

А.И.Алтунин

Депрессии

Москва 1993

Александр Иванович Алтунин

Депрессии

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69566368

SelfPub; 2023

Аннотация

В работе рассказывается о достаточно распространенном психическом заболевании депрессии. Даны краткие описания наиболее часто встречающихся видов депрессии. Безусловно, лечение депрессии должно происходить только у психиатра или психотерапевта, выходя из психиатрии, но не из психологии (!). Не должно быть даже самых символических иллюзий относительно возможностей самостоятельного лечения даже у врачей общего профиля. Включая неврологов, как правило, даже профессорского уровня. Потому как, психиатрия – это предельно специфическая область медицины. Сказано о некоторых препаратах лечения депрессии – антидепрессантах. Хотя, конечно, в лечении пациента нередко используются не только антидепрессанты. Работа дает лишь некоторые элементарные представления о депрессии. Потому как, для полноценного освещения депрессии потребовалось бы несколько больших монографий, написанных профессиональным медицинским языком.

Содержание

Особенная причина	8
Характер и депрессия	9
Лечение	11

Александр Алтунин

Депрессии

Депрессия – это классическая триада явлений в состоянии человека: замедление физической, умственной и психической деятельности. Причины возникновения депрессии самые различные и многочисленные. В первую очередь, это острый или хронический психологический стресс, травмы головного мозга, эндокринные нарушения, тяжелые общие инфекции или инфекции ЦНС, сосудистые нарушения, алкоголизм, атеросклероз, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия.

Наиболее распространенные виды депрессии: адинамическая, ажитированная, анестетическая, дисфорическая, слезливая, тревожная, ступорозная, астеническая, с бредом: громадности, обвинения и осуждения, преследования и отравления, ущерба и обиденных отношений; с вегетативными и соматическими расстройствами, с явлениями навязчивости, ипохондрическая, психастеническая.

Адинамическая депрессия – это слабость, отсутствие побуждений и желаний, безразличие к окружающему миру.

Ажитированная – это двигательное возбуждение с чувством тревоги. Больные не находят себе места, мечутся, стонут, в одних и тех же репликах жалуются на свое состояние, осуждают себя за неправильные поступки в прошлом, требу-

ют немедленного наказания. В остром состоянии могут покончить жизнь самоубийством.

Анестетическая – это болезненное бесчувствие, утрата чувств к близким, неспособность к адекватной реакции на внешние раздражители, психическая анестезия.

Дисфорическая – это раздражительность, брюзжание, чувство тоски и неудовольствия, распространяющееся на все вокруг и на свое самочувствие, склонность к вспышкам ярости и агрессии против окружающих и самого себя, чувство отвращения к жизни.

Ступорозная – это двигательное торможение до полной обездвиженности.

Тревожная – это неопределенный беспричинный страх преобладает над тоской.

Слезливая – это слабодушие, астения, слезы.

Ипохондрическая – это при пониженном настроении и некоторых незначительных неприятных ощущениях в теле у больных формируется убеждение в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым заболеванием. Это служит поводом для многочисленных настойчивых обращений к врачам различных специальностей. Объективно ничего серьезного не выявляется.

Астеническая – это повышенная утомляемость, раздражительная слабость и истощаемость.

С бредом громадности – больные убеждены, что окружающего мира нет, что их обвиняют в тяжких преступлениях.

ях, за что они заслуживают самых тяжелых пыток и будут тысячи лет страдать.

С нигилистическим бредом – у больных возникает убеждение, что они утратили свой дом, семью, родных, что они лишены внутренностей, которые сгнили.

Сенестопатическая – неприятные и крайне неопределенные, часто странные и вычурные ощущения в различных частях тела.

С навязчивостями – страх заразиться или заболеть тяжелой болезнью, умереть от остановки сердца. Предметом опасений может быть и судьба близких.

С вегетативными и соматическими расстройствами – приступы сердцебиения, колебания АД, потливость, приступы рвоты, суточные колебания настроения с улучшением вечером, головокружение, боли в сердце, расстройства желудочно-кишечного тракта.

Психастеническая – нерешительность, неуверенность в своих силах.

С дереализацией – чувство нереальности окружающего мира.

С деперсонализацией – утрата всех чувств, психическая анестезия, расстройство чувства сна, отчуждение собственного тела и внутреннего психического мира.

Родные больного и депрессия

В большинстве случаев родственники больного играют определенную, если не очень значительную, роль в возник-

новении депрессии, при этом, часто не подозревая об этом. Они, отцы и матери, мужья и жены, исходят в своих мыслях и чувствах к будущему больному из самых лучших побуждений и соображений. Но получается, что "благими намерениями дорога в ад вымощена". В случае детских и подростковых депрессий вина родителей составляет от 70 до 90 процентов. И это в семьях внешне благополучных, материально обеспеченных, считающих себя интеллигентными. Почти полная безграмотность в вопросах психологии общения, распространенный эгоизм и рационализм, больше имеющий место среди городских жителей и увеличивающийся по мере увеличения размеров города.

