**Особенности сестринского процесса при невротических**

**расстройствах (неврозах)**

Невротические расстройства, связанные со стрессом (невро-

зы), – это группа заболеваний, в основе которых лежат времен-

ные функциональные нарушения нервной системы, обусловлен-

ные перенапряжением основных нервных процессов (возбужде-

ние, торможение) и их подвижности. Неврозы возникают под

влиянием острых или длительных психотравмирующих факто-

ров.

*Неврастения* является наиболее распространенной фор-

мой неврозов. Основные симптомы неврастении [18]:

1. Повышенная утомляемость и сниженная работоспособ-

ность.

2. Повышенная раздражительность; чрезмерные проявления

как отрицательных эмоций (страх, гнев), так и положительных

(восторги, умиления); легко возникают слезы, пациенты испы-

тывают постоянное чувство внутреннего напряжения. Основ-

ным симптомом неврастении является раздражительная сла-

бость, то есть сочетание утомляемости и раздражительности.

3. Расстройство сна: трудности с засыпанием и пробужде-

нием.

4. Снижение внимания и памяти; снижается в основном

воспроизведение памяти, а не запоминание, пациент не может

вспомнить в какой-то момент какие-то нужные сведения, однако

даже легкое напоминание позволяет ему восстановить нужную

картину вспоминаемых событий.

5. Сексуальные расстройства. У мужчин – это преждевре-

менная эйякуляция, ослабление эрекции, снижение полового

влечения; у женщин – снижение полового влечения, неполное

ощущение оргазма.

154

6. Вегетативные расстройства: зябкость конечностей, ла-

бильность частоты пульса, артериального давления, частое воз-

никновение дисфункций желудочно-кишечного тракта, боли в

мышцах, частые головные боли и головокружение.

*Истерия (истерический невроз)* является второй по часто-

те формой невроза, значительно чаще встречающейся у

женщин, чем у мужчин [18].

Больные с истерическим неврозом отличаются повышенной

чувствительностью и впечатлительностью, внушаемостью и са-

мовнушаемостью, неустойчивостью настроения. Будучи эго-

центричными и эгоистичными, они склонны привлекать к себе

внимание окружающих, что является проявлением одной из ос-

новных тенденцийистерической личности – требования приз-

нания.

Основные симптомы истерии:

1. Эмоционально-аффективные расстройства: колебания

настроения, страхи. Особенностями являются демонстратив-

ность, наигранность переживаний.

2. Двигательные нарушения: судорожные припадки, пара-

личи, парезы, гиперкинезы, блефароспазм, афония и мутизм.

3. Сенсорные нарушения: истерическая слепота, глухота и

нарушение чувствительности в виде гипестезий, гиперестезий и

парестезий.

4. Соматоформные расстройства, т. е. возникновение сома-

тических жалоб и симптомов большей частью психогенного

происхождения, то есть возникающих в результате эмоциональ-

ного стресса, нервно-психического перенапряжения, неблаго-

приятных психологических воздействий. Как наиболее частые,

описываются следующие:

– желудочно-кишечные ощущения и симптомы (боли,

тошнота, рвота, метеоризм, диарея, икота); устанавливаются

диагнозы: невроз желудка, нервные диспепсии;

– сердечно-сосудистые симптомы (сердцебиение, неприят-

ные ощущения в области сердца – колющие боли, жжение, сдав-

ление; часто диагностируется невроз сердца);

– нарушение в системе дыхания (чувство нехватки воздуха,

ком в горле, нервный кашель, одышка);

155

– нарушения мочеиспускания (повышение его частоты или

задержка мочи);

– болевые ощущения в разных частях тела;

– зуд кожи без каких-либо объективных симптомов кожного

заболевания.

Истерические припадки резко отличаются от больших, гене-

рализованных эпилептических (таблица).

Различия эпилептических и истерических припадков

Показатель Эпилептические Истерические

Повод к

возникновению

Продолжительность

Наличие фаз

припадка

Прикусы языка и губ

Травмы головы

Непроизвольное

Мочеиспускание

Без внешнего

повода

2 минуты

Четкие: тониче-

ская, клоническая

Почти всегда

Очень часто

Как правило

Психологически

неблагоприятная

ситуация

Неопределенная,

до часа и больше

Четкие фазы

отсутствуют

Не наблюдаются

Не наблюдаются

Не наблюдаются

В международной классификации *невроз навязчивых сос-*

*тояний* представлен в виде тревожно-фобического и обсессив-

но-компульсивного неврозов [18].

