1. Понятие нормы психического здоровья. Относительность границ психической нормы и патологии

можно сказать, что норма – это больше чем отсутствие болезненных симптомов. Норма характеризуется балансом между реальностью и приспособлением к ней, установкой на самоутверждение и саморазвитие в единстве с чувством ответственности, достаточным потенциалом психической энергии, активностью. Норма – это умение преодолевать жизненные трудности и принимать вызов обстоятельств.

К норме относится:

* + Интеллект. Хорошие умственные способности, продуктивное мышление, стремление находить оптимальный выход, полагаясь на реальные факты. Знание своих сильных сторон, умение добиваться цели в разумные сроки. Совершенствование навыков, наличие воображения.
  + Моральный облик: чуткий человек, без черствости, «бездушия», нравственной тупости. Справедливый, объективный. Полагается на собственное суждение. Мнение окружающих для него не закон, хотя и существенно. Твердая воля, но не упрямство. Признает ошибки, но без самобичевания.
  + Социально привлекательное адаптивное поведение, контакты с людьми разных возрастов и социальных слоев. Чувство ответственности и непринужденные отношения с вышестоящими и нижестоящими личностями, гибкое чувство социальной дистанции. Спонтанность эмоционально-поведенческих реакций. Личностный оптимизм, характер добродушный, самостоятельный. Реалист, не боится риска.
  + Эмоциональность, без лишней доверчивости и подозрительности. Свежесть чувств.
  + Сексуальность: учет пожеланий и мнений партнера, уважение к нему.

Полным набором абсолютно нормальных психологических показателей обладает лишь 25-30 процентов людей. Но на различных этапах жизни даже полностью психически здоровые люди могут не всегда нормально реагировать на те или иные ситуации, в частности, на собственные соматические заболевания. 55-60 процентов людей балансируют между полноценным психическим здоровьем и теми или иными преходящими или незначительными нарушениями. И только 3-5 процентов могут считаться психически нездоровыми, требующими психиатрического лечения (этот показатель значительно колеблется в различных странах). В целом хорошее психическое здоровье определяется при эффективном выполнении лидерской роли, при сильной мотивации к достижению цели, с хорошей продуктивностью в работе и выраженной способностью к обучению и тренировке, полностью принять на себя ответственность.

Психическое здоровье – это способность, адекватная ситуации, проявлять инициативу, высокая устойчивость к стрессам и тонкое, тактичное понимание социальных ролей различных людей, корректное взаимодействие со всеми, лояльные контакты с различными социальными группами. Показателями нормы считаются успешная работа и высокий профессионализм человека, чувство такта, приятного легкого ненавязчивого юмора, которое так высоко ценится в обществе.

Проверить соответствие психической норме и выявить отклонения от нее, определить характер человека можно при помощи тестов, если эти тесты научно обоснованы и многократно проверены на практике, в клинической диагностике. Но тесты, особенно те, что доступны неспециалисту, понятно, всего и со всей точностью не раскроют в психическом мире, психическом состоянии человека. При заболевании – это задача врачей. И все же, они во многом помогут при возникшем беспокойстве, при первом подходе к делу.

В наиболее общем виде суть патологии состоит в следующем:

* + психическая патология формируется и распознаётся при взаимодействии субъекта со средой обитания;
  + субъект, как носитель психики и сознания, обладает определённым диапазоном возможностей восприятия внешних воздействий и способностей выбора (изменения) среды обитания;
  + среда обитания содержит ограниченный спектр воздействий на субъекта, которые могут быть им восприняты;
  + субъект может модифицировать своё поведение в соответствии с изменением своего внутреннего состояния и среды обитания;
  + превышение возможностей или способностей субъекта, как в силу их исчерпания, так и вследствие расширения диапазона внешних воздействий, формирует специфические психические проявления и поведение, ограничивающие социальное функционирование субъекта.

2. Основные формы отношения к болезни и их коррекция

В психиатрии процесс формирования у больного отношения к болезни и всему, что с ней связано, анализируется не очень широко. В "большой" психиатрии изучаются преимущественно тяжелые формы психозов, при которых грубо измененное сознание является не столько выражением "внутренней картины болезни", сколько самой психической болезни как таковой.

Два аспекта этой проблемы традиционно привлекали внимание врачей:

1. Изучение и клиническое описание таких форм психических нарушений, основу которых составляет чувство измененности своего психического и физического "Я", его отчуждение. Т.е. в центре внимания оказывались явления деперсонализации, дереализации, психической анестезии, синдром психического автоматизма.
2. Клиническое рассмотрение особенностей критического отношения к изменениям в собственной личности, или проще, критики болезни. Сложилась практика оценки критики болезни как полной, частичной или отсутствующей.

Многие выделяют, по крайней мере, три фактора, влияющих на формирование отношения к болезни: 1) совокупность врожденных и приобретенных особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы.

Рассмотрение отношения к болезни с позиций психологии отношений по самой своей сути включает анализ всех трех названных выше факторов. Отношение к болезни, как всякое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), т.е. отражает индивидуальный, или личностный уровень. Как всякое отношение, оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и не может рассматриваться вне объекта отношений, иными словами, определяется природой самого заболевания. И, наконец, как всякое отношение, отношение к болезни опосредовано существующими в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом представлениями о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни. Отношение к болезни выделяется как элемент психологического анализа целостной системы отношений и поэтому не может рассматриваться изолированно. Кроме того, отношение больного к своему заболеванию является значимым и, следовательно, оказывает влияние и на другие отношения личности. Таким образом, для всестороннего изучения отношения к болезни необходимо рассматривать его в более широком контексте, учитывая также отношения к тем сферам функционирования личности, на которые может влиять как сам факт заболевания, так и отношение к нему индивида.

Отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо. Однако психологический анализ показывает, что отношение конкретного человека, оставаясь уникальным, может быть описано через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам отношений, то есть через выявление сходства с уникальными по своей природе отношениями других людей. Это положение справедливо и для описания отношения к болезни. Типологический подход к описанию психологических отношений позволяет использовать методы научного обобщения для лаконичной передачи самых существенных сведений об отношении конкретного больного к своей болезни. Это в свою очередь дает возможность практикующему клиническому психологу и лечащему врачу использовать эти сведения для построения психотерапии. Диагностика таких типов может осуществляться тем же путем, который обычно используется в психиатрии и клинике пограничных состояний, т.е. путем расспроса больного, наблюдения за его поведением, собирания сведений от родных и близких и т.п.

Однако, этот путь сложен, особенно при отсутствии клинического психолога, а также при необходимости обследовать большое число больных. В связи с этим возникает потребность в разработке специального медико-психологического диагностического инструмента. Важно, чтобы такой инструмент мог быть использован не только клиническими психологами, но и психотерапевтами, а также врачами-интернистами, не имеющими, как правило, психоневрологической или психотерапевтической подготовки, но стремящимися получить дополнительную информацию о больном с целью повышения эффективности лечения и реабилитации.

Применяемые в соматической клинике экспериментально-психологические методы специально не ориентированы на изучение отношения к болезни. Они, разумеется, в общем плане дают информацию о психологических механизмах формирования, поведенческих проявлениях и эмоциональных аспектах личностных реакций больных, но не решают специальную задачу диагностики типов отношения к болезни и определения особенностей дезадаптации в связи с заболеванием.

3. Натуральный и социальный ряды развития человека и их соотношение с физиологической, социальной и психической адаптацией

Становление человека как индивида и личности предполагает диалектическое взаимодействие натурального и социального рядов развития. Натуральный ряд представляют процессы физического созревания, социальный — процессы социализации.

Процессы натурального ряда протекают крайне неравномерно и неодновременно, и эта гетерохронность обнаруживается на межиндивидуальном уровне в том, что, к примеру, мальчик 14-15 лет может быть постпубертатным юношей, другой — пуберататным подростком, а третий — допубертатным ребенком; и на внутрииндивидуальном уровне — в том, что разные биологические системы созревают неодновременно.

Телесные процессы, по данным американского психолога Д. Клозена, могут влиять на поведение юноши по трем линиям. Прежде всего относительная зрелость, рост и телосложение непосредственно влияют на соответствующие физические способности: имея преимущества в росте, весе и силе, мальчик-акселерат в течение ряда лет может без особого труда превосходить сверстников-ретардантов в спорте и других физических занятиях. Далее, зрелость и внешность имеют определенную социальную ценность, вызывая у окружающих людей соответствующие чувства и ожидания. Однако индивидуальные способности не всегда соответствуют ожиданиям, основанным на внешности; например, очень высокий мальчик с плохой координацией вряд ли вызовет восхищение у баскетбольного тренера, его ожидания не оправдаются. Отсюда третье измерение — образ «Я», в котором преломляются собственные способности, их восприятие и оценка окружающими.

Процессы социального ряда описывают движение от общества к личности, социализацию индивида, этапы его приобщения к культуре, овладения общественно необходимыми нормами, знаниями, ценностями и включение в общественно-производственную деятельность. Современный этап исторического развития отодвигает эту возможность достаточно далеко: если в 1906 г. к 16 годам почти треть представителей юношеского возраста уже работали, а к 20 годам трудились практически все, то сейчас молодые люди к 22-25 годам только заканчивают образование. Это связано как с усложнением самого характера современного труда, так и с расширением сферы индивидуального самоопределения. Большая свобода выбора и меньшая социальная скованность способствуют формированию более гибкого социального характера и обеспечивают большое разнообразие индивидуальных вариантов развития.

Но обратной стороной этого процесса является психологическое усложнение процесса самоопределения. Продление периода «примеривания» социальных ролей означает удлинение первичной социализации. Чем выше уровень образования, тем позднее личность обретает чувство социальной взрослости. Бьянка Заззо, изучавшая группу взрослых французов, считавших началом юности 14 лет, обнаружила, что рабочие и низшие служащие полагают, что юность заканчивается в 18,5 лет, инженерно-технические работники относят ее конец к 19,7 года, а предприниматели и лица свободных профессий — к 20,5 года. Существенно варьируют и критерии социальной зрелости.

Пытаясь задать единый критерий зрелости, многие исследователи соотносят его с началом трудовой деятельности, экономической самостоятельностью, приобретением стабильной профессии и т.д. Но эти процессы весьма вариативны. Так, раньше других начинает трудиться сельская молодежь, потом — рабочая, затем — учащаяся молодежь, студенты; кроме того, многие из них, даже начав трудиться, не обретают финансовой и материальной самостоятельности; многие из них, обретя трудовую и финансовую самостоятельность, не имеют сформированной социальной ответственности; многие из юношей учатся и работают одновременно и т.д.

Получается, социальная зрелость предполагает несколько критериев: завершение образования, приобретение стабильной профессии, начало самостоятельной трудовой деятельности, материальную независимость от родителей, политическое и гражданское совершеннолетие, служба в армии (для мужчин), вступление в брак, рождение первого ребенка и т.д. И здесь также наблюдается гетерохронность: юноша может иметь образование и профессию, быть достаточно зрелым в профессиональном плане и при этом оставаться на подростковом уровне в межличностных отношениях, в сфере культурных запросов и т.д.

4. Этапы психокоррекционной работы

Психологи́ческая корре́кция (Психокорре́кция) — один из видов психологической помощи (среди других — психологическое консультирование, психологический тренинг, психотерапия); деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

Психокоррекционные воздействия могут быть следующих видов: убеждение, внушение, подражание, подкрепление. Различают индивидуальную и групповую психокоррекцию. В индивидуальной психолог работает с клиентом один на один при отсутствии посторонних лиц. В групповой — работа происходит сразу с группой клиентов со схожими проблемами, эффект достигается за счёт взаимодействия и взаимовлияния людей друг на друга.

Этапы психокоррекционной работы.

Этап планирования, организационный этап, этап реализации коррекционной программы, завершающий и обобщающий этап.

Собственно коррекционную работу предваряет диагностическая. На этапе планирования производится разработка психокоррекционной программы, определяется форма работы, осуществляется подбор методик и техник.

Организационный этап. На этом этапе производится подбор в группу и информирование клиента о предстоящей работе.

Этап реализации коррекционной программы. Этапы реализации групповой работы зависят от методов, применяемых психологом.

Завершающий и обобщающий этап. На этом этапе происходит оценка эффективности проведенной работы, составляются психолого-педагогические рекомендации, обсуждение итогов проведенной работы.

5. Структура личности как основа психологического и психопатологического анализа

Личность - общественный индивид, объект и субъект социальных отношений и исторического процесса, проявляющий себя в общении, в деятельности, в поведении.

Синтез сложных структур:

- темперамента (структуры природных свойств),

- направленности (система потребностей, интересов, идеалов),

- способностей (система интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств).

Все эти структуры возникают из взаимосвязи психических свойств личности, характеризующих устойчивый, постоянный уровень активности, обеспечивающий наилучшее приспособление индивида к воздействующим раздражителям вследствие наибольшей адекватности их отражения. В процессе деятельности свойства определенным образом связываются друг с другом в соответствии с требованиями деятельности.

Выделяют динамическую функциональную психологическую структуру личности, состоящую из четырёх подструктур:

- социально обусловленные особенности, формирующиеся путем воспитания (направленности, моральные качества);

- биологически обусловленные особенности (темперамент, половые и возрастные особенности, патологические органические изменения, задатки, инстинкты, простейшие потребности);

- личный опыт, приобретенный в т.ч. и путем обучения (объем и качество имеющихся знаний, умений, навыков и привычек);

- индивидуальные особенности различных психических процессов, или психических функций, как форм отражения (которые наиболее сильно зависят от биологически обусловленных особенностей).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ

ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПСИХИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПСИХИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

познавательные

эмоциональные

волевые направленность

темперамент

характер

способности знания

навыки

умения положительные

отрицательные

привычки

6. Классификация форм психологической защиты

В настоящее время психологической защитой считаются любые реакции, которым человек научился и прибегает к их использованию неосознанно, для того чтобы защитить свои внутренние психические структуры, свое ''Я'' от чувств тревоги, стыда, вины, гнева, а также от конфликта, фрустрации и других ситуаций, переживаемых как опасные (например, для кого-то это может быть ситуация принятия решения).

Отрицание — это стремление избежать новой информации, несовместимой со сложившимися представлениями о себе.

Защита проявляется в игнорировании потенциально тревожной информации, уклонении от нее При отрицании человек становится особенно невнимательным к тем сферам жизни и граням событий, которые чреваты для него неприятностями. Стимул для запуска отрицания может быть не только внешним, но и внутренним, когда человек старается о чем-то не думать, отогнать мысли о неприятном. Нередко, сделав что-то не вовремя или не так, как надо, а ничего исправить уже нельзя, «защита» заставляет человека игнорировать опасную ситуацию, вести себя так, как будто ничего особенного не происходит.

Подавление — защита, проявляющаяся в забывании, блокировании неприятной, нежелательной информации либо при ее переводе из восприятия в память, либо при выводе из памяти в сознание. Поскольку в этом случае информация уже является содержанием психики, так как была воспринята и пережита, она как бы снабжается специальными метками, которые позволяют затем удерживать ее. Особенность подавления состоит в том, что содержание переживаемой информации забывается, а ее эмоциональные, двигательные, вегетативные и психосоматические проявления могут сохраняться, проявляясь в навязчивых движениях и состояниях, ошибках, описках, оговорках.

Вытеснение, в отличие от подавления, связано не с выключением из сознания информации о случившемся в целом, а только с забыванием истинного, но неприемлемого для человека мотива поступка. (Мотив — это побуждение к конкретной деятельности). Таким образом, забывается не само событие (действие, переживание, ситуация), а только его причина, первооснова. Забыв истинный мотив, человек заменяет его ложным, скрывая настоящий и от себя, и от окружающих. Вытеснение — это универсальное средство избежать внутреннего конфликта путем устранения из сознания социально нежелательных стремлений и влечений. Однако вытесненные и подавленные влечения дают о себе знать в невротических и психосоматических симптомах (например в фобиях и страхах).

Рационализация — это механизм защиты, связанный с осознанием и использованием в мышлении только той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам.

Реактивные образования — это замена нежелательных тенденций на прямо противоположные.

Замещение — это механизм психологической защиты от неприятной ситуации, в основе которого лежит перенос реакции с недоступного объекта на доступный или замена неприемлемого действия приемлемым. За счет такого переноса происходит разрядка напряжения, созданного неудовлетворенной потребностью. Ирония — выразительный прием, противоположный выражаемой идее. Говорю противоположное тому, что подразумеваю.

Сновидение — это бессознательные действия «Я» в состоянии сна, которые могут сопровождаться эмоциональными переживаниями. Сновидение можно рассматривать как особый вид замещения, посредством которого происходит перенос недоступного действия в иной план — из реального мира в мир сновидений.

Сублимация — это один из высших и наиболее эффективных защитных механизмов человека. Она реализует замещение недостижимых целей в соответствии с высшими социальными ценностями. Сублимация — это переключение импульсов, социально нежелательных в данной ситуации (агрессивности, сексуальной энергии), на другие, социально желательные для индивида и общества формы активности.

Идентификация — разновидность проекции, связанная с неосознаваемым отождествлением себя с другим человеком, переносом на себя чувств и качеств желаемых, но недоступных. Идентификация — это возвышение себя до другого путем расширения границ собственного «Я». Идентификация связана с процессом, в котором человек, как бы включив другого в свое «Я», заимствует его мысли, чувства и действия. Это позволяет ему преодолеть чувство собственной неполноценности и тревоги, изменить свое «Я» таким образом, чтобы оно было лучше приспособлено к социальному окружению, и в этом — защитная функция механизма идентификации.

Фантазия (мечта) является очень распространенной реакцией на разочарования и неудачи. Например, недостаточно физически развитый человек может получать удовольствие, мечтая об участии в чемпионате мира, а спортсмен-неудачник — воображая, как с его соперником случаются всяческие неприятности, чем облегчает свои переживания. Фантазии выполняют функции компенсации. Они содействуют поддержанию слабых надежд, смягчают чувство неполноценности, уменьшают травмирующее влияние обид и оскорблений.

Перенос — это защитный механизм, который обеспечивает удовлетворение желания на замещающих объектах. Самым простым и довольно часто встречающимся видом переноса является вымещение — подмена объектов изливания накопившейся негативной энергии «танатоса» в виде агрессии, обиды.

Проекция — механизм психологической защиты, связанный с бессознательным переносом собственных неприемлемых чувств, желаний и стремлений на другое лицо. В его основе лежит неосознаваемое отвержение своих переживаний, сомнений, установок и приписывание их другим людям с целью перекладывания ответственности за то, что происходит внутри «Я», на окружающий мир.

Интроекция — это тенденция присваивать убеждения, установки других людей без критики, без попыток их изменить и сделать своими собственными. Человек наделяет себя чертами, свойствами других людей. Например, он берет на себя функции надоедливого наставника, поскольку проявление такой черты у других людей его раздражает или травмирует. С целью снять внутренний конфликт и избежать психологического дискомфорта человек присваивает убеждения, ценности и установки других людей.

Деперсонализация (от лат. de — отрицание, person — лицо) — это восприятие других людей как обезличенных, лишенных индивидуальности представителей некоторой группы. Если субъект не позволяет себе думать о других как о людях, которые имеют чувства и индивидуальность, он защищает себя от их восприятия на эмоциональном уровне.

7. Социальная адаптация как процесс и ее периодизация

##### Социальная адаптация - процесс активного приспособления человека к изменившейся среде с помощью различных социальных средств. Различают активную и пассивную социальные адаптации. Показателем успешной социальной адаптации является высокий социальный статус индивида в данной среде, а также его удовлетворенность этой средой в целом. Показателем неуспешной социальной адаптации является перемещение индивида в иную социальную среду либо отклоняющееся поведение.

##### Активная социальная адаптация - социальная адаптация, выражающаяся в стремлении индивида изменить социальную среду.

##### Пассивная социальная адаптация - социальная адаптация, выражающаяся в принятии индивидом норм и ценностей новой социальной среды.

При анализе теорий периодизации в исторической перспективе выделяются несколько характерных особенностей.

Во-первых, на протяжении XX века представления ученых о периодизации заметно изменялись. Сначала, в первой трети минувшего столетия, объектом внимания был исключительно детский возраст, а все последующее воспринималось как монотонная однообразность. Во второй трети XX века объектом исследования уже становится жизненный путь человека в целом. В середине столетия внимание ученых сосредотачивается на центральной части этого пути — профессиональной карьере, а затем — и на последних периодах жизни.

Во-вторых, имела место тенденция все более дифференцированного восприятия учеными возрастных этапов развития.

В-третьих, произошел переход от объяснения периодизации какой-либо одной ключевым детерминантом к признанию их полифонии.

Наконец, в-четвертых, наблюдался постепенный отход от понимания периодизации как жестко и однозначно обусловленной, протекающей в четко определенных возрастных границах, к признанию прямой и косвенной детерминации рядом факторов, в том числе — социальных (служебный статус, авторитет в семье и многое другое), к признанию поэтапности восхождения человека к вершинам своего развития и совершенствования.

Из такой гипотезы следует, что: 1) в жизни разных людей в разные исторические эпохи отдельные фазы развития могут быть более или менее протяженными в зависимости от условий социума, личностной зрелости и жизненной позиции человека как активного субъекта своей жизнедеятельности; 2) фаза наивысшего психического, профессионального и духовного подъема человека — «акме» — может смещаться по «оси» времени его жизни.

8. Социальные и психологические причины психогенных расстройств

Психотравмирующие раздражители, информация о семейных или любовных неприятностях, потере близких, крахе надежд, служебных неприятностях, предстоящем наказании за правонарушение, угрозе жизни, здоровью или благополучию. Раздражитель может быть однократный сверхсильный — при этом речь идет об острой психической травме, или многократно действующий слабый раздражитель — в этом случае говорят о хронической психической травме или психотравмирующей ситуации. Значимость информации именно для данного индивидуума определяет степень ее патогенности. Ослабляющие нервную систему заболевания — черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции, а также длительное недосыпание, переутомление, нарушение питания и длительное эмоциональное напряжение — все эти факторы предрасполагают к возникновению психогенных заболеваний.

При описании психогенных расстройств нельзя не раскрыть такие основополагающие понятия, как стресс (сильное эмоциональное напряжение) и депривация (дефицит удовлетворения биологически и социально значимых потребностей), поскольку они определяют основные механизмы развития психогенных расстройств, "посттравматические стрессовые расстройства", которые связаны со специфическими травмирующими ситуациями (катастрофы, пожары, пытки и пр.), а также психогенные развития личности (как результат хронического травмирования).

Среди попыток систематизировать основные закономерности клиники психогенных расстройств наибольшее распространение получила "триада Ясперса", которая включает три признака:

* психогенные заболевания вызываются психической травмой;
* психическая травма находит отражение в содержании симптомов этих заболеваний;
* реактивные состояния заканчиваются при прекращении действия вызвавшей их причины.

Значение этой "триады" неоднозначно. С одной стороны, эта схема отражает самые общие признаки психогенных реакций и очень наглядна; с другой - она не охватывает целиком всего понятия психогений. На практике каждый из этих признаков нуждается в уточнении. Как мы уже говорили, психическая травма - это главная, но не единственная причина психогенных расстройств. Она обычно действует в сложном комплексе других социально-психологических и биологических факторов. В конечном итоге главным оказывается не столько "объективная сила" травмы сама по себе, сколько конкретный ребенок с его возрастом, уровнем умственного развития, темперамента, эмоциональности, самооценки, то, как он осознает травму, насколько она для него психологически значима.

Наличие второго признака "триады" позволило автору сформулировать положение о "психологически понятных связях", отличающих психогенные реакции от больших психозов (например, шизофрении). Однако если речь идет о психогенном психозе (псевдодеменция, ступор), то связь болезненных переживаний с содержанием психической травмы можно обнаружить далеко не всегда.

Третий признак наиболее условен. Если реактивное состояние носит острый характер, то его окончание может в известной мере совпадать с прекращением действия травмы. Однако нередко, особенно при пролонгированном травматизировании, может происходить "отрыв" динамики болезненных расстройств от вызвавшей их причины. В этих случаях психогенные заболевания становятся как бы автономными, приобретают известную самостоятельность ("саморазвитие", по О.В. Кербикову). Именно так формируются психогенные (постреактивные, ПО Н.И. Фелинской, 1968) развития личности. У подростков указанный "отрыв" случается далеко не всегда. Сложность патогенеза и многообразие клинических форм психореактивных состояний породили массу попыток сгруппировать их, основываясь па разных принципах.

Наибольшее распространение получил принцип группировки, в основу которого положен принцип остроты и интенсивности психогенной травмы (СухареваГ.Е., 1959). Первая группа - это острые аффективно-шоковые (и субшоковые) реакции. Вторая - подострые психогенные реакции. В этой группе психическая травма осознается, переживается и интеллектуально перерабатывается. Реактивные состояния этой группы обозначены как "истинные", "ядерные". В третьей группе психогенные расстройства возникают под влиянием "хронического" или повторяющегося травматизирования и сопряжены с последующим неправильным формированием личности ребенка.

Предположение о наличии группы так называемых социально-стрессовых расстройств (ССР) было высказано в 1991 г. на основе анализа состояния психического здоровья населения России и республик бывшего СССР во время начавшейся в конце 80-х годов перестройки общества. ССР развивают под влиянием психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуации

Критерии диагностики ССР. Условия (причины) и особенности субъективных переживаний

* коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;
* смена системы культурных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений; изменение социальных связей и жизненных планов;
* нестабильность и неопределенность жизненного положения.

Особенности поведения

* заострение личностно-типологических черт характера;
* развитие гиперстеники (вплоть до саморазрушающей нецелесообразности), гипостении, панических реакций, депрессивных, истерических и других нарушений;
* утрата "пластичности общения" и способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях;
* появление цинизма, склонность к антисоциальным действиям.

Основные причины возникновения и развития ССР

* Макросоциальные общегрупповые психогении, изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения.
* Социально-стрессовые обстоятельства, носящие хронический, растянутый во времени характер, их динамика непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений.
* Ухудшение соматического здоровья.
* Усиление декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений под влиянием "биогенного" воздействия экологических вредностей.

Основные клинические проявления ССР

* вегетативные дисфункции;
* нарушения ночного сна;
* астенические расстройства;
* истерические расстройства;
* панические расстройства;
* другие невротические и психопатические нарушения.

Все психические расстройства при ССР не являются специфическими, они обусловлены общими механизмами развития состояния психической дезадаптации.

Основные варианты ССР

1.Непатологические (психофизиологические), преболезненные реакции. Основные проявления:

* эмоциональная напряженность;
* декомпенсация личностных акцентуаций;
* вегетативные дисфункции;
* гипостения;
* гиперстения;
* инсомния.

Указанные проявления носят преходящий характер, непосредственно связаны с реакцией на социальнострессовые обстоятельства. Психогенные адаптативные реакции.

1. Невротические расстройства с преобладанием:

* неврастении;
* депрессии;
* истерии;
* других расстройств.

"Клиническое выражение" реакции возникает под влиянием индивидуально значимого конкретного обстоятельства, но "готовность" к ней определяется для человека социально изменившимся "фоном".

3. Невротические состояния (неврозы) с преобладанием:

* депрессии;
* тревожно-фобических расстройств;
* сенесто-ипохондрии;
* других расстройств.

Хронизация невротических расстройств при неразрешении вызвавших их социально обусловленных причин ведет: к патохарактерологическому развитию личности; к психосоматическим расстройствам; к алкоголизму, токсикомании, наркомании; к реакциям социального протеста и противоправным действиям.

4. Острые реакции на стресс. Острые аффективношоковые реакции, проявляющиеся:

* двигательным возбуждением;
* моторной заторможенностью;
* бредом;
* псевдодеменцией;
* другими расстройствами.

Продолжительность ССР

* Непатологические (психофизиологические) реакции - несколько дней.
* Психогенные адаптативные реакции - до 6 мес.
* Невротические и соматоформные расстройства - до 3-5 лет.
* Патохарактерологическое развитие личности -через 3-5 лет стабильных невротических расстройств.

9. Стресс и динамика адаптационного процесса

Стресс - нервное напряжение в ответ на воздействие стрессоров, приспособительная реакция организма.

Адаптационный синдром — комплекс реакций живого организма в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия (стрессоры). Совокупность признаков, характеризующих такое функциональное состояние, была описана в 1936 г. Г. Селье и названа стрессом. Селье выделил 3 стадии общего адаптационного синдрома:

1) Реакция тревоги - стадия тревоги, продолжается от 6 до 48 часов и делится на фазы шока и противошока. организм перестраивается, приспосабливается к трудным условиям

2) стадия сопротивляемости резистентности), характеризуется мобилизацией ресурсов организма для преодоления стрессовой ситуации. При психологических стрессах симпатическая нервная система готовит организм к борьбе или бегству; На этой стадии помимо усиления мобилизации происходит активизация функций внимания, памяти, мыслительных процессов, что дает возможность человеку найти адекватный способ преодоления затруднений и перестроить свое поведение.

Каждый человек проходит через эти две стадии множество раз. Когда сопротивление оказывается успешным, организм возвращается к нормальному состоянию.

3) стадия истощения, которой соответствует стойкое снижение ресурсов организма. Она наступает в том случае, если стрессор продолжает воздействовать в течение достаточного периода времени. Основными источниками стресса могут служить неудовлетворенность делами на работе, попытки удовлетворить семейные потребности, финансовые проблемы, постоянная нехватка времени (недостаточное количество свободного времени для семьи и друзей) и т.д.

10. Деятельность социального работника по оказанию помощи людям в экстремальных ситуациях

К основным функциям психосоциальной работы относятся информационная, диагностическая, консультативная, коррекционная, посредническая и терапевтическая. Формы оказания психосоциальной помощи: индивидуальные и групповые. Основные методы психосоциальной работы: психотерапевтическая беседа как метод индивидуальной работы с клиентом и ведение групп как метод групповой работы с сообществом: семьей, группой, коллективом.

Комплекс симптомов Посттравматического стресс (ПТСР): навязчивые повторные переживания травматического события; избегание всего, что связано с травмой; неспособность вспомнить важные эпизоды травмы; чувство отстраненности и отчужденности от других; притупленность эмоций, проблемы со сном; раздражительность или вспышки гнева, нарушение памяти, сверхбдительность и др. особенности психотерапии ПТСР - высокий уровень прерывания терапии (наблюдаются интенсивные флешбеки) -Трудно принять роль реципиента в психотерапии - скептическое отношение клиента к психотерапии - чувство отчуждения от людей не переживших подобные травмы. В соответствии с этим перед психотерапевтом стоит решение следующих задач: - создание доверительного и надежного контакта

-Информирование клиента о характере его расстройства и возможного психотерапевтического вмешательства

-Подготовка клиента к терапевтическим интервенциям

Стадии психотерапии при ПТСР

1. Установление безопасной атмосферы

2.Работа с воспоминаниями и переживаниями

3.Включение в обыденную жизнь

Цели психотерапии в зависимости от фазы реакции клиента на травматическое событие

Длительное стрессовое состояние в результате травматического события Завершить событие или вывести клиента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий

Проявление невыносимых переживаний: наплывы чувств и образов; парализующие избегания и оглушенность. Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых переживаний и воспоминаний

Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности. Помочь клиенту в переосмыслении травматического опыта

Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания. Помочь клиенту установить связь между травмой и планами на будущее

Способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию

11. Психологический конфликт: его сущность и формы

В психологии конфликт определяется как столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций, отдельно взятого эпизода в сознании, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов или групп людей, связанное с отрицательными эмоциональными переживаниями.

*Классификация конфликтов*. Все конфликты можно классифицировать в зависимости от зон разногласий следующим образом:

1. Личностный конфликт. Внутренний конфликт индивида

2. Межличностный конфликт, разногласия между двумя или более членами одной группы или нескольких групп.

3. Межгрупповой конфликт. Это самый распространенный вид конфликта, потому что индивиды, приступая к воздействию на других, обычно стараются привлечь к себе сторонников, сформировать группу, облегчающую действия в конфликте.

4. Конфликт принадлежности. Происходит в силу двойной принадлежности индивидов, например, когда они образуют группу внутри другой, большей группы или когда индивид входит одновременно в две конкурентные группы, преследующие одну цель.

5. Конфликт с внешней средой. Индивиды, составляющие группу, испытывают давление извне По своему внутреннему содержанию социальные конфликты делятся на рациональные и эмоциональные. рациональные- такие конфликты, которые охватывают сферу разумного, делового сотрудничества, перераспределения ресурсов и совершенствования управленческой или социальной структуры. Стороны приходят к соглашению, и, как только удаляется фрустрирующее препятствие, конфликт разрешается.

Эмоциональные или личностные конфликты характеризуются тем, что неудовлетворение интересов отдельной личности сразу же приводит к ее столкновению с окружающими. Эти конфликты, как правило, вызываются чувствами зависти, враждебности, антипатии и являются быстрой реакцией индивида на ущемление его интересов.

По длительности конфликты можно разделить на кратковременные и затяжные. По характеру конфликты принято делить на объективные и субъективные. Объективные связаны с реально существующими проблемами, субъективные же обусловлены расхождением личных оценок тех или иных событий или отношений между людьми. По своим последствиям конфликты делятся на конструктивные и деструктивные. При конструктивных конфликтах стороны не выходят за рамки этических норм, деструктивные, в сущности, основываются на их нарушении, а также на психологической несовместимости людей. Во многом превращение конструктивного конфликта в деструктивный связано с особенностями личности самих его участников.

12. Эвстресс и дистресс. Роль поисковой активности в профилактике дистресса

Известно, что человек, находящийся в состоянии умеренного стресса, чувствует себя мобилизованным, деятельность его оказывается более успешной, чем в спокойных обстоятельствах. Спортсмен на соревнованиях обычно показывает лучшие результаты, чем на тренировках благодаря стрессу. Такое состояние называется Эвстресс. Эвстресс - это активизирующий стресс. Дистресс - разрушительный стресс. Таким образом, саморегуляция - это искусство пользоваться преимуществами эвстресса и избегать дистресса.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Эвстресс | Дистресс |
| пульс | пульс учащается до 90-100 ударов в минуту | свыше 100 ударов при уменьшении пульсовой волны |
| артериальное давление | повышается умеренно | или резкое повышение , или резкое падение. |
| дыхание | усилено | Становится учащенным |
| Реакция кожи | покраснение | побледнение или появление красно-белых пятен на коже |
| Тепловые ощущения | Тепло, чувство «жары» | сопровождается ознобом |
| Протекание психических процессов | Внимание улучшается. Возрастает способность к концентрации, переключению и распределению внимания. Задача, которую предстоит решить, видится особенно четко. Деятельность прогнозируется на несколько ходов вперед. ощущение собранности. Память тоже улучшается. | ухудшается запоминание. Человек несколько раз читает текст, но запомнить его не в состоянии, нарушается речь. Человек "проглатывает" буквы и слова, заикается, употребляет слова-паразиты "типа", "как бы", "так сказать", "это" и другие. |

Методы профилактики дистресса. Очень важное значение для профилактики дистресса имеет образ жизни, специфика и интенсивность работы или учебы, материальное положение, взаимоотношения в семейном кругу, на работе, с друзьями и соседями. Огромную роль играет физическое состояние человека, и психологическое – его отношение к жизни, к своему здоровью. И, конечно же, большую роль играет желание избавиться от проблем, связанных со стрессом Существует несколько основных методов профилактики дистресса: саморегуляция и релаксация, противострессовая "перестройка дня" и оказание "первой помощи" при остром стрессе. Основным приемом саморегуляции является внушение и самовнушение.

13. Психологическая блокада и фрустрация. Конструктивные и деструктивные выходы их состояния фрустрации

Фрустрация (от лат. frustratio – обман, тщетное ожидание) — негативное психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения тех или иных потребностей.

Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения: 1. двигательное возбуждение – бесцельные и неупорядоченные реакции. 2.апатия. 3. агрессия и деструкция. 4. стереотипия – тенденция к слепому повторению фиксированного поведения. 5.регрессия, которая понимается либо "как обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида", либо как "примитивизация" поведения (измерявшаяся в эксперименте Р. Баркера, Т. Дембо и К. Левина снижением "конструктивности" поведения) или падение "качества исполнения"

Выход из фрустрации возможен двумя путями либо личность развивает активную деятельность и добивается успеха (конструктивный), либо снижает уровень притязаний и довольствуется теми результатами, которые может максимально достигнуть (деструктивный).. При деструктивном выходе агрессия является реакцией на препятствие к достижению цели; происходит генерализация агрессии – истинный источник в стороне, агрессия направлена на др. объект; уход от цели, вытеснение проблемы.

Блокада - это любое вмешательство, создающее перерыв в уже начавшемся действии. Одной из разновидностей реакции на блокирование является создание образов. "Когда человек полон решимости что-то сделать, но не достигает своей цели, акт завершается в его воображении" (Шибутани 1969). Вы заказали в ресторане бифштекс, но через полчаса ожидания приходит официант и сообщает, что в связи с закрытием ресторана на перерыв бифштексов уже нет и вообще нет ничего, кроме хлеба. Вам ничего не остается, как прожевать скопившуюся слюну, представляя ее бифштексом. Регулярное повторение блокад имеет серьезные последствия. "Чем большее неудобство испытывают люди, тем более ими овладевают образы удовлетворения". Образы еще более усиливают первоначальные импульсы к потреблению. "Продолжительная блокада может привести к одержимости" (Шибутани 1969).

14. Динамика развития наркомании

Различают пять этапов постепенной наркотизации:

1.Единичное или редкое употребление наркотиков.

2.Многократное их употребление без признаков психической и физической зависимости.

3.Наркомания 1-ой степени: сформирована психическая зависимость. Поиск наркотика для получения приятных ощущений, но ещё нет физической зависимости, а прекращение приёма наркотика пока не вызывает мучительных ощущений. Мысли о приёме наркотика приобретают навязчивый характер. Наркотик становится «лекарством», снимающим эмоциональное напряжение в конфликтных ситуациях, — трансформируются характерологические и патохарактереологические черты. Основное направление этой трансформации — от астенического типа к астеническому и апатическому. Происходит нарастание социальной дезадаптации. Человек утрачивает прежние положительные ориентации, у него снимается чувство ответственности, долга, способность к сопереживанию.

4.Наркомания 2-ой степени: уже сложилась физическая зависимость от наркотика; поиск уже направлен не столько на то, чтобы вызвать эйфорию, сколько на то, чтобы избежать мучений, абстиненции (ломки). На 2-ой стадии наркомании появляются ощущения, вызываемые приёмом наркотика, притупляются, теряют прежнюю яркость. Общение в группе практически отсутствует, единственная цель общения — употребление наркотика. Взаимный обман, «предательство», полная потеря взаимных обязательств членов группы — обычное явление. Асоциальность доходит до критической черты. Утрачиваются этические принципы, эмоциональные привязанности.

5.Наркомания последней, 3-ей степени: полная — физическая и психическая деградация

15. Механизмы психологической защиты и их адаптивная и дезадаптивная роль

Понятие психологическая защита приобрело существенное значение во всех направлениях психологии и психотерапии. При заболеваниях с биологическими механизмами развития болезнь всегда рассматривали как результат действия вредоносных факторов и механизмов «физиологической защиты», направленных на восстановление нарушенного гомеостаза организма. Аналогично можно расценивать и механизмы П. з. Воспаление и боль, с одной стороны, являются адаптивными физиологическими реакциями, с другой — включаясь в патогенез болезни, играют и вредоносную роль (Иовлев Б. В., 1974). Механизмы П. з. также адаптивны и предохраняют сознание больного от болезненных чувств и воспоминаний, однако при проведении психотерапевтической работы создают определенные препятствия, сопротивление переработке психотравмирующего содержания переживаний. Наиболее распространенные и важные механизмы П. з. могут быть представлены в виде нескольких групп. Первую группу составляют защитные механизмы, которые объединяет отсутствие переработки содержания того, что подвергается вытеснению, подавлению, блокированию или отрицанию. Вытеснение — активное недопущение в сферу сознания или устранение из нее болезненных, противоречивых чувств и воспоминаний, неприемлемых желаний и мыслей. Это наименее дифференцированный и нередко малоэффективный способ защиты, но в той или иной мере он присоединяется к действию всех других защитных механизмов. Человек легко может забывать некоторые вещи, особенно то, что снижает чувство собственной ценности как личности. Чаще этот механизм проявляется у людей с незрелым «Я», истерическими чертами характера, у детей. Вторая группа механизмов П. з. связана с преобразованием (искажением) содержания мыслей, чувств, поведения больного. Механизм рационализации проявляется в псевдообъяснении больным собственных неприемлемых желаний, убеждений и поступков, интерпретации по-своему различных личностных черт (агрессивности как активности, безразличия как независимости) с целью самооправдания, так как осознание истинного их содержания может привести к снижению чувства собственной ценности, повышению тревоги и другим отрицательным переживаниям. При защитном механизме по типу интеллектуализации вступает в действие контроль над эмоциями и импульсами путем преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. Следующий в этой группе защитный механизм формирования реакции характеризуется совладением с неприемлемыми импульсами, эмоциями, личностными качествами посредством замены их на противоположные (например, пациент с вытесняемой враждебностью по отношению к окружающим неосознанно принимает установку и поведение человека послушного и уступчивого). Третью группу способов П. з. составляют механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения. К ним относится защитный механизм реализации в действии (acting out), при котором аффективная разрядка осуществляется посредством активации экспрессивного поведения. Этот механизм может составлять основу развития психологической зависимости от алкоголя, наркотиков и лекарств, а также суицидальных попыток, гиперфагии, агрессии и др. Защитный механизм соматизации тревоги или какого-либо отрицательного аффекта проявляется в психовегетативных и конверсионных синдромах путем трансформации психоэмоционального напряжения сенсорно-моторными актами. Некоторые авторы включают в защитную деятельность личности механизмы сублимации, преобразующей энергию инстинктивных влечений в социально приемлемую активность. К четвертой группе могут быть отнесены механизмы П. з. манипулятивного типа. При защитном механизме регрессии происходит возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности, зависимости, детскости поведения с целью уменьшения тревоги и ухода от требований реальной действительности. С помощью механизма фантазирования (в функции манипуляции) больной, приукрашивая себя и свою жизнь, повышает чувство собственной ценности и контроль над окружением. Известен также защитный механизм ухода в болезнь, при формировании которого больной отказывается от ответственности и самостоятельного решения проблем, оправдывает болезнью свою несостоятельность, ищет опеки и признания, играя роль больного. Общепринятой классификации механизмов П. з. до сих пор не существует, и список защитных механизмов может быть продолжен. Здесь же были представлены наиболее распространенные из них. Защитные механизмы в некоторой мере способствуют стабилизации «Я» личности больного, но приводят к неадаптивной ригидности его поведения, ограничивают возможности вскрытия и разрешения внутриличностного конфликта. В системе адаптивных реакций пациента механизмы П. з. тесно связаны с копинг-механизмами (механизмами совладения) как активными, преимущественно сознательными усилиями больного, направленными на овладение ситуацией или проблемой. Знание и учет механизмов П. з. необходимы при проведении личностно-ориентированной психотерапии с целью повышения ее эффективности. Эти механизмы обнаруживаются при изучении стратегии поведения пациента в связи с болезнью, в трудных жизненных ситуациях. Особенности П. з. проявляются в период интенсивной психотерапевтической работы при обсуждении существенных проблем больного, анализе самооценки, прояснении неотчетливо выражаемых пациентом эмоций, конфронтации (сопоставление и демонстрация больному его противоречивых высказываний и поведения), осознании внутреннего конфликта при общении с психотерапевтом. Защитные механизмы пациента представляют собой один из источников сопротивления в процессе психотерапии. Сопротивление отражает наличие противоречивой мотивации к лечению: с одной стороны, сознательного стремления к выздоровлению, с другой — неосознаваемой потребности в сохранении заболевания, так называемой «условной желательности болезни». Пациент оказывает сопротивление в определенные моменты психотерапевтического процесса, используя типичный для него стиль защиты, с помощью которого он избегает болезненных переживаний. Важнейшим правилом психотерапевтической тактики при работе с защитными механизмами больного является признание врачом определенного положительного значения П. з., проявление уважения к личности пациента, осуществляющей центральную регулирующую функцию в системе психической адаптации. Следующим, также важным правилом является постепенная, пошаговая работа с выявлением, осознанием и истолкованием способа защиты. В моменты выраженного сопротивления пациента психотерапии психотерапевт может продемонстрировать очевидность этого защитного противодействия, а больной окажется в состоянии осмыслить и признать факт действия этих неосознаваемых им прежде сил. Только тогда можно приступить к истолкованию механизма проявления конкретного способа П. з., его адаптивных и дезадаптивных функций. Психотерапевтическое воздействие при наличии П. з. может осуществляться на различных уровнях. Конструктивное изменение психотравмирующей жизненной ситуации, симптоматическое снижение тревоги, укрепление «Я» и повышение самооценки способствуют снижению дезадаптивной защитной деятельности пациента. Эмпатическое общение (сопереживание и эмоциональная поддержка) с больным также приводит к уменьшению его защитного сопротивления. При целенаправленной работе с механизмами П. з. происходит изменение нарушенных отношений личности, осознание и разрешение конфликта. В ходе психотерапии следует стремиться к замене примитивных, незрелых защитных реакций вытеснения более избирательными и сознательными адаптивными способами подавления и совладания. Тем самым достигается вербальный контроль, и пациент начинает использовать более совершенные, сознательные механизмы П. з. Раскрытие и переработка одних защитных механизмов (замещение, идентификация) проводится с целью укрепления «Я» пациента, других (рационализация, интеллектуализация, фантазирование, реализация в действии, вытеснение) — для обучения контролю и управлению ими, третьих (уход в болезнь, регрессия) — для их устранения

16. Проявления невропатии у детей

**Невропатия** — это врожденная детская нервность. Дети-невропаты, как правило, изящны, худы, очень подвижны, ловки и музыкальны. Часто они опережают своих сверстников в психическом развитии (быстрее начинают говорить, читать, считать). Такие дети чрезмерно любопытны и подвижны. Внимание у них неустойчиво, эмоции очень лабильны: переходы от слез и рыданий к безудержному смеху мгновенны. А вот успокоиться им бывает сложно. Все эмоции чересчур. В связи с этим они часто конфликтуют со сверстниками, среди взрослых слывут непослушными. У детей часты нарушения желудочно-кишечного тракта (расстройства аппетита, тошнота, рвота, неустойчивый стул), повышенная потливость, кожные высыпания. Повышенная активность детей-невропатов приводит к тому, что они настолько устают за день, что не имеют сил на то, чтобы угомониться и заснуть. Уложить их спать — целая проблема. Часами родители сидят у кроватки, похлопывая, поглаживая ребенка, а то и укачивая его на руках. Кажется, что малыш уже заснул, но стоит родителю с облегчением вздохнуть и попробовать уйти, как он снова слышит требовательный оклик или плач. Сон невропатов очень чуток! Важно иметь в виду, что у этих детей часто отмечаются парадоксальные реакции на прием лекарств: успокаивающие препараты могут их возбуждать, и наоборот. Многие считают, что при трудностях засыпания может помочь широко применяемый и распространенный димедрол. Невропаты от него, как правило, возбуждаются. Совсем плохо, если в подобной ситуации родители решают, что доза была недостаточна, и дают ребенку еще таблеточку. Возбуждение у ребенка при этом усиливается, у него могут появиться галлюцинации. Дети-невропаты трудно лечатся, по с возрастом при правильном воспитании, учитывающем их особенности, они выравниваются. При общении с любыми детьми, а с невропатами особенно, важно помнить, что они очень чувствительны к эмоциям окружающих. Родителям необходимо научиться «заражать» детей своей уравновешенностью, спокойствием. Это нелегко. К сожалению, как правило, бывает наоборот — дети «заражают» родителей своим возбуждением, и мать кричит на ребенка: «Да заснешь ты, наконец, когда-нибудь! Спи сейчас же!» Разумеется, под такую «колыбельную» заснуть непросто. В педагогической литературе встречается мнение, что трудными детьми становятся в подростковом возрасте. И объясняется это особенностями переходного возраста. Однако исследования свидетельствуют, о том, что почти каждый «трудный» подросток был уже «трудным» и в раннем дошкольном возрасте, по эти его особенности тогда меньше мешали окружающим и поэтому не обращали па себя должного внимания. Между тем именно и раннем возрасте и надо было воспитывать у ребенка торможение. Хотя в подавляющем большинстве случаев указанные особенности проявляются у ребенка уже в раннем возрасте и отчетливо выявляются задолго до его поступления в школу, к сожалению, большинство родителей обращаются к врачу, когда ребенок достигает школьного возраста. Почему же это происходит? Дело в том, что родители и воспитатели и раньше замечали у ребенка признаки невропатии, т.е резкую возбудимость, недисциплинированность, непослушание, но мирились с этим, так как в условиях детского сада такие дети хотя и крайне «трудны», но обычно воспитатели не ставят вопрос об исключении их из коллектива, что воспринимается многими родителями как доказательства благополучия. Происходит это потому, что не только родители, но и даже педагоги считают, что у маленьких детей эти проявления естественными с возрастом пройдут. И лишь тогда, когда такие дети приходят в школу и мешают нормальному проведению уроков, их направляют в психоневрологический диспансер. Естественно, что столь позднее обращение к врачам резко осложняет и замедляет исправление поведения таких детей. В зависимости от причины, выделяют конституциональную, или врожденную невропатию, невропатию в связи с нарушением взаимодействия «мать - ребенок», невропатию на фоне раннего органического поражения головного мозга, а также сочетанные, осложненные формы невропатии. Невропатия может обнаруживаться уже в первые дни жизни: новорожденный беспокоен, плохо засыпает, вздрагивает и пробуждается при малейшем шуме. Может не спать всю ночь, спокойно лежа с открытыми глазами. Такой малыш неохотно берет грудь, а за едой поминутно отвлекается и перестает сосать. Позднее возникают частые срыгивания, рвоты, поносы, запоры. Младенец как будто без причины плачет, кричит. У него легко возникают патологические привычки: малыш сосет пальцы, трет ножкой о ножку, раздражает половые органы. После года ребенок по - прежнему плохо спит, капризен в еде, может подолгу не есть. Из-за плохого аппетита ему не хочется жевать, и он порой часами держит за щекой не проглоченную пищу. У малыша часто нарушается стул. Все вместе это часто приводит к гипотрофии. Невротичные дети повышенно возбудимы. Будучи чем-то раздражены, они краснеют, у них наступает спазм гортани. В знак протеста ребенок может упасть на пол. Нередки у таких детей тики, заикания, гиперкинезы, общее двигательное беспокойство. Малышам нелегко сосредоточиться на чем-то одном, новое впечатление быстро отвлекает их от занятия, усидчивая работа им трудна. Дети быстро утомляются. Истощаемость нервной системы заставляет их избегать шумного детского общества, из-за чего создается впечатление замкнутости, не соответствующее действительности. Для детей с невропатией характерно астеническое телосложение. Они склонны к аллергическим реакциям, астматическим приступам, могут страдать головными болями, головокружениями, обмороками при воздействии на них отрицательных раздражителей (вид крови, духота, испуг). Артериальное давление у таких детей подвержено резким колебаниям. Выделяют два типа детей, страдающих невропатией: с повышенной возбудимостью и с повышенной истощаемостью. Для первых характерны двигательное беспокойство, переменчивость настроения, раздражительность, аффективные вспышки, на смену которым приходит сильное утомление. Дети второго типа плохо приспосабливаются к переменам привычного уклада жизни, не уверены в себе, легко впадают в угнетенное состояние. Из-за того, что обычные раздражители являются для них чрезмерными, у них могут возникать истерические приступы. По конкретным вопросам воспитания и ухода за невротичными малышами родителям нужно советоваться с психоневрологом, педиатром и психологом.

17. Невротические реакции и состояния, этиогенез и основные формы

Один и тот же симптом может являться как неврозом, так и неврозоподобным состоянием. Для диагностики невроза или невротической реакции должно иметь место следующее: психотравма, тот или иной симптом, взаимосвязь психотравмы и появления данного симптома. То есть невротическая реакция (если взять за основу причину, вызвавшую данное отклонение) –– это тот или иной симптом (например, недержание мочи, заикание и т. п.), возникшее сразу после вероятной психотравмы, например, после первого визита в детский сад, школу, после посещения стоматолога, развода родителей или рождения в семье маленького брата или сестры, появления отчима и т. д. Это – теоретически, а на практике не всегда можно проследить и установить четкую взаимосвязь между предполагаемой психотравмой и появлением того или иного симптома. Но невротическую форму заболевания можно диагностировать не по предполагаемому происхождению, а по клинической картине. Предположим, ребенок получил в школе двойку, в семье случился какой-то скандал и т. п. – в этот день симптом проявляется и, наоборот, на фоне временной нормализации обстановки в школе и дома – симптома нет или его выраженность значительно. То есть мы можем выделять невротическую форму того или иного заболевания, как по этиологическому (причинному) фактору, так и по клинике. Чаще всего врачам приходится встречаться с истерическим типом невротического реагирования. Если это больные, у которых в характере есть истерические черты, то симптом, действительно, может быть условно приятным, например, поводом не ходить в детский сад, поводом для отвлечения внимания родителей от недавно родившегося брата и т. д. Даже специалистам бывает трудно дифференцировать, является тот или иной симптом неврозом или неврозоподобным (похожим на невроз) состоянием, однако для выбора ведущего метода лечения это важно. Во всем этом разобраться может только врач-психотерапевт. Ни в коем случае не упуская из виду всего, что окружает пациента, включая семейную обстановку, часто нуждающуюся в коррекции, главное – устранить основной симптом болезни – если это нарушение той или иной функции организма. Часто бывает, что если устраняется основной симптом, то уходят другие невротические наслоения, происходит нормализация семейной обстановки, причем, как в тех случаях, когда речь идет о неврозе, так и в случаях, когда речь идет о неврозоподобном состоянии. Если же психотравма вызвала нарушение поведения, то здесь ситуация еще сложнее, т. к. не всякое нарушение поведения следует лечить, т. к. оно может пройти само, а его преждевременное лечение может вызвать как раз расстройство той или иной функции организма. Еще раз повторим, что самим разобраться в этом невероятно трудно, большинство психологов (особенно не медицинских, не клинических) не могут справиться с этими проблемами, да и не имеют право, т. к. это – в первую очередь – компетенция медицины, и психотерапии, в частности. Разумное сочетание методик, центрированных (направленных) на симптом, пациента, семью может дать достаточно быстрый и стойкий результат. Терапия невротических состояний зависит от степени их тяжести. Более легкие невротические состояния часто разрешаются спонтанным выздоровлением в силу того, что в жизни человека что-то меняется решающим образом, «направление опять оказывается правильным». Иногда решающей оказывается встреча с психотерапевтом. Возможности помощи легче увидеть, когда невротическое поведение связано с психическим симптомом. Их труднее заметить, когда невротические структуры стали чертами характера личности, или выражающиеся психосоматически. С начала этого столетия существует систематическая психотерапия. В большинстве психотерапевтических школ терапия означает помощь в самолечении. Однако, школы различаются по избираемому ими пути. Прошло немало времени, пока не выяснилось, что невротическое поведение нуждается в помощи психиатрических работников. До этого невротические «конечные состояния» скапливались в больницах для хроников, или же больные с истерией и обсессиями госпитализировались во время обострений для кратковременного успокаивания с помощью обычных лекарств

18. Динамика развития алкоголизма

Рост потребления алкоголя в годы, предшествовавшие выходу известных постановлений, совпадает с увеличением числа разводов. В течение двух десятилетий один равод приходился на 30 браков, а с начала 90-х годов один развод – на 3 брака. При этом пьянство явилось причиной каждого седьмого развода. Но еще важнее, видимо, пьянство как косвенная причина развода, особенно в случае "физических оскорблений", "супружеской измены", "не сошлись характерами", "вынужденная разлука" и др. “Алкогольная составляющая” может быть найдена в каждой из перечисленных групп причин развод. Дезорганизующее влияние пьянства на семейную жизнь и воспитание детей мне образно. Обычно больной, страдающий алкоголизмом, живет в семье – либо в родительской, либо в им созданной, с супругой и детьми. Болезнь одного из членов семьи нарушает внутрисемейные взаимоотношения. В этих нарушениях имеется закономерность, уже достаточно изученная и потому предсказуемая. Поскольку страдают все члены семьи больного, то алкоголизм в настоящее время рассматривается как семейная болезнь. Исследованиями показано, что у большинства членов семей больных алкоголизмом, совместно проживающих с больным не менее 2 лет, обнаруживают нарушения, которые теперь обозначают термином "созависимость". Основные признаки созависимости: низкая самооценка, компульсивное желание контролировать жизнь других, желание спасать других, постоянно концентрируя мысли на предмете своей зависимости, т.е. на больном родственнике, отрицание своих собственных проблем, утрата контроля как над поведением больного, так и над собственными чувствами, над всей своей жизнью и др. Созависимость является почвой для возникновения психосоматических заболеваний. Поэтому жены больных алкоголизмом, матери, взрослые дочери часто страдают депрессиями, гипертонической болезнью, язвенной болезнью, головными болями и др., часто употребляют транквилизаторы. Созависимость существенно редуцируется при систематическом лечении. В НИИ наркологии разработана программа групповой психотерапии созависимости. Эта программа успешно апробирована и применяется на базе наркологического диспансера № 9 г. Москвы. Среди тематики групповых дискуссий: "Родительская семья созависимых", "Контролирующее поведение", "Идентификация чувств", "Границы личности" и другие. Заканчивается программа занятием на тему "Я имею право...". Хорошее закрепление результатов лечения дает посещение групп Ал-Анон. Медикаментозное лечение назначается только при наличии показаний, например, клинически выраженной депрессии. Наличие алкоголизма или другого вида химической зависимости у одного родителя, созависимости у другого обязательно формирует дисфункциональную семью, в которой страдают дети. Жизнь в дисфункциональной семье приводит к тому, что дети неизбежно берут на себя так называемые роли выживания: герой семьи, козел отпущения, потерянный ребенок, талисман. Дети больных алкоголизмом, как и другими формами химической зависимости, представляют собой группу высокого риска развития аналогичного заболевания. По данным НИИ наркологии, 65-80% сыновей и 15-20% дочерей больных алкоголизмом отцов по достижении зрелого возраста сами заболевают алкоголизмом и наркоманиями. Детей больных алкоголизмом называют группой "множественного риска". Помимо химической зависимости у них с повышенной частотой обнаруживаются и другие психопатологические нарушения, характер которых зависит от возраста ребенка и от его пола, часты депрессии среди взрослых дочерей, отклоняющееся поведение мальчиков-подростков .Если взрослые члены семей могут найти себе помощь в ряде диспансеров и реабилитационных центров, то организация помощи детям является задачей на будущее.При этом, как свидетельствуют многочисленные исследования, важнейшим фактором, утяжеляющим психическое здоровье семьи в целом и затрудняющим лечение, является алкоголизм матери. Доказано, что среди лиц, страдающих алкоголизмом, большинство составляют холостые, одинокие, разведенные. Известно также, что чаще мужья вовлекают жен в пьянство, а не наоборот. Роль семьи в развитии бытового пьянства и алкоголизма неоспорима. Материальное положение играет, по-видимому, роль на первых этапах алкоголизма, а затем по мере его развития, изменения положения человека в обществе, снижения по социальной лестнице с потерей или уменьшением заработка прием алкоголя не уменьшается, изменяются лишь сорта и цены употребляемых напитков. Определенное значение имеет политика государства в отношении к потреблению спиртного — чем более она жестока, непримирима, тем труднее втягиваются люди в пьянство и алкоголизм. Определенная часть населения, особенно молодежь, нередко мужчины, чтобы придать себе храбрость, употребляют алкоголь, постепенно втягиваясь в эту привычку. Анализируя социальные факторы как причины алкоголизации определенной части населения, различные авторы делают акценты на отдельные из этих причин или пытаются сформировать комплексное понимание взаимосвязанных обстоятельств. Полагают, что в пубертатном (подростковом), юношеском возрасте (14—20 лет) большое значение имеют одни причины, а для формирования его в зрелом возрасте — другие. Эти факторы, как они указывают, следующие: 1) неблагоприятные взаимоотношения между родителями, алкогольные традиции в семье раннее приобщение к спиртному — факторы, способствующие началу употребления алкоголя; 2) обычаи ближайшего окружения, ориентированные на потребление спиртного, общепринятые алкогольные традиции —. факторы, поддерживающие потребление алкоголя;3) возраст и связанное с ним «особое положение» установка на привычное потребление спиртного — факторы, способствующие злоупотреблению алкоголем;4) конфликты в семье, низкий культурный уровень, нецеленаправленное использование свободного времени, воздействие профессионально-производственной группы — это факторы, поддерживающие злоупотребление алкоголем. Анализ приведенных обстоятельств позволяет сделать вывод, что все они имеют значение в этом процессе, хотя доля участия каждого из них бывает различной.

19. Пограничные состояния: причины возникновения, формы, течение

Пограничные психические расстройства находятся на самой грани между состоянием здоровья и состоянием болезни. Это — неспецифические болезненные проявления. Невротические расстройства, которые определяют пограничные состояния, входят в структуру разных заболеваний — психических, соматических, неврологических, и выражаются в целом комплексе расстройств невротического уровня. Это могут быть повышенная раздражительность, астения, навязчивые состояния, вегетативные дисфункции. К числу видимых первопричин болезни относят переживаемые человеком различные конфликты психологического характера — будь то внутренние или с окружающей средой. Нередко существуют и более глубинные причины — биологическая предуготовленность, предопределенные генетически особенности характера. Некоторое время назад в России наблюдался значительный рост количества пограничных состояний, в то время как основные психические заболевания — шизофрения, эпилепсия, старческие психозы и прочие — на протяжении длительного времени находятся на стабильном уровне. Увеличение числа невротических, соматоформных расстройств (т.е. состояний, маскирующихся под различные заболевания других органов и систем), конечно, напрямую было связано с ситуацией, переживаемой страной в условиях экономического кризиса и политической нестабильности. Однако точные цифры этого роста назвать сложно, так как в последние годы люди нередко обращаются за помощью в различные негосударственные учреждения, прибегают к услугам «магов», «колдунов», в результате такие случаи в официальную статистику не попадают. Кроме того, многие стараются «перебороть» болезненные проявления самостоятельно, чтобы не обращаться лишний раз за больничным листом в страхе потерять работу. Многие говорят о «невротизации» населения, даже на бытовом уровне, в магазинах, городском транспорте, каждый сталкивался с «неадекватными» реакциями в конфликтных ситуациях. Существует ли такая проблема с медицинской точки зрения? Еще в 1991 году на основе анализа психического здоровья населения России и бывших республик Советского Союза было высказано предположение о наличии группы так называемых социально-стрессовых расстройств, определяемой складывающейся социально-экономической и политической ситуацией. Последующая работа подтвердила развитие массовых проявлений состояний психоэмоционального напряжения и психической дезадаптации, что можно назвать коллективной психической травмой. Российскими психиатрами подобное было замечено еще после революционных событий 1905 года. Тогда погромы, забастовки, неудовлетворенность экономическим и социальным положением вызывали у многих тревогу, страх, подавленность, изменяли характер, привычное поведение. Основными причинами возникновения социально-стрессовых расстройств в наше время являются, прежде всего, последствия длительного господства тоталитарного режима, лишившего миллионы людей духовной, средовой, экологической основы организации жизни. Мощными стрессогенными факторами стали экономический и политический хаос, безработица, обострение межнациональных конфликтов, локальные гражданские войны и появление большого числа беженцев, а также экономическое расслоение общества, рост гражданского неповиновения и преступности. Но главное — в том, что эти причины имеют затянувшийся и нарастающий характер. В этот период для подавляющего большинства населения возникают и становятся актуальными не только общие, социальные, но и порожденные ими личностные проблемы — например, страх за будущее детей, опасность призыва в армию и тому подобное. В этих случаях выявлено три основных защитных психологических механизма. Во-первых, у людей старшего возраста — идеализация прошлой жизни с ее системой отношений, что помогает им уйти от проблем сегодняшнего дня; во-вторых — отрицание каких-либо жизненных ценностей и ориентиров, «пассивный дрейф» по жизни; в третьих — замещение реальных социально-психологических проблем чрезмерной заботой о своем здоровье, «уход в болезнь», повышенный интерес к магическому объяснению событий. Знание национальных традиций и культуры помогает предвидеть и вовремя купировать невротизацию общества, поскольку в ряду социальных факторов, вызывающих развитие социально-стрессовых расстройств, значительное место принадлежит «мотивации нации».

20. Причины, критерии и виды девиантного поведения

В изучении причин отклоняющегося поведения существует три вида теорий: теории физических типов, психоаналитические теории и социологические, или культурные, теории. Остановимся на каждой из них. 1. Основная предпосылка всех теорий физических типов состоит в том, что определенные физические черты личности предопределяют совершаемые ею различные отклонения от норм. Среди последователей теорий физических типов можно назвать Ч. Ломброзо, Э. Кретшмера, В. Шелдона. В работах этих авторов присутствует одна основная идея: люди с определенной физической конституцией склонны совершать социальные отклонения, осуждаемые обществом [4. C. 118]. Однако практика показала несостоятельность теорий физических типов. Всем известны случаи, когда индивиды с лицом херувимов совершали тягчайшие преступления, а индивид с грубыми, "преступными" чертами лица не мог обидеть и муху. 2. В основе психоаналитических теорий отклоняющегося поведения лежит изучение конфликтов, происходящих в сознании личности. Согласно теории З. Фрейда, у каждой личности под слоем активного сознания находится область бессознательного - это наша психическая энергия, в которой сосредоточено все природное, первобытное. Человек способен защититься от собственного природного "беззаконного" состояния путем формирования собственного Я, а также так называемого сверх-Я, определяемого исключительно культурой общества. Однако может возникнуть состояние, когда внутренние конфликты между Я и бессознательным, а также между сверх-Я и бессознательным разрушают защиту и наружу прорывается наше внутреннее, не знающее культуры содержание. В этом случае может произойти отклонение от культурных норм, выработанных социальным окружением индивида. 3. В соответствии с социологическими, или культурными, теориями индивиды становятся девиантами, так как процессы проходимой ими социализации в группе бывают неудачными по отношению к некоторым вполне определенным нормам, причем эти неудачи сказываются на внутренней структуре личности. Когда процессы социализации успешны, индивид сначала адаптируется к окружающим его культурным нормам, затем воспринимает их так, что одобряемые нормы и ценности общества или группы становятся его эмоциональной потребностью, а запреты культуры частью его сознания. Он воспринимает нормы культуры таким образом, что автоматически действует в ожидаемой манере поведения большую часть времени. Ошибки индивида редки, и всем окружающим известно, что они не являются его обычным поведением. Наличие в повседневной практике большого числа конфликтующих норм, неопределенность в связи с этим возможного выбора линии поведения могут привести к явлению, названному Э. Дюркгеймом аномией (состояние отсутствия норм). По Дюркгейму аномия - это состояние, при котором личность не имеет твердого чувства принадлежности, никакой надежности и стабильности в выборе линии нормативного поведения. Роберт К. Мертон внес некоторые изменения в концепцию аномии, предложенную Дюркгеймом. Виды: Культурные и психические отклонения. Социологов интересуют прежде всего культурные отклонения, то есть отклонения данной социальной общности от норм культуры. Психологов же интересуют психические отклонения от норм личностной организации: психозы, неврозы и так далее. Люди часто пытаются связывать культурные отклонения с психическими. Например, сексуальные отклонения, алкоголизм, наркомания и многие другие отклонения в социальном поведении связывают с личностной дезорганизацией, иначе говоря с психическими отклонениями. Однако личностная дезорганизация далеко не единственная причина отклоняющегося поведения. Обычно психически ненормальные личности полностью выполняют все правила и нормы, принятые в обществе, и, наоборот, для личностей, психически вполне нормальных, бывают характерны весьма серьезные отклонения. Вопрос о том, почему это происходит, интересует как социологов, так и психологов. Индивидуальные и групповые отклонения. Индивидуальные, когда отдельный индивид отвергает нормы своей субкультуры; групповое, рассматриваемое как конформное поведение члена девиантной группы по отношению к ее субкультуре (например, подростки из трудных семей, проводящие большую часть своей жизни в подвалах. "Подвальная жизнь" кажется им нормальной, у них существует свой "подвальный" моральный кодекс, свои законы и культурные комплексы. В данном случае налицо групповое отклонение от доминирующей культуры, так как подростки живут в соответствии с нормами собственной субкультуры) ;Первичное и вторичное отклонения. Под первичным отклонением подразумевается отклоняющееся поведение личности, которое в целом соответствует культурным нормам, принятым в обществе. В данном случае совершаемые индивидом отклонения так незначительны и терпимы, что он социально не квалифицируется девиантом и не считает себя таковым. Для него и для окружающих отклонение выглядит просто маленькой шалостью, эксцентричностью или на худой конец ошибкой. Вторичным отклонение называют отклонение от существующих в группе норм, которое социально определяется как девиантное. Культурно одобряемые отклонения. Отклоняющееся поведение всегда оценивается с точки зрения культуры, принятой в данном обществе. Следует выделить необходимые качества и способы поведения, которые могут привести к социально одобряемым отклонениям [4. C. 115-117]: сверхинтеллектуальность. Повышенная интеллектуальность может рассматриваться как способ поведения, приводящий к социально одобряемым отклонениям лишь при достижении ограниченного числа социальных статусов.

21. Причины самоубийства особенности состояний пред и пост суицид

Причин довольно много. Основные из них:

* Неурядицы в личной жизни:
* несчастная любовь;
* смерть кого-то из родных или друзей;
* непонимание окружающими, одиночество;
* проблемы на работе;
* целенаправленная травля (в том числе доведение до самоубийства);
* физические издевательства (изнасилования, побои);
* потеря смысла жизни.
* Финансовые проблемы.
* Ощущение счастья, которое самоубийца считает недостижимым в будущем.
* Проблемы со здоровьем (эвтаназия в штате Флорида, США, также формально является самоубийством, так как, согласно закону, больной должен вводить препарат себе сам).
* Психические болезни (депрессия, нарушение пищевого поведения, биполярное аффективное расстройство, шизофрения).
* Приём психотропных препаратов.
* Приём наркотиков.
* Религиозный фанатизм (обычно распространённый в сектах), ритуальное самоубийство.
* Идеологические (политические, неприятие ценностей социума в целом).
* Военные (самоубийство с целью нанесения урона противнику и/или избежания плена).
* Вынужденное самоубийство (по приговору суда, под угрозой мучительной смерти или расправы с близкими родственниками; см. Сократ, Роммель).
* Самоубийство для сохранения чести (харакири).
* Подражательное самоубийство (после аналогичных смертей известных личностей или литературных персонажей

вывод, что в группу риска попадают категории людей с определенным психологическими состояниями и характеристиками личности (подавленность, угнетенность, фрустрированность определенных психологических потребностей, подверженность стрессам и пр.). В данном случае определенную роль играет не только сложившаяся ситуация, но и, в значительной степени, индивидуально-психологические характеристики самой личности

*Причины самоубийства*

Факторы риска (пол, социальное положение, психические расстройства, генетические заболевания и т.д.);

помимо этих проблем существует и множество других, связанных с морально-этическими нормами, религией, культурой и т.д.

храктерной чертой эгоистического самоубийства является “состояние “томительной меланхолии, парализующей всякую деятельность человека … ему невыносимо соприкосновение с внешним миром, и, наоборот, мысль и внутренний мир выигрывают настолько же, насколько теряется внешняя дееспособность”.

Суицидной можно назвать любую внешнюю или внутреннюю активность, направляемую стремлением лишить себя жизни. При заблаговременной диагностике внутренней активности суицидальный акт может быть предотвращен и не выйдет в план внешнего поведения.

Внутренние суицидальные проявления включают в себя:

1. Суицидальные мысли; фантазии на тему смерти («заснуть и не проснуться», «если бы со мной что-нибудь случилось, и я бы умер»);

2. Суицидальные замыслы: продумывание способов самоубийства, выбор его средств и времени;

3. Суицидальные намерения: к замыслу присоединяется волевой компонент, человек настраивает себя на действие.

К внешним формам суицидного поведения относятся:

4. Суицидальные попытки - целенаправленные акты поведения, направленные на лишение себя жизни, не закончившиеся смертью;

5. Завершенный суицид: действия заканчиваются гибелью человека

Общей причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Считается, что суицидом личность пытается изменить свои обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти из травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», в нем могут проявляться черты патологического упрямства в преследовании цели любой ценой. Нередко этот акт отчаяния, когда личности кажется, что она исчерпала все свои силы и возможности повлиять на ситуацию.

Следует отметить, что давно ушло в прошлое, когда суицид напрямую отождествлялся с душевной болезнью. Самоубийство в настоящее время - больше психологическая проблема, чем патопсихологическая.

Суицидальное поведение вызывается, как правило, несколькими одновременно действующими и взаимодействующими мотивами, образующими развернутую систему мотивации действий и поступков человека (осознанными и неосознанными).

Говоря о самоубийстве как об осознанном лишении себя жизни, мы должны рассматривать не только внешние (социальные) причины суицидов, но и их внутренние (личностные) мотивы, которые проявляются в виде конфликтов [14].

Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, сами подростки и эксперты-психологи указывают на различные способы таким образом оказать влияние на других людей: "дать понять человеку, в каком ты отчаянии" - около 40 процентов случаев, "заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался" - около 30 процентов случаев, "показать, как ты любишь другого" и "выяснить, любит ли тебя действительно другой" - 25 процентов, "повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение" - 25 процентов, и наконец в 18 процентов случаев "призыв, чтобы пришла помощь от другого" (мотивов может быть у каждой жертвы суицида несколько).

В данной главе нами были проанализированы виды самоубийств и их причины. На основе всего вышеизложенного, мы можем сформировать следующее определение суицида:

Суицид - осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при котором собственная жизнь теряет для человека смысл.

Следует различать завершенные самоубийства (истинные) и попытки самоубийства (незавершенные суициды), носящие демонстративно-шантажный характер суициды. (Абрумова, 1974). Последние не преследуют цель ухода из жизни. Их цель - привлечение к себе или возвращение утраченного внимания, жалости и сочувствия окружающих, избавление от угрозы наказания и т.п. Вруксбан Д. (1985) говорит в этом смысле о суициде и пара суициде. Автор определяет суицид как намеренное самоубийство, а пара суицид - как акт намеренного самоповреждения, приводящего к смерти.

В случае подростков суицидное поведение может стать подражательным. Считается, что более половины суицидных попыток в подростковом возрасте являются демонстративными, т.е. без настоящего намерения умереть, а лишь разыграть для окружающих спектакль, производящий впечатление суицидной попытки с целью привлечь к себе внимание, добиться каких-то преимуществ, избавиться от грозящих неприятностей. Тем не менее, различить истинные и демонстративные суицидные попытки не всегда легко. По клиническим данным (А.Е. Личко, 1983) у подростков около 30% составляют не вполне ясные случаи.

Подростки копируют образцы поведения, которые они видят вокруг себя, которые им предлагает TV, массовая литература. Особенно подражательность характерна для незрелых, внушаемых субъектов. Так, подросток может увидеть, что смерть устрашает окружающих и является действенным средством нажима на обидчиков.

Предпосылкой аутодеструктивного поведения и суицида в частности является апатия, неверие в личные перспективы, снижение творческой и витальной активности в результате психической травмы. Однако наличие психотравмирующей ситуации - недостаточное условие для проявления суицида. Вторая составляющая - личностные особенности суицидента. Многие авторы, чьи статьи использовались в подготовке курсовой работы, обнаруживают ряд особенностей личности, не позволяющей ей адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым предрасполагающих к суициду. К ним часто относят: напряжение потребностей и желаний, неумение найти способы их удовлетворения, отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкий уровень самоконтроля, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, эмоциональная нестабильность, импульсивность, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта.

У подростков суицид чаще встречается при следующих типах акцентуации: истероидный, сенситивный, эмоционально-мобильный, астенический. Фоном является высокий уровень агрессивности подростка.

22. Причины наркомании и их социальные и психологические последствия

Наркомания является многофакторным заболеванием, включающим в себя как социальные, психологические, так и биологические причины. Действительно, у химически зависимых больных наблюдаются дефекты «центров удовольствия» в ЦНС, что в совокупности с индивидуальными характерологическими особенностями личности и особенностями социального развития приводит к формированию зависимости от психоактивных веществ.

Различают пять этапов постепенной наркотизации:

1. Единичное или редкое употребление наркотиков.

2. Многократное их употребление без признаков психической и физической зависимости.

3.Наркомания 1-ой степени: сформирована психическая зависимость. Поиск наркотика для получения приятных ощущений, но ещё нет физической зависимости, а прекращение приёма наркотика пока не вызывает мучительных ощущений. Мысли о приёме наркотика приобретают навязчивый характер. Наркотик становится «лекарством», снимающим эмоциональное напряжение в конфликтных ситуациях, — трансформируются характерологические и патохарактереологические черты. Основное направление этой трансформации — от стенического типа к астеническому и апатическому. Происходит нарастание социальной дезадаптации. Человек утрачивает прежние положительные ориентации, у него снимается чувство ответственности, долга, способность к сопереживанию. 4. Наркомания 2-ой степени: уже сложилась физическая зависимость от наркотика; поиск уже направлен не столько на то, чтобы вызвать эйфорию, сколько на то, чтобы избежать мучений, абстиненции (ломки). На 2-ой стадии наркомании появляются ощущения, вызываемые приёмом наркотика, притупляются, теряют прежнюю яркость. Общение в группе практически отсутствует, единственная цель общения — употребление наркотика. Взаимный обман, «предательство», полная потеря взаимных обязательств членов группы — обычное явление. Асоциальность доходит до критической черты. Утрачиваются этические принципы, эмоциональные привязанности. 5. Наркомания последней, 3-ей степени: полная — физическая и психическая деградация.

Считается, что остановиться при приёме наркотиков возможно лишь на первых двух стадиях. Исследования показали, что только 20% принимающих наркотики подростков переходят опасную черту и становятся закоренелыми наркоманами.

Кроме того, подростки, употреблявшие наркотики, но не ставшие наркоманами, всё равно приобретают устойчивые психологические комплексы: противопоставление себя общественной морали, традициям, существующим в мире взрослых.

Благоприятным фоном развития детского и подросткового наркотизма являются устойчивые комплексы-реакции, основной из которых является реакция эмансипации. В основе её заложено стремление освободиться от привычных рамок (семьи, учебной среды и т. д.).

Для первого употребления наркотика несовершеннолетними, по результатам нескольких исследований, характерны следующие мотивы:

31% — желание быть, как все (комплекс подросткового конформизма),

19% — стремление испытать новые впечатления (любопытство),

12% — поиск фантастичного,

10% — стремление забыться, отключиться от неприятностей.

Кроме того, к мотивам употребления наркотиков подростками необходимо отнести также такие, как желание расслабиться, повеселиться, стремление выглядеть «крутым». Иногда наркотики принимают «для смелости» либо чтобы не подтвердить статус «гадкого утёнка» в среде сверстников. Встречаются случаи насильственного приёма наркотиков, когда специально подростков «сажают на иглу», чтобы потом заставить совершать преступления.

Одной из значимых причин обращения подростков к наркотикам является инфантилизм — неспособность принимать решения, стремление идти по более простому пути. В отличие от животных и детей взрослеющий и взрослый человек в той или иной степени владеет своими желаниями. Самоконтроль — не только волевая функция, но и навык, приобретаемый усвоением социальных и нравственных норм, воспитанием. Способствует самоконтролю знание последствий злоупотребления наркотическими веществами, ценностные ориентиры, личные, социальные цели, перспектива достижения которых весомее (и соизмерение для индивидуума доступно), чем сиюминутное удовольствие. Соотношение стремления к удовольствию и самоконтроля у подростков таково, что подросток оказывается уязвимым. В этом — опасность наркотизма, и тем большая, чем моложе возраст.

Наглядно эта закономерность проступает в случаях так называемой девиантной личности. Это молодые люди определённого типа поведения, облика и личностных характеристик. Поведение в целом отклоняющееся: пренебрежение работой и учёбой, эпизоды воровства, вандализма, мелкого хулиганства; употребления одурманивающих средств — лишь составляющая этого ряда. Обязательно следование молодёжной моде, увлечение рок- или поп- музыкой (или любым другим направлением). Групповое времяпрепровождение обязательно. Существование в «системе» — наиболее яркая черта. Следует иметь в виду, что групповое существование — этап в развитии ребёнка, приходящийся на возраст 8-12 лет. В дальнейшем усложнение психической деятельности, формирование собственных интересов приводят к индивидуализированным отношениям со сверстниками, появляются личные друзья, приятели. Групповую жизнь в возрасте 14-15 лет можно рассматривать как показатель задержки психического развития, низкого уровня развития. Действительно, в группах, состоящих из юношей 16-20 лет, наблюдаются черты детских групп: направленность на игровую развлекательную деятельность, не целевая активность, лёгкость аффективной индукции. Отношения по существу обезличены, состав группы случаен. На уровень психического развития указывают также примитивный характер аффектов и склонность к разрушительным действиям. В группе выражено отчуждённое, нередко враждебное отношение к взрослым. Молодые люди, на первый взгляд, очень похожи. Такое впечатление производят, конечно, однотипные причёски, одежда, манера держаться. Однако главное — недостаточность индивидуального выражения лица и стереотипная усвоенная форма общения с взрослыми. Последнее в свою очередь — отражение группового рисунка поведения. При подробном изучении выясняется недостаточность личной мотивации поведения — оно диктуется группой. В своих рассказах молодые люди употребляют практически только местоимения множественного числа, даже если речь идёт о ситуациях нейтральных, не связанных с проступками (вне попытки уйти от ответственности). Попытка установить тип личности, некую постоянную совокупность черт, который вовлекается в злоупотребление с большей частотой, чем другие, трудно осуществима и потому, что потребление начинается в возрасте, когда личность оказывается в неравновесном, достаточно аморфном состоянии.

В этом обширном психологическом исследовании не подтвердилось использование опьяняющих средств с целью избегания трудностей и преодоления проблем

23. Причины алкоголизма и его социальные и психологические последствия

Все серьезные исследования алкоголизма показывают, что это заболевание имеет наследственный характер: дети пьющих родителей часто сами становятся алкоголиками. До недавнего времени это явление считали только следствием дурного примера родителей и тяжелой обстановки в семье. Современные научные разработки, нисколько не умаляя роли факторов воспитания и среды, по-новому рассматривают роль наследственности в проявлении алкоголизма у детей пьющих родителей. Высказаны предположения, что наследование алкоголизма имеет биохимическую основу. По результатам исследований, проведенных в Канзасском университете (США), сыновья родителей-алкоголиков становятся алкоголиками в 4 раза чаще, чем дети из непьющих семей, причем эта закономерность сохраняется даже в случае усыновления и воспитания ребенка алкоголиков семьей, не употребляющей спиртного. В обратной ситуации, когда ребенок непьющих родителей воспитывается в семье алкоголиков, его шансы стать алкоголиком не так велики. О значении наследственности говорит и тот факт, что у однояйцовых близнецов, имеющих одинаковый набор генов, алкоголизмом обычно заболевают оба близнеца, а у разнояйцовых такое совпадение встречается значительно реже.

Каким же образом алкоголизм передается по наследству? Основываясь на современных данных, ученые считают, что злоупотребление спиртным приводит к необратимым нарушениям обмена веществ и нервно-мозговой деятельности. Передаваясь по наследству, эти нарушения вызывают у потомства алкоголиков повышенную тягу к спиртному и легкость привыкания к нему. Поясним это на материале конкретных научных данных.

Одно из биохимических исследований показывает, что дети алкоголиков, даже еще ни разу не пробовавшие спиртного, имеют такой же ненормально пониженный уровень цинка в крови, как и их пьющие родители. Другие данные свидетельствуют о том, что у пьющих отцов часто рождаются гиперактивные, то есть неуправляемые и агрессивные, сыновья. У таких детей имеется врожденное нейрохимическое расстройство фактор повышенного риска развития алкоголизма в более зрелом возрасте.

Ученые обнаруживают все новые факты, подтверждающие связь между алкогольной зависимостью и нарушением обмена веществ. Сотрудниками Гарвардского университета (США) в крови хронических алкоголиков было найдено малоизвестное химическое соединение, которое полностью отсутствует в крови у людей, не страдающих алкоголизмом, даже после принятия ими спиртных напитков. Можно предположить, что у лиц, злоупотребляющих спиртным, со временем так изменяется обмен веществ, что их организм начинает нуждаться в алкоголе. Кстати, особенности обмена веществ могут обусловливать как алкогольную зависимость, так и врожденную непереносимость алкоголя. Известно, что у представителей некоторых этнических групп даже небольшая доза алкоголя вызывает резкое покраснение лица, ощущение дискомфорта. Это своего рода защитный механизм, предохраняющий от развития алкоголизма.

Чтобы понять, каким образом нарушение обмена веществ влияет на алкогольную зависимость, взглянем на процесс усвоения алкоголя организмом человека. Под влиянием энзимов печени происходит выделение из алкоголя водорода и образование уксусного альдегида. Исследования показали, что уровень содержания уксусного альдегида в крови после приема спиртного у алкоголиков и их потомства значительно выше, чем у людей, не страдающих алкоголизмом и не имеющих алкогольной наследственности. Существует предположение, что избыточный уксусный альдегид, соединяясь с нейропередатчиками мозга, образует наркотическое вещество, подобное морфию, которое и вызывает алкогольную зависимость.

Отклонения в нервно-мозговой деятельности также влияют на развитие алкоголизма. Изучение энцефалограмм людей с повышенным риском заболевания алкоголизмом показало, что в их мозге имеется устойчивое электроволновое отклонение, которое может быть унаследовано.

Еще одним врожденным фактором, повышающим риск возникновения алкоголизма, является сверхчувствительная нервная система. Отмечалось, что многие дети алкоголиков имеют повышенную чувствительность к боли, звукам, свету и другим раздражителям. Впоследствии у таких детей может развиться влечение к алкоголю как средству притупить слишком сильные ощущения.

Как мы видим, целый комплекс биохимических и невротических изменений создает у потомства алкоголиков врожденную предрасположенность к алкоголизму. Однако, подобно ряду других генетически обусловленных заболеваний (сердечнососудистые заболевания, диабет), алкоголизм может проявиться или не проявиться в активной форме в зависимости от внешних условий, то есть в данном случае от того, будет ли человек употреблять спиртное. Напомним, кстати, что нередко алкоголизм возникает и без всякой наследственной предрасположенности.

Американские ученые выявили ряд обстоятельств, наиболее часто приводящих к алкоголизму:

— случаи алкоголизма среди - близких родственников (родители, старшие братья и сестры, бабушки, дедушки, тетки, дяди);

— неблагополучные или неполные

семьи, где родители разведены, не живут вместе или часто ссорятся;

— случаи депрессивных состояний в семье (причем депрессия чаще встречается у женщин, а алкоголизм — у мужчин);

— курение в семье;

— национальные и местные традиции, поощряющие застолье.

Итак, правильное семейное воспитание играет первоочередную роль в предупреждении алкоголизма у подростков и молодежи. Как же следует поступать родителям, чтобы уберечь подрастающих детей от такого зла, как пьянство?

Во-первых, с самого раннего детства откровенно отвечайте на все вопросы ваших детей, в том числе и на вопросы о пьянстве, пьяных, спиртных напитках. Сообщайте только достоверные факты. Если вы будете говорить полуправду, ваш ребенок, в конце концов, узнает об этом и потеряет доверие к вам.

Следите за тем, чтобы содержание и форма ваших разговоров соответствовали возрасту ребенка: дети быстро теряют интерес к тому, что непонятно. Например, трехлетний ребенок, увидев пьяного, может попросить у вас объяснений. Скажите ему, что этот человек так себя ведет, потому что пил вино. Семилетнему ребенку можно объяснить, что в вине содержится алкоголь — яд, который действует на мозг, и поэтому пьяный человек не контролирует свои поступки. Подросток захочет узнать об алкоголе еще больше. Пусть он запомнит, что алкоголь — сильный наркотик, который быстро всасывается в кровь и поступает непосредственно в мозг. Вследствие алкогольного отравления мозга притупляется восприятие, замедляется реакция, угасает мыслительная деятельность. У людей, потребляющих алкоголь, развивается привыкание к нему — алкоголизм. Это болезнь, с трудом поддающаяся лечению, причем чем раньше начато лечение, тем больше надежды на успех. Все эти факты каждому человеку следует твердо усвоить с детства.

Остерегайтесь прочно укоренившихся ошибочных сведений об алкоголе (и хотя с большинством вас ознакомил академик Ф.Г. Углов, имеет смысл повторить наиболее важные из них. — Прим. ред.) .

Злоупотребление алкоголем может привести к атрофии половой функции и импотенции.

Алкоголь подавляет центральную нервную систему. При его приеме в больших дозах могут быть поражены обширные участки коры головного мозга, в том числе из них, которые отвечают за дыхательную и сердечную деятельность. Это может вызвать внезапную остановку сердца и смерть.

Безусловно, искреннее желание бросить пить — необходимое условие излечения от алкоголизма. Но, к сожалению, одного его недостаточно. Не следует забывать, что алкоголизм — это заболевание и требует квалифицированной медицинской помощи. Чем раньше больной обратится к врачу-наркологу, тем больше надежды на его излечение.

24. Проявление истероидного характера

Этот тип органической психопатии более характерен для подростков женского пола. Наиболее ярким его проявлением бывает склонность к частым и бурным аффективным реакциям с криками, плачем, рыданиями вплоть до типичных истерических припадков. Истерические реакции легко возникают при малейших неудачах, в трудных ситуациях, при столкновении с родными или властями, при обиде на близких. Истероидный эгоцентризм, желание привлечь к себе внимание отличается примитивностью проявлений — для всех очевидным безудержным хвастовством и отсутствием смущения, когда выводят на чистую воду. Фантазии банальны, нет умения придавать своим россказням правдоподобный характер. Имеется выраженная эффективность, но аффективные реакции носят демонстративный характер.

Главной чертой является эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания окружающих к своей особе, потребность вызывать восхищение, удивление, почитание, сочувствие. На худой конец предпочитаются даже негодование и ненависть в отношении себя, но только не перспектива остаться незамеченным. Все остальные качества определяются этой чертой.

Нередко приписываемая истероидам внушаемость отличается избирательностью: от нее ничего не остается, если обстановка внушения или само внушение не льют воду на мельницу эгоцентризма. Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашивание своей личности с тем, чтобы опять же привлечь к себе внимание. Кажущаяся эмоциональность на деле оборачивается отсутствием глубоких искренних чувств при большой выразительности, театральности переживаний, при склонности к рисовке и позерству.

Все эти черты нередко намечаются с детских лет. Такой ребенок не выносит, когда при нем хвалят других детей, другим уделяют внимание. Игрушки ему быстро надоедают и часто служат лишь предметом хвастовства перед другими малышами. Насущной потребностью рано становится привлечение к себе взоров, выслушивание восторгов и похвал. Для этого дети с истероидными чертами охотно декламируют стихи, танцуют, поют. Успехи в учебе во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим.

В подростковом возрасте с той же целью привлечь к себе внимание, прежде всего товарищей, могут использоваться нарушения поведения. Делинквентность сводится к прогулам, нежеланию работать и учиться, так как «серая жизнь» их не удовлетворяет, а занять в учебе и труде престижное положение, которое бы тешило их самолюбие, у них не хватает ни способностей, ни, главное, настойчивости. Тем не менее безделье и праздность сочетаются с очень высокими, фактически не удовлетворимыми претензиями в отношении будущей профессии. Склонны к вызывающему поведению в общественных местах. Более тяжких нарушений доведения обычно избегают.

Побеги из дома могут начаться с детских лет. Убежав, дети или подростки стараются быть там, где их будут искать, или обратить на себя внимание милиции (такие демонстративные побеги обычно являются следствием реакции оппозиции). Склонны преувеличивать свою алкоголизацию: прихвастнуть огромным количеством выпитого или блеснуть изысканным выбором алкогольных напитков. Иногда такие подростки готовы изобразить из себя наркоманов. Наслышавшись о наркотиках, попробовав раз — другой какой-либо доступный суррогат, они любят расписывать свои наркотические эксцессы, необычный «кайф», прием экстравагантных наркотиков, вроде героина или ЛСД. Детальный расспрос обнаруживает, что нахватанные сведения быстро истощаются.

Если ничем другим не удается привлечь к себе внимание, то в ход могут пускаться мнимые болезни, ложь и фантазии. Последние всегда предназначаются для окружающих. Выдумывая, легко вживаются в роль, вводят в заблуждение доверчивых людей.

Истероидная акцентуация нередко сочетается с психическим инфантилизмом (гармоничным психофизическим или с психическим на фоне физической акселерации). Вследствие инфантилизма в подростковом возрасте сохраняется детская реакция оппозиции на утрату или уменьшение внимания со стороны близких, на потерю роли семейного кумира. Проявления этой реакции могут быть теми же, что и в детстве — уход в болезнь, попытки избавиться от того, на кого переключилось внимание (например, заставить мать разойтись с появившимся отчимом). Но чаще реакция оппозиции проявляется подростковыми нарушениями поведения—выпивки, знакомство с наркотиками, прогулы, воровство асоциальные компании сверстников — все это предназначается лишь для того, чтобы языком поступков про сигнализировать близким: «Верните мне прежнее внимание и заботу, иначе я собьюсь с пути».

Реакция эмансипации может иметь бурные внешние проявления—громогласные требования свободы, конфликты и т. п. На самом же деле настоящей свободы и самостоятельности вовсе не ищут, от внимания и забот близких вовсе не жаждут избавиться.

Реакция группирования со сверстниками сопряжена с претензиями на лидерство или на исключительное положение в группе. Не обладая ни достаточной стеничностью, ни бестрепетной готовностью подчинять себе других, такие подростки добиваются ведущего положения иными средствами. Обладая хорошим интуитивным чутьем настроения в группе, еще только назревающих в ней желаний, стремлений, событий, истероидные подростки становятся их первыми выразителями, застрельщиками, зажигателями. В порыве, воодушевленные обращенными на них взорами, могут повести за собой других, даже проявить отвагу. Но всегда оказываются вожаками на час, так как перед неожиданными трудностями пасуют, друзей легко предают, лишенные восхищенных взглядов, сразу теряют весь задор. Пытаются также возвыситься в среде сверстников, «пуская им пыль в глаза» россказнями о своих былых «удачах» и «похождениях». Товарищи вскоре распознают за внешними эффектами внутреннюю пустоту. Поэтому истероидные подростки не склонны подолгу задерживаться в одной группе сверстников и охотно устремляются в новую, уверяя, что «разочаровались в прежних приятелях».

Увлечения целиком питаются эгоцентризмом. Для этого может выбираться и художественная самодеятельность (особенно те ее виды, которые популярны в среде сверстников). Но той же цели могут служить и гимнастика йогов, и модные философские течения, и необычные коллекции и многое другое, если только оно не требует слишком упорного труда и позволяет покрасоваться перед другими.

Сексуальное влечение не отличается ни силой, ни напряженностью. В сексуальном поведении также много театральной игры. Юноши чаще скрывают свои сексуальные переживания, уходят от бесед на эти темы, чувствуя, что среди товарищей в этой области они могут легко оказаться не на «высоте». Девочки, наоборот, склонны афишировать свои действительные и выдумывать несуществующие связи, способны на оговоры и самооговоры, могут разыгрывать роль распутниц и проституток, наслаждаясь ошеломляющим впечатлением на собеседника.

Самооценка очень далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент можно скорее всего обратить на себя внимание.

Удары по эгоцентризму являются caмыми чувствительными для истероидной натуры. Неспособность занять видное положение среди сверстников, разоблачение приукрашивающих вымыслов с перспективой быть осмеянными и низвергнутыми с пьедестала, крах надежд при высоком уровне притязаний, утрата внимания со стороны значимых лиц—все это может повести и к острым аффективным реакциям демонстративного типа, включая суицидальные демонстрации, и к истерическому неврозу, и к демонстративным нарушениям поведения. Сочетание истероидной акцентуации с потворствующей гиперпротекцией в воспитании («кумир семьи») легко приводит к психопатическому развитию.

25. Задержанное искаженное и поврежденное психическое развитие детей и соответствующие расстройства психики

Нарушения развития, проявляющиеся в детском возрасте можно классифицировать следующим образом:

1. Недоразвитие, под которым понимается общее стойкое отставание в развитии всех функций вследствие раннего органического поражения мозга (прежде всего – коры больших полушарий). Поражение может иметь наследственную природу (эндогенную) или быть результатом внешних (экзогенных) факторов, действующих во внутриутробный, дородовой периоды или в раннем детстве. Наиболее характерным примером недоразвития является самая распространенная форма умственной отсталости – олигофрения;

2. Задержанное развитие – замедление темпа всего психического развития, возникающее чаще всего в результате слабо выраженных органических поражений коры головного мозга (обычно парциального характера) или длительных и тяжелых соматических заболеваний;

3. Поврежденное психическое развитие, представленное органической деменцией -- нарушением психического развития в конце раннего возраста или уже после трех лет вследствие массивных травм мозга, нейроинфекций, наследственных дегенеративных заболеваний. Во многих случаях органическая деменция имеет прогрессирующий характер;

Искаженное психическое развитие – разные варианты сложных сочетаний общего недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития. Причинами искаженного развития являются некоторые процессуальные наследственные заболевания, например шизофрения, врожденная недостаточность обменных процессов. Ранний детский аутизм – наиболее яркий пример этого типа нарушенного психического развития.

Знание типов нарушенного развития дает возможность более глубоко понять типологию нарушений по психофизиологическим проявлениям, Знание особенностей и возможностей детей с различными недостатками развития дает педагогу и школьному психологу средства для коррекции недостатков в условиях обычной школы и помогает избежать непоправимых ошибок в определении пути обучения ребенка, которые иногда губительно сказываются на всей его жизни.

Задержанное психическое развитие. ЗПР.

Обратимое замедление темпа психического развития, замедление обнаруживается при поступлении в школу. Выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности, преобладание игровых интересов, быстрая пресыщаемость интеллектуальной деятельностью. В отличие от олигофрении отличается сообразительностью в пределах имеющихся знаний. Более продуктивно используют помощь взрослых. Экспертная оценка 60% неуспевающих в школе показала наличие ЗПР (ММД). Диагноз ЗПР ставиться ребенку до 12 лет. После диагноз снимается, при достижении возрастной нормы, или ставиться диагноз патохарактерологическое формирование личности. После 12 летнего возраста ребенок не может быть переведен в специальную школу для детей с ЗПР.

Клинико-психологическая картина зависит от преобладающего фона настроения.

1. эйформический фон. Наблюдается импульсивность, психомоторная расторможенность, внешне имитируют детскую непосредственность и жизнерадостность, отмечается не способность к волевому усилию и систематической деятельности. Непоседливы на уроке, ходят. При наказании, когда ругают, обещают исправиться, учиться не хотят.

2. дисфорический, с пониженным фоном настроения. Склонность к робости, страхам, не самостоятельные, без инициативны. Преобладают игровые интересы, с трудом привыкают к обстановке и к коллективу. Ведут себя более правильно, сильно переживают из-за школьных неудач. Дети, на которых преподаватель меньше всего обращает внимания и буквально тянет за уши по программе. Склонность к формированию невротических наслоений, усугубляющих течение З.П.Р. Не зрелость познавательной деятельности характеризуется определенной иерархической структурой нарушений, при олигофрении страдают высшие психические функции, при задержке психического развития страдает не мышление, а вспомогательные функции; память, внимание, пространственные представления, гнозис, сенсорные и моторные проявления, отставание в речевом развитии, освоении навыков чтения, письма и счета, отставание в формировании вербально-логического мышления. Познавательная активность возникает вследствие энцефалопатических расстройств. Характерна астения, истощаемость нервной системы, не способность к интеллектуальной реализации, двигательная расторможенность, .искаженное.

Искаженное развитие чаще свойственно ряду процессуальных наследственных заболеваний.

Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Его этиология и патогенез неясны. В значительной части случаев речь идет о ранней детской шизофрении.

В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития и с органическим поражением мозга. Для искаженного развития характерна наиболее выраженная асинхрония. В процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной мере противоположная нормальному онтогенезу: так, преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков. Большое значение в искаженном дизонтогенезе имеют явления изоляции: функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в более тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действиях и т. д. Даже при шизофренической природе раннего аутизма явления дизонтогенеза нередко выражены больше, чем симптомы болезни. Однако последним также принадлежит определенная роль в формировании дизонтогенеза. Так, возникновение аутизма, особенно на ранних этапах развития, в большей мере не обусловлено диффузными страхами окружающего. Выраженный дефицит общения в свою очередь является важнейшим тормозом социального развития больного ребенка.

Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2-3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Следует отметить, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития. Однако при других видах дизонтогенеза он является либо осложняющим фактором (например, при недоразвитии по типу осложненной олигофрении), либо пусковым механизмом, например в случае замедления темпа развития, и т. д.

Характерной моделью поврежденного развития является положительная деменция. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем). В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечении, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

26. Проявление шизоидногохарактера

Характерными чертами шизоидов являются дисгармоничность, парадоксальность как их внешнего облика и поведения, так и проявлений эмоциональной жизни и психической деятельности в целом. Моторика шизоидов отличается неестественностью, недостатком пластичности. В посадке головы, походке, привычных движениях сквозит угловатость. Мимика лишена живости, ограничена набором стандартных выражений. Голос мало модулирован, из-за чего нередко разговор ведется как бы на одной ноте.

Шизоиды — люди крайних чувств и эмоций; они либо восхищаются, либо ненавидят. Увлечения шизоидов чаще всего своеобразные, даже оригинальные, как правило, односторонние. Социальная значимость увлечений различна: у одних все силы, помыслы и энергия устремлены к достижению малозначительных целей (например, коллекционирование); другие, наоборот, проявляют недюжинную энергию и упорство в создании подчас весьма талантливых и ценных научных концепций. Однако и в том, и в другом случае они остаются совершенно равнодушными к нуждам практической жизни, обыденным интересам, потребностям семьи. Эти люди не заинтересованы в установлении или поддержании дружеских связей, проявляют слабый интерес к сексуальным отношениям и равнодушны к своей семье. Они подбирают работу, которая требует небольшого числа контактов с другими людьми или вообще лишена таковых. Когда необходимо, они могут устанавливать продолжительные, пусть и отстраненные, рабочие отношения, но предпочитают оставаться наедине с собой, часто работая в одиночку в течение всего дня. Кроме того, многие из них живут одни и избегают социальных контактов. В результате их социальные навыки не получают развития.

Основой шизоидного темперамента является так называемая психэстетическая пропорция, сочетание черт чрезмерной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии).

По преобладанию гиперестетических или анестетических элементов в структуре шизоидной психопатии принято выделять два крайних типа характеров, соединенных между собой широкой гаммой переходных вариантов:

1. сенситивные шизоиды — мимозоподобные, гиперестетические, с преобладанием астенического аффекта;

2. экспансивные шизоиды — холодные, иногда даже тупые личности с преобладанием стенического аффекта.

Сенситивные шизоиды — это люди со «сверхнежной» внутренней организацией, болезненно чувствительные. Они подолгу переживают даже мелкую обиду, не могут освободиться от воспоминаний о когда-то услышанной грубости. Это тонко и глубоко чувствующие люди с ограниченным кругом весьма прочных привязанностей и настороженным отношением к остальному окружению. «Острие» переживаний у них всегда направлено на самих себя, причем склонность к утонченному самонаблюдению иногда доходит до самомучительства. Скромные, мечтательные, легко астенизирующиеся, избегающие бурных проявлений чувств, они в то же время болезненно самолюбивы. Астенический аффект, по мнению Т.И. Юдина (1926), проявляется у них в своеобразной гордости: «Прощаю все другим, но не прощаю себе». В работе они предельно добросовестны и обстоятельны, стремятся к односторонней углубленности, обычно ограничиваясь узким кругом повседневных обязанностей. Под действием психической травмы, каковой для них чаще всего становятся различные этические конфликты и нравственно изолирующие ситуации (подозрение в каком-либо неблаговидном или аморальном поступке), они легко теряют душевное равновесие. Появляются подавленность, вялость, усиливается отгороженность от мира. Они теряют аппетит, плохо спят, становятся еще более недоверчивыми. Иногда возникают отрывочные идеи отношения. Как правило, по прошествии травмирующей ситуации такие шизоидные реакции быстро проходят, оставляя неизменной прежнюю структуру личности.

Экспансивные шизоиды — это решительные, волевые натуры, не склонные к колебаниям, мало считающиеся со взглядами других. В отношениях с окружающими они обычно сухи и официальны. Строгая принципиальность сочетается у них с безразличием к судьбам отдельных людей. Среди них нередки люди «со скверным характером», высокомерные, холодные, крутые, неспособные к сопереживанию, иногда бессердечные и даже жестокие, но в то же время легко уязвимые, с глубоко скрываемой неудовлетворенностью и неуверенностью в себе, капризные и желчные. Они склонны к эксплозивным (взрывчатым) реакциям. При появлении серьезных жизненных затруднений у них нарастают суетливость, раздражительность со вспышками гнева и импульсивными поступками. В более тяжелых случаях возможно формирование преходящих состояний, близких к параноидным реакциям, когда свойственная им ранее недоверчивость становится бредовой настороженностью или даже кататимными бредовыми образованиями.

27 Антенатальные и перинатальные факторы нарушения онтогенезе

К перинатальному периоду относятся антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды. Антенатальный период начинается на 28 неделе внутриутробного развития и оканчивается началом родового акта.

В основе развития перинатальных поражений центральной нервной системы лежат многочисленные факторы, влияющие на состояние плода в течение беременности и родов и новорожденного в первые дни его жизни, обуславливающие возможность развития различных заболеваний как на 1 году жизни ребенка, так и в более старшем возрасте. Причины, влияющие на возникновение перинатальных поражений центральной нервной системы.

1. Соматические заболевания матери с явлениями хронической интоксикации.
2. Острые инфекционные заболевания или обострение хронических очагов инфекции в организме матери в период беременности.
3. Нарушение питания и общая незрелость беременной женщины.
4. Наследственные заболевания и нарушения обмена веществ.
5. Патологическое течение беременности (ранние и поздние токсикозы, угроза прерывания беременности и пр.).
6. Вредные воздействия окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка (ионизирующее излучение, токсические воздействия, в том числе при применении различных лекарственных веществ, загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов и промышленными отходами и пр.).
7. Патологическое течение родов (стремительные роды, слабость родовой деятельности и пр.) и травмы при применении родового пособия.
8. Недоношенность и незрелость плода с различными нарушениями его жизнедеятельности в первые дни жизни.

#### Антенатальный период

К повреждающим факторам антенатального периода относят:

1. внутриутробные инфекции
2. обострения хронических заболевании будущей матери с неблагоприятными изменениями метаболизма
3. интоксикации
4. действие различных видов излучения
5. генетическая обусловленность

Необходимо обратить внимание на то, что в первом триместре внутриутробной жизни закладываются все основные элементы нервной системы будущего ребенка, а формирование плацентарного барьера начинается лишь с третьего месяца беременности. Возбудители таких инфекционных заболеваний, как токсоплазмоз, хламидиоз, листереллез, сифилис, сывороточный гепатит, цитомегалия и др., проникнув через незрелую плаценту из организма матери, глубоко повреждают внутренние органы плода, и в том числе формирующуюся нервную систему ребенка. Эти повреждения плода на данной стадии его развития генерализованные, но в первую очередь страдает центральная нервная система. В последующем, когда плацента уже сформировалась и достаточно эффективен плацентарный барьер, воздействия неблагоприятных факторов уже не приводят к формированию пороков развития плода, но могут вызвать преждевременное рождение, функциональную незрелость ребенка и внутриутробную гипотрофию.

В то же время есть факторы, которые могут неблагоприятно повлиять на развитие нервной системы плода в любом периоде беременности и даже до нее, влияя на репродуктивные органы и ткани родителей (проникающая радиация, употребление спиртных напитков, тяжелые острые интоксикации).

Основные варианты последствий перинатального поражения центральной нервной системы и детей раннего возраста:

1. Полное выздоровление
2. Задержка психического, моторного или речевого развития ребенка
3. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью (минимальная мозговая дисфункция)
4. Невротические реакции
5. Церебрастенический (посттравматический) синдром
6. Синдром вегетативно-висцеральной дисфункции
7. Эпилепсия
8. Гидроцефалия
9. Детский церебральный паралич

У детей с последствиями перинатального поражения головного мозга в более старшем возрасте часто отмечаются нарушения адаптации к условиям внешней среды, проявляющиеся различными нарушениями поведения, невротическими проявлениями, синдромом гиперактивности, астеническим синдромом, школьной дезадаптацией, нарушением вегетативно-висцеральных функций и пр.

28. Проявление эпилептоидного характера

Для эпилептоидов характерна определенная «вязкость» мышления, склонность к установленному ранее порядку. Характер эпилептоидный - один из типов акцентуации характера. Свойственны склонность к злобно-тоскливому настроению с накоплением агрессии, конфликтность, вязкость мышления, скрупулезная педантичность. Одной из базовых черт, от которой зависит многое в эпилептоиде, является любовь к порядку. И как частное ее проявление, согласно логике психотипа, - любовь к порядку в вещах. А это проявляется, в свою очередь, в том, что эпилептоид любит, чтобы стулья стояли ровно, в линию, чтобы ключи не валялись в ящике, а висели на специально устроенной витринке, каждый на своем месте, чтобы все нужные инструменты были под рукой Эпилептоид не просто любит наводить порядок в отношении людей к вещам и в отношениях людей между собой. Ему нравится наводить ужас на тех, кто не очень соблюдает порядок. Если где-то порядок нарушен, для эпилептоида это криминал, он чувствует, как в нем медленно нарастает глухое раздражение. Потом начинается ворчание, а вслед за этим разражается буря. В большой команде эпилептоид тоже может работать на изменение порядка, но как бы с позиции исторического развития, то есть тоже поддерживает порядок хода истории. Мышление у эпилептоида оно прагматическое, четкое, ясное, понятное всем людям. Он хорошо структурирует свои высказывания, разлагает их на простые фразы. Он не злоупотребляет вводными предложениями и деепричастными оборотами. Логика его последовательна и проста. В целом эпилептоид пользуется простой заземленной логикой здравого смысла. Когда ему кто-то дает напрямую правильные логические ходы, он вынужденно соглашается. Но, в отличие от истероида, который с легкостью пренебрегает тем, что его уличили в логической передержке, он начинает мучиться несоответствием своего поведения тому, к чему пришел в своих размышлениях на базе здравого смысла. Современному эпилептоиду чужда эзотерика, чертовщина, трансцендентальность. Он не легковерен. Он требует доказательств. Он не верит экстрасенсам, он верит хирургам, потому что он сам по сути своей хирург. Со всем строем эпилептоидного мышления связан характер ассоциаций эпилептоида. Говорят о том, что мышление эпилептоида конкретное, ситуативное, он не размышляет на уровне высоких философских категорий. В мышлении эпилептоида (как и у паранойяльного) превалирует целеполагание. Оно работает на цель, сам процесс мышления, побочные его продукты не интересны для него. Он, как и паранойяльный, отбрасывает их без рассуждений, если они противоречат основной цели - доказательству принятой ранее (чужой) идеи, в крайнем случае он их опровергает, но не останавливается на противоречащей мысли, не разрабатывает ее. А для эпилептоида важен результат, а процесс даже тягостен. В мышлении эпилептоида интересна и важна такая особенность. Он не видит альтернативных вариантов. Те программы, которые ему даны паранойяльными, он принимает и закрывается от влияния других идей со стороны. В этом отношении он похож на паранойяльного, которого характеризует та же узость, но по отношению к своей, втемяшившейся ему в мозг мысли. Эпилептоид разумно решителен в принятии решений. Решение принято и выполняется. Эпилептоиду как нельзя лучше подходит пословица «семь раз отмерь, один раз отрежь». Он так и делает. Интересно в этом плане сравнить эпилептоида с паранойяльным, который один раз отмерил и один раз отрезал.

29. Синдром дефицита внимания у детей

Синдром дефицита внимания / гиперактивности - дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов.

Диагноз дефицита внимания может быть установлен при наличии по крайней мере 6 из описанных ниже симптомов. Ребенок имеет дефицит внимания, если он:

- не обращает внимания на детали и допускает ошибки в работе;

- с трудом поддерживает внимание в работе и игре;

- не слушает то, что ему говорят;

- не в состоянии следовать инструкциям;

- не может организовать игру или деятельность;

- имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания;

- часто теряет вещи;

- часто и легко отвлекается;

- бывает забывчив.

Предполагается, что в основе патогенеза синдрома лежат нарушения активирующей системы ретикулярной формации, которая способствует координации обучения и памяти, обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания. Нарушения активирующей функции ретикулярной формации, по всей видимости, связаны с недостаточностью в ней норадреналина. Невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что различные зрительные, звуковые, эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность. Нарушения в функционировании ретикулярной формации предопределяют вторичные нарушения нейромедиаторного обмена головного мозга. Теория о связи гиперактивности с нарушениями обмена дофамина имеет многочисленные подтверждения, в частности, успешность терапии синдрома дефицита внимания / гиперактивности дофаминергическими препаратами. Возможно, что нарушения нейромедиаторного обмена, приводящие к гиперактивности, связаны с мутациями в генах, которые регулируют функции дофаминовых рецепторов. Отдельные биохимические исследования у детей с синдромом дефицита внимания / гиперактивности свидетельствуют, что в головном мозге нарушается обмен не только дофамина, но и других нейромедиаторов серотонина и норадреналина.

Помимо ретикулярной формации, важное значение в патогенезе синдрома дефицита внимания / гиперактивности имеет, вероятно, дисфункция лобных долей (префронтальной коры), подкорковых ядер и соединяющих их проводящих путей. Одним из подтверждений данного предположения является сходство нейропсихологических нарушений у детей с синдромом дефицита внимания и у взрослых при поражении лобных долей мозга. При спектральной томографии головного мозга у 65% детей с синдромом дефицита внимания / гиперактивности обнаружено снижение кровотока в префронтальной коре головного мозга при интеллектуальных нагрузках, тогда как в контрольной группе - лишь у 5%.

30. Организация суицидологической службы и принципы профилактики суицидов

Для профилактики самоубийств важное значение имеет выяснение состояния эмоционально-волевой сферы человека, покончившего с собой, его психическое отношение к предстоящему суициду. Поскольку самоубийство - деяние умышленное, то, прежде чем говорить об их предупреждении, необходимо рассмотреть мотивы и причины самоубийств.

Можно воспользоваться данной типологией мотивов и поводов самоубийств:

1. Лично-семейные конфликты, в том числе семейные конфликты, развод; болезнь, смерть близких; одиночество; неудачная любовь; оскорбления со стороны окружающих; половая несостоятельность

2. Состояние здоровья, в том числе психические заболевания; соматические заболевания; уродства

3. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента, в том числе опасение уголовной ответственности; боязнь иного наказания или позора

4. Материально-бытовые трудности

5. Конфликты, связанные с работой или учебой, в том числе конфликты на работе; неуспехи в учебе

6. Другие мотивы

Сегодня существует Международная ассоциация по предотвращению самоубийств, по рекомендации которой во многих городах мира и нашей страны были созданы службы предупреждения самоубийств. Это новая форма организации медицинской и социально-психологической помощи людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. Службы ориентированы на широкие круги населения и, в первую очередь, на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, людей, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными.

Одним из главных принципов деятельности служб является их анонимность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получат огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта. Неукоснительно соблюдается еще один принцип, рекомендуемый международными суицидологическими организациями, - подразделение службы не должно располагаться на территории психиатрических учреждений. Это устраняет барьер, мешающий человеку обратиться к психотерапевту. Ведь нередко такому шагу препятствует страх прослыть психически больным, быть поставленным на психиатрический учет.

Службы могут быть укомплектованы как добровольцами, так и специалистами-психотерапевтами. Главное преимущество службы состоит в том, что ее основные звенья действуют не автономно, а объединены в систему. Структурные подразделения - “телефон доверия”, кабинеты социально-психологической помощи, кризисные стационары - имеют преемственную связь и координируются центром. Среди принципов службы особое место занимает доверительность, абсолютная секретность, запрет требовать вознаграждения за услуги и запрет оказания любого давления. Принципы работников служб - “не судить, не критиковать и даже не удивляться”, а помочь абоненту самостоятельно прийти к правильному решению. Население широко информируется о наличии “телефонов доверия”, но самоубийства при этом не упоминаются, сообщается только, что оказывается “помощь в беде, безнадежности и депрессии”.

31 Механизм развития неврозов у детей

Невроз – это **обратимое** расстройство психического состояния человека, без искажения картины мира. **Опасность этого заболевания кроется не в его тяжести, а в отношении к нему.** Большинство родителей просто не обращают внимание на первые признаки неврозов или нервных расстройств у своих детей, вторая часть если и обращает внимание, то относится достаточно поверхностно (само пройдет), и лишь незначительная часть предпринимает реальные действия для исправления положения.

**Какие бывают неврозы:**

1. Невроз страха. Характерно приступообразное возникновение страхов, особенно при засыпании. Приступы страха продолжаются 10-30 мин., сопровождаются выраженной тревогой, нередко аффективными галлюцинациями и иллюзиями, вазовегетативными нарушениями. Содержание страхов зависит от возраста. У детей предшкольного и дошкольного возраста преобладают страхи темноты, одиночества, животных, которые напугали ребенка, персонажей из сказок, кинофильмов или придуманных родителями с «воспитательной» целью («черный дядька» и др.)

2. Невроз навязчивых состояний. Отличается преобладанием разнообразных навязчивых явлений, т.е. движений, действий, страхов, опасений, представлений и мыслей, возникающих неотступно вопреки желанию. Основными видами навязчивостей у детей являются навязчивые движения и действия (обсессии) и навязчивые страхи (фобии). Еще более редкой формой контрастных навязчивостей являются навязчивые влечения. Все эти переживания не реализуются и сопровождаются тревогой и страхом.

3.Депрессивный невроз. Типичные проявления депрессивного невроза наблюдаются в подростковом и предподростковом возрасте. На первый план выступает подавленное настроение, сопровождающееся грустным выражением лица, бедной мимикой, тихой речью, замедленными движениями, плаксивостью, общим снижением активности, стремлением к одиночеству. В высказываниях преобладают психотравмирующие переживания, а также мысли о собственной малоценности, низком уровне способностей. Характерны снижение аппетита, уменьшение массы тела, запоры, бессонница.

4.Истерический невроз. В младшем детском возрасте часто встречаются рудиментарные моторные припадки: падения с криком, плачем, разбрасыванием конечностей, ударами об пол и аффект-респираторные приступы, которые возникают в связи с обидой, недовольством при отказе выполнить требование ребенка, наказании и т.д.

5.Неврастения (астенический невроз). Возникновению неврастении у детей и подростков способствуют соматическая ослабленность и перегрузка различными дополнительными занятиями. Наблюдается вегетососудистая дистония, сниженный аппетит, расстройства сна. У детей более младшего возраста отмечаются двигательная расторможенность, неусидчивость, склонность к лишним движениям.

6.Ипохондрический невроз. Невротические расстройства, в структуре которых преобладают чрезмерная озабоченность своим здоровьем и склонность к необоснованным опасениям по поводу возможности возникновения того или иного заболевания. Встречается в основном у подростков.

Системные невротические проявления.

7. Невротическое заикание. У мальчиков заикание возникает значительно чаще, чем у девочек. Расстройство в основном развивается в период становления речи (2-3 года) или в возрасте 4-5 лет. Причинами невротического заикания могут быть острые, подострые и хронические психические травмы.

8.Невротические тики. Объединяют разнообразные автоматизированные привычные движения (мигание, наморщивание кожи лба, крыльев носа, облизывание губ, подергивание головой, плечами, различные движения конечностями, туловищем), а также «покашливание», «хмыкание», «хрюкающие» звуки (респираторные тики), которые возникают в результате фиксации того или иного защитного движения, первоначально целесообразно. В части случаев тики относят к проявлениям невроза навязчивости. Часты сочетания с невротическим заиканием и энурезом.

9.Невротические расстройства сна. У детей и подростков встречаются весьма часто, однако изучены недостаточно. Выражаются нарушениями засыпания, беспокойным сном с частыми движениями, расстройством глубины сна с ночными пробуждениями, ночными страхами, яркими устрашающими сновидениями, а также снохождениями и сноговорениями. Ночные страхи, встречающиеся в основном у детей дошкольного младшего школьного возраста.

10.Невротические расстройства аппетита (анорексия). Характеризуются различными нарушениями пищевого поведения в связи с первичным снижением аппетита. Чаще всего наблюдается в раннем и дошкольном возрасте. Непосредственным поводом к возникновению невротической анорексии часто является попытка матери насильно накормить ребенка при его отказе от еды, перекармливание, случайное совпадение кормления с каким-либо неприятным впечатлением (испуг, связанный с тем, что ребенок случайно подавился, резкий окрик, ссора взрослых и т.п.).

11.Невротический энурез. Неосознанное пускание мочи, преимущественно во время ночного сна. В этиологии энуреза, помимо психотравмирующих факторов, играют роль невропатические состояния, черты торможения и тревожности в характере, а также наследственность. Ночное недержание мочи учащается при обострении психотравмирующей ситуации, после физических наказаний и т.п. Уже в конце дошкольного и начале школьного возраста появляются переживание недостатка, пониженная самооценка, тревожное ожидание нового пускания мочи. Это нередко ведет к нарушениям сна. Как правило, наблюдаются другие невротические расстройства: неустойчивость настроения, раздражительность, капризность, страхи, плаксивость, тики.

12 .Невротический энкопрез. Проявляется в непроизвольном выделении незначительного количества испражнений при отсутствии поражений спинного мозга, а также аномалий и других заболеваний нижнего отдела кишечника или сфинктера анального отверстия

13. Патологические привычные действия. Наиболее распространенными являются сосание пальцев, кусание ногтей (онихофагия), генитальные манипуляции (раздражение половых органов. Реже встречаются болезненное стремление выдергивать или выщипывать волосы на волосистой части головы и бровях (трихотилломания) и ритмическое раскачивание головой и туловищем (актация) перед засыпанием у детей первых 2 лет жизни.

**Причины невроза:**

Основной причиной неврозов является **психическая травма**, но такая прямая связь наблюдается сравнительно редко. Возникновение невроза обусловлено часто не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой личностью сложившейся ситуации и неспособностью адаптироваться к новым условиям. Чем больше личностная предрасположенность, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза.

Итак, для возникновения невроза имеют значение:

1. факторы биологической природы: наследственность и конституция, перенесенные заболевания, беременность и роды, пол и возраст, особенности телосложения и т.д.

2. факторы психологической природы: преморбидные особенности личности, психические травмы детского возраста, ятрогении, психотравмирующие ситуации.

3. факторы социальной природы: родительская семья, сексуальное воспитание, образование, профессия и трудовая деятельность. Важными факторами при формировании невроза являются обще-истощающие вредности: Длительное недосыпание Физические и умственные перегрузки

32.Профилактика наркоманий и формы оказания помощи наркоманам

Профилактика злоупотребления веществом традиционно разделяется на три этапа. Первый - первичная профилактика, которой свойственно избежание злоупотребления наркотиками до того, как у злоупотребления вообще появится шанс иметь место. Вторичная профилактика имеет дело с уже начавшимся злоупотреблением. Этот тип профилактики аналогичен раннему лечению, когда проблемы с наркотиками только всплыли на поверхность. Вторичная профилактика часто используется законной системой, ответственной за неправильное употребление веществ. К примеру, человека, арестованного за вождение в нетрезвом виде, могут направить на специальные курсы, обучение на которых должно предотвратить повтор ситуации. В некоторых частях США так поступают с малолетними правонарушителями, задержанными за хранение наркотиков. В обоих случаях делается акцент на уничтожение проблемы в зародыше. Главным в таких усилиях является раннее выявление подобных проблем. Третья форма профилактики, которая называется третичной, заключается в лечении людей, уже в полной мере употребляющих наркотики и уже полностью зависимых от них. Ее цель заключается в прекращении употребления наркотиков и избежание дальнейших ухудшений в организме человека. Третичная профилактика и лечение наркомании совпадают, но о профилактике обычно говорят когда инцидент случается впервые, а о лечении, когда случаются рецидивы. В оставшейся части главы сфокусируем свое внимание на первичной и вторичной профилактике. Существует несколько основных направлений совместной деятельности медицинских работников и специалистов по социальной работе для достижения поставленных целей· формирование у больного осознанной стабильной мотивации или установки на окончательный отказ от потребления наркотических средств, на активное включение и реабилитационный процесс;

· осуществление комплекса лечебно-психолого-терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию влечения к наркотикам, предотвращение рецидивов болезни;

· редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуальных расстройств, развившихся или усугубившихся в процессе болезни;

· укрепление здоровья больного на основе обучения навыкам здорового образа жизни;

· коррекция структуры личности больного для обеспечения позитивного личностного развития;

· повышение уровня социального функционирования больного, формирование или восстановление позитивных семейных и средовых связей;

· достижение реального материального самообеспечения пациента на основе закрепления навыков системной занятости, образовательно-профессиональной подготовки.

Для более эффективного воздействия на больного лечение и социальная реабилитация наркоманов должны проводиться в учреждениях закрытого типа и в течение длительного периода времени (до двух лет). При этом они должны строиться на неукоснительном соблюдении следующих принципов:

1. Максимальная индивидуализация реабилитационных технологий: первая ступень - определение индивидуальных условий прохождения курса лечения и реабилитации каждого наркомана (стационарные, полустационарные или амбулаторные программы), клинических особенностей заболевания, социальных осложнений, вызванных употреблением наркотиков, определение особенностей структуры личности, макросоциального окружения зависимого. Вторая ступень - анализ собранной информации, составление индивидуального профиля каждого наркомана и включение его в подходящую по этим параметрам программу реабилитации.

2. Комплексный подход к лечению и реабилитации. Наркологические заболевания у каждого конкретного зависимого состоят из одних и тех же составляющих (биологические и социально-психологические), но удельный вес этих составляющих различен. Одни больные имеют биологическую предрасположенность к наркотической зависимости, а другие втягиваются в процесс злоупотребления под влиянием среды, то есть на первом месте у них стоят социально-психологические факторы. Но, тем не менее, независимо от преобладания тех или иных факторов, на всем протяжении реабилитационного воздействия оно должно быть комплексным, включая в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие, причем продолжительность частей реабилитационного процесса у разных наркоманов разная.

33. Акцентуации и патологические характеры. Критерии диагностики

Чрезмерная выраженность черт характера и их сочетание в крайних проявлениях нормы называется акцентуацией характера. Акцентуации характера — это уязвимость психотравмирующего воздействия на слабое звено (место наименьшего сопротивления) данного типа характера при устойчивости к другим воздействиям.

Выявлены явные и скрытые акцентуации характера. Явные акцентуации относятся к крайней границе нормы и отличаются постоянными чертами определенного типа характера. Скрытые акцентуации — обычная норма, слабовыраженная или не выраженная вообще, они могут проявляться в результате воздействия различных факторов (болезни, травм) к месту наименьшего сопротивления.

Патологические характеры-психопаты 1. Тотальность проявления психопатических черт характера 2. Относительная стабильность, малая обратимость психопатических черт 3. Выраженность психопатических черт до степени, мешающей нормальной социальной адаптации. Психопаты резко отличаются как от психически больных людей, так и от нормальных. Нельзя провести четкой границы между этими "больными" и нормальными людьми: тут разница не качественная, а количественная.

34. Профилактика алкоголизма и формы оказания пом. больным алк-ом

Все профилактические мероприятия можно подразделить на социальные, социально-медицинские и медицинские, которые различают по частным целям, средствам и эффекту воздействия.

Все профилактические мероприятия делятся на три типа: первичная, вторичная и третичная профилактика (терминология Всемирной организации здравоохранения).

Первичная профилактика алкоголизма состоит в предупреждении негативного влияния алкогольных обычаев макросоциальной среды, формирование у населения (тем более у подрастающего поколения) таких нравственных и гигиенических убеждений, которые бы исключали и вытесняли саму возможность любых форм злоупотребления спиртными напитками.

Вторичная профилактика алкоголизма состоит в выявлении групп населения, наиболее уязвимых по отношению к алкоголизму, и больных, максимально раннем, полным и комплексном осуществлении лечебных мероприятий, оздоровлении микросоциальной почвы, применением всей системы мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

Третичная профилактика алкоголизма 'направлена на предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений, реализуется в противорецидивной, поддерживающей терапии, в мероприятиях по социальной реабилитации.

Работники социальной службы решают такие вопросы, как получение паспорта, восстановление на работе, бытоустройство и т.п. Амбулаторная наркологическая служба решает вопросы, касающиеся также профилактического приема, работы психотерапевтических групп.

