

Севастопольское государственное бюджетное образовательное учреждение
профессионального образования «Севастопольский медицинский колледж
имени Жени Дерюгиной»

Тема 02.01.6.6.

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
(НЕВРОЗЫ). ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ
ТРАВМЫ. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ
СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО**

ЖЕРНАКОВ Геннадий Леонидович

I. Невротические расстройства (неврозы).

Термин «неврозы» предложен шотландским врачом У. Кулленом в 1776 г.

По У. Куллену, *невроз* - нервное расстройство, не сопровождающееся лихорадкой, не связанное с местным поражением одного из органов, а обусловленное «общим страданием, от которого специально зависят движения и мысли».

Большой вклад в изучение неврозов внёс **Иван Петрович Павлов** (1849 - 1936 гг.) - русский и советский учёный, первый русский нобелевский лауреат, физиолог, создатель науки о высшей нервной деятельности, физиологической школы в Санкт-Петербурге, лауреат 1904 года Нобелевской премии в области медицины и физиологии года «за работу по физиологии пищеварения»



Иван Петрович Павлов

По мнению И. П. Павлова невроты возникают вследствие перенапряжения основных нервных процессов возбуждения и торможения или их подвижности.

Развил учение И.П. Павлова русский и советский психиатр **Васи́лий Алексе́евич Гиляро́вский** (1875-1959 гг.), который определил несколько основных признаков неврозов, психогенный и психологический механизм возникновения расстройств, особенности личности, вегето-соматические расстройства



Васи́лий Алексе́евич Гиляро́вский (1875-1959 гг.),

Невроз - функциональное (обратимое) расстройство психической деятельности, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов при полном сохранении сознания болезни и правильном отражении реального мира.

Единой и общепринятой классификации невротозов не существует.

В МКБ-10 деление основано на указании ведущего синдрома:

- фобии (F40),
- приступов страха, паники (F41),
- генерализованного тревожного расстройства (F41.1),
- смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2),
- других смешанных тревожных расстройств (F41.3),
- навязчивостей (F42),
- тоски, подавленности (F42.2),
- конверсионных психических и неврологических расстройств (F44),
- ипохондрии и дисморфофобии (F45.2),
- соматовегетативной дисфункции (F45.3),
- боли (F45.4),
- астении (F48.0),
- деперсонализации (F48.1).

Основной причиной невроза (независимо от развития того или иного клинического варианта) является психическая травма, обуславливающая *стрессовое воздействие*. Чаще всего это невосполнимая потеря (смерть близкого человека), утрата имущества, угроза здоровью и благополучию (известие о тяжелом заболевании, судебное следствие), унижение, лишение работы, предание гласности порочащих сведений, создание невыносимых условий для жизни и работы.

Наличие *акцентуаций личности* либо *психопатической структуры* играет роль предиспозиции к развитию невроза.

При изучении патогенеза неврозов учитывается, что невротическое состояние может быть вызвано не только сигналами, свидетельствующими о факте утраты, потери, угрозы или унижения, но и прямым неудовлетворением потребностей.

Витальные человеческие потребности, требующие обязательного удовлетворения, обычно делятся на три категории:

1) *материально-биологические* - необходимость иметь средства для обеспечения индивидуального или семейного существования (пища, жилище, одежда);

2) *социальные* - потребность занимать определенное место в обществе, пользоваться признательностью, вниманием окружающих, их уважением, любовью;

3) *идеальные* - духовные, культурные, информационные, потребности познания окружающего мира и своего места в нем.

Все эти виды потребностей обнаруживают сложные индивидуальные взаимосвязи и различные их комплексы.

Владимир Николаевич Мясищев (1893 - 1973 гг., советский психиатр и медицинский психолог, исследователь проблем человеческих способностей и отношений, основатель ленинградской школы психотерапии), рассматривает **психоневроз** как «психогенное» заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между самой личностью и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение важнейших потребностей, недостигнутая цель, невозполнимая потеря, неумение найти рациональный выход. Это влечет за собой психическую и функциональную дезадаптацию личности, приводит к формированию невроза.

В отличие от *психопатий* невротические расстройства всегда приобретенные, а не наблюдающиеся постоянно с детского возраста и до старости.

В происхождении неврозов имеют значение психологические причины (переутомление, эмоциональный стресс), а не органические влияния на мозг.

Сознание и самосознание при неврозах не нарушены, пациент сознает, что он болен.

При адекватном лечении неврозы обратимы.

Распространенность невротических расстройств по разным источникам составляет около 1,6–2,2 % от общего числа населения. На них приходится около 1/5–1/4 всей психиатрической патологии.

В отечественной психиатрии выделяют три основных типа невроза:

- Неврастения.
- Истерический невроз.
- Невроз навязчивостей.

Диагнозы «ипохондрический невроз» и «депрессивный невроз» в настоящее время не ставятся, так как явления соматизации и аффективного расстройства могут обнаруживаться при всяком неврозе. В силу этих же обстоятельств не используются термины «невроз желудка», «невроз сердца» и т.д.

Неврастения.

Этот невроз впервые подробно описал американский невролог Дж. Бирд (1869 – 1880 гг.), который предложил термин *«неврастения»*, используя термин «невроз» У. Куллена и термин «астения» у его ученика Дж. Броуна. Дж. Бирд назвал эту болезнь «американский невроз».

Среди 50 симптомов заболевания в качестве основных автор выделял:

- ✓ физическую и психическую истощаемость (слабость),
- ✓ соединенную с раздражительностью (раздражительная слабость),
- ✓ головную боль
- ✓ бессонницу.

В этиопатогенетическом аспекте Дж. Бирд подчеркивал значимость для развития болезни чрезмерного физического и, главное, психического перенапряжения, что приводит к «нервному банкротству», так как при таких обстоятельствах требования к нервной системе превышают уровень ее ресурсов. Дж. Бирд видел в неврастении отражение специфических американских условий жизни с атмосферой борьбы за существование, стремлением к обогащению любой ценой в условиях жесткой конкуренции. Это резко истощает запас сил, так как не каждый, по мнению Дж. Бирда, является «миллионером нервной энергии».

В России изучению «неврастении» многие годы посвятил известный психиатр Санкт-Петербургского Психоневрологического Института ученик В.М. Бехтерева Ю.К. Белицкий. Известны его исследования в 1906 г. на тему: «Неврастения, ее сущность, причины, симптомы, виды и лечение» В 1910 году им была подготовлена к печати монография: «Истерия, ее сущность и лечение».

В последние десятилетия наряду с термином «Неврастения» используются термины «Синдром хронической усталости», «Невроз истощения» и др.

Клиника неврастении.

Симптомы этого невроза многообразны, но среди них есть облигатные, которые можно наблюдать у всех больных в развернутой стадии течения болезни.

Вначале появляются вегетативные расстройства, они первыми сигнализируют о перегрузке нервно-психической сферы с проявлениями *гиперпатии*, обуславливающие картину «раздражительной слабости».

Даже при небольшом волнении или легкой физической нагрузке у больных возникает тахикардия с ощущением сильного сердцебиения, потливость, похолодание конечностей, ухудшается сон, ухудшается аппетит.

Гиперпатия иногда выражена так резко, что больные страдают от действия обыденных раздражителей: чувствительность глаз достигает такой степени выраженности, что пациенты не выносят воздействия даже обычного, рассеянного света, они вынуждены закрывать шторами окно, чтобы избавиться от рези в глазах. То же относится к явлениям гиперракузии, гиперосмии и т.д.

На следующем этапе болезни появляются различные *сенсомоторные расстройства*, повышается чувствительность к ощущениям со стороны внутренних органов.

Больные плохо переносят температурные перепады, их знобит в прохладную погоду; при жаре у них резко повышается потливость.

Появляется стойкое ощущение шума в ушах, они чувствуют работу сердца, желудка, кишечника. Такие ощущения вызывают *ипохондрическую настроенность*, еще больше заставляют «прислушиваться к себе», круг ипохондрических жалоб может расширяться.

Далее присоединяются *аффективные нарушения*. Ничтожное событие доводит их до слез, они быстро обижаются и раздражаются, хотя быстро могут успокоиться и корить себя за несдержанность.

Самочувствие характеризуется крайней неустойчивостью аффекта при преобладании пониженного настроения с недовольством собой (но без тоскливости).

По утрам самочувствие чаще бывает плохое, на людях они немного «выправляются», могут чувствовать себя лучше, но быстро утомляются и прежние симптомы неустойчивости возвращаются вновь.

Клинический пример 1.

Могут обнаруживаться затруднения в интеллектуальной деятельности (трудно читать, усваивать материал лекций в процессе учебы и др.). Больные не могут длительное время сосредоточивать внимание на чем-либо важном, начинают думать о постороннем («ассоциативный *ментизм*»). У них может нарушаться память на отвлеченные понятия вследствие затруднения фиксации внимания. Общение с друзьями на какое-то время отвлекает, затем начинает надоедать и раздражать.

При длительном течении болезни часто происходит расширение симптоматики, например могут закрепляться *истерические реакции невротического характера*.

Различают два варианта неврастения:

- невроз истощения, причиной которого являются значительные перегрузки,
- реактивная неврастения, возникающую вследствие воздействия психотравмирующих факторов.

Кроме того, выделяют две **формы неврастения** хотя правильнее рассматривать эти формы как этапы развития самого заболевания:

- Для *гиперстенической формы* больше характерна раздражительность, повышение чувствительности к внешним воздействиям, нарушение внимания.
- При *гипостенической форме* преобладает чувство усталости, вялость, снижение трудоспособности.

Истери́ческий невроз (соматизированная, конверсионная истерия)

Возникновение истерии у женщин еще в Египте и в Древней Греции связывалось врачами античности с заболеваниями матки (от греч. *hysera* — матка). Этот вид невроза проявляется многообразными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами.

В связи с изменчивостью состояния больных при истерии ее симптомы могут напоминать проявления самых различных, в том числе соматических болезней. В связи с этим **Ж. Шарко** называл истерию «великой симулянткой».