Основные симптомы невроза навязчивых состояний:

1. Общий пониженный фон настроения.

2. Фобии, то есть страх каких-то определенных объектов

или ситуаций, на самом деле не опасных.

– кардиофобия – навязчивый страх за состояние своего

сердца;

– канцерофобия – навязчивый страх заболеть раком;

– лиссофобия – навязчивый страх сумасшествия;

– оксифобия – навязчивая боязнь острых предметов;

– агорафобия – навязчивая боязнь открытых пространств;

156

– клаустрофобия – навязчивая боязнь закрытых помещений;

– гипсофобия – навязчивый страх высоты;

– эрейтофобия – навязчивый страх покраснения.

1. Навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и

действия, которые характеризуются сознанием их болезненнос-

ти и критическим к ним отношением. Разновидностью навяз-

чивых действий являются ритуалы. *Ритуалы* – это навязчивые

движения и действия, которые всегда сопровождаются навяз-

чивыми сомнениями, опасениями и страхами.

2. Неврастенические симптомы: повышенная раздражитель-

ность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нару-

шения сна.

3. Вегетативные и вегетососудистые нарушения: разнооб-

разные функциональные нарушения сердечно-сосудистой систе-

мы, желудочно-кишечного тракта, выраженная потливость рук.

**Сбор информации** [43]

Поскольку пациенты находятся в ясном сознании и относят-

ся к своим болезненным проявлениям вполне критично, 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 стра-

хов или не полностью рассказывать о своих навязчивых состоя-

ниях (например, если это касается половых расстройств или на-

вязчивых влечений – желания ударить, оскорбить, выругаться

или в случаях, когда пациенты считают свой страх немужским

проявлением). Поэтому специалисту по уходу нелишне еще раз

подчеркнуть, что пациент имеет дело с сочувствующим ему ме-

дицинским работником, и призвать пациента к откровенности.

Больные с соматоформными расстройствами, как правило,

подробно рассказывают о своих ощущениях и переживаниях.

При этом лица, у которых такие расстройстваразвились по исте-

рическому механизму, могут описывать свои ощущения с

излишней детализацией и фантастичностью, стремясь поразить

воображение медицинского работника, вызвать жалость и уве-

рить беседующего с ним в уникальном характере своего забо-

левания. Поэтому в таких случаях требуется дополнительная ин-

157

формация от близких пациента, а характер поведения пациента

при беседе необходимо зафиксировать.

Процесс сбора информации должен включать данные как о

характере болезненных проявлений, так и о медикаментах, кото-

рые принимает пациент, поскольку при невротических сос-

тояниях весьма часты случаи самолечения.

В процессе сбора информации необходимо выявить

следующее:

1. Характер болезненных расстройств и эмоциональное от-

ношение к ним пациента (сопровождаются ли болезненные ощу-

щения выраженным снижением настроения, тревогой, присту-

пами паники).

2. Объективные признаки болезни: вегетативные, двигатель-

ные расстройства; изменения, выявленные при лабораторных и

инструментальных исследованиях.

3. Отношение пациента к болезненным ощущениям и пе-

реживаниям (верит ли больной в излечимость, пытается ли са-

мостоятельно бороться с болезненными проявлениями и какими

способами или испытывает чувство безнадежности и к болезни

относится пассивно).

4. Перечень медикаментов, получаемых пациентом, и реак-

ция на них (наличие побочных эффектов лекарственных

средств, их эффективность; нет ли привыкания пациента к меди-

каментам и признаков развития зависимости; особо

фиксировать просьбы пациента об увеличении доз, самовольное

изменение характера курсового лечения и т. п.).

5. Состояние сна пациента и вид нарушения сна (ранняя или

поздняя бессонница, частые пробуждения и т. д.).

6. Характер изложения пациентом своих жалоб, ощущений

и переживаний; необходимо фиксировать театральность поведе-

ния, возможное фантазирование либо скрытность, неуверен-

ность, явные умолчания при беседе.

