|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| г.Ессентуки**норма и патология****в медицинской психике.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Реферат по дисциплине – психологиястудентки ЕссентукскогоМедицинского колледжаКурановой Алины. |

2002г. |

**Норма и патология в психике.**

Болезненно измененнаяпсихика отличается от нормальной количественно и качественно. Особая важность и трудность проблемы различения нормы и патологии психики обнаруживается в области ранней диагностики психических заболеваний и в области так называемых пограничных состояний. Здесь имеют в ряде случаев известное значение средние статистические величины, подобно характеризующим норму в соматической медицине показателям кровяного давления, пульса, температуры, обмена. В области нервно-психической реакции показателями являются скрытый период психомоторных реакций, некоторые качественные и количественные характеристики уровня умственного развития. Эти величины динамичны в том смысле, что они изменяются с изменением условий. Кроме того, варьируя в разные моменты у одного и того же индивида, они в своих колебаниях дают основание для суждения об их нормальности или патологичности.

Основным в определении патологического состояния личности является нарушение интегральной способности адекватно разрешать жизненные задачи и социально адекватно вести себя. Одну из важнейших задач медицинской психологии составляет выявление особенностей и соотношения в личности разума и чувств.

**Письменная речь. Почерк и заболевание.**

На определенном уровне исторического развития общества люