ДОНЕЦКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ

Кафедра Психологии и педагогики

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине: МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Студент-исполнитель:

Литвиненко О.О.

ПС – 2000, И/зо, А–1, IV курс

Экономико –юридический факультет

Преподаватель:

Носкова О.В.

г. Донецк, 2004 год

ПЛАН

1. Расстройства адаптации

2. Расстройство настроения

3. Примитивные реакции

Список использованной литературы

1. Расстройство адаптации

Поведение присуще только живым существам, а жизнь – это пластичное приспособление внутренних изменений к изменениям внешним, которые принято называть термином адаптация. Адаптация - в широком смысле слова означает приспособление организма к окружающей среде, а в более узком смысле – "общий адаптационный синдром" (Селье), под которым подразумеваются изменения организма, появляющиеся в ответ на раздражитель, стрессовое влияние.

Гаркави (1969) выделил следующие варианты реакций адаптации:

1. реакция на слабые воздействия – реакция тренировки.
2. реакция на воздействия средней силы – реакция активации, подразделённая на спокойную и повышенную.
3. реакция на сильные, чрезвычайные воздействия – "общий адаптационный синдром" Селье.

Различают три вида адаптации и дезадаптации, связанных между собой: физиологическую, психологическую и социально-психологическую.

Физиологическая адаптация – это свойство организма человека целесообразно перестраивать свои функции в соответствии с требованиями среды. Например, адаптация глаза при изменении освещения. Через час пребывания в темноте, световая чувствительность глаза может стать в 200000 раз больше первоначальной, а после засвета глаза несколько секунд человек ничего не видит. Эта и любая другая физиологическая дезадаптация проявляются более или менее резко выраженной психологической дезадаптации и отклоняющемся поведении.

Психологическая адаптация. Психологическую адаптацию отчетливо можно увидеть в случае проявления психологической дезадаптации. Примером этого могут быть явления напряженности, или стресса, - состояния, проявляющиеся как отклоняющееся поведение и как синдром физиологических (вегетативных и двигательных) и психологических отклонений, вызванных новизной или сложностью условий деятельности.

Социально-психологическая адаптация – это адаптация личности к общению с новым коллективом. Лёгкость и эффективность, полнота этого вида адаптации, зависят от особенностей коллектива. Однако, как показали исследования Г.С.Васильева, в не меньшей, а иногда и в большей степени они зависят от коммуникативных способностей личности как совокупности свойств личности, обеспечивающей эффективность её общения с другими личностями и психологическую совместимость в совместной деятельности.

Состояния психической дезадаптации (СПД) – это комплекс клинических и субклинических феноменов, отражающих дисбаланс интрапсихического и психосоциального функционирования личности. Суть – утрата, извращение, количественная неадекватность психических форм реагирования на различные стимулы. Выделяют:

Патологические СПД:

* психотические,
* невротические (неврозоподобные),
* характеропатические,
* психосоматические.

1. Непатологические СПД – субклинические психогенно-невротические состояния, в основе которых лежат несовершенные формы защиты.

Диагностические критерии непатологических СПД (ИСПД): субклинический уровень проявлений; отсутствие субъективного чувства болезни; отсутствие существенных трудностей на уровне межличностных отношений.

Варианты НСПД: астено-вегетативный, астено-депрессивный, дистимический.

Исследования адаптации к экстремальным условиям заострило внимание к явлению реадаптации, как вторичной адаптации к исходному состоянию. Например, у космонавтов есть индивидуально-различный период адаптации к несовместимости и столь же, а иногда и более различный период реадаптации после возвращения на Землю. Ещё более сложна реадаптация водолаза после подъёма с глубины, требующая постепенности, нарушение которой трагично. Это примеры физиологической реадаптации к экстремальным условиям.

Однако реадаптация может быть и психологичекая, и социально-психологическая, притом сугобо индивидуальная. Примером первой являются различные темпы включения в привычную деятельность (утром, после сна, после отпуска). Примером второй, иногда называемой ресоциализацией, является включение в трудовой коллектив больного после его реабилитации или вышедшего на свободу по исполнении срока заключения.

Следует отметить, что трудность, замедленность и неполнота адаптации личности (а иногда и организма) к изменённым, и тем более к экстремальным, условиям проявляются у человека в форме дезадаптированного отклоняющегося поведения. А стойкая адаптация к длительным экстремальным или даже только к резко отличным от обычных условиям жизни и деятельности требует при возвращении к ним соответствующей реадаптации.

В условиях дезадаптированного поведения отчетливо проявляются психосоматические взаимодействия, скрытые в норме.

2. Расстройство настроения

Настроение – это длительное, относительно уравновешенное и устойчивое эмоциональное состояние, не достигающее значительной интенсивности и не имеющее существенных колебаний в течение достаточно длительного периода, окрашивающее отдельные психические процессы и поведение человека.

Настроение определяет общий соматический тонус и общее состояние внешней среды.

Продолжительность положительного или отрицательного настроения – от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Настроение обеспечивает соответствующий уровень жизнедеятельности. Если бы не было в эмоциональной деятельности уравновешивающего регулятора, обеспечивающего относительно стабильное настроение, то человек непрерывно находился бы во власти постоянно возникающих эмоций и чувств и был бы неспособен к продуктивной деятельности. Подобные явления наблюдаются в клинике при болезненных расстройствах.

Расстройства настроения относят к нарушениям эмоциональной сферы.

Депрессия - аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.

Субъективно человек в состоянии депрессии испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания, такие как, подавленность, тоска, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность снижены. На фоне депрессии возникают мысли о смерти, проявляется самоуничижение, суицидальные стремления. Помимо угнетённо-подавленного настроения, характерны идеаторная – мыслительная, ассоциативная – и двигательная заторможенность. Депрессивные больные малоподвижны. Большей частью сидят в уединенном месте, опустив голову. Различные разговоры для них тягостны. Самооценка снижена. Изменено восприятие времени, которое течет мучительно долго.

Различают функциональные состояния депрессии, возможные у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования, и патологические, являющиеся одним из психиатрических синдромов. Менее выраженное состояние называется субдепрессия.

Субдепрессия – снижение настроение, не достигающее степени депрессии, наблюдается при ряде соматических заболеваний и неврозах.

Дисфория – пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. Встречается при эпилепсии. Дисфория наиболее характерна при органических заболеваниях головного мозга, при некоторых формах психопатий – эксплозивной, эпилептоидной.

Эйфория – повышенное радостное, весёлое настроение, состояние благодушия и беспечности, не соответствующее объективным обстоятельствам, при котором наблюдается мимическое и общее двигательное оживление, психомоторное возбуждение. Всё окружающее воспринимается в светлых радужных тонах, все люди представляются очаровательными и добрыми. Другой симптом – это идеаторное возбуждение: мысли текут легко и быстро, одна ассоциация оживляет сразу несколько, память выдаёт богатую информацию, однако внимание неустойчивое, крайне отвлекаемое, в результате чего способность к продуктивной деятельности очень ограниченна. Третий симптом – это двигательное возбуждение. Больные в постоянном движении, за всё берутся, но ничего не доводят до конца, мешают окружающим своими услугами и помощью.

Неустойчивость эмоций проявляется как эмоциональная лабильность. Эмоциональная лабильность характеризуется лёгкой сменой настроения от несколько грустного к повышенному без какого-нибудь значительного повода. Она часто наблюдается при заболеваниях сердца и сосудов мозга или на фоне астении после перенесенных соматических заболеваний и пр.

Эмоциональная амбивалентность характеризуется одновременным существованием противоположных эмоций. При этом наблюдается пародоксальное изменение настроения, например несчастье вызывает радостное настроение, а радостное событие – грусть. Наблюдается при неврозах, акцентуациях характера и некоторых соматических заболеваниях.

Наблюдается также амбивалентность чувств – несогласованность, противоречивость нескольких одновременно испытываемых эмоциональных отношений к некоторому объекту. Амбивалентность чувств в типичном случае обусловлена тем, что отдельные особенности сложного объекта по-разному влияют на потребности и ценности человека, особый случай амбивалентности чувств представляет собой противоречие между устойчивыми чувствами к предмету и развивающимися из них ситуативными эмоциями.

Кроме того, может наблюдаться неадекватность эмоций, которая может иногда выражена при шизофрении, когда эмоция не соответствует вызвавшему её раздражителю.

Апатия - болезненное безразличие к событиям внешнего мира, своему состоянию; полная потеря интереса к какой-либо деятельности, даже к своему внешнему виду. Человек становится неряшливым и неопрятным. К своим родным и близким люди при апатии относятся холодно, безучастно. При относительно сохранной мыслительной деятельности они теряют способность чувствовать.

Формирование эмоций человека – важнейшее условие развития его как личности. Только став предметом устойчивых эмоциональных отношений, идеалы, обязанности, нормы поведения превращаются в реальные мотивы деятельности. Чрезвычайное разнообразие эмоций человека объясняется сложностью отношений между предметами возникновения и деятельностью, направленной на их достижение.

3. Примитивные реакции

Примитивными реакциями называются такие реакции, при которых раздражение от переживаний не проходит целиком через интерполяцию развитой целостной личности, но тут же непосредственно реактивно обнаруживается в мгновенных импульсивных действиях или глубоких душевных механизмах (например, гипобулического или гипоноического вида). И то и другое – как импульсивные действия, так и реакции гипобуличиски-гипоноического пласта – чаще всего встречаются у примитивных людей, детей и животных. Поэтому их все объединяют под названием примитивной реакции. У взрослого культурного человека создаются примитивные реакции двух видов. Если чрезмерно сильное раздражение от переживания поражает и парализует высшую личность, более глубокие филогенетические пласты психики испытывают изолированное раздражение и, занимая место более высоких механизмов, выступают на поверхность. Такое заместительное вмешательство глубоких механизмов наблюдается в реакциях паники и ужаса. Картина истерических симптомов иногда также может быть вызвана чрезмерно сильными толчками переживания у взрослых культурных людей. Также задержки душевного развития наблюдаются у инфантильных личностей, слабоумных, слабонервных и слабовольных психопатов, пострадавших от травмы черепа, алкоголя или скрытой шизофрении. В этих случаях не обязательно, чтобы раздражение от переживания было особенно сильным, и под влиянием обычных жизненных раздражений у подобных индивидов часто создаются примитивные реакции, так что склонность к взрывам аффектов, внезапным действиям и истерическим раздражениям может стать для них прямо-таки характерологическим стигматом. Причем за общими клиническими терминами кроются самые разные биологические способы возникновения подобных личностей – наследственный, внутриматочный и поздно приобретённый, травматический, инфекционный и токсический.

Эксплозивные реакции. Об эксплозивных реакциях говорят в тех случаях, когда сильные аффекты раздражаются элементарно без задержки размышления. Психологическое напряжение делается слишком сильным и, подобно грозе, разряжается в остром кризисе, будет ли это на пользу или во вред. Некоторые люди подвергаются таким эксплозивным диатезам только под влиянием алкоголя, когда они, впав в состояние так называемого патологического опьянения, внезапно совершают самые тяжелые насильственные поступки: оскорбления, избиения, убийства, разрушения – действия о которых в последствии не помнят, которые даже им самим могут быть совершенно не понятны, особенно когда они прямо противоположны их личности в остальном. Эти аффективные сумеречные состояния, наступающие при воздействии алкоголя или без него, представляют собой исключительные состояния с омрачением сознания и частичным выпадением из области воспоминаний, что роднит их с гипобулически-гипоноической группой. Вообще для многих глубоких душевных механизмов характерно то, что они легко выступают тогда, когда сознание выключается или ослабевает (сон, гипноз, сумеречное состояние).

В теснейшем биологическом родстве с этими эксплозивными кризисами аффектов состоят некоторые формы моторных судорожных припадков – частью аффективно-эпилептического, частью истерического характера. И те, и другие являются вентильными механизмами, быстро и основательно реагирующими на чрезмерное интрапсихическое давление. В отдельных случаях обе моторные формы раздражения переходят одна в другую: шум и буйство постепенно принимают характер судорог, и, наоборот, судорожные движения также часто принимают форму движений, служащих для выражения аффектов. Такие судороги можно рассматривать как тот же самый процесс, но только в более глубоком пласту.

Часто вместо сцены судорог и брани в качестве моторного раздражения происходит слепое бегство. Субъект, с которым это случилось, сначала ещё знает, что он сильно рассердился, затем частично забывает об этом и, наконец, с удивлением видит себя в совершенно неожиданной для себя местности.

При таких эксплозивных реакциях нельзя удовлетвориться установлением одного непосредственно давшего толчок переживания. Часто они являются разряжениями давно заложенных комплексов и интрапсихических констелляций. Чрезмерное душевное давление уже давно налицо, и недавнее переживание явилось только последней каплей, переполнившей чашу.

Такие же взрывы, как гнев и досада, вызывает и страх. В таком состоянии нарастающие в виде кризиса страх или отчаяние могут вызвать не только самоубийство, но и тяжелые насильственные действия, прежде всего убийство собственной семьи.

Внезапные действия. Внезапными действиями называются такие реакции, когда аффективные импульсы, обходя целостную личность, непосредственно переходят в действие. Следовательно, и здесь обнаруживается недостаточная интерполяция, но внезапность проявляется при этом не в форме элементарного моторного разряжения, а в форме более сложных действий.

Внезапные действия могут выступать в форме изолированного исключительного состояния, со склонностью к затемнению сознания, или же могут происходить как нормальное действие, продуманное, ловко и осторожно выполненное при полном сознании. Действие вместе с аффективным побуждением, которым оно вызвано, образует упорядоченное и осмысленное целое. Но оно отколото от остальной личности и является её частью, получившей самовладеющее значение.

Гипобулические и гипоноические реакции. Гипоноические реакции, подобные сновидениям, наблюдаются главным образом в истерическом сумеречном состоянии так же, как гипобулические. Особенно ярко они проявляются при истерических припадках и как психологический фон различных картин истерии.

Притворство и вытеснение. Притворяться в каком-нибудь телесном и душевном состоянии, т.е. прикидываться обиженным, больным, ребячливым, бешенным или мёртвым, избегать неприятных ситуаций и таким образом достигать желаемого – это, в общем, преимущество животных, детей и душевно незрелых людей. Многим из этих притворств и обманов свойственно, поэтому нечто инстинктивное и полуинстинктивное, другие же производятся с полным осознанием цели – чаще всего людьми душевно слабо развитыми, инфантильными, слабонервными, имбициликами и морально дефективными. Вытеснение рассматривают как душевный механизм, родственный феноменам притворства. Вытеснение – это притворство перед самим собой. Под вытеснением понимают выталкивание неприятных или амбивалентных составных частей наличного состояния сознания в его сферу, закрывание глаз на собственные душевные процессы. Из вытесненных переживаний преимущественно образуются сферические комплексы, побочные энергетические центры, которые могут питать как гипобулические и гипоноические компоненты, так и тенденциозные компоненты притворства, входящие в них, так что вытеснение и притворство всё время действуют рука об руку.

Таким образом, примитивные реакции уклоняются от полной интерполяции личности на более элементарные побочные пути. Они возникают в тех случаях, когда личность ещё не сформировалась, не вполне развита или когда они не встречают со стороны личности полного согласия. Они могут даже противоречить ей и в виде изолированных образований выпадать из её обычного поведения. Поэтому примитивные реакции до известной степени не специфичны. Они могут быть приобретены любой личностью при соответствующей степени переживания, хотя чаще всего они предпочитают определённый тип личности – примитивный.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Карвассарский Б.Д. Медицинская психология. – Л., 1982. – 27с.

Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. М.: ACADEMIA, 2000. – 486 с.

Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. РОУ, 1992. – 213 с.

Середина Н.В., Шкуратов Д.А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология/Серия "Учебники, учебные пособия". – Ростов н/Д: "Феникс",2003. – 512с.

Эрнст Кречмер Медицинская психология /Отв. ред. В.А.Луков Санкт-Пит.: Изд-во "Союз", 1998. - 462 с.

Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. – 505с.