутствующей тревогой. Тогда как при депрессиях с соматическими симптомами в качестве препаратов первого ряда целесообразно использовать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Хотя бы из-за того, что в сравнении с СИОЗС эффективность селективных ингибиторов «двойного действия» выше.

Кроме того, доказано, что применение препаратов из вышеупомянутой группы оправдано не только при депрессиях с соматическими симптомами, но и при депрессиях с сопутствующими болевыми симптомами.

Уместно отметить, что разные препараты группы СИОЗСН отличаются как по силе воздействия на трансмиссию норадреналина и серотонина, так и по характеру побочных эффектов.

Побочное действие одних ассоциируется с усилением трансмиссии серотонина и проявляется в виде диспепсии, тошноты, рвоты,

гиперрефлексии, нарушения координации, лихорадки, тремора, ажитации. Побочное действие других связано с чрезмерной стимуляцией трансмиссии норадреналина и проявляющихся тремором, гипертензией, тахикардией.

Особенно чувствительны к побочному действию препаратов пациенты с «телесными» депрессиями.

И все потому, что и серотонинергические, и норадренергические побочные эффекты «накладываются» на соматические симптомы, что сами пациенты расценивают как непереносимость препаратов или утяжеление расстройства. Многие из пациентов — опять же самостоятельно, без предварительной консультации с лечащим врачом — принимают решение полностью прекратить прием антидепрессантов.

Но даже при благоприятном стечении обстоятельств антидепрессанты в большинстве случаев обеспечивают только частичную редукцию соматической симптоматики. Однако наличие остаточных соматических проявлений депрессии — даже при полном купировании психологических симптомов — можно расценивать лишь как симптоматическое улучшение состояния больного. И что особенно неприятно: симптоматическое улучшение зачастую сменяется усилением депрессивной симптоматики, а по окончании приема антидепрессантов симптомы депрессии возвращаются вновь. Тогда как совместное применение антидепрессантов и психотерапии обычно позволяет добиться значительного устойчивого улучшения состояния больного.

R.S. В мартовском номере журнала *Frontiers in Public Health* группа швейцарских ученых обнародовала результаты исследования, свидетельствующие о существовании очевидной взаимосвязи между депрессией и дегенеративными воспалительными заболеваниями суставов (артритом и артрозом).

По мнению исследователей, «депрессия, влияя на эмоциональное и психологическое состояние человека, может лишать его желания заниматься спортом и заставляет вести сидячий и малоактивный образ жизни, что и вызывает заболевания суставов». ○