Жан Мартен Шарко 1825 - 1893 гг., французский врач-психиатр, учитель Зигмунда Фрейда, специалист по неврологическим болезням, основатель нового учения о психогенной природе истерии).

Этот вид невроза характеризуется выраженной внушаемостью и самовнушаемостью больных со стремлением привлечь к себе внимание («*питуатизм*») по Жозефу Бабинскому - французский врач-невропатолог польского происхождения, 1857 - 1932 гг.

Немецкий психиатр К. Бонгеффер (1911 г.) отмечал у пациентов с истерией «чувство желания болезни», полагая, что всегда ощущается искусственное, показное изображение страдания.

Историческое поведение у пациентов с соматоформными расстройствами описываются следующие:

а) желудочно-кишечные ощущения и симптомы (боли, тошнота, рвота, метеоризм, диарея, икота); устанавливаются диагнозы: невроз желудка, нервные диспепсии;

б) сердечно-сосудистые симптомы (сердцебиение, игра вазомоторов, неприятные ощущения в области сердца – колющие боли, жжение, сдавление; часто диагностируется невроз сердца или нейроциркуляторная дистония);

в) нарушение в системе дыхания (чувство недостатка воздуха, ком в горле, нервный кашель, одышка);

г) нарушение мочеиспускания (повышение его частоты или задержка мочи);

д) болевые ощущения в разных частях тела, иногда меняющиеся, не находящие объективного подтверждения при исследованиях;

е) зуд кожи, также без каких-либо объективных симптомов кожного заболевания.

Исторические механизмы возникновения соматоформных расстройств: для истерического типа личности характерны стремление быть в центре внимания, лживость, фантазирование.

При этом таким людям свойственно вытеснять неблагоприятную для них ситуацию, уходить от нее в другую плоскость, игнорировать.

Одним из вариантов ухода или бегства в болезнь являются соматоформные расстройства.

Клинические примеры:

Женщина истерического склада, боящаяся потерять внимание мужа, отвечает на неблагоприятную ситуацию «неврозом сердца», чем приковывает внимание всей семьи.

У женщины истерического склада, злоупотребляющей алкоголем, в отделении милиции возникал выраженный метеоризм, размер живота становился равноценным девятимесячной беременности и моментально уменьшался до нормальной величины при переводе в больницу и применении газоотводной трубки.

У мужчины истерического склада, оставшегося без ухода и внимания, возникали тяжелые боли в суставах, спине, на языке и он добивался госпитализации, буквально катаясь от боли.

К истерическим проявлениям предрасполагают такие СТИГМЫ, как явления психической и эмоциональной незрелости (инфантилизм), лабильности, что чаще встречается среди женщин. При истерическом неврозе сочетаются вегетативные, двигательные и сенсорные расстройства, что способствует сближению симптоматики невроза с соматической патологией (соматизированная, **конверсионная**, блазирванная истерия).

Клинический пример 2.

Вегетативные проявления истерии
обнаруживаются в виде симпатикотонических,
ваготонических, дистонических кризов,
упорной тошноты, рвоты, обморочных
состояний, различных спазмов.

Двигательные расстройства чаще всего проявляются в виде дрожания, тремора в конечностях, во всем теле, блефароспазма, хореоформных движений, подергиваний, развивающихся после различных психотравмирующих воздействий. Эти явления могут исчезать при переключении внимания, под воздействием внушения.

Истерические параличи часто напоминают явление истинной гемиплегии или параплегии, обнаруживая сходство или с центральными или с периферическими, вялыми параличами. Но их генез также психогенный, а топография не соответствует зоне локализации болезненного очага в центральной нервной системе и не возникают патологические рефлексы, которые являются обязательными при центральных параличах. Атрофии мышц чаще всего нерезко выражены, хотя в отдельных случаях могут быть значительными.

Сенсорные расстройства характеризуются нарушениями чувствительности, такими как гипостезии, гиперестезии, анестезии, которые могут обнаруживаться в различных частях тела и бывают достаточно распространенными (в виде чулок, перчаток, пояса, даже половины туловища). Болевые ощущения (истерические алгии) могут наблюдаться также практически во всех частях тела (суставы, конечности, органы брюшной полости, сердце). Там, где подобные симптомы преобладают, больных часто направляют к хирургам, им проводят лапаротомии, хирургические операции («*синдром Мюнхгаузена*»).

Генерализованное судорожное явление (классический истерический припадок) в настоящее время встречается крайне редко. В отличие от эпилептического припадка больные не прикусывают язык, падают так, что не получают повреждений, они способны воспринимать и оценивать все, что происходит вокруг. В структуре истерического припадка часто наблюдается тотальный тремор или подергивание отдельных частей тела. Выразительные движения и «страстные позы», описанные Ж. Шарко, сейчас не наблюдаются. Типичные параличи, явления астазии-абазии также являются редко. Вместо мутизма чаще наблюдается дрожание речи, заикание.

Аффективные нарушения проявляются крайней лабильностью эмоций, резкой сменой настроения, больные легко переходят от рыдания, плача к смеху, дикому хохоту.

Нарушения в половой сфере.