7. Возможные причины возникновения невротических рас-

стройств: характер взаимоотношений пациента в семье, на месте

занятости, наличие конфликта, его характер, его фаза; характер

занятий пациента, возможное его переутомление,половые проб-

лемы пациента.

158

8. Вынужденные ограничения, вызванные болезнью: сниже-

ние продуктивности в работе, утомляемость.

9. Особенности «почвы», на которой возникают невротиче-

ские проявления, личностные расстройства (психопатии) – по

данным медицинской документации.

**Типичные проблемы пациентов** [43]

Проблемами являются такие проявления невротических рас-

стройств, как фобии, обсессии, нарушения сна, памяти и внима-

ния, нарушения движений истерического происхождения, сома-

тоформные расстройства и др. Субъективно пациенты тяжело

переживают угрозу падения работоспособности, невозможность

обеспечить семью. Эмоциональная неуравновешенность, весьма

частая при невротических расстройствах, также тяжело пережи-

вается большим числом пациентов; центром переживаний паци-

ентов (приоритетной проблемой) могут быть конфликты в семье

или на работе (при этом пациенты с истерическими проявле-

ниями склонны винить в конфликтах не себя, а окружающих).

Приоритетной проблемой как для мужчин, так и для жен-

щин, больных невротическими расстройствами, могут быть по-

ловые нарушения (выступающие или как причина, или как

следствие невроза).

Наконец, следует особо отметить, что специалист по уходу

должен считать приоритетными проблемами снижение настрое-

ния у пациента и его тревожность. Их возникновение у пациен-

тов, особенно при неблагоприятном течении неврозов, всегда

грозит развитием депрессивного эпизода, даже с суицидаль-

ными мыслями и намерениями.

**Наиболее актуальные сестринские проблемы**

При психопатиях наиболее актуальны проблемы:

– *физиологические*: недостаточное или избыточное питание;

– *психологические*: беспокойство; чувство отчаяния, безыс-

ходности; сниженная индивидуальная способность к адаптации

и преодолению стрессовой ситуации; стресс от конфликтов в

семье; одиночество; дефицит знаний; сексуальные нарушения;

нарушенная самооценка;

– *социальные*: измененные семейные отношения; социаль-

ная изоляция; конфликт с родителями; нарушение родительских

159

функций; неэффективная сопротивляемость в обществе; нару-

шение приспособляемости;

– *культурные*: дефицит желанияследить за собой; дефицит

заботы о своем питании;

– *потенциальные* – риск: отравления; насилия по отноше-

нию к себе или другим лицам; одиночества.

**Планирование сестринских вмешательств** [43]

Планирование сестринских вмешательств зависит от состоя-

ния конкретного пациента. Однако возможно выделить общие

моменты:

1. Фиксировать характер эмоционального фона пациента.

При нарастании депрессии или тревоги, или других эмоцио-

нальных проявлениях отрицательного плана немедленно сооб-

щить об этом врачу.

2. Регистрировать состояние и характер сна пациента. Учить

соблюдать меры общего характера, способствующие наступле-

нию 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 ме-

дикаментов; не допускать самолечения и сообщать врачу о

признаках наступающей лекарственной зависимости (выпраши-

вание медикаментов, просьбы об увеличении доз и т. п.).

4. По мере ослабления расстройств под влиянием медика-

ментов учить пациента бороться с болезнью (например, при

агорафобии постепенно увеличивать время пребывания вне до-

ма или в местах скопления людей; при клаустрофобии посте-

пенно увеличивать время езды в транспорте; при навязчивых

сомнениях сдерживать совершение ритуалов; при соматоформ-

ных 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 (совместно с другими специалистами) психотера-

певтическую работу с пациентами с истерическим механизмом

возникновения соматоформных расстройств, объясняя им невы-

годность их поведения и внушая необходимые правила

общения.

160

7. Организовывать регулярную работу психотерапевтиче-

ских групп и другие формы групповой активности, добиваться

обязательного участия в этом пациентов.

8. Активно участвовать в разрешении конфликтов пациен-

тов в семье и на работе (используя современные теоретические

разработки в конфликтологии), стараясь предотвратить, отсро-

чить или подавить конфликты. Работу проводить какс пациен-

том, так и с его окружением.

9. Способствовать своевременному обращению к специа-

листу-сексологу или психотерапевту при половых расстройст-

вах у пациента.