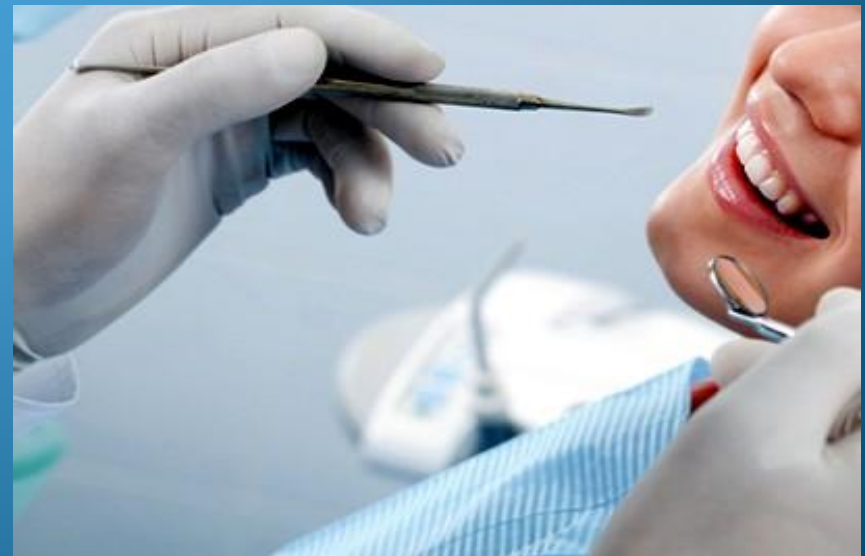


Невротические состояния в практике врача стоматолога



- В большинстве случаев контакт врача-стоматолога с больным непродолжительный, и за это время он должен разобраться в эмоциональном состоянии своего пациента. Болевой синдром, бессонные ночи, неудобства приема пищи, ожидание приема врача и другие факторы изменяют реактивность организма человека. Как будет реагировать на них больной, страдающий неврозом или психопатией? По каким признакам ориентироваться врачу-стоматологу, какую тактику избрать, чтобы, решив стоматологическую задачу, не усугубить общее состояние пациента?



- Весьма трудно однозначно ответить на вопрос о распространенности неврозов среди здорового населения, об их удельном весе в пределах того или иного соматического заболевания.
- По некоторым наблюдениям, разнообразные невротические и психопатические (в том числе кратковременные) проявления среди больных стоматологического профиля встречаются не менее чем в 50 % случаев.



- Врачи-стоматологи обычно соизмеряют свои контакты с эмоциональным состоянием пациента, то есть ориентируются в ситуации. Однако этого недостаточно, так как невротические реакции легче предупреждать, чем дезактуализировать. Рассмотрим общие и частные признаки невротических реакций и состояний.

- В настоящее время общепринято деление всех функционально-нервных расстройств на две группы:
 - 1) неврозы (неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, системные неврозы)
 - 2) неврозоподобные состояния, то есть соматогенно обусловленные функционально-нервные расстройства. Эти состояния трактуются как синдромы, сопутствующие основному заболеванию (неврастенический, истерический, астенический, фобический, депрессивный, ипохондрический и различные их сочетания). Неврозоподобная симптоматика наблюдается и при тяжелых стоматологических заболеваниях. Неврозы развиваются вследствие психической травмы (чаще всего хронической) в основном микро-социальной природы. Любой невроз тяжело переносится больным, проявляясь в эмоционально-вегетативной и соматической сферах. Эти проявления могут быть различной выраженности и значимости у каждого конкретного индивидуума. Кроме весьма богатой субъективной картины имеются и внешние признаки невроза. Это повышенная раздражительность, плаксивость, сосудистая лабильность, потливость ладоней, склонность к обморокам и т. д.