Они могут наблюдаться при *всех типах невротических расстройств.*

При этом сексуальная дисгармония во взаимоотношениях может быть причиной многочисленных невротических расстройств, а с другой стороны, *эмоциональный стресс* (не относящийся к половой сфере) *может резко поражать сексуальную жизнь женщин и мужчин.*

Разновидности половых нарушений:

1. Импотенция у мужчин.

Считается, что она имеет функциональное происхождение (является компонентом невротических расстройств) более чем в 50 % случаев. Импотенция может быть скоропроходящей и длительной, частичной или полной. Импотенция часто связана с чувством сексуальной неполноценности или с неудачей при первой попытке половой близости с женщиной.

2. Преждевременная эякуляция у мужчин. Это расстройство также может быть связано с ожиданием неудачи при половых сношениях.

3. *Психогенная аспермия*. Часто возникает по тому же механизму.

4. *Фригидность* (половая холодность у женщин).

Это расстройство также может быть скоропреходящим и длительным, частичным или полным. Оно может быть следствием половой дисгармонии (например, грубости партнера или недоверия к нему), *внешних помех при половых сношениях*; кроме того, фригидность может быть следствием половой незрелости (инфантилизма) или чрезмерной строгости в воспитании девушки с внушением ей представления о грязи сексуальных контактов.

Фригидность может быть врожденной (конституциональной).

Некоторые женщины, не страдающие неврозами, не в состоянии испытывать полового наслаждения, несмотря на это, они физически развиты и вполне здоровы.

5. Вагинизм (психогенный).

При этой патологии возникают судорожные сокращения мышц влагалища (иногда, кроме того, мышц бедер и брюшной стенки), что делает половую жизнь невозможной. Это расстройство большей частью возникает при боязни полового акта, а кроме того, у возбудимых, эмоционально-неуравновешенных, тревожных личностей. Как правило, оно длительно. В отличие от психогенного вагинизм органического происхождения может возникать при ряде гинекологических заболеваний (вульвовагините), особенно когда одним из проявлений заболевания является сильная боль.

Весьма частой причиной половых расстройств (а отсюда и появления целого ряда других невротических расстройств) является **дисгамия** — несоответствие партнеров по ряду признаков: анатомических, физиологических (разница в возрасте или усталость одного из партнеров), сексуальных и др.

Невроз навязчивости (обсессивно-фобический невроз)

Этот невроз включает в себя ряд невротических состояний, при которых у больных возникают *навязчивые страхи, мысли, действия, воспоминания*, которые ими самими воспринимаются как чуждые и неприятные, болезненные; в то же время больные самостоятельно не могут освободиться от своих навязчивостей.

Чаще всего ведущей симптоматикой невроза являются страхи (фобии).

Преобладает страх заболеть тяжелыми соматическими или инфекционными заболеваниями (*кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, СПИДОфобия и др.*). У многих больных чувство страха вызывает пребывание в замкнутых пространствах, транспорте (*клаустрофобия*); они боятся выходить на улицу или находиться в людном месте (*агорафобия*); в некоторых случаях страх возникает тогда, когда больные только представляют себе эту трудную для них ситуацию.

Невротики, при наличии фобических расстройств, стараяются любым способом избавиться от тех ситуаций, в которых у них появляются страхи. Многие из них постоянно обращаются к различным врачам, чтобы убедиться в отсутствии заболеваний сердца (при *кардиофобии*), онкологического заболевания (*канцерофобия*). Пристальное внимание к работе своих внутренних органов способствует формированию *ипохондрического расстройства.*

Клинический пример 3

В более редких случаях особенности невроза характеризуются преобладанием *навязчивых мыслей*. У больных помимо их желаний возникают, например, *навязчивые воспоминания*, от которых они не могут избавиться; некоторые больные бессмысленно пересчитывают ступеньки на лестнице, количество проезжающих машин какого-либо одного цвета и т. д. При этом формируется феномен «умственной жвачки». Пациенты понимают бессмысленность подобных размышлений, но не могут от них избавиться. **Клинический пример 4**

Особенно тяжело переживаются ими навязчивые мысли о необходимости совершения каких-нибудь постыдных действий, например нецензурно выругаться на людях, ударить или убить своего ребенка (контрастные мысли, «хульные» мысли). Хотя больные никогда не реализуют подобных тенденций, переживают их тяжело.

Кроме подобных расстройств, могут возникать **навязчивые действия (компульсии)**, например навязчивое мытье рук для достижения их идеальной чистоты (до 100 раз и более в сутки), возвращения домой для проверки закрыта ли дверь, выключен ли газ, утюг.

Клинический пример 5

В ряде случаев возникают навязчивые действия (*ритуалы*) с целью устранения навязчивости. Например, больной должен 6 раз подпрыгнуть и только после этого он может выйти из дома, так как спокоен и знает, что ничего плохого сегодня с ним не случится, и др.

В динамике *невроза навязчивых состояний* выделяют **три стадии**.

- ✓ На первой стадии навязчивый страх возникает только *в ситуации*, когда больной боится чего-либо,
- ✓ На второй стадии - *при мысли* оказаться в подобной ситуации,
- ✓ На третьей – условно-патогенным раздражителем является *слово*, каким-то образом связанное с фобией (например, при кардиофобии такими словами могут быть «сердце», «сосуды», «инфаркт»; при канцерофобии — «опухоль», «рак» и т. д.).