На Западе существуют специалисты – социотерапевты, которые работают с родными больного. У нас их нет, поэтому, по большому счету, родные остаются вне поля воздействия врача. Роль родных не уменьшается и в период лечения депрессии. Если сохраняются психологические проблемы в их отношениях между собой или с больным, то эффективность самого замечательного лечения будет самой минимальной. Улучшение будет относительным и кратковременным. В чем они будут обвинять врача... А без существенной перестройки вполне конкретных взглядов и представлений о них самих, о больном, об отношениях с ним, невозможно говорить и о профилактике депрессии.

Особенная причина

Одной из главных причин возникновения большинства серьезных и тяжелых психических заболеваний и в том числе, депрессии, является искаженное мировоззрение человека. Слишком много, мягко говоря, неправильных стереотипов в наших головах. Если оценивать бесстрастно, то у 95% населения мировоззрение на 70-90% состоит из пассивного или агрессивного информационного мусора. Отдельные интуитивные прозрения в некоторых философско-психологических вопросах, как и отдельные энтузиасты-одиночки, идущие по истинному пути духовной эволюции, пока что большой погоды, к большому сожалению, не делают в нашем обществе. Непонимание смысла и назначения человеческой жизни, своего места в мире, своих обязанностей перед Природой порождает ежедневно тысячи драм и трагедий.

Если больной не желает изменять свое мировоззрение, то стойкое излечение для него абсолютно исключено. Аналогичную роль играет и характер больного. Если после достижения отчетливого улучшения он не начинает серьезной работы над своим характером под руководством врача, то это будет лечение простуды, когда больной стоит ногами в холодной воде. Все таблетки, компрессы, уколы будут напрасны.

Характер и депрессия

Среди наиболее злокачественных черт характера можно отметить: раздражительность и вспыльчивость, сумасбродство и импульсивность, экзальтированность и демонстративность, переменчивость и двойственность, капризность и истеричность и еще многие другие.

Наиболее предрасположены к тяжелым депрессиям люди, рожденные под знаками Зодиака: Тельцы, Девы, Козероги, Рыбы, Раки, Скорпионы. Несколько меньше – Весы, Близнецы, Водолеи. И наименее всех: Львы, Овны, Стрельцы.

Злоупотребление алкоголем является провоцирующим для депрессии фактором. Другой момент, что многие с помощью алкоголя пытаются сами смягчить свою депрессию, что совершенно бесперспективно. И лечение алкоголизма, как такового, в таких случаях будет мало эффективным, пока не будет устранена причина – депрессия.

Сложно лечить депрессии у людей с органикой. Это когда имеется выраженный атеросклероз, а в прошлом травмы или инфекции головного мозга, эпилепсия и

другие объективные органические факторы. Депрессии у них могут протекать атипично, а сама органика почти всегда изменяет чувствительность организма человека к терапевтическому действию лекарств и их побочным эффектам. В некоторых случаях отрицательные побочные эффекты пе-

рекрывают терапевтическое воздействие. И тогда требуется не просто творческое участие врача в лечении, а его большая профессиональная интуиция, способность чувствовать пациента буквально кожей, различные парапсихологические способности и навыки.

Детские и подростковые депрессии опасны тем, что принимают хроническое течение, оказывая мощное отрицательное влияние на формирование и развитие умственных, психологических, психических, а порой физических и нравственных свойств больного. А это уже в принципе будет исключать его благополучие во взрослой самостоятельной жизни, создавая низкую семейную и социальную, профессиональную и бытовую адаптированность.

Люди умственного труда болеют депрессией в 2-4 раза чаще, чем люди физического. Во время депрессии производительность и физического и умственного труда может снижаться в 2-4 раза и до нуля.

Среди наиболее серьезных осложнений депрессии – переход в шизофрению, самоубийство. А при сочетании с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами абсолютно любые, особенно учитывая изошренность болезненного разума человека.

Лечение

Большинство людей в нашей стране обращаются за помощью достаточно поздно, когда депрессия становится уже очень тяжелой. До этого момента они, по совету невропатологов и терапевтов, знакомых и родных пытаются "взять себя в руки", "проявить силу воли", "собрать себя в кулак", "мобилизовать все умственные и психологические силы". Все это заведомо напрасные усилия, т.к. человек не понимает истинных внешних и внутренних причин своей депрессии. Он не способен в принципе объективно себя оценивать как в настоящем, так и в будущем.

Только врачи-психотерапевты, имеющие высшее медицинское образование, высокую квалификацию психиатра и специализацию в психотерапии, могут правильно лечить депрессию. Все остальные (психологи, психологи-психоаналитики, психотерапевты – недавние выходцы из других медицинских специальностей) могут им в этом лишь помогать, но не играть ведущей роли.

Основная часть населения воспринимает психические заболевания и нарушения так же, как и физические. Как только наступило улучшение, они прекращают прием лекарств и общение с врачом. А во многих случаях им требуется постепенный переход от высоких доз препаратов к малым, а потом и длительное, если не постоянное, поддерживающее ле-

чение. Если этого не будет, депрессия может возникнуть уже через несколько месяцев и быть еще тяжелее предыдущей, т.к. со временем наш организм сам по себе не становится здоровее, а лишь накапливает различные болячки.

В период интенсивного лечения больному требуется наблюдение врача, поэтому депрессию лучше лечить стационарно. При умеренно выраженной депрессии и квалифицированном враче он должен видеть больного, как минимум, 1 раз в неделю, в переходном периоде – 1 раз в 2 недели, в период поддерживающего лечения – 1 раз в месяц. Правда, для проведения эффективной психотерапии нужны максимально частые встречи. И здесь все решают возможности больного и врача. Возникающие в ходе лечения различные побочные эффекты часто требуют коррекции. Поэтому или изменяется схема лечения или что-то добавляется к ней. В редких случаях, при непереносимости организма того или иного конкретного препарата, он отменяется.

Какие лекарства принимать решает только врач психиатр или психотерапевт. И совершенно не обязательно идти в психоневрологический диспансер в официальном порядке, можно проконсультироваться в НИИ или у частного врача. Критерием эффективности лечения может служить наличие или отсутствие положительных изменений в течение месяца при тяжелых депрессиях и 2 недели при легких, 2-3 недели при средней тяжести. Продолжительность лечения легкой депрессии – 1 – 2 месяца, средней тяжести – 3 – 5 месяцев,

тяжелой – 4 – 8 месяцев.

Лечение депрессии зависит от сочетания составляющих симптомов и их степени выраженности и поэтому может состоять не только из антидепрессантов, но и транквилизаторов, снотворных, нейролептиков и многих других видов препаратов, показанных в каждом конкретном случае. Среди самых простых и безобидных антидепрессантов можно отметить: мелипрамин, пиразидол, азафен. К более мощным по терапевтическому и побочному действию относятся amitриптилин или триптизол. Далеко не всегда высокая стоимость антидепрессанта соответствует его эффективности. В этом отношении мне приходится отдавать предпочтение флюанксолу, как наиболее мощному препарату, обладающему очень широким спектром терапевтического действия, минимумом побочного действия и отсутствием нежелательных реакций.

Необходимо отметить, что к антидепрессантам не развивается привыкания и зависимости, поэтому никто из пациентов даже теоретически не может стать токсикоманом. Антидепрессанты очень редко вызывают аллергические реакции, в сотни раз реже, чем анальгетики или антибиотики. Некоторые побочные эффекты имеют относительный и преходящий характер, которые не представляют никакой опасности для организма человека и его жизни. Это при условии квалифицированного назначения лечения психиатром или психотерапевтом.

Интенсивное лечение депрессии без проявления в той или иной степени тех или иных побочных эффектов невозможно в принципе. Использование малых доз препаратов может привести к устойчивости депрессии к конкретному лекарству и в лучшем случае к значительному увеличению продолжительности лечения в 4-10 раз.

Противопоказанием для приема антидепрессантов является индивидуальная непереносимость конкретного препарата (но, ни в коем случае не группы препаратов, как в случае с антибиотиками или анальгетиками). Подобное явление выясняется уже при первом приеме лекарства в самой минимальной и поэтому безобидной дозе. Другой вопрос, что необходима квалифицированная профессиональная врачебная оценка такого явления, а не просто личное мнение пациента или его родных.

Осторожно назначаются антидепрессанты при обострении язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки, выраженной почечной и печеночной недостаточности, глаукоме, резко сниженном артериальном давлении, эрозивных гастритах и колитах. Антидепрессанты из группы ингибиторов MAO (моноаминоксидазы) имеют несовместимость с некоторыми пищевыми продуктами: сыр, творог, ветчина, пиво, вино, бананы. Нельзя их назначать и со многими другими лекарствами: многими нейрореплетиками и транквилизаторами, трициклическими антидепрессантами, другими ингибиторами MAO, адреналином, фенамином, эфедрином, нафти-

зином, лобелином, бемегридом, производными барбитуровой кислоты и некоторыми другими препаратами. Поэтому я и мои коллеги-единомышленники их никогда не назначаем, чтобы избежать возможных серьезных осложнений в состоянии пациентов. Опытный врач учитывает десятки самых различных факторов при назначении антидепрессанта, его дозы и схемы приема.