

Порушення психічних процесів

Порушення пам'яті

"Пам'ять – процеси організації і збереження минулого досвіду, що роблять можливим його повторне використання в чий діяльності повернення в сферу свідомості"².

Методики, що досліджують функцію пам'яті, одночасно можуть виявляти і порушення уваги, і порушення мислення, і коливання розумової працездатності. Тому важливо навчитися виділяти власне мнестические порушення, не упускаючи з виду інші.

Дослідження пам'яті припускає дослідження слепообразовання, відтворення і ретенції (відстроченого відтворення). У патопсихологическом експерименті досліджується найчастіше непосредственная й опосередкована пам'ять.

Безпосередня пам'ять – здатність відтворювати події, досвід відразу після дії стимулу.

До найбільш розповсюджених порушень безпосередньої пам'яті відноситься "корсаковский синдром" і прогресуюча амнезія. "Корсаковский синдром" – це порушення пам'яті на поточні події. При цьому пам'ять на події минулого залишається щодо сохранный. Э. Клапаред, А. Н. Леонтьев, Б. В. Зейгарник указують на залишкову схоронність слідів і виражені труднощі відтворення. Хворі можуть заповнювати пробіли пам'яті вигаданими подіями, деталями (конфабуляція).

При прогресуючій амнезії розладу пам'яті поширюються і на поточні події, і на події минулого. При цьому відзначаються наступні ознаки: накладення подій минулого на сьогодні і навпаки (интерферирующий ефект); дезорієнтовка в часі і просторі.

Опосередковане запам'ятовування – запам'ятовування з використанням проміжного, чи опосередкующего, ланки для поліпшення відтворення.

Порушення опосередкованого запам'ятовування в хворих різних нозологических груп досліджували Г. В. Биренбаум, С. В. Логинова. Виявилось, що введення опосередкування часто не поліпшує, а погіршує в хворих можливість точного відтворення.

Причина труднощів опосередкування в хворих олігофренією полягає в недорозвиненні мислення, нездатності установити умовний значеннєвий зв'язок між стимульним словом і малюнком. При олігофренії порушена не тільки значеннєва, але і механічна пам'ять. В астеничних олігофренів відзначається груба недостатність читання, листа, рахунки і часті помилки в пам'яті. У стенических олігофренів більш виражений розлад довготимчасової пам'яті.

При епілепсії відзначається зниження ефективності опосередкованого запам'ятовування в порівнянні з безпосереднім.

У хворих епілепсією, а також при органічних поразках головного мозку відзначаються труднощі опосередкування запропонованих понять з конкретним малюнком. Це є наслідком вираженої схильності до надмірної

деталізації, фіксації на окремих властивостях предметів. При органічних поразках підкіркових структур головного мозку в більшому ступені порушені довільне відтворення і збереження, у меншому ступені – дізнання і запам'ятовування. Відзначається зв'язок порушень пам'яті з психічною истоощаємостью і зниженням сенсомоторної активності.

У хворих шизофренією умовність малюнка стає безпредметної і широкий, що перестає відбивати реальний зміст слова, чи малюнок відбиває актуалізацію слабких, латентних властивостей, що також утрудняє відтворення. Порушення оперативної, короткочасної, відстроченої й опосередкованої пам'яті не виявляються. Зниження, що спостерігається в методиках, пам'яті часто має вторинний характер, обумовлений зниженням вольового зусилля.

У хворих невротами і при реактивних психозах скарги на зниження пам'яті часто не підтверджуються експериментально-психологічним дослідженням. При цих захворюваннях у їхніх механізмах ведуча роль належить індивідуально-мотиваційним і емоційним розладам. Тому випробуваний може "працювати" під визначене "органічне" захворювання. Однак помилки можуть бути в простих варіантах завдань і відсутствовать у складних. Зниження пам'яті й уваги в хворих з невротами часто відбиває внутрішню тривогу і занепокоєння. Відзначаються психогенні амнезії, що впливають за психотравмой.

Методики, використовувані для дослідження пам'яті

Десять слів. Випробуваному зачитують десять одне-двоскладових слів, потім він їх повторює в будь-якому порядку 5 разів. Дані вносять у таблицю. Спустя 20-30 хвилин просять відтворити слова для перевірки ретенції. (Наприклад: *ліс, хліб, стіл, вікно, вода, брат, гриб, кінь, голка, мед*. Чи: *гора, троянда, кішка, годинник, вино, пальто, книга, вікно, пила*).

Піктограми. Цей метод запропонований А.Р. Лурией. Випробуваний повинний запам'ятати 15 слів. Для полегшення відтворення він повинний зробити олівцем малюнок, що має значеннєвий зв'язок зі стимульним словом. Ніяких записів, позначок робити не дозволяється. Після закінчення роботи можна попросити повторити слова, потім повторити їх через 20-30 хвилин. При аналізі запам'ятовування важливо звернути увагу на те, скільки слів відтворено точно, близько за змістом, невірно, ніяк. Модифікацією цього ж завдання може служити тест А. Н. Леонтьєва, що пропонує не малювання, а вибір предмета, сюжету з запропонованих готових картинок. Ця методика має кілька серій, що відрізняються по ступені складності. Використовувати методику можна для дослідження пам'яті в дітей, а також обличчя з невисоким інтелектом.

Відтворення розповідей. Випробуваному читають розповідь, вона сприймає його на чи слух читає розповідь сам. Потім він відтворює розповідь чи усно записує. Психолог при аналізі враховує, чи всі значеннєві ланки відтворені, що опущено, чи не відзначається конфабуляцій, інтерферирующего ефекту. Для запам'ятовування найбільш кращі розповіді:

"Галка і голуби", "Мураха і голубка", "Логіка", "Колумбово яйце", "Вічний король" і ін.

Дослідження зорової ретенції (тест А.Л. Бентона). Використовується п'ять серій малюнків. У трьох серіях пропонується по 10 карток рівної складності, у двох – по 15 карток. Картку протягом 10 секунд пред'являють випробуваному, потім він повинний відтворити побачені фігури на папері. Якісний аналіз даних проводиться в порівнянні зі спеціальними таблицями Бентона. за допомогою цього тесту можна одержати додаткові дані, що свідчать про органічне захворювання головного мозку.

Порушення уваги

"Увага – зосередженість діяльності суб'єкта в даний момент часу на якому-небудь реальному чи ідеальному об'єкті (предметі, події, образі, міркуванні і т.д.)"³.

Увага характеризується вибірковістю, обсягом, стійкістю, переключаємостью.

Вибірковість (концентрація) зв'язана з можливістю успішного настроювання на сприйняття визначеної інформації.

Обсяг уваги – кількість одночасна сприйманих об'єктів.

Переключаємость – можливість виконання дій у часі, при зміні цілей чи одночасному врахуванні декількох факторів при виконанні однієї роботи. Наприклад, просліджувати двох послідовностей чисел різного фарбування: одну в порядку зростання, іншу в порядку убутання ("модифікована таблиця" Горбова).

Порушення уваги спостерігаються при різних психічних і соматических захворюваннях. Можливі також порушення уваги і при афективно-емоційних реакціях і станах у здорових людей.

Зниження активної уваги (концентрації, переключаємости, стійкості) відзначається при неврозах.

У хворих з органічними захворюваннями головного мозку відзначаються персеверации, труднощі в переключенні, підвищена отвлекаємость, истощаємость уваги.

У хворих шизофренією активна увага погіршується в результаті зниження енергетичного потенціалу, апато-абулического синдрому.

У соматических хворих (наприклад, туберкульозом і ін.) відзначаються труднощі концентрації уваги, уповільнене вработывание, труднощі переключення, звуження обсягу уваги.

Б. В. Зейгарник розглядає багато порушень уваги як приватні порушення розумової працездатності, що є наслідком психічних чи соматических захворювань. У хворих шизофренією внаслідок порушень особистісного компонента мислення, у хворих з органічними змінами головного мозку в результаті змін структури головного мозку, у хворих психопатією в результаті змін в емоційно-афективній сфері, у хворих епілепсією в результаті ригідності мислення і т.д.

У хворих неврозами відзначається зниження активної уваги (концентрація і переключення). У хворих шизофренією зниження активної

уваги (стійкість і переключаємость) є результатом загального зниження психічної активності. У хворих з локальними поразками головного мозку відзначаються повтори, персеверации того самого дії, виражені утруднення переключення на нову діяльність. При травматичних і судинних захворюваннях головного мозку відзначається нестійкість, труднощі тривалої концентрації, истощаємость уваги. При алкоголізації і диэнцефальном синдромі відзначається зниження концентрації і стійкості уваги. Церебральний атеросклероз характеризується швидкою стомлюваністю, що виявляється в коливаннях уваги, неможливості зосередження. При епілепсії відзначаються труднощі переключення і зниження стійкості уваги.

Методики дослідження уваги

Коректурна проба. Дана методика вперше запропонована Bourdon у 1895 р. Вона використовується для дослідження стійкості уваги і здатності до його концентрації. Коректурна проба дуже проста і не вимагає спеціальних пристосувань, крім бланків і секундоміра. Бланки являють собою ряди букв, розташованих у випадковому порядку. Інструкція передбачає закреслювання однієї чи двох букв на вибір що досліджує. Можна кожні 30-60 секунд відзначати положення олівця хворого. Що досліджує звертає увагу на кількість помилок, темп виконання, розподіл помилок протягом досвіду, характер помилок (пропуски окремих чи букв рядків, закреслювання інших букв і т.д.).

Рахунок по Крепелину. Методика запропонована Крепелиным у 1895 р. Вона застосовується для дослідження переключення уваги, а також працездатності. На спеціальних бланках розташовані стовпці цифр, що випробуваний повинний чи складати віднімати в розумі, а на бланку записувати результат. Після виконання завдання що досліджує звертає увагу на кількість помилок, їхній розподіл, обсяг виконаного завдання, темп, здатність переключатися, тобто робить висновок про працездатність (истощаємости, вработываемости), розладах уваги.

Відшукування чисел на таблицях Шульте. Дослідження проводять за допомогою спеціальних таблиць, де хаотично розташовані числа від 1 до 25. Випробуваний указівкою показує числа один по одному, називаючи їх уголос, при цьому фіксується час виконання завдання. У такий спосіб досліджують темп сенсомоторних реакцій, особливості переключення уваги, обсяг уваги, зосередженість (отвлекаемость), підвищену истощаємость по гиперстеническому чи гипостеническому типі, вработываемость.

Для дослідження переключення уваги, інертності психічних процесів, истощаємости можна використовувати модифіковану таблицю Шульте (Ф. Д. Горбів, 1959, 1964 р.). Це червоно-чорна таблиця містить 49 чисел, з них 25 чорних (1-25) і 24 червоних (1-24). Випробуваний поперемінно повинний показувати чорні і червоні цифри. Причому чорні в порядку зростання, а червоні в порядку убавання. Методика використовується в першу чергу для дослідження динаміки мислення, здатності переключати увагу.

Відлічування. Методика запропонована Крепелиным. Випробуваний відраховує від ста те саме число (звичайно 17, 13, 7, 3). Експериментатором відзначаються паузи. Досліджується характер помилок, проходження інструкції, переключення, зосередженість, истоощаемость уваги.

Порушення сприйняття

"Сприйняття – це активний процес аналізу і синтезу відчуттів шляхом зіставлення їх з колишнім досвідом".⁴

Сприйняття в порівнянні з відчуттями носить цілісний характер і являє собою наочно-образне відображення діючих у даний момент на органи почуттів предметів і явищ (Карвасарский Б. Г.). Велике значення в порушеннях сприйняття належить особистісному фактору (мотиваційній сфері).

Порушення сприйняття при різних психічних захворюваннях мають різні причини і різні форми прояву. При локальних поразках головного мозку можна розрізнити:

Елементарні і сенсорні розлади (порушення відчуття висоти, цветоощущения і т.д.). Ці порушення зв'язані з поразками підкіркових рівнів аналізаторних систем.

Складні гностичні розлади, що відбивають порушення різних видів сприйняття (сприйняття предметів, просторових відносин). Ці порушення зв'язані з поразкою коркових зон мозку.

Гностичні розлади розрізняються в залежності від поразки аналізатора, при цьому поділяються на зорові, слухові і тактильні агнозії. Агнозія – розлад дізнання предметів, явищ, частин власного тіла, їхніх дефектів при схоронності свідомості зовнішнього світу і самосвідомості, а також при відсутності порушень периферичної і провідної частин аналізаторів.

Зорові агнозії поділяються на:

предметну агнозію (хворі не довідаються предметів і їхніх зображень);

агнозію на кольори і шрифти;

оптико-просторову агнозію (порушується розуміння символіки малюнка, що відбиває просторові якості малюнка, пропадає можливість передати на малюнку просторові ознаки об'єкта: далі, ближче, менше, знизу і т.д.).

При гностичних слухових розладах відзначається зниження здатності дифференцировки звуків і розуміння мови. Можуть мати місце слухові галюцинації. Можливі дефекти слухової пам'яті (хворі не можуть запам'ятати два чи більш звукових еталони), аритмія (не можуть правильно оцінити ритмічні структури, кількість звуків і порядок чергувань), порушення інтонаційної сторони мови (хворі не розрізняють інтонацій і в них невиразна мова).

Тактильні агнозії – порушення дізнання предметів при їхньому обмацуванні при збереженні тактильної чутливості (дослідження при закритих очах). Агнозія може виникнути в результаті руйнування визначених коркових зон (енцефаліт, пухлина, судинний процес і т.д.), а також унаслідок нейродинамічних порушень.

Зорова агнозія докладно описана в літературі по психіатрії і патопсихології. Для патопсихолога важливо досліджувати порушення сприйняття в психічно хворих з органічними поразками головного мозку. Сприйняття цих хворих відрізняється фіксацією уваги на окремих ознаках предметів, труднощами синтезу в одне ціле. Сприйняття має функцію узагальнення й умовності, тому можна припускати, що агнозії викликані порушенням узагальнюючих функцій сприйняття.

При деменції можуть відзначатися псевдоагнозії. У даному випадку агнозія поширюється не тільки на форму, але і на структуру, тобто в даному випадку порушується свідомість і узагальненість сприйнятого, що зв'язано з дифузністю мислення.

У хворих з неврозами і неврозоподобними станами відзначаються порушення болючої чутливості. Частіше зустрічається не зниження, а посилення болючого почуття, так називані "психогенні" болі, що також є порушенням сприйняття. При переживанні болю велика роль приділяється чеканню, остраху болю, хоча, по дослідженнях Б. Д. Карвасарського, не існує болю, позбавленої матеріальної основи, навіть коли мова йде про психогенні болі. При цьому важливо установити правильне співвідношення сенсорного й емоційного компонентів переживання болю для вибору правильного лікування: перевага медикаментозного чи впливу психотерапевтичного.

При порушеннях сприйняття велике значення має особистісний фактор. У хворих неврозами утрудняється відтворення стимульного матеріалу. Збільшується час дізнавання пропонованих образів, тому що більшість образів для хворих є афективно значимими. Ці труднощі підсилюються пропорційно зусиллю інтелекту.

У хворих шизофренією труднощів дізнавання об'єктів зв'язані здебільшого з апато-абулическим синдромом і емоційної амбивалентністю. При психопатіях збудливого кола підвищується чутливість при підвищенні емоційного тону. При психопатіях типу, що гальмується, відзначається ригідність і зниження чутливості також при підвищенні емоційного тону.

При реактивних депресіях сприйняття порушене по-різному в залежності від клінічної картини:

- а) при депресивно-параноїдному синдромі – афективне перекручування сприйняття;
- б) при астено-депресивному – фрагментарність сприйняття з труднощами концентрації уваги і його переключення;
- в) при истеро-депресивному сприйняття відрізняється сугестивністю, тому можливі псевдоагнозії.

У літературі по психопатології зустрічаються описи наступних порушень сприйняття:

- гіперстезія – посилення сприйняття по силі ;
- гіпостезія – ослаблення сприйняття по силі;
- агнозія (див. вище);
- тотальна анестезія – утрата чутливості при істерії;
- деперсоналізація – розлад сприйняття власної особистості;

бідність участі - утрата складних почуттів;

дереалізація – перекручене сприйняття навколишнього світу. Сюди ж можна віднести симптоми "уже баченого" (de ja vu), "ніколи не баченого" (ja mais vu);

обмани сприйняття (ілюзії і галюцинації). Ілюзії – це перекручене сприйняття дійсне існуючого в зовнішнім середовищі реального об'єкта, галюцинації – обмани сприйняття, що виникають поза безпосереднім зв'язком з реальними подразниками зовнішнього середовища (крім функціональних, гіпногалюцинацій, викликаних). Існує кілька класифікацій галюцинацій. Більш докладно вони описані в літературі по психіатрії.

Дослідження сприйняття

Дослідження сприйняття можна проводити клінічними й експериментально-психологічними методами. Наприклад, клінічний метод застосовується в наступних випадках:

дослідження болючої і тактильної чутливості (проводиться за допомогою спеціально підібраних волосків, щетинок, голок і т.д.)

дослідження температурної, вібраційної чутливості, розладів органів слуху і зору (за допомогою спеціальних приладів: термоэтезиомера, ИВЧ-2, аномалоскопа-59 і ін.).

пороги слухової чутливості, сприйняття мови досліджуються сурдологами за допомогою аудіометрів.

Для дослідження більш складних слухових і зорових функцій використовуються експериментально-психологічні методи, наприклад, комплекс методик, запропонований Е. Ф. Бажиным:

методики, спрямовані на вивчення простих сторін діяльності аналізаторів;

методики, що вивчають більш складна комплексна діяльність.

Є й інші методики. Так, для виявлення зорової агнозії використовують набори різноманітних предметів і їхніх зображень. На початку дослідження зорового гнозиса випробуваному пропонують чіткі зображення предметів (можна використовувати "Класифікацію предметів"). Випробуваний повинний довідатися предмет. Потім пропонують більш складні малюнки, наприклад, перекреслені і накладені один на одного зображення (таблиці Поппельрейтера). Можна використовувати для дослідження зорового сприйняття таблиці Равена.

Для дослідження сенсорної збудливості на тлі органічних змін головного мозку використовують таблиці з квадратами, що рухаються, "хвилясте тло", запропоновані М. Ф. Лук'янової.

Для дослідження слухового сприйняття використовують тахистоскопический метод (пред'явлення зображень і ідентифікацію прослуханих магнітофонних записів). Для цього необхідно мати звукозапису, на яких записані різні звуки: шелест сторінок книги, що перевертається, дзюркіт води, дзенькіт скла, свист, шепіт і т.д. За допомогою цього методу

можна знайти порушення мотиваційного компонента сприйняття, розкрити механізми виникнення ілюзій і галюцинацій у психічно хворих.

Розладу емоцій

Дотепер у літературі немає єдиних представлень про зміст перерахованих вище понять. Є загальні області перетинання цих понять. Нижче приводиться один з підходів до розгляду емоційних станів, позначених термінами стрес, криза, фрустрація.

Емоції – це *"інтегральне вираження зміненого тону нервово-психічної діяльності, що відбивається на всіх сторонах психіки й організації людини"*⁵. В. Н. Мясищев пропонує наступну класифікацію емоцій:

емоційні реакції, що є відповідними переживаннями на стимули, їх що викликали;

емоційні стани, що характеризуються зміною нервово-психологічного тону;

емоційні відносини (почуття), що характеризуються емоційною чи вибірковістю зв'язком конкретних емоцій з визначеними обличчями, чи об'єктами процесами.

Розладу емоцій характерні для хворих з різними психічними захворюваннями. У хворих невротами відзначаються хворобливі емоційно-афективні реакції роздратування, негативізму, страху й ін., а також емоційні стани (страх, астения, знижений настрій і т.д.) У хворих невротом нав'язливих станів спостерігається висока сензитивність, тривожність. У хворих істерією – лабільність емоцій, імпульсивність; у хворих неврастенією – дратівливість, почуття утоми, стомлюваність, слабкість. При всіх типах невротів відзначається низька фрустраційна толерантність.

У хворих психопатією відзначається схильність до емоційно-афективних реакцій патологічного характеру; емоційно-агресивні спалахи при епілептоїдній, гіпертимній, истероїдній психопатіях. Спостерігається тенденція до зниженого настрою, тузі, розпачу, млявості при астенічній, психастенічній, сензитивній психопатіях. У шизоїдних психопатів – дисоціація емоційних проявів ("тендітні, як скло, стосовно себе і тупі, як дерево, стосовно іншим").

При епілепсії відзначається схильність до дисфорій. При скроневій епілепсії – страх, тривога, зниження настрою, злостивість; рідше – приємні відчуття в різних органах, почуття "осяяння".