У некоторых больных наблюдаются «панические атаки» - повторяющиеся приступы *резкого страха, чаще всего страха смерти, или потери сознания,* которые сопровождаются сердцебиением, одышкой, болевыми ощущениями.

Эти состояния могут быть достаточно продолжительными по времени, больные.

В отечественной психиатрии подобные состояния описывались как *симптоадреналовые кризы* или обозначались как *диэнцефальный синдром.*

Лечение неврозов.

1. Методы психотерапии, направленные на дезактуализацию стрессогенных факторов и стимуляцию ресурсов самой личности (психодинамические, когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированные и другие виды психотерапии).
2. Транквилизаторы (феназепам, реланиум, тазепам и др.) назначают на 3 недели, затем прием эпизодический.
3. Препараты растительного происхождения (корень валерианы, пустырник и т.д.).

4. При выраженной астении применяются психотропные препараты стимулирующего действия (сиднокарб, сиднофен), а также препараты растительного происхождения (корень женьшеня, китайский лимонник, элеутерококк, пантокрин).
5. Ноотропы и витаминотерапия.
6. При нарушении сна - феназепам и эуноктин.
7. Методы физиотерапии. Санаторно-курортное лечение.
8. Режим труда и отдыха. Полноценный сон.
9. Занятия по интересам, спорт, самодеятельность и др.
10. Для профилактики неврозов используется аутогенная тренировка.

Прогноз при невротических расстройствах.

При условии адекватного и длительного лечения прогноз может считаться благоприятным. Особенно это касается неврастении, в несколько меньшей степени – соматоформных расстройств, а наиболее длительными и упорными являются тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства.

Общая закономерность: чем в большей степени невротические расстройства являются следствием внешних воздействий, а не особенностей личности, тем прогноз лучше. И наоборот, чем больше у пациента на первый план выступают личностные расстройства, тем более неопределенным оказывается прогноз.

При длительном и неблагоприятном течении неврозов развиваются так называемые *невротические развития личности* в виде легкого возникновения истерических расстройств или постоянных навязчивых страхов, мыслей, действий, что ограничивает работоспособность.

Экспертиза при невротических расстройствах.

При совершении преступления такие пациенты признаются судебной психолого-психиатрической экспертизой вменяемыми.

При военно-врачебной экспертизе больным предоставляется отсрочка от призыва или отпуск (для военнослужащих). Лишь при затяжных расстройствах пациенты могут признаваться ограниченно годными (к нестроевой службе в военное время).

При проведении МСЭК пациентам большей частью устанавливается временная утрата работоспособности и им выдается больничный лист. Однако при стойких и затяжных расстройствах они могут переводиться на ограничение трудоспособности.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Стресс, адаптация - процессы, благодаря которым человек сохраняет равновесие своей внутренней и окружающей среды. Способность организма поддерживать состояние относительного баланса или сохранять равновесие внутренней среды (гомеостаз) лежит в основе физиологического способа адаптации.

Примеры физиологических адаптивных механизмов:

- ✓ изменение частоты сердечных сокращений,
- ✓ величины АД,
- ✓ температуры тела,
- ✓ уровень секреции гормонов,
- ✓ водно-солевой баланс (регуляция нервной и эндокринной системы автоматически).

Психологическая реакция на стресс.

Помимо физиологических, возможны *психологические адаптационные реакции*, помогающие человеку противостоять стрессу.

На действия стрессора человек реагирует:

- ✓ тревогой,
- ✓ напряжением
- ✓ фрустрацией (чувством крушения).

Психологические адаптивные формы поведения - это механизм адаптации к стрессу. Причём они ориентированы или на выполнение какой-либо *задачи* или на самозащиту.

Психологические адаптивные формы поведения, ориентированные на выполнение задачи, предполагают способность человека к решению проблем (атакующее поведение, избегание стресса, компромиссное поведение).

Эти формы поведения помогают человеку противостоять стрессу, устраняя или преодолевая его либо физически, либо эмоционально.

Поведенческие реакции, свидетельствующие о наличии стресса у человека:

- непрерывное хождение вперед-назад,
- снижение активности (пассивность, одна поза),
- изменения в повседневной жизнедеятельности (снижение аппетита),
- изменения восприятия реальности и социальных взаимоотношений,
- изменение отношения к работе.

Физиологические показатели стресса:

- повышение или понижение АД, учащение пульса и дыхания,
- расширение зрачков,
- потные ладони,
- холодные кисти,
- поникшая поза,
- усталость,
- плач,
- тошнота,
- рвота,
- понос,
- изменения аппетита,
- изменение массы тела,
- частоты мочеиспускания,
- тревога,
- трудное засыпание и др.

Психологические показатели стресса:

- ✓ тревога,
- ✓ депрессия,
- ✓ вялость,
- ✓ злоупотребление лекарственными средствами,
- ✓ изменение привычек,
- ✓ связанных с питанием, сном, любимым занятием,
- ✓ психическое истощение,
- ✓ снижение работоспособности,
- ✓ прогулы на работе.