Неврастения

- Среди невротозов первое место по частоте занимает неврастения, чаще всего развивающаяся на фоне хронической психической травмы или психического перенапряжения. В клинике неврастении выделяются три фазы: гиперстеническая, переходная и гипостеническая, и каждая из них имеет свои нюансы. Наиболее специфичными являются три группы расстройств: головная боль, нарушение сна и раздражительная слабость. Головная боль чаще всего носит каскообразный, сжимающий характер, но при алгическом синдроме одонтогенной природы приобретает иную специфику, становится буквально непереносимой и тотальной.
- Нарушения сна проявляются в затруднении засыпания, его поверхностности, ночных пробуждениях, отсутствии чувства отдыха. Наряду с этим больные испытывают сонливость днем, причем чем больше больной актуализирует свою бессонницу, тем более ухудшается сон.
- Раздражительность выражается в повышенной чувствительности к свету, звукам, температуре, боли. Следует отметить постоянную изменчивость и психотерапевтическую податливость перечисленных синдромов.

- Для неврастении весьма характерен комплекс неприятных ощущений со стороны сердца, который может проявляться как при подготовке к стоматологическим манипуляциям, так и при их реализации.
- Перечисленные симптомы смягчаются при соответствующей психокорректирующей тактике врача, в том числе стоматолога.



Истерический невроз

- Истерический невроз характеризуется значительной клинической полиморфностью. В последнее время он все более проецируется на соматическую сферу, что обусловлено сознательным подавлением таких внешних проявлений истерии, как припадки, громкий плач и т. д. Истерические проявления обычно возникают вслед за психогенией, которую не всегда легко определить, так как она также может формироваться по типу самовнушения. Следует помнить, что лица, склонные к формированию истерического синдрома, обладают избирательной внушаемостью и тотальной самовнушаемостью. Существует мнение, что истерия более присуща женщинам. Но в настоящее время она все больше распространяется также среди мужчин. Что касается клинических проявлений заболевания, то необходимо отметить, что среди неврозов нет более многосиндромной и сложной болезни. Эмоциональные расстройства у этих больных носят крайне разнообразный и полярный характер, сопровождаются массивными вегетативными и соматическими включениями. Наибольшую трудность для врачей представляет дифференциальная диагностика психосоматических и неврологических проявлений истерии.

- В стоматологической практике требуется ориентация на наличие у больного истерии в случае атипичных расстройств чувствительности, непонятного характера алгий, гиперкинезов, нарушений жевательно-глотательной функции, обморочных состояний и др. Нельзя забывать о том, что лица, склонные к истерическим реакциям и состояниям, весьма чувствительны к любым оскорбляющим личность психологическим воздействиям.
- Психокорректирующая тактика по отношению к данной категории больных может быть определена однозначно: требовательность в сочетании с уважением и с учетом индивидуальных личностных особенностей.



Неврозы навязчивых состояний

- Неврозы навязчивых состояний представляют собой группу психогений, с которыми довольно часто сталкивается врач-стоматолог. Типичные для них нарушения в эмоциональной и мыслительной сферах выражаются в навязчивых мыслях и представлениях, а чаще всего — в страхах, сопровождающихся эмоциональными сдвигами. Содержание навязчивых страхов (фобии) может быть самым разнообразным. Чаще всего наблюдаются: страх смерти (тонатофобия), закрытых помещений (клаустрофобия), одиночества (монофобия), загрязнения (лизофобия), заболевания раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия) и др. Нередко у взрослых людей на фоне астении оживляются страхи, перенесенные ими в детстве.

- Комплекс висцеро-вегетативных ощущений может проявляться со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Ввиду того что фобии носят периодический характер, висцеро-вегетативные ощущения также возникают в виде пароксизмов, являющихся источником установочного страха. Таким образом, навязчивости создают предпосылки для новой волны переживаний, последние вызывают астению, являющуюся фоном, на котором возникают новые фобии, и круг замыкается.



- Учитывая частоту невротических страхов одонтогенного происхождения, я сделала попытку их дифференциации по синдромам, способам профилактики и дезактуализации с учетом возраста пациента и совокупности невротических СИМПТОМОВ.

Первичные, или установочные, фобии

- Чаще всего формируются у детей в процессе первичного осмотра полости рта, санации, а также вследствие устрашающих рассказов окружающих.
- Предупредить и устранить подобные негативные явления можно путем индивидуальной тактики педиатра-стоматолога во время профосмотра и первых манипуляций в полости рта. От такого щадящего подхода нередко зависит стоматологическое благополучие пациента и при последующих посещениях врача.

Фиксационные (паторефлекторные) фобии.

- Они стабилизируются сразу, носят ярко выраженный характер в силу своей эмоциогенной значимости; не поддаются коррекции путем простого разъяснения или убеждения, нередко генерализируются до общеневротических состояний (истерических, психопатоподобных и др.). Любые насильственные действия, резкое слово могут иметь здесь двоякий исход: усугубить или дезактуализировать проявления фобии. При подобных состояниях необходима компетенция стоматолога, владеющего приемами психотерапии, или специалиста- психотерапевта.

Фобии общения с врачом-стоматологом.

- Чаще всего сочетаются с недоверием к врачу, подозрительностью, ожиданием «нецелесообразных» действий с его стороны. Для их предупреждения необходимы достаточное обезболивание, правильная тактика. Много зависит от стиля работы врача в целом. Иногда рационально коренным образом изменить тактику или перевести пациента к другому врачу во избежание усугубления симптоматики и возможного конфликта.

Ятрогенно обусловленные фобии

- Чаще всего возникают на фоне астении, обусловленной такими осложнениями, как кровотечения, инфекции, интоксикация и т. п. Высокая восприимчивость к психогении у больных этой категории часто затрудняет выяснение причин данной фобии. Она может сформироваться на основе ошибок организационного плана (попадание в историю болезни пациента чужих снимков, анализов, заключений), неправильной трактовки разговоров между собой медперсонала, отрывков заключений, непонятных выражений, а то и вследствие эмоциональной переработки деонтологических артефактов.

Конституционально обусловленные фобии.

- Специфической их особенностью является связь с характерологическими свойствами пациента: с его неуверенностью в себе, мнительностью, склонностью к навязчивостям, самокопанию, самоунижению. Распознать перечисленные характерологические особенности при кратковременном контакте стоматолога с больным практически невозможно. Однако в процессе лечения эти качества в той или иной мере находят свое выражение в своеобразии жалоб, отношении к определенным манипуляциям. В подобных случаях каждый опытный врач располагает самостоятельно отработанным комплексом коррекции тех или иных негативных явлений, осложняющих адекватные отношения с больным. Следует помнить, что характер человека не корригируется лекарственными препаратами, к нему следует адаптироваться. У этой категории пациентов любые конфликты могут провоцировать негативные аффективные реакции, обострять преморбидные черты характера, усиливать тревожно-фобический симптомокомплекс и другие психопатологические проявления.

Фобии общеневротического состояния.

- Характерной их особенностью является парциальность фобического синдрома на фоне диффузной функционально-нервной патологии.
- Стоматологическая помощь больным этой категории должна быть максимально щадящей, сочетаться с приемами «малой» психотерапии или участием врача-психотерапевта. Следует подчеркнуть высокую реактивность, ранимость, сенситивность этих пациентов. Любая болезненная манипуляция при нечутком отношении к больному, а тем более грубости со стороны врача может привести к аффективной реакции или явиться причиной конфликта.

Системные неврозы

- Представляют собой группу патологических состояний функционально-нервной природы с вовлечением в патологический процесс одной из систем или функций организма. Патофизиологические механизмы этих состояний обусловлены врожденной или приобретенной недостаточностью той или иной системы, нарушение которой является основным, часто единственным проявлением невроза. В дальнейшем это нарушение становится стержнем, вокруг которого формируется общеневротический симптомокомплекс. Нет единого мнения о том, какие заболевания относятся к этой группе. Однако большинство специалистов сюда относят: логоневроз, ночной энурез, писчий спазм, психогенные расстройства половой функции. В. Д. Карвасарский (1980) полагает, что все данные нарушения в конечном счете трансформируются в невроз. стоматологической практике к этой группе расстройств можно отнести нарушения жевательно-глотательной функции и другие системные паторефлекторные расстройства.