У хворих з органічними поразками ЦНС також відзначаються емоційно-афективні реакції і стани різного знака, інтенсивності в залежності від захворювання, психотравмуючих ситуацій. Наприклад, експлозивність, дратівливість, "нетримання емоцій", слізливість, ейфорія, тривожність.

Емоційною тупістю, утратою дифференційованості емоційних реакцій, їхньою неадекватністю відрізняється емоційна сфера в хворих шизофренією. З трьох видів емоцій у більшому ступені страждають емоційні відносини, що стають патологічно перекрученими.

Значними перепадами спрямованості емоцій характеризуються емоційні прояви в хворих МДП (від ейфорії до глибокої депресії). Відзначається схильність до дисфорій у хворих депресією.

Зміни в емоційній сфері характерні і для хворих із серцево-судинними захворюваннями (наприклад, при інфаркті міокарда – похмуре фарбування майбутнього; при виразковій хворобі шлунка і 12-перстної кишки – підвищена тривожність, збудливість, перепади настрою і т.д.)

Для дослідження емоцій можна використовувати тест Люшера, ТАТ. Рівень тривожності досліджують за допомогою шкал Тейлора, Спилбергера й ін. При використанні всіх пропонованих патопсихологічних методик важливо звертати увагу на емоційні прояви випробуваних. Можливе створення психологом штучних труднощів (наприклад, дефіцит часу, збільшення складності завдання і т.д.) для провокування емоційних реакцій під час виконання завдань.

У нормі у випробуваного зберігається спонукання до діяльності і прагнення завершити виконання завдання. При патології можливі різні реакції: афективні спалахи, негативні реакції відмовлення від продовження діяльності, виражені вегетососудисті реакції (тремор, почервоніння обличчя, частішання подиху), посилення м'язової напруженості й ін.

Далі описані найбільш розповсюджені психічні стани, причини їхнього виникнення, характерні риси.

Стреси

На думку деяких авторів, стрес може бути причиною виникнення психічних захворювань.

Дотепер немає єдиної думки щодо визначення стресу. Нижче приведені найбільш розповсюджені представлення:

стрес – емоційна напруга, що виникає в результаті неприємних переживань;

стрес – це потрясіння, викликані різними по модальності й інтенсивності силами;

стрес – це психічна напруженість (емоційна й операціональна).

У середині 30-х років канадський патофізіолог і ендокринолог Г. Сельє провів дослідження численних факторів порушення різних сторін діяльності організму під впливом зовнішніх впливів і сформував навчання про загальний адаптаційний синдром (ОАС). Їм були виділені дві реакції на шкідливі впливи зовнішнього середовища:

а) специфічна (конкретна хвороба зі специфічною симптоматикою);

б) неспецифічна, характерна для будь-якого захворювання, що виявляється в ОАС.

Остання складається з трьох фаз:

Фаза А. *Реакція тривоги*. Організм змінює свої характеристики під впливом стресу. Якщо стресор дуже сильний, стрес може наступити і на цьому етапі.

Фаза В. *Реакція опору*. Дія стресора сумісна з можливостями організму, організм пручається. Ознаки тривоги майже зникають, рівень опірності піднімається значно вище нормального.

Фаза С. *Реакція виснаження*. Якщо стресор діє довгостроково, сили організму поступово виснажуються, знову з'являється реакція тривоги, але тепер вона необоротна. У даному випадку можна говорити про дистресе. У результаті останнього розвиваються реактивні стани, провокуються ендогенні захворювання.

Здатність до адаптації в людини не безмежна. У зв'язку з цим Г. Сельє пише: "Людська машина теж стає жертвою зносу й амортизації", не коштує "палити свічу з обох кінців"⁶.

При цьому стрес не завжди шкідливий, він неминучий, він необхідний. "Стрес – гостра приправа до повсякденного життя... ніщо не розморює так, як бездіяльність, відсутність подразників, перешкод, що має бути перебороти"⁷. У стресі постійно відбувається тренінг організму і психіки.

Сельє описує можливість виявлення і формулювання закономірностей розвитку всякого патологічного процесу, що виявляється у взаємовпливі хвороботворних агентів і "грунту", тобто організму. Цей патологічний процес є причиною стресу.

У результаті взаємодії різних сил підтримується гомеостаз (схоронність внутрішніх умов при будь-яких коливаннях зовнішнього Середовища). Тому, незалежно від різних впливів середовища, можна говорити про загальні закономірності реакцій організму на вплив.

Фрустрація

Фрустрація (англ. frustration – "розлад, зривши планів, катастрофа") – специфічний емоційний стан, що виникає в тих випадках, коли на шляху до досягнення мети виникає перешкода й опір, що чи реально нездоланні, чи сприймаються як такі.

Ознаки, характерні для стану фрустрації:

Наявність потреби, мотиву, мети, первісного плану дії.

Наявність опору (препятствие-фрустратор).

Сопро-тивление може бути зовнішнім і внутрішнім, пасивним і активної.

У ситуаціях фрустрації людина може виявляти себе або як зріла особистість, або як інфантильна. Людина з адаптивним поведінням підсилює мотивацію, підвищує рівень активності для досягнення мети, зберігаючи саму мету. Неконструктивне поведіння, властиве інфантильної особистості, виявляється в агресії чи зовні на себе чи у відході від дозволу складної для особистості ситуації.

У сучасній закордонній психології існують різні теорії фрустрації:

теорія фрустрационной фіксації (Н. К. Майер, 1949)

теорія фрустрационной репресії (К. Vagner, Т. Dembo, К. Yewin, 1943)

теорія фрустрационной агресії (J. Dollard із соавт., 1939)

евристична теорія фрустрації (J. Rosenzweig, 1949).

Кризи

Концепція криз з'явилася і розвивалася в США. Вона затверджувала, що ризик виникнення психічних порушень досягає найвищої крапки і матеріалізується у визначеній кризовій ситуації. Тому в США створено понад 3000 клінік і центрів психічного здоров'я, для роботи в який залучаються не

тільки психологи, психіатри, але і педагоги, юристи, поліцейські, лікарі загальної практики, священники, страхові агенти і т.д.

G. Garlan і його попередник Lindemann є основоположниками теорії кризи, що, з одного боку, продовжує навчання про стрес, з іншого боку - використовує концепції соціології і соціальної психології.

Визначення. По визначенню Garlan,

"криза – це стан, що виникає, коли обличчя зіштовхується з перешкодою життєво важливим цілям, що протягом деякого часу є нездоланим за допомогою звичних методів дозволу проблем. Виникає період дезорганізації, розладу, протягом якого відбувається багато різних абортівних спроб дозволу. Зрештою досягається якась форма адаптації, що може щонайкраще чи відповідати не відповідати інтересам цього обличчя і його близьких" .

Криза, як і стрес, несе в собі саногенний і патогенний компоненти. Людина, що переборола кризу, здобуває нові форми адаптації в складних для нього ситуаціях. Якщо ж криза затягується, можлива поява психічних порушень.

Виділяються наступні види криз:

- а) кризи розвитку: надходження дитини в школу, дитячий сад, вступ у шлюб, відхід на пенсію і т.д.;
- б) випадкові кризи: безробіття, стихійне лихо, положення матері-одинака;
- в) типові кризи: горі в зв'язку зі смертю близької людини, поява в родині немовляти і т.д.

Усі кризи характеризуються індивідуальними, властивими тільки їм ознаками, відповідно використовуються різні види допомоги і вибираються профілактичні заходи. Інтервенція, чи втручання в кризу, здійснюється по визначених принципах, виходячи з особливостей даної кризи.

У США створені спеціальні служби психопрофілактики (служба невідкладної допомоги; служба консультації й освіти). Невідкладна допомога здійснюється протягом 24 годин у кризовий період і є пасивним видом допомоги (клієнт звертається самостійно під час кризи).

При активному виді допомоги робота проводиться службою консультації й освіти при центрах психічного здоров'я до настання кризи. Так, у 1972 р. у США було 500 "гарячих" телефонних ліній. спочатку ці пункти організовувалися для попередження суїцидів, у даний час ці лінії виконують усе зростаюче число "кризових послуг".

Поняття кризи у вітчизняній психіатрії

У роботах вітчизняних фахівців поняття кризи відносно наближається до поняття предболезни. Знання ознак, характерних для предболезни, дозволяє виділити серед населення групу ризику, почати профілактичні міри, що необхідно для попередження психічних захворювань і суїцидів.