Расстройства, возникающие при **сильном стрессовом жизненном событии** или **значительном изменении в жизни**, приводящем к **продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам**, в результате чего развивается *расстройство адаптации*.

Выделяют острую реакцию на стресс и посттравматическое стрессовое расстройство.

Острые психотических реакции на тяжёлый стресс (психогении)

К *тяжелому стрессу* относится воздействие на человека ситуации стихийных бедствий и массовых катастроф (пожары, взрывы, землетрясения, наводнения, химические аварии с массовым поражением людей; тяжелые военные условия и др.).

Кроме стихийных бедствий и массовых катастроф тяжелые реакции на стресс могут отмечаться при потере близких в тех или иных обстоятельствах, при террористическом акте, при сексуальном и ином насилии. Учитывая распространенность стихийных бедствий и катастроф, локальных войн, терроризма и насилия, реакции на тяжёлый стресс изучаются в последнее время интенсивно, в т.ч. военными медиками (профессорами Военно-медицинской академии Литвинцевым С. В., Шамреем В. К. и др.).

Считается, что при стихийных бедствиях и катастрофах частота истинно психотических реакций относительно невелика и может колебаться от 2 до 10 %.

Большей частью возникают расстройства *допсихотического, психологического уровня, адекватные обстановке, не преувеличенные, то есть горе, отчаяние, гнев, растерянность.* В этих случаях пострадавшие нуждаются *не в психиатрической, а в психологической помощи.*

Клиническая картина психотических реакции на тяжёлый стресс. Классификация.

Реакции на тяжёлый стресс в настоящее время (по МКБ-10) подразделяются на:

- 1) острые реакции на стресс;
- 2) посттравматические стрессовые расстройства;
- 3) расстройства адаптации;
- 4) диссоциативные расстройства.

Острая реакция на стресс.

В этих случаях расстройства у больных возникают *немедленно* после психотравмирующего воздействия (пожара, бури, насилия, внезапной потери близких и др.). Они непродолжительны, от нескольких часов до 2–3 дней. В клинической картине расстройств переплетаются эмоциональные вегетативные и двигательные нарушения. Могут наблюдаться *сильный страх, тяжёлая депрессия*: метания в тоске или заторможенность. Депрессия может маскироваться, переходить в апатию.

Вегетативные нарушения, как правило, носят смешанный характер, то есть в них переплетаются симпатикотонические и парасимпатикотонические симптомы: наблюдается мидриаз, повышение частоты сердечных сокращений и артериального давления и наряду с этим – бледность кожи и профузный пот.

Двигательные нарушения проявляются либо резким возбуждением (метаниями), либо заторможенностью. Среди них наблюдаются описанные еще в начале XX в. *аффективно-шоковые реакции*: гиперкинетический и гипокINETический варианты.

Посттравматические стрессовые расстройства.

Иногда, особенно в военной медицине, этот термин распространяют на все заболевания, описываемые в этом разделе. В то же время в МКБ-10 он объединяет расстройства, развивающиеся не сразу после воздействия психотравмирующего фактора (отставленно) и продолжающиеся неделями, в отдельных случаях несколько месяцев.

Сюда включаются:

- ✓ периодическое появление острого страха (панические атаки),
- ✓ тяжелые нарушения сна,
- ✓ навязчивые воспоминания о психотравмирующем событии (например, о ситуации землетрясения, наводнения, насилия), от которых пострадавший никак не может избавиться,

- ✓ упорное избегание места и людей, связанных с психотравмирующим фактором (например, дома, где погиб близкий человек или семья).
- ✓ Сюда же относится длительное сохранение мрачно-тоскливого настроения (но не до уровня депрессии) или апатии и эмоционального бесчувствия. Часто люди в таком состоянии избегают общества себе подобных (дичают).

Расстройства адаптации.

Под ними имеются в виду длительные расстройства продолжительностью в несколько месяцев (редко больше шести) и непосредственно связанные с воздействием психотравмирующего фактора, к которому человек в силу *индивидуальных свойств* (например, эмоциональной неустойчивости, тревожности, зависимости) или вследствие соматической ослабленности, или из-за *мощности отрицательного психологического воздействия* не в состоянии приспособиться (адаптироваться).

Различают следующие типы таких расстройств:

1. Депрессивная реакция, кратковременная или продолжительная. Наблюдаются классические симптомы депрессии: тоска, двигательная и речевая заторможенность. Часто депрессия протекает на фоне астении: с выраженной утомляемостью, нарушением памяти и внимания. При расстройствах адаптации с депрессией пациенты всегда продолжают переживать психотравмирующую ситуацию, она продолжает быть главным содержанием психических переживаний.

2. Тревожно-депрессивная реакция. В этих случаях пациенты чаще отмечают тревогу, чем тоску, в остальном клиническая картина та же. Двигательная заторможенность сменяется приступами паники, во время которых пациенты мечутся по палате или другому помещению.

3. Реакция с преобладанием нарушений поведения.

Этот тип расстройств обычно наблюдается у подростков. Они становятся угрюмыми, мрачными, бесцельно блуждают по улицам, могут вовлекаться в потребление алкоголя или становиться жертвами насилия.

