

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Силина Анастасия Владимировна

студент, Смоленский государственный медицинский университет, РФ, г. Смоленск

Кошелухова Елена Андреевна

студент, Смоленский государственный медицинский университет, РФ, г. Смоленск

Попова Евгения Алексеевна

студент, Смоленский государственный медицинский университет, РФ, г. Смоленск

Тревожно-фобические расстройства – группа психических расстройств, которые характеризуется наличием в клинической картине боязни определенных ситуаций или объектов, не имеющих реальных опасений.

Эпидемиология

У взрослых **заболеваемость** тревожно-фобическими расстройствами на протяжении жизни составляет от 5 до 15 %. Чаще проявляется у женщин.

Этиопатогенез

Среди факторов риска появления тревожно-фобического расстройства выделяют:

1. Внутриличностный конфликт (неудовлетворенность ситуацией и боязнь перемен);
2. Преморбидные состояния личности (инфантилизм, экстраверсия, демонстративность, эмоциональная лабильность, что связывают с истерической симптоматикой; мнительность и тревожность в сочетании с педантичностью – неврозом навязчивости);
3. Генетическая предрасположенность;
4. Избыток катехоламинов, недостаточность ГАМК-ергических процессов, нарушение обмена серотонина и эндорфинов.
5. Неправильное воспитание, недостаток внимания со стороны матери.
6. Особенности внутрисемейных отношений.

Лечение

Лечение представляет собой сочетание психофармакотерапии и психотерапии. Чаще всего из медикаментозных препаратов назначают антидепрессанты и анксиолитики. Препараты помогают бороться с пониженным настроением, подавленностью, бессонницей, тревожностью, страхом, беспокойством. Устраняют симптомы болезни и улучшают психическое состояние. Вместе с тем важное место в лечении занимает психотерапия. Психотерапевтические методы позволяют развить у пациента устойчивость к физиологическим и психологическим стрессам. Цель психотерапии это снижение тревоги, беспокойства, страха и релаксация.

Целью лечения тревожно-фобических расстройств является:

- регрессия тревоги;
- достижение медикаментозной ремиссии;

- стабилизация состояния пациента.

Тактика лечения: при удовлетворительных социальных условиях и легком уровне расстройства рекомендуется амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины и неэффективности лечения в амбулаторных условиях рекомендуется госпитализация больного.

Показания для амбулаторного лечения:

- Отсутствие выраженной неврологической и соматической симптоматики;
- Способность находиться в социуме;
- Желание научиться совладать с психотравмирующей ситуацией;
- Возможность подбора медикаментозной терапии в амбулаторных условиях;
- Возможность преодоления ограничительного поведения.

Показания для стационарного лечения:

- Выраженная психосоматическая симптоматика;
- Выраженная астенизация;
- Невозможность подбора медикаментозной терапии амбулаторно (плохая переносимость препаратов или резистентное состояние больного);
- Выраженное снижение трудоспособности из-за наличия панических атак или тревоги;
- Невозможность амбулаторного лечения при агорафобии, социофобии;
- Необходимость изоляции больного для снижения психотравмирующих ситуаций.

Медикаментозное лечение включает в себя:

1. Антидепрессанты – применяются для купирования имеющихся депрессивных проявлений, снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и фобических переживаний. Используются препараты тетрациклической структуры, в частности, миртазапин, и малые антидепрессанты – производные триазолопиридина такие как тразодон и агонисты метанинергических рецепторов агомелатин. Миртазапин усиливает центральную адренергическую и серотонинергическую передачу. Умеренно блокирует гистаминовые рецепторы и оказывает седативное действие. В терапевтических дозах не оказывает влияния на сердечно-сосудистую систему. Обладает анксиолитическим и снотворным эффектом. Тразодон оказывает выраженное антидепрессивное воздействие, оказывает транквилизирующий и анксиолитический эффект. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, не влияет на концентрацию внеклеточного серотонина. Способствует восстановлению сна, не вызывает заторможенности в дневное время. Эффективен при высоких уровнях тревоги, оказывает поддерживающий антидепрессивный эффект. Не вызывает синдрома «отмены» и синдрома «привыкания». Хорошо переносится у пожилых пациентов.
2. Транквилизаторы – используются для устранения тревожных расстройств, такие как клоназепам и альпразолам. Клоназепам относится к группе производных бензодиазепа. Оказывает противосудорожное действие, миелорелаксирующее, анксиолитическое и снотворное. Анксиолитический эффект проявляется в снижении эмоционального напряжения, уменьшении тревоги, страха и беспокойства. Альпразолам является производным триазоло-бензодиазепа. Оказывает анксиолитическое, седативное, снотворное, противосудорожное, центральное миелорелаксирующее действие. Анксиолитическое действие характеризуется в уменьшении эмоционального напряжения, снижении тревоги и страха. Укорачивает период засыпания, увеличивается продолжительность сна, снижает количество ночных пробуждений.
3. Для быстрого снижения тревожных и фобических симптомов применяются препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков: гидроксизин, буспирон, этифоксин. Гидроксизин положительно действует на когнитивные способности, улучшает внимание и память. Не вызывает привыкания и психической зависимости, синдрома отмены. Демонстрирует удлинение продолжительности сна и снижение частоты ночных пробуждений. Буспирон обладает антидепрессивным действием и не оказывает противоэпилептического, седативного, снотворного и миелорелаксирующего эффекта.

Этифоксин оказывает умеренное седативное действие, не вызывает синдрома отмены и привыкания.

4. Длительность лечения тревожно-фобических расстройств – от 3 - 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта
5. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, головные боли, заторможенность, головокружение, тошнота, задержка мочеиспускания, поносы, запоры. Адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

Психотерапия

Разные типы тревожно-фобических расстройств предполагают различное психотерапевтическое воздействие таких практик, как:

- психоанализ;
- гипноз;
- суггестия (психологическое внушение);
- когнитивно-поведенческая терапия.

Одним из основных методов лечения является когнитивно-поведенческая психотерапия.

Цель когнитивно-поведенческой терапии:

- проведение функционального поведенческого анализа;
- коррекция дезадаптивных форм поведения;
- изменение представления о себе;
- коррекция иррациональных установок;

Ожидаемые результаты от проводимого лечения: обратное развитие клинических симптомов. Результаты оцениваются по редукции:

- тревоги, возникающей в момент совершения действия;
- тревоги, возникающей в момент социальных контактов;
- тревоги ожидания пугающей ситуации;
- избегания социальной активности;
- избегания контактов;
- депрессии.

Список литературы:

1. Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов и др. «Психиатрия» Национальное руководство. - Москва, 2009 год – 532 с, 845 с.
2. Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин «Психиатрия». Москва, 2002 год – 424-426 с.
3. Клинические рекомендации. Тревожно-фобические расстройства у взрослых. Психиатрия, 2016 год – 7с.
4. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение тревожно-фобических расстройств невротического уровня. Москва, 2015 год. – 31 с, 32 с.
5. Тревожные расстройства. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. Клинические протоколы МЗ РК -2015.