

УССУРИЙСКИЙ ФИЛИАЛ КРАЕВОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
«ВЛАДИВОСТОКСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
(УССУРИЙСКИЙ ФИЛИАЛ КГБПОУ «ВБМК»)

Степанова Наталья Сергеевна,
преподаватель

Пояснительная записка: Методическое пособие предназначено для проведения лекционного занятия, специальность 34.02.01 Сестринское дело ПМ .02 Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессах

МДК Сестринский уход в клинике психиатрических заболеваний и наркологии

Тема лекции: «Сестринский уход при невротических расстройствах».

Содержание учебного материала: Этиология невротических расстройств. Акцентуации и предрасположенность к невротическим расстройствам. Неврастения. Истерический невроз. Соматоформные расстройства. Тревожно- фобические расстройства. Нарушения пищевого поведения.

Актуальность темы: Одной из определяющих причин широкой распространенности невротических расстройств является их социальная обусловленность. Невротические реакции очень распространены среди населения. Неврозы, составляют около 20-25% всех психиатрических случаев. Распространенность составляет от 15,8 до 30 на 1000 населения. По данным ВОЗ за последние 65 лет число неврозов выросло в 24 раза.

Цель: изучить этиологию, патогенез, факторы риска, методы профилактики, лечение невротических расстройств.

1. Определить этиологические факторы невротических расстройств.
2. Анализировать влияние психических факторов на больного.

3. Определить клинические симптомы и синдромы при невротических расстройствах.

После изучения темы студент должен

Знать:

1. Причины неврозов
2. Основные проявления заболевания.
3. Диагностику неврозов.
4. Принципы неотложной помощи при истерическом припадке.
5. Общие принципы лечения больных неврозами.
6. Профилактику невротических расстройств.

Уметь:

1. Осуществлять обследование больного
2. Устанавливать предположительный диагноз.
3. Проводить специфическую терапию.
5. Оказывать неотложную помощь при истерическом припадке

Овладеть: Квалификационными требованиями.

Профессиональными компетенциями:

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

Общими компетенциями:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Уметь организовать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Может принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Знает и применяет способы поиска и использования информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Имеет навык использования информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности.

ОК 6. Может работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, врачами и пациентами.

ОК 7. Может самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 8. Умеет организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

Форма занятия: лекция-90 мин

Оснащение - технологическая карта занятия - пособие для аудиторной работы студента с методическими рекомендациями, презентация «Невротические расстройства»

«Сестринский уход при невротических расстройствах».

Невроз имеет множество трактовок, но то, что он является уникальной формой психологической защиты личности, позволяющей ликвидировать внутренний конфликт путем утраты (изменения) основных (у всех разных) жизненных ценностей, согласны все.

Невротические расстройства (неврозы) – группа нервно-психических расстройств, которое возникает как психопатологическая реакция на неразрешимую и непереносимую психотравмирующую ситуацию. Все невротические расстройства обратимы, однако имеют тенденцию к затяжному течению.

Невротический срыв может возможен у любого человека, его характер и форма тесно связаны с индивидуальным предрасположением и особенностями личности. Неврозы возникают под влиянием острых или длительных психотравмирующих факторов.

Установить диагноз «невроз» можно только после исключения сходных с ним по клинике психиатрических, неврологических и соматических болезней.

В современном мире невроз является довольно распространенным расстройством. В развитых странах различными формами невротических нарушений страдает от 10% до 20% населения, в т. ч. и дети. Долгое время невроз считали информационной болезнью, связанной с интеллектуальными перегрузками и большим темпом жизни. Однако, проведенные исследования указали основные причины - семейные неурядицы и конфликты с начальством, а не переутомление в процессе работы. В основе невроза всегда лежит запредельный стресс, обусловленный невозможностью изменить непереносимую ситуацию. При этом конкретные причины развития невротического расстройства могут существенно различаться. В одних случаях толчком для возникновения невроза становится явная острая стрессовая ситуация (например, разрыв важных отношений или потеря работы). В других - внутреннее напряжение возрастает медленно, незаметно для окружающих, и человек заболевает вроде бы без видимой причины, при кажущемся полном или почти полном социальном и личном благополучии. Так или иначе, все исследователи неврозов сходятся в том, что в основе болезни лежит явный или скрытый внутренний конфликт, противоречие между различными потребностями, чувствами, желаниями и адаптационными психологическими механизмами. Предрасполагающими факторами, увеличивающими вероятность развития невротических расстройств, считают определенные особенности характера, личности и жизненной истории пациента. Неврозы чаще возникают у чрезмерно чувствительных, эмоциональных, впечатлительных пациентов, обладающих богатым

воображением и хорошо развитым образным мышлением, либо у психологически ригидных больных, которые плохо осознают свои чувства и тяжело переживают любые жизненные изменения. Большое значение имеют неблагоприятные условия воспитания: пренебрежение, отвержение и невнимание к нуждам ребенка, чрезмерная опека, попустительство, склонность родителей создавать из ребенка кумира, противоречивое воспитание и т. д.

Другие исследования, показали, что большое значение имеют не количество психотравмирующих факторов (множественность, сила), а его субъективная значимость для конкретного индивидуума. Таким образом, внешние триггерные ситуации, провоцирующие невроз, очень индивидуальны и зависят от системы ценностей пациента. При определенных условиях любая, даже житейская, ситуация может лечь в основу развития невроза. Имеет значение не сама стрессовая ситуация, а именно неверное отношение к ней, как к разрушающей личное благополучное настоящее или угрожающей личному будущему.

Отмечено, что данным расстройством чаще заболевают люди с повышенной мнительностью, демонстративностью, эмоциональностью, ригидностью, субдепрессивностью. Большая эмоциональная лабильность женщин приводит к тому, что развитие невроза у них наблюдается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Наследственная предрасположенность к неврозу реализуется именно через наследование определенных личностных особенностей. Отечественная медицина традиционно признает три классические формы неврозов: неврастения, истерический невроз (конверсионное расстройство) и невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

В своем развитии невротические расстройства проходят 3 этапа. На первых двух этапах под воздействием проводимого лечения невроз может бесследно прекратить свое существование. В случаях затяжного воздействия психотравмирующего триггера (хронический стресс), при отсутствии профессиональной психотерапевтической и/или медикаментозной поддержки

пациента, возникает 3-й этап — заболевание переходит в стадию хронического невроза. Происходят стойкие изменения в структуре личности, которые сохраняются в ней даже при условии эффективно осуществляемой терапии.

Первым этапом считается невротическая реакция — кратковременное невротическое расстройство длительностью не более 1 мес., возникающее в результате острой психотравмы. Более длительное течение, не купируемое в течение 6 мес. — 2 лет приводит к формированию невротического развития личности. Близкие пациента и он сам говорят о существенном изменении его характера и поведения, зачастую отражая ситуацию фразой «его/ее как подменили».

Общие симптомы неврозов

Расстройства функции нервной системы проявляются головной болью напряжения, гиперестезией, головокружением и чувством неустойчивости при ходьбе, тремором, вздрагиваниями, парестезиями, мышечными подергиваниями. Нарушения сна наблюдаются у 40% пациентов с неврозами. Обычно они представлены инсомнией и дневной гиперсомнией.

Невротическая дисфункция сердечно-сосудистой системы включает: дискомфортные ощущения в сердечной области, артериальную гипертензию или гипотонию, расстройства дыхания: характеризуются чувством нехватки воздуха, комка в горле или удушья, невротической икотой и зевотой, боязнью задохнуться, мнимой потерей дыхательного автоматизма. Возникают панические атаки.

Со стороны органов пищеварения: место сухость во рту, тошнота, снижение аппетита, рвота, изжога, метеоризм, диарея, запор. Невротические нарушения работы мочеполовой системы вызывают цисталгию, поллакиурию, зуд или боли в области гениталий, энурез, фригидность. Расстройство терморегуляции: это периодические ознобы, гипергидроз, субфебрилитет

При неврозе могут возникать дерматологические проблемы — высыпания по типу крапивницы, псориаза, атопического дерматита.

Типичным симптомом многих неврозов является астения — повышенная утомляемость как в психической сфере, так и физического характера. Часто присутствует тревожный синдром — постоянное ожидание предстоящих неприятных событий или опасности. Возможны фобии — страхи навязчивого типа, компульсиями — стереотипными навязчивыми двигательными актами, обсессии — тягостные навязчивые воспоминания, мысли, образы, влечения. У некоторых пациентов невроз сопровождается дистимией — пониженным настроением с чувством горя, тоски, утраты, уныния, печали.

Неврастения (астенический невроз) — патологическое состояние нервной системы человека, возникающее в результате ее истощения при длительной психической или физической перегрузке. Наиболее часто неврастения встречается у людей 20-40 лет, у женщин немного реже, чем у мужчин. Она развивается при длительном физическом перенапряжении (напряженная работа, недостаточный сон, отсутствие отдыха), частых стрессовых ситуациях, личных трагедиях, длительных конфликтах. Возникновению неврастении могут способствовать соматические заболевания и хронические интоксикации.

Классификация

Неврастения классифицируется по клиническим формам как:

- Гиперстеническая форма
- Раздражительная слабость
- Гипостеническая форма

Данные формы могут проявляться как фазы протекания неврастении.

Симптомы неврастении: частым симптомом неврастении является головная боль, она носит диффузный характер и, как правило, возникает в конце дня. Характерным является чувство давления на голову, будто сдавливание головы тяжелым шлемом («каска неврастеника»). Вторая жалоба пациентов - это головокружение, которое заключается в ощущении вращения в голове, но не сопровождается чувством вращения окружающих

предметов. Часто такое головокружение возникает при сильном волнении, физической нагрузке, изменении погоды и др., учащение пульса (тахикардия), ощущение сердцебиения, давящая или колющая боль в области сердца, артериальная гипертензия, краснота или бледность кожных покровов. Они могут появиться при малейшем волнении пациента, даже в ходе оживленной беседы. Возможны диспепсические явления: изжога, ухудшение аппетита, отрыжка, тяжесть в желудке, метеоризм, беспричинные поносы или запоры. У пациентов могут быть частые позывы к мочеиспусканию (поллакиурия), учащающиеся при волнении и проходящие в состоянии покоя. Часто бывает снижено половое влечение.

1. Гиперстеническая форма неврастения проявляется повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью и высокой возбудимостью. Больные легко выходят из себя, кричат на сослуживцев или родственников, часто проявляют нетерпение, не могут держать себя в руках и способны даже оскорбить окружающих. Их раздражает посторонний шум, разговор, любой звук, большое скопление людей или их быстрое передвижение. Характерно понижение работоспособности. Начав работу, больной неврастением не способен длительно выдерживать психическое напряжение, необходимое для ее выполнения и легко отвлекается (часто встает из-за стола, уходит со своего рабочего места, реагирует на посторонние звуки и действия коллег). После такого отвлечения ему снова трудно начать работу. Это повторяется много раз в течение рабочего дня и в результате человек ничего не успевает сделать. Пациенты также жалуются на нарушения сна в виде проблем с засыпанием, частых ночных пробуждений, тревожных сновидений, связанных с дневными переживаниями. Как результат — тяжелое утреннее пробуждение без чувства отдыха, неясная голова, плохое настроение, постоянное чувство усталости и разбитости. Характерна давящая головная боль («каска неврастеника») или постоянное чувство тяжести в голове, ухудшение памяти, чувство дискомфорта в различных областях тела.

2.Раздражительная слабость — вторая фаза неврастении, наступает у лиц в случаях, если на первой стадии выздоровление не произошло, а действие патогенного фактора продолжается. Для больного по-прежнему характерна сильная раздражительность, но она быстро гаснет и сменяется психическим истощением. Пациенты легко возбуждаются и кричат, но такая первая реакция сменяется чувством бессилия и обиды и часто переходит в плач. Во второй фазе неврастении больной с огромным трудом приступает к выполнению любого дела или работы, он не в состоянии сосредоточиться. Нарастающая общая и нервная слабость заставляет его бросить начатое дело. Перерывы между такими попытками работать не улучшают ситуацию. Поэтому многократные попытки поработать могут довести больного неврастением до состояния полного изнеможения.

3.Гипостеническая форма развивается как третья фаза неврастении.

Она может возникнуть с самого начала заболевания у астеничных, тревожных и мнительных людей со слабым типом нервной системы. Для этой формы неврастении характерна постоянная вялость, физическая и психическая слабость, пассивность, снижение настроения, отсутствие интересов. Пациенты испытывают чувство грусти и какой-то неопределенной тревожности. Сниженное настроение сочетается с выраженной астенией и часто проявляется эмоциональной неустойчивостью и слезливостью. Из-за чувства постоянной усталости и общей слабости пациенты вообще не могут собраться для начала какой-либо физической или умственной работы.

Диагностика неврастении. Диагноз неврастении ставится неврологом на основании характерных жалоб пациента, истории развития заболевания и осмотра.

Лечение неврастении. Выявление этиологического фактора, под воздействием которого она возникла, и по возможности его устранению. Необходимо уменьшить психическую и физическую нагрузку, ввести строгий режим труда и отдыха. Важно соблюдение правильного распорядка дня, отход ко сну и пробуждение в одни и те же часы. Полезны пешие

прогулки перед сном, свежий воздух, витаминизированное питание, перемена обстановки. Проводят общеукрепляющее лечение. При нарушениях сна — снотворные средства. Рекомендуют кофе, крепкий чай, препараты с тонизирующим эффектом: женьшень, китайский лимонник, корень аралии маньчжурской, пантокрин. При неврастении могут применяться электросон, массаж, рефлексотерапия, ароматерапия и другие процедуры.

Истерический невроз. Истерический невроз — это обратимое психическое расстройство, в основе которого лежит резкое изменение поведения человека из-за стрессовой или неприятной ситуации.

В группе риска находятся люди, которым свойственны определенные черты характера: ранимость, повышенная чувствительность и эмоциональность,

Проявляется болезнь истерическим припадком, который сопровождается различными двигательными, неврологическими, эмоциональными и чувствительными нарушениями. Это может быть внезапный приступ сильного плача или безудержного смеха, судороги, сердечные боли, временная потеря зрения. Возможна потеря сознания или паралич ног, рук.

Истерики (истерический невроз) чаще подвержены женщины и дети, так как для них характерна большая эмоциональность, чем для мужчин.

Важное условие для возникновения припадков — наличие зрителей. Эта болезнь связана с большим желанием и стремлением привлечь к себе внимание. Причины истерического невроза всегда связаны с каким-то субъективно непереносимым травмирующим событием или тяжелой жизненной ситуацией, также оказывает повседневный психологический климат на работе, в семье. Люди, настроенные к жизни позитивно, редко страдают таким расстройством.

К провоцирующим факторам истерического невроза психиатрия относит:

1. Неудовлетворенность личной жизнью или работой.

2. Физическое переутомление.
3. Злоупотребление алкоголем.
4. Сильные телесные повреждения, включая инвалидность.
5. Затяжные конфликты.
6. Прием снотворных препаратов продолжительное время.

Заболевание развивается постепенно. Обратит внимание нужно на следующие симптомы, которые имеют внезапное начало и окончание.

- резкий переход от плача к смеху;
- неконтролируемое дрожание конечностей;
- мышечные спазмы;
- приступ смеха без причины;
- панические атаки;
- ложное заикание или растянутость речи;
- перепады настроения;
- приступы злости или раздражения.

Во время припадка человек находится в чрезвычайно возбужденном состоянии, поэтому не способен контролировать свои действия.

Он падает, рвет волосы или одежду, ломает мебель. Однако серьезных телесных повреждений сам себе никогда не наносит, так как цель припадка только привлечь внимание. Память сохранна, человек часто помнит все свои действия, но может ссылаться на провалы в памяти.

Человек может жаловаться на: скачки артериального давления, учащенное сердцебиение, головную боль, тошноту, ухудшение зрения или слуха, нехватку кислорода, боли в различных частях тела.

Нередко возникает паралич, который затрагивает двигательную активность ног или рук-псевдопарез. У истерического невроза симптомы могут временно исчезать, а потом появляться снова.

Невроз навязчивых состояний — психическое расстройство, в основе которого лежат навязчивые мысли, идеи и действия, возникающие помимо разума и воли человека. Навязчивые мысли зачастую имеют чуждое

больному содержанию, однако, несмотря на все усилия, он не может самостоятельно избавиться от них. В международной классификации невротических состояний представлено в виде тревожно-фобического и обсессивно-компульсивного невроза.

В настоящее время выделены 2 основные составляющие клиники невроза навязчивых состояний: обсессии (навязчивые мысли, сомнения, влечения, воспоминания) и компульсии (навязчивые действия). В связи с этим в практической неврологии и психиатрии заболевание также известно как обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР).

Невроз навязчивых состояний встречается не так часто, как истерический невроз или невротизация. Им страдают от 2 до 5% населения развитых стран. Заболевание не имеет гендерной предрасположенности: одинаково часто наблюдается у лиц обоих полов.

Симптомы и течение. Основу клинической картины навязчивых состояний составляют обсессии, которые не получается «выбросить из головы» или игнорировать. Степень выраженности симптомов может варьировать от слабой, практически не влияющей на качество жизни пациента и его трудоспособность, до значительной, приводящей к инвалидизации. Разновидностью навязчивых действий являются ритуалы. Ритуалы – это навязчивые движения и действия, которые всегда сопровождаются навязчивыми сомнениями, опасениями и страхами.

Невроз навязчивых состояний может протекать по одному из 3 вариантов:

- 1) с постоянным сохранением симптомов в течение месяцев и лет;
- 2) ремиттирующим течением, (включающем периоды обострения, часто провоцируемые переутомлением, болезнью, стрессом, недоброжелательной семейной или рабочей обстановкой);
- 3) с неуклонным прогрессированием, выражающемся в усложнении навязчивого синдрома, появлении и усугублении изменений характера и поведения

Тревожно - фобические расстройства — навязчивый иррациональный страх перед определенными предметами, видами деятельности или ситуациями и непреодолимое желание избегать встречи с ними.

Приступ фобии вызывает у человека резкое беспокойство, потливость и учащенное сердцебиение. Страдающие фобией люди отдают себе отчет, что этот острый страх чрезмерен и безоснователен, но продолжают испытывать беспокойство, облегчить которое можно, только не сталкиваясь с объектом фобии. Потребность избегать определенных ситуаций может существенно ограничить возможности человека пробовать в жизни что-нибудь новое. Обычно фобии развиваются в позднем детстве, юности или ранней молодости. Фактор риска зависит от разновидности фобии. Образ жизни значения не имеет.

Фобии принимают множество различных форм, но в целом их можно подразделить на два основных типа: простые и комплексные фобии.

Простые фобии характеризуются страхом перед каким-либо определенным предметом, ситуацией или видом деятельности. Примером простой фобии может служить *клаустрофобия*, или боязнь замкнутого пространства. Широко распространена также такая простая фобия, как *боязнь вида крови*, которой чаще страдают мужчины. Комплексные фобии — более сложная форма фобий, состоящая из множества различных страхов. К комплексным фобиям, включающим в себя многочисленные беспокойства, относится *агорафобия*, проявлением которой может оказаться боязнь остаться в одиночестве на открытом пространстве или страх попасть в безвыходную ситуацию в переполненном народом месте. Отказ от подобных вещей как средство борьбы с фобией может разрушить социальную и трудовую жизнь человека, и рано или поздно он превращается в затворника.

Симптомы тревожно-фобического расстройства: острое беспокойство, головокружение и чувство слабости, учащенный пульс (ощущение ненормально учащенного ритма сердечных сокращений), потливость, дрожь и тошнота, учащенное дыхание.

Диагностика невротических расстройств. Ведущую роль в диагностике неврозов играет выявление в анамнезе психотравмирующего триггера. Исключение церебральной патологии органического или сосудистого генеза проводится неврологом при помощи ЭЭГ, МРТ головного мозга, РЭГ, УЗДГ сосудов головы. При выраженных нарушениях сна возможна консультация сомнолога и проведение полисомнографии. Необходима дифференциальная диагностика невроза с подобными по клинике психиатрическими заболеваниями (шизофрения, психопатия, биполярное расстройство).

В сложных случаях в план обследования включается консультация психиатра. Для исключения патологии внутренних органов в зависимости от ведущей симптоматики невроза назначается: консультация кардиолога, гастроэнтеролога, уролога и др. специалистов; ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, УЗИ мочевого пузыря, КТ почек и др. исследования.

Лечение невроза. Лечение имеет 2 основные составляющие: психотерапевтическую (психокоррекция, тренинги, арт-терапия) и медикаментозную (антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, общеукрепляющие средства).

Многие простые фобии с успехом поддаются лечению с помощью различных видов терапии поведения, например, десенситизации. В процессе лечения пациент осторожно и постепенно, при постоянной поддержке психотерапевта, близко знакомится с предметом или ситуацией, вызывающей у него страх.

Основу терапии невроза составляет устранение воздействия психотравмирующего триггера. В связи с этим, ведущей в лечении является психотерапия.

В отношении неврозов применяется преимущественно комплексное лечение, сочетающее психотерапевтические методы и фармакотерапию. В легких случаях может быть достаточным только психотерапевтическое лечение. Терапию осуществляет психотерапевт или медицинский психолог.

Медикаментозное лечение невроза. При астении, депрессии, фобиях, тревожности, панических атаках ведущими являются антидепрессанты: В терапии тревожных расстройств и фобий дополнительно используют препараты анксиолитического действия. При неврозах с мягкими проявлениями показаны травяные успокаивающие сборы и короткие курсы мягких транквилизаторов (мебикар). При развернутых нарушениях предпочтение отдают транквилизаторам бензодиазепинового ряда (алпразоламу, клоназепаму). При истерических и ипохондрических проявлениях возможно назначение небольших доз нейролептиков. (тиаприда, сульпирида, тиоридазина).

В качестве поддерживающей и общеукрепляющей терапии невроза применяются поливитамины, адаптогены, глицин, рефлексотерапия и физиотерапия (электросон, дарсонвализация, массаж, водолечение).

Прогноз и профилактика.

Прогноз невроза зависит от его вида, этапа развития и длительности течения, своевременности и адекватности оказываемой психологической и медикаментозной помощи. В большинстве случаев вовремя начатая терапия приводит, если не к излечению, то к значительному улучшению состояния пациента. Длительное существование невроза опасно необратимыми изменениями личности и риском суицида.

Хорошей профилактикой неврозов является предупреждение возникновения психотравмирующих ситуаций, особенно в детском возрасте. Но лучшим способом может быть воспитание в себе правильного отношения к происходящим событиям и людям, выработка адекватной системы жизненных приоритетов, избавление от заблуждений. Укреплению психики также способствует достаточный сон, добротворчество и подвижный образ жизни, здоровое питание, закаливание.

Акцентуация и предрасположенность к невротическим расстройствам.

Акцентуация характера или **акцентуация личности** – чрезмерное усиление отдельных черт характера. Эта особенность личности определяет поведение и поступки, накладывает отпечаток на все сферы ее деятельности: отношение к себе, к окружающим, к миру. Акцентуация является крайним вариантом нормы и не считается психическим расстройством или заболеванием.

Акцентуации личности широко распространены особенно среди подростков. Среди молодежи явные или скрытые акцентуации обнаруживаются у 95% обследованных. С возрастом людям удается сглаживать нежелательные черты, и количество акцентуаций снижается до 50-60%. С одной стороны, акцентуированная черта делает человека более устойчивым и успешным в некоторых. С другой стороны, акцентуированная черта характера становится уязвимым местом человека, осложняет жизнь ему самому и окружающим. Ситуации, которые для других людей не являются значимыми, превращаются в испытание для психики. Например, люди с гипотимным типом акцентуации, испытывают сложности при необходимости познакомиться и наладить контакт.

Существует опасность, что в сложных ситуациях эти усиленные черты характера могут перерасти в психопатию, вызвать невроз, стать причиной алкоголизма, противоправного поведения.

Существует множество черт характера, и каждая из них может быть чрезмерно усиленной. Именно акцентуированные черты определяют тип личности и свойства характера, делают человека непохожим на других.

Нарушения пищевого поведения

Расстройство пищевого поведения (РПП) — это психическое заболевание, негативно влияющее на физическое и психическое здоровье человека, которое характеризуется ненормальным потреблением пищи. Симптомы разнообразны, включают отказ от еды, обжорство,

спровоцированную и непровольную рвоту, применение слабительных препаратов, отрицание субъективной значимости проблемы веса. Постановка диагноза базируется на результатах беседы с психиатром и данных психологического тестирования.

Причины:

-психологические особенности. Расстройства формируются на базе эмоциональной неустойчивости, чувства вины, заниженной самооценки, внушаемости, зависимости от мнения окружающих. В группе риска находятся подростки, переживающие возрастной кризис.

-микросоциальные условия жизни. Большую роль в формировании нарушений играют пищевые привычки семьи – отсутствие режима питания, пристрастие к сладким продуктам, а также методы воспитания – гиперопека, авторитаризм, использование еды как инструмента для наказания или поощрения. В подростковом и молодом возрасте значимыми становятся замечания родителей, сверстников, супругов относительно внешности.

- стресс. Психогенное повышение или снижение аппетита, механическое обжорство без чувства голода возникают как способы компенсации эмоционального напряжения.

- общественные ценности. Напрямую расстройства пищевого поведения формируют навязываемые «идеалы» красоты – стройность, худоба, хрупкость.

- наследственная предрасположенность. Генетически передаются особенности физиологических процессов, составляющих основу извращенного, сниженного или повышенного аппетита, развития полноты. К ним относится гормональный дисбаланс, нарушения передачи нейромедиаторов.

- психические заболевания. Психогенные синдромы часто выявляются при шизофрении, биполярном аффективном расстройстве, депрессии, психопатиях.

РПП включает в себя нижеследующие подтипы:

А) Нервная анорексия (НА) — сверхмалое потребление пищи, вследствие которого пациент имеет аномально низкую массу тела.

Б) Нервная булимия (НБ) — чрезмерное потребление пищи, после чего следует этап очищения желудка или приём слабительных.

Переедание — потребление большого количества пищи за короткий промежуток времени.

Поедание несъедобного неорганического происхождения. К этой группе относится поедание взрослыми мела, глины, листьев несъедобных растений. Нарушения приводят к серьезным соматическим заболеваниям.

Пикацизм — употребление в пищу несъедобных веществ (например, земля или мел).

Мерицизм (руминационный синдром) — пережёвывание произвольно отрыгиваемой пищи спустя некоторое время после еды.

Избегание/ограничение приёма пищи (ИПП) — психическое расстройство, при котором теряется интерес к приёму некоторых видов пищи.

При этом важно понимать, что ожирение не относится к РПП. У людей с расстройством пищевого поведения часто встречаются тревожные расстройства, депрессия и химические зависимости.

Лечение основано на индивидуальной и групповой психотерапии, применении медикаментов.

Вопросы (задания) для самоконтроля