В отличие от взрослых подростки при этом отрицают наличие психотравмирующей ситуации и ее удастся выявить тщательным исследованием.

4. Реактивные (психогенные) параноиды. При этом остро возникают бредовые идеи преследования (без галлюцинаций).

Происхождение таких расстройств может быть различным: параноиды появляются в условиях длительной изоляции: в тюрьмах, в шахтах после обвалов (известны случаи, когда спасателей встречали агрессией).

Реактивные (психогенные) параноиды развиваются нередко и в условиях массовых катастроф и локальных войн, в тех случаях, когда психотравмирующие обстоятельства вызывают гнев и злобу.

Клинический пример 6:

Диссоциативные расстройства.

Ранее они описывались как истерические психозы.

Подразумевается, что при этом переживание психотравмирующей ситуации вытесняется из сознания, но трансформируется в иные симптомы.

Появление весьма яркой психотической симптоматики и потеря звучания в переживаниях перенесенного психологического воздействия отрицательного плана и знаменуют собой диссоциацию.

В эту же группу переживаний включены состояния, ранее описываемые как истерические параличи, истерическая слепота, глухота. Подчеркивается вторичная выгода для пациентов проявлений диссоциативных расстройств, то есть они также возникают по механизму *бегства в болезнь*, когда психотравмирующие обстоятельства являются для хрупкой нервной системы *невыносимыми*, *сверхсильными*.

Различают следующие их формы:

1. Диссоциативная амнезия. Пациент забывает о психотравмирующей ситуации, избегает мест и людей, связанных с ней, напоминание о психотравме встречает яростное сопротивление.

2. Диссоциативный ступор. Он описан в данной главе в подразделе «Острая реакция на стресс», однако иногда это состояние затягивается. Ступор нередко сопровождается утратой болевой чувствительности.

3. Пуэрилизм. Пациенты в ответ на психотравму проявляют детское поведение: говорят с сюсюкающими интонациями или шепелявят, надувают губы, хнычут, сосут пальцы, плетут волосы в косички; называют окружающих «дядями» и «тетями» и т. п.

4. Псевдодеменция. Это расстройство протекает на фоне легкого оглушения. Пациенты растеряны, недоуменно оглядываются по сторонам и проявляют поведение слабоумного и беспонятного. Типичным ответом на элементарные вопросы является: «не знаю» («Как тебя зовут?» – «Не знаю»; «В каком вы городе?» – «Не знаю»; «Какой сейчас год?» – «Не знаю» и т. п.).

Пациенты демонстрируют невыполнение простых автоматизированных навыков – зажигание спичек, операций с ключом, ложкой, мылом.

5. Синдром Ганзера. Это состояние напоминает предыдущее, но включает мимоговорение, то есть пациенты отвечают не на вопрос («Как тебя зовут?» – «Далеко отсюда»; «Сколько тебе лет?» – «Мама пришла» и т. п.).

Прогноз при реакции на тяжелый стресс.

В большинстве случаев по разрешении психотравмирующей ситуации психические расстройства исчезают, однако в общем прогноз не может считаться совершенно благополучным.

Согласно исследованиям отечественных психиатров Ю. А. Александровского, В. К. Шамрея и др., после острых психических расстройств, развившихся в результате стихийных бедствий, массовых катастроф, локальных войн отдельные психопатологические расстройства могут сохраняться у 3–35 % пострадавших в зависимости от характера катастрофы, на срок от нескольких месяцев до года (и следовательно, лечение таких расстройств должно быть длительным).

Экспертные вопросы пациентов перенесший реакцию на тяжелый стресс.
У лиц, переносящие реакции на тяжелый стресс, развиваются депрессивные реакции, параноиды и другие расстройства и при судмедэкспертизе назначается принудительное лечение с повторным комиссионным рассмотрением каждые полгода.

Если человек, перенесший реакцию на тяжелый стресс, становится объектом **военно-врачебной экспертизы**, то при длительном сохранении психопатологических симптомов может предоставляться отсрочка от призыва, а при стойких личностных изменениях устанавливается ограничение в несении военной службы.

Лицам, переносящим реакцию на тяжелый стресс в той или иной форме, обычно устанавливается временное расстройство трудоспособности и выдается больничный лист. При длительном сохранении психопатологических симптомов может устанавливаться ограничение трудоспособности с последующим пересмотром.

Лечение при реакции на тяжелый стресс и алгоритмы неотложной помощи.

Характер медикаментозных и иных вмешательств и длительность лечебного процесса всецело зависят от характера расстройств.

Острые реакции на стресс нуждаются в немедленном купировании.

При *гиперкинетическом варианте аффективно-шоковых расстройств* эффективно в/м введение аминазина – 1 мл 2,5 % раствора, либо тизерцина в той же дозе, либо галоперидола – также в/м 1 мл 0,5 % раствора.

Алгоритм неотложной помощи.

В таких случаях (когда аффективно-шоковые реакции возникают при пожарах, взрывах, насилиии, массовых катастрофах, стихийных бедствиях, локальных войнах) следующий:

- 1) мягкое механическое ограничение (простыни-жгуты к носилкам и т. п.);
- 2) немедленное введение нейролептиков;
- 3) срочная эвакуация.

При чрезвычайных ситуациях к оказанию неотложной помощи могут привлекаться не только фельдшеры, но при недостатке медперсонала и медсестры.

При *гипокинетическом* варианте аффективно-шоковых расстройств необходимо введение активных ночных транквилизаторов: реланиума – 1 мл 0,5 % раствора или феназепама – 1 мл 0,1 % раствора подкожно или в/м.

Алгоритм неотложной помощи: не включает механическое стеснение, а только введение транквилизатора и эвакуацию.

В редких случаях, когда острая реакция на стресс проявляется *взрывом тоски*, вводится амитриптилин – 1 мл 2,5 % раствора в/м.

После эвакуации с места происшествия (катастрофы, бедствия и т. п.) с пациентами проводится психотерапевтическая работа. Иногда, на короткое время, назначаются общеукрепляющие и седативные средства.

В случаях, когда острая реакция на стресс ограничивается *препсихотическими проявлениями*, достаточно психотерапевтического воздействия, а после эвакуации с места катастрофы с такими людьми работает ПСИХОЛОГ.

Проблемы пациентов и особенности сестринского процесса при неврозе и ПТСР.

Поскольку пациенты находятся в ясном сознании и относятся к своим болезненным проявлениям с полной критикой, процесс общения с ними осуществляется довольно полно. Например, у больных неврастенией он не представляет никаких трудностей. В то же время пациенты с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами могут стыдиться своих страхов или неполностью рассказывать о своих навязчивых состояниях (например, если это касается половых расстройств или навязчивых влечений – желания ударить, оскорбить, выругаться; или в случаях, когда пациенты считают свой страх немужским проявлением).

Больные с соматоформными расстройствами, как правило, подробно рассказывают о своих ощущениях и переживаниях. При этом лица, у которых такие расстройства развились по истерическому механизму, могут описывать свои ощущения с излишней детализацией и фантастичностью, стремясь поразить воображение медработника, вызвать жалость и уверить беседующего с ним в уникальном характере своего заболевания.

Поэтому в таких случаях требуется дополнительная информация от близких пациенту людей, а характер поведения пациента при беседе необходимо зафиксировать.

Процесс сбора информации должен включать данные как о характере болезненных проявлений, так и о медикаментах, которые принимает пациент, поскольку при невротических состояниях весьма часты случаи самолечения.

Проблемы пациентов с невротическими расстройствами разнообразны: фобии, obsессии, нарушения сна, памяти и внимания, нарушения движений истерического происхождения, соматоформные расстройства и др.

Приоритетной проблемой как для мужчин, так и для женщин, больных невротическими расстройствами, могут быть половые нарушения (выступающие или как причина, или как следствие невроза).

Специалист по уходу должен считать приоритетными проблемами снижение настроения у пациента и его тревожность. Их возникновение у пациентов, особенно при неблагоприятном течении неврозов, всегда грозит развитием *депрессивного эпизода*, даже с суицидными мыслями и намерениями.

Планирование сестринских вмешательств и их оценка:

- 1. Фиксировать характер эмоционального фона пациента. При нарастании депрессии, или тревоги, или других эмоциональных проявлений отрицательного плана немедленно сообщать об этом врачу.**
- 2. Регистрировать состояние и характер сна пациента. Учить его соблюдать меры общего характера, способствующие наступлению полноценного сна (свежий воздух, вечерние прогулки, ванны, спокойные, не изнуряющие и не раздражающие занятия перед сном и др.).**

3. Следить за соблюдением правил приема назначенных медикаментов; не допускать самолечения и сообщать врачу о признаках наступающей лекарственной зависимости (выпрашивание медикаментов, просьбы об увеличении доз и т. п.).

4. По мере ослабления расстройств под влиянием медикаментов учить пациента бороться с болезнью (например, при агорафобии постепенно увеличивать время пребывания вне дома или в местах скопления людей; при клаустрофобии постепенно увеличивать время езды в транспорте; при навязчивых сомнениях сдерживать совершение ритуалов; при соматоформных расстройствах отвлекать внимание от работы внутренних органов и т. п.).

5. Одобрять пациента при успехах в борьбе с болезнью и внушать ему веру в излечимость невротических расстройств.

6. Вести психотерапевтическую работу с пациентами с истерическим механизмом возникновения соматоформных расстройств, объясняя им невыгодность их поведения и внушая необходимые правила общения.

7. Организовывать регулярную работу психотерапевтических групп и другие формы групповой активности, добиваться обязательного участия в этом пациентов.

8. Активно участвовать в разрешении конфликтов в семье и месте занятости пациента, стараясь предотвратить, отсрочить или подавить конфликты. Работу проводить как с пациентом, так и с его окружением.

9. Способствовать своевременному обращению к специалисту-сексологу или психотерапевту при половых расстройствах у пациента.

Самостоятельная работа обучающихся на тему:

«Особенности общения и ухода за
пациентами в геронтопсихологии».

Спасибо за внимание

