



Антидепрессанты. Последствия, подводные камни

Автор: Щегельский Станислав Владимирович

Врач-психотерапевт, психиатр, клинический психолог, БОС-терапевт, специалист по нейробиоуправлению

По данным ВОЗ, депрессия – ведущая причина инвалидизации во всем мире, ежегодно от этой болезни страдают более 360 миллионов человек. Депрессия – это психическое заболевание, для которого свойственно стойкое уныние и потеря интереса к тому, что обычно доставляет удовольствие, неспособность выполнять повседневные дела, сопровождаемая чувством вины, снижением самооценки на протяжении 14 или более дней. Основные признаки депрессии: чувство нерешительности, нарушение концентрации внимания, психомоторная заторможенность или возбуждение, нарушения сна, изменение аппетита и веса.

Для лечения депрессии создана группа лекарственных средств – антидепрессантов. Препараты данной группы должны назначаться психиатрами/психотерапевтами или другими врачами под их строгим наблюдением.

Самой распространенной гипотезой депрессии, сформулированной более 50 лет назад, является – моноаминовая. Она предполагает, что у пациентов с депрессией снижены концентрации трех нейротрансмиттеров (переносчиков, мессенджеров): серотонина, норадреналина и дофамина, веществ, отвечающих за передачу нервного импульса от одной нервной клетки к другой. Согласно данной теории необходимо восполнить дефицит этих гормонов-нейромедиаторов и/или улучшить их работу. Некоторые клинические исследования свидетельствуют о том, что моноаминовая гипотеза нуждается в пересмотре. Несмотря на постоянное совершенствование антидепрессантов (разработано несколько классов препаратов, каждый из которых вызывает немедленное увеличение концентрации моноаминов), все еще существует группа пациентов, не реагирующих на эти лекарства. Истощенные концентрации серотонина, норадреналина и дофамина не всегда играют главную роль в развитии депрессии. Современные антидепрессанты достаточно эффективны и безопасны, однако существуют резистентные (невосприимчивые или слабовосприимчивые) к антидепрессантам формы депрессии.

Для лечения трудноизлечимой депрессии уже несколько лет в мире применяется один из таких препаратов – кетамин. Изначально данный препарат, разработанный в 1962 г., использовался в качестве средства для общей анестезии. По мере его клинического применения, а также в разных модификациях экспериментов показано, что кетамин может взаимодействовать с опиоидными, дофаминовыми D2-рецепторами, влиять на нейрональный захват норадреналина, серотонина, дофамина. В частности, из-за этих его эффектов кетамин имеет очень ограниченное

применение в современной реанимационно-анестезиологической практике. В Российской Федерации данный препарат входит в перечень психотропных наркотических средств. В 2000 г. на фоне потребности в «новых антидепрессантах» группа ученых из Йельского университета при проведении исследований применения кетамина впервые сообщили об эффективности его у пациентов с устойчивой по отношению к «классическим» антидепрессантам депрессией. Препарат при внутривенной инфузии в течение 40 минут вызывал быстро наступающий, выраженный эффект продолжительностью до 7 дней уже через несколько часов от начала процедуры. В последующем антидепрессивный эффект кетамина неоднократно подтверждался в клинических исследованиях. Выявленные случайным образом «быстрые антидепрессивные эффекты» кетамина послужили толчком к изучению механизма развития этого феномена. В отличие от классических антидепрессантов, кетамин влияет на нервную сигнализацию, которая происходит через глутаматную систему, но до конца неясно, как именно опосредуется антидепрессивный эффект. Когда лекарство действует, оно очень быстро снимает симптомы депрессии и суицидальные мысли. Однако кетамин может вызывать нежелательные побочные эффекты, такие как галлюцинации и бред, также существует риск зависимости и злоупотребления, в совокупности с негативными влияниями на другие системы органов, поэтому необходим поиск альтернативных препаратов.

Как и у любых других лекарств, у антидепрессантов имеются побочные эффекты. К ним можно отнести: головную боль, головокружение, тошноту, запоры или диарею, дрожь или тремор, сухость во рту и неприятный запах, прибавку в весе, нарушение сна, снижение либидо, также могут возникать чувство истощения эмоций, появляться мысли о суициде, происходит усиление тревоги и пр. Большинство симптомов легко поддается корректировке врачом психиатром/психотерапевтом и/или проходит самостоятельно за некоторое время. Некоторые симптомы требуют изменения дозы, назначения дополнительных лекарств, а иногда замены препарата. Современные антидепрессанты в основной своей массе не имеют отрицательных влияний на память и внимание. Скорее наоборот, за счет противотревожных и антидепрессивных эффектов опосредовано улучшают эти процессы на фоне течения заболевания. Выраженность тех или иных побочных эффектов меняется от препарата к препарату и сообщается пациенту непосредственно при назначении конкретного из них.

При развитии депрессивных расстройств заниматься самолечением недопустимо. И в первую очередь это касается приема антидепрессантов. Далекое не все из них подходит для конкретного случая. Здесь все зависит от степени запущенности заболевания, выраженности симптоматики и многих других факторов. Если антидепрессант будет выбран неверно, состояние только ухудшится. Кроме того, медикаментозное лечение – всего лишь один из методов лечения депрессии. Не менее важным методом лечения – является психотерапия. Нельзя не упомянуть и о

таких современных, эффективных, широко применяемых методиках, как терапия БОС(биологически обратная связь), транскраниальная магнито- и электростимуляция, электросудорожная терапия, терапия бинауральными ритмами и многие другие, а также важна правильно подобранная схема физической активности, режима сна и бодрствования и т.д.

Поэтому, если у вас возникают и сохраняются более двух недель симптомы депрессии, правильно обратиться к врачу психиатру/психотерапевту. Только комплексное лечение приводит к желаемому результату.