Такое распределение сил и средств помогает осуществлять целенаправленное реабилитационное воздействие на больных алкоголизмом, облегчает управление реабилитационным процессом

35. Биологич. процесс старения. Психическое старение и его положит. и отрицат. признаки

При определении термина "старение" необходимым и достаточным оказывается определение принципа старения как явления:

старение - "снижение жизнеспособности со временем", или

старение - "повышения вероятности смерти со временем", или в более общем виде:

старение – "повышение степени хаоса на всех структурных уровнях организма", - что и проявляется самым логичным и понятным образом общим снижением сопротивляемости организма ко всем факторам и регистрируется как повышение вероятности смерти от всех причин с возрастом.

Психическое старение, как случай естественного старения, при котором отмечаются снижение психической силы, сужение объема психической жизни, экономное использование имеющихся ресурсов

Психическая слабость, снижение силы и подвижности психических процессов при психическом упадке в старости находятся в тесной связи с фактором физического здоровья. Укрепление физического здоровья, излечение от соматических болезней быстро ведут к оживлению психической жизни в старости.

Характеризуя психическое старение, необходимо учитывать некоторые положительные сдвиги, которые являются компенсаторными или приспособительными в новых условиях жизни. Так, одновременно со снижением уровня психической деятельности отмечаются качественные изменения, способствующие преодолению и уравновешиванию этого снижения, достижение структурного единства дефицитарных признаков старения с позитивными или компенсаторными. Это свидетельствует о возможности в старости адаптироваться к новым условиям жизни. При изучении способностей у старых людей в возрасте от 60 до 93 лет установлено, что они используют структуру своего опыта, черпая из него элементы для удержания имеющихся знаний на должном уровне и для переработки их в новые знания. Старые люди могут в значительной степени развивать некоторые свои способности и даже проявлять новые.

36. Тактика спец-та с.р. при оказании коррекционной помощи подросткам

В школе осуществляется коррекция девиантного поведения подростков, предполагающая организацию системы мероприятий на различных уровнях социальной организации (общегосударственном, правовом, экономическом, медико–социальном, педагогическом, социально-психологическом), которая должна быть реализована поэтапно.

В условиях средней школы был создан ряд условий для повышения эффективности оказания индивидуальной помощи девиантному подростку с целью его социальной коррекции.

установка подростка и семьи на помощь специалиста;

учет характерологических особенностей подростка;

возможность перестройки неадаптивного поведения и обретения навыков адаптивного общения;

взаимодействие субъектов реализации работы по коррекции девиантного поведения подростков (психолог, врач, педагоги).

реализация индивидуального подхода.

В настоящее время существует множество направлений и методических приёмов психотерапии. Психолог школы в своей практической индивидуальной коррекционной работе использует различные формы внушения, арттерапию, библиотерапию, музыкотерапию, танцтерапию, игротерапию, логотерапию, психодраму и др.

Коррекция девиантного поведения будет настолько эффективной, насколько она учитывает уникальность и неповторимость подростка. Индивидуальный подход означает выявление природы психологических трудностей конкретного агрессивного подростка и действительных психологических механизмов, лежащих в основе подростковых проблем, выбор соответствующих данному индивидуальному случаю способов и методов работы, осуществление обратной связи, корректировку выбранной.

37. Экстремальные ситуации и их психотравмирующий потенциал

Природные катастрофы: землетрясения; цунами; наводнения; селевые потоки; сход ледника; тайфуны и др. Эпидемии. Препятствия непреодолимой силы и их последствия: разрушения водопроводов, резервуаров с пригодной для питья водой; разрушения канализационных систем; вероятность масштабных эпидемий и др.

Техногенные катастрофы: взрывы газа; аварии на атомных станциях; авиа– и автокатастрофы и др.

Социальные катастрофы: военные действия; межэтнические конфликты; теракты; бандитские нападения; захват заложников и др.

Физическое и психическое насилие.

Стигматизация как элемент психического и социального насилия.

Психологические реакции на экстремальную ситуацию: адаптивные, дезадаптивные, острые аффективные. Астенические состояния: быстрая утомляемость, пониженная продуктивность, головные боли, головокружения, обмороки, нарушение сна, а также повышенная возбудимость, нарушение концентрации внимания, снижение аппетита и др.

38. Тактика специалиста социальной работы при оказании коррекционной помощи детям

В понятие реабилитации детей, имеющих психофизиологические отклонения, входят следующие важнейшие моменты: развитие жизненно необходимых навыков, обучение, по возможности, чтению и письму, адаптация к детскому коллективу, которые должны осуществляться повседневно и ежеминутно.

39. Адекватные и патологические реакции на экстремальные ситуации

При воздействии стресс-факторов экстремальной ситуации большинство современных исследователей выделяют два вида реакций человека: адекватные и патологические. Основным содержанием адекватных форм реакции являются специфические реакции организма, направленные на устранение или преодоление влияния экстремальных факторов или поддержание необходимых видов деятельности. Особенностью поведенческих форм является их осознанный целенаправленный характер. Это подразумевает формирование у человека определенного плана действий, основанного на анализе качественных, а иногда и количественных характеристик экстремальных условий.

Патологическая форма реакции характеризуется относительно малой связью со специфичностью экстремального условия. Она направлена, прежде всего, на сохранение функционирования организма и лишь в значительно меньшей степени на сохранение структуры трудовой деятельности. Сознательный контроль за поведенческими реакциями здесь ослабевает, и в крайних случаях наблюдаются бессознательные поведенческие реакции типа паники.

Реакции тревоги дифференцируются на малую, среднюю и крайнюю степени. Психологическое содержание реакции тревоги малой степени заключается в стремлении проанализировать внешний раздражитель, оценить его значимость и выработать реакции пассивной защиты от воздействующего фактора. В отличие от обычной ориентировочной реакции реакция тревоги при действии слабого экстремального фактора более устойчива и в ней более выражен компонент психических, поведенческих ответов. Наиболее выраженными являются изменения порогов восприятия, изменения ряда психологических функций, нарушения нормального хода выполнения профессиональных действий. Вместе с тем, появление реакций тревоги малой степени не вызывает значительных эмоциональных изменений, не изменяется и значимость, и соотношение мотивов деятельности.

При реакции тревоги средней степени появляются ошибки в трудовой деятельности человека. Ошибки учащаются, нарушается процесс осуществления сознательного контроля за ними, изменяется структура ассоциативных связей, происходит их упрощение. В частности, нарушается чувство восприятия времени. Эти явления характеризуются как эмоционально-ассоциативные нарушения, ведущим компонентом которых является сужение поля сознания. Одним из наиболее существенных признаков реакции тревоги является изменение мотивов деятельности, где на первый план выходят мотивы страха, ухода из экстремальной ситуации. Доминантным становится какой-либо один из множества мотивов, в обычных условиях определяющих деятельность человека. Появляется резко выраженное эмоциональное напряжение. Оно легко определяется по вегетативным признакам, мимике, речи и движениям человека. Так, в речи появляются паузы, увеличивается длительность и громкость произнесения гласных, разборчивость согласных падает за счет нарушений артикуляции звуков. Состав сообщений также меняется: они обрывочны, зачастую неполны, часто встречаются повторения. Движения становятся менее точными, в них вовлекается больший, чем это необходимо, мышечный аппарат и т. д.

Одним из самых сильных психических состояний, характерных для пребывания в экстремальных условиях вооруженного конфликта, является состояние возбуждения. Время пребывания в зоне конфликта зачастую рассматривается ветераном как самый важный и яркий период в его жизни. Жизнь в мирных условиях кажется им пресной и скучной, что может подтолкнуть их к совершению каких-либо неправомерных поступков исключительно ради достижения состояния возбуждения.

Некоторые случаи массовых убийств гражданского населения являются актами целенаправленной политики. Другие, хотя и являются умышленными, но представляют собой реакцию на кумулятивный стресс (боевую усталость). Эти случаи наиболее вероятны в условиях локального вооруженного конфликта, когда женщины и дети из числа местных жителей принимают непосредственное участие в боевых действиях.

40.Тактика специалиста социальной работы при оказании коррекционной помощи пожилым людям

Психосоциальная работа с пожилыми и старыми людьми считается одной из самых сложных в физическом, психологическом, социальных аспектах. К старости человек приходит с багажом старых и новых проблем. С ним остаются все индивидуальные черты характера, темперамента, личностные особенности и модели поведения, которые он использовал в различных ситуациях во все периоды своей жизни. Для социального работника необходимо понимание и осознание всей сложности соматических, психологических, медицинских, социальных проблем каждого человека, обращающегося к нему за помощью. Психосоциальные работники должны иметь специальную универсальную подготовку, которая в их практической деятельности способствовала бы своевременному и каченному удовлетворению нужд и потребностей пожилого человека. В психолого-социальной работе обязательно должен быть дифференцированный подход как старому человеку таки к его окружению. Необходимо знание и понимание физиологических характеристик возрастных градаций пожилого, старого и престарелого человека: 60-64; 65-69; 70-75-ти и более лет. Специалист должен иметь банк данных обслуживаемого контингента стариков с указанием места и условий проживания, социального положения, имеющихся льгот, заболеваний соматических, психических, особенностей личности. Уход за старыми людьми предусматривает планирование и организацию всех его аспектов с привлечением значимых для старика лиц, которым он доверяет. Доброта, честность, порядочность, умение слушать, сострадать – необходимы качества профессионального работника. Знание соц.работником этих этических норм и правил деонтологии определяет эффективность его деятельности, в особенности во взаимоотношениях с пожилыми и престарелыми людьми.

41. Цели и методы психотерапии

Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии можно сформулировать следующим образом: общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно:

1) терапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы; 2) устраняет эмоциональный дискомфорт; 3) поощряет свободное выражение чувств; 4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы; 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

1. Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

2. Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

3. И наконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого — терапевтического, хирургического и т.д.) имеют некоторые общие основные черты, или составляющие.

1. Человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы. Это — клиент, или пациент.

2. Человек, который благодаря обучению или опыту воспринимается как способный оказывать помощь. Это — терапевт, или целитель.

3. Теория, которая используется для объяснения проблем пациента. В медицине теория включает, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может включать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает психодинамику, принципы научения или другие психические факторы.

4. Набор процедур для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией. Так, знахарь или экзорцист борется со сверхъестественными силами с помощью специальных церемоний или заклинаний, а врач лечит инфекцию антибиотиками.

5. Специальное социальное отношение между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента.

Терапевт стремится к созданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем. Он верит, что методы, используемые терапевтом, помогут ему, вследствие чего у него возникает мотивация к работе над решением проблем. Отношение является фактором, характерным для всех форм лечения. В медицине улучшение физического или психического состояния пациента связывается обычно с действием лекарств или хирургическим вмешательством, но эффективность лечения частично зависит от ожиданий пациента и его веры в лечение. В магическом или религиозном лечении специфические процедуры значительно менее важны: более важным является позитивное отношение и ожидания, связанные с этими процедурами. Между этими крайними полюсами — медициной и магическим лечением — располагаются психологические методы лечения. Используя набор специфических процедур, большинство психотерапевтов пытается также создать позитивное отношение, потому что оно увеличивает шансы на успешное лечение. Некоторые терапевты подчеркивают фактор отношения в большей степени, чем другие факторы (мы увидим это на примере клиент-центрированной психотерапии Роджерса).

42. Проявление фобо-обсессивного невроза

Навязчивые страхи (фобии от греч. fobos — страх), т. е. неотступно, вопреки желанию возникающие переживания страха, которые осознаются как чуждые, необоснованные, нередко встречаются у детей школьного возраста (чаще после 10 лет) и подростков. Рудиментарные, незавершенные фобии (страх ходьбы после падения и ушиба и даже страх загрязнения) описаны у детей раннего и преддошкольного возраста. Однако в этих случаях в связи с незрелостью самосознания отсутствуют переживание чуждости, чувство внутренней несвободы, активное стремление к преодолению страхов.

Навязчивые страхи в детском возрасте отличаются конкретностью содержания, относительной простотой, более или менее отчетливой связью с определенной травмирующей ситуацией. Чаще всего это страх загрязнения и заражения (мизофобия), острых предметов (оксифобия), особенно иголок, закрытых помещений (клаустрофобия), транспорта, боязнь умереть от удушья во сне, от остановки сердца и т. д.. У подростков наряду с названными навязчивыми страхами нередко встречаются страх смерти близких, особенно матери, навязчивые опасения заболеть той или иной болезнью (нозофобия), например сифилисом (сифилофобия), раком (канцерофобия), тяжелой болезнью сердца (кардиофобия). Особую группу навязчивых страхов, свойственных подросткам, составляют опасения оказаться несостоятельными во время той или иной ответственной деятельности, например боязнь устных ответов в классе, страх других публичных выступлений, страх речи (логофобия) у заикающихся. К этой группе навязчивых страхов примыкают навязчивые опасения обратить на себя нежелательное внимание окружающих, с которым тесно связана боязнь покраснеть (эрейтофобия). Фобии несостоятельности во время той или иной деятельности, а также близкий к ним навязчивый страх подавиться плотной пищей или костью при еде составляют основу навязчивых переживаний при «неврозе ожидания»— варианте невроза навязчивости, который был выделен Крепелином.

Навязчивые страхи, как и другие навязчивости, характерны в основном для невроза навязчивых состояний и вялотекущей шизофрении. По данным Ю.С. Шевченко, полученным в нашей клинике, фобический невроз имеет закономерную этапность (смена этапа анксиозной и невротической реакции этапом невротического состояния с навязчивыми страхами, иногда сопутствующими защитными ритуалами и невротического формирования личности обсессивно-фобического типа) и «сквозной» характер ведущего фобического синдрома на всем протяжении заболевания.

#### 43. Классификация методов психотерапии и особенности их использования для детей, подростков, пожилых

#### 3 психотерапевтических направления: 1) динамическое; 2) поведенческое (бихевиористское); 3) гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое).

#### Общим для перечисленных направлений является их ориентация на личность и личностные изменения, а не тот или иной симптом болезни. Так, к динамическому (психодинамическому) направлению относятся распространенная в нашей стране личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, а также психоанализ, рассматривающий в качестве основной детерминанты развития личности и поведения первичные влечения и потребности. Для бихевиоризма личность — это прежде всего поведение, а невроз — это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного научения. Гуманистическая психотерапия рассматривает в качестве основной — потребность личности в самоактуализации, а невроз как результат блокирования этой потребности. Из приведенных особенностей вытекают и подходы к лечебному воздействию на личность, т.е. основные задачи психотерапии: осознание конфликта в психоанализе, обучение новым, адаптивным способам поведения в бихевиористской психотерапии и приобретение пациентом способности к самоактуализации личности в психотерапии гуманистического направления.

#### 44. Проявления истерического невроза

Проявления истерического невроза многообразны. Наиболее наглядно они выражаются в расстройствах движений (псевдопараличи).

От волнения больные истерией могут временно терять речь, слепнуть. К числу истерических расстройств могут относится утрата либо ослабление слуха, судороги конечностей, летаргический сон, истерические припадки, которые могут появляться после каких-либо неприятностей или волнения.

Иногда, такие пациенты, находясь в состоянии истерической амнезии могут совершать нелепые, немотивированные поездки или путешествия, о которых потом ничего не помнят.

Иногда заболевание проявляется внезапным переходом от одного состояния идентичности личности к другому. Каждая из личностей обладает собственной памятью и особенностями поведения. Осуществляя полный контроль над поведением индивидуума.

Кроме описанных особых проявлений истерического невроза, для таких пациентов характерны и обще невротические проявления невроза, раздражительность, утомляемость, вспыльчивость, перепады настроения, плаксивость, нарушения сна. Только все это проявляется ярче, красочнее, театральнее, демонстративнее.

#### 45. Принципы и этапы проведения реабилитационной работы

Принцип разносторонности усилий осуществляет учет всех сторон реабилитации для каждого больного. Его основу составляет реализация медико-педагогических и лечебно-восстановительных задач при условии перестройки отношений личности больного в нужном для реабилитационных целей направлении. Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия предполагает комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий. При этом обеспечивается патогенетическое воздействие не только на дефектную функцию, но и на лежащий в ее основе патологический процесс, а также на личность больного с целью мобилизации ее ресурсов для коррекции патологических реакций и вторичных нервно-психических нарушений. Понимание патофизиологической сущности болезни позволяет оказывать регулирующее влияние на процесс восстановления, адаптации и компенсации. Принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий обосновывает поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного. Принцип партнерства предусматривает сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего. Соблюдение этого условия позволяет осуществлять целенаправленную психологическую подготовку к восстановительному лечению, успех которого в значительной мере зависит от активности самого больного. Этапы: первый этап – восстановительная терапия, второй этап – реадаптация, третий этап – реабилитация

46. Проявления неврастении

Три формы. Гиперстеническая форма, с которой дебютирует заболевание, проявляется повышенной психической возбудимостью, выраженной раздражительностью. Больных раздражает малейший шум, разговоры окружающих, любые звуки, быстрое передвижение людей, просто толпа окружающих, многолюдные сборища. Они легко раздражаются, кричат на близких, сотрудников, собеседников, способны оскорбить, т. е. легко теряют самообладание, отличаются большой нетерпеливостью. Наряду с этим работоспособность больных снижена, но не только за счет утомления, а на этом этапе болезни, главным образом, за счет их психической несобранности, рассеянности, неспособности сосредоточиться на нужном круге представлений и начать необходимое дело, т. е. в связи с первичной слабостью активного внимания. Раздражительная слабость — главное клиническое содержание второй формы неврастении, которая может проявиться у субъектов безудержного, холерического темперамента или же у лиц с сильным и уравновешенным типом нервной системы в случаях, когда выздоровления на гиперстенической стадии не последовало, а патогенная ситуация сохраняется. Здесь больной, с большим трудом взявшийся за работу, выполнение любого дела и заставивший себя сосредоточиться на нем, очень быстро утомляется, испытывает усиление головной боли, неспособность соображать, что делает; нарастающую общую и, главным образом — нервную слабость, и в полном бессилии прекращает работу. Гипостеническая форма, «сходу» возникающая у тормозимых (со слабостью ЦНС), астеничных и тревожно-мнительных субъектов, или в порядке перехода из стадии раздражительной слабости у указанных представителей сильных типов нервной системы, представлена выраженной общей физической и психической слабостью, вялостью и пассивностью, которые приобретают уже устойчивый характер. Больные не способны мобилизовать себя на рабочее усилие, они постоянно испытывают чувство большой усталости, подавлены мыслями о своих соматических ощущениях. На этом этапе болезни налицо постоянная массивная астения на фоне сниженного настроения. Фон настроения несколько тревожный.