

Тревожно-фобические и навязчивые состояния в клинике психосоматических заболеваний

Наша клиника в течение 20 лет занимается диагностикой и лечением психосоматических состояний.

Жалобы на тревогу, страхи, навязчивые мысли, относящиеся по диагностическим критериям к тревожно-фобическим и обсессивным расстройствам имеют значительную долю в симптомокомплексе психосоматических заболеваний в практике врача терапевта, кардиолога, невропатолога и в большей мере определяют тяжесть течения основного заболевания и субъективных страданий пациента. Тревожно-фобические и навязчивые расстройства являются также составной частью патологического психоэмоционального паттерна на фоне изменений катехоламинерной системы (от гиперсимпатикотонии до выраженной астении), сопровождаемые колебаниями катехоламинов в крови, описанных Селье. Предполагается, что любая тревожная реакция возникает в результате взаимодействия миндалины со стволовыми структурами, базальными ганглиями, гипоталамусом и корковыми путями. В патогенезе навязчивости имеют важное значение изменения активности базальных ганглий и орбитофронтальной коры (С.Д.Энн 2007).

На основании этого, можно предположить, что симптомы ТФС и НС могут возникать в следствии дисрегуляции нейромедиаторного баланса в дофаминовой и серотониновой системах, которые возможно проследить только по клиническим результатам.

Степень реакции организма пациента на возникновение тревоги, его эмоциональное страдание, можно косвенно оценить прослеживая изменения в катехоламинерной системе при помощи метода Р. М. Баевского, что одновременно позволяет подобрать оптимальную и одновременно индивидуальную дозу медикаментов и физиотерапии.

Мы проследили количество первичных жалоб тревожно-фобической и навязчивой симптоматики и изменения их по годам у 760 пациентов в 2008-9 –х и 2010 году, разделив их на группы по основному заболеванию.

1. Гипертоническая болезнь
2. Головная боль
3. Гипервентиляционный синдром
4. Нейромедиаторная дистония

В группу НМД мы объединяем панические атаки, тревожно-фобические и навязчивые расстройства, астенические и гиперстенические состояния и их сочетания, подразумевая под НМД – длительное, не компенсированное, не обусловленное целесообразными внешними факторами, постоянно (циклично) возобновляющееся напряжение или истощение нейромедиаторных систем, проявляющееся в эмоциональных расстройствах, беспокоящих пациента.

Если в 2008 г. количество первичных жалоб на тревогу и страх у больных с головной составляло 23,5% - на навязчивые мысли – также 23,5% , то 2009-10гг возросли до 93,3% и 82,2% ; при НМД – 88,6% и 72,7% к 76,7% и 81,9%; при ГВС – 63,15% и 52,6% к 87,8% и 70,7%; у больных с гипертонической болезнью (мужчины) 35,84% и 30,2% 80% и 61,8 %; (женщины) 52,8% и 45% к 88,2% и 69,6%.

Анализ этих изменений показывает, что изменения психической реальности пациентов коррелирует с изменениями реальности в их окружении(Э.Гельгорн).

Нами отработана схема лечения ТФС и ННС у психосоматических больных.

На фоне лазеротерапии красным, синим или ультрафиолетовым светом применяются адrenoблокаторы, нейролептики и антидепрессанты.

В основном это атенолол 25 мг * 2 или анаприлин 10-20 мг *3, сонопакс 10 мг *2, amitриптилин 5-10 мг перед сном.

Для лечения навязчивого состояния назначался этаперазин из группы пиперазинов 4 мг 1 раз, в редких случаях 2 раза в день.

Применяемые дозы препаратов ниже терапевтических. Может показаться, что применяются неэффективные дозы препаратов, но мы используем эффекты лазерной терапии, а в случае с антидепрессантами - их побочные эффекты активации GREB –пути и эффект снижения количества катехоламиновых рецепторов на нейроне. Осложнений при применении препаратов в указанных дозах мы не наблюдали.

Лечение основного заболевания проводилось соответствующими группами лекарственных средств. Результаты лечения проследили по шкале навязчивых состояний Йеля-Брауна психиатрической ассоциации Атланты.

При первичном посещении средний балл – 16.28, на 3-4 день лечения - 8, через 10 дней – 10.5. 5 баллов – легкое, 10 – среднее, 15 – тяжелое, 20 – крайне тяжелое течение навязчивых мыслей.

Шкала Гамильтона для оценки депрессий и тревоги, показалась нам пригодной для использования в клинической практике, а в амбулаторных условиях индуцирующей ненужные мысли у больных.

Нарастание симптомов к десятому дню объясняется тем, что больной после небольшой передышки, возвращается опять к решению тех задач, которые и привели его к первоначальному состоянию. (А. М. Свядоц). На тяжесть течения навязчивости и результаты лечения имеет решающее значение длительность пребывания больного в этом состоянии. Лучше всего это охарактеризовал знаток человеческих душ Виктор Гюго:

Навязчивая идея, что бурав: с каждым годом она внедряется в голову глубже на оборот. Искоренить ее в первый год можно, вырвав вместе с волосами, во второй год – разрезав кожу, в третий год – проломив череп, а в четвертый год – вынув мозг».

За последние два столетия многое изменилось, поэтому есть возможность не прибегать к столь радикальным мерам, но все также решающее значение имеет ранняя и квалифицированная медицинская помощь больным с навязчивыми и тревожно-фобическими состояниями.

В заключении хотелось бы рассказать о феномене, который мы наблюдаем где-то у 10% пациентов. Они испытывают психологический дискомфорт, когда вдруг исчезают мучавший их страх или навязчивые мысли и много времени посвящают поискам их в себе. Этот специфический «абстинентный» синдром требует дальнейшего изучения.

Выводы:

- 1. Устранение симптомов ТФС и ННС должны стать частью стандартов лечения.**
- 2. Сочетание медикаментов и физиотерапии обеспечивает оптимальный подход к лечению психосоматических больных.**
- 3. Лучшие успехи в лечении ТФС и ННС достигаются в первые 6 – 12 месяцев от начала заболевания.**

Литература:

1. Гельгорн Э. Лубборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства М.1966.
2. Свядоц А.М. Неврозы и их лечение М. 1971.
3. Энн С.Д. Коил Дж.Т. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии М. 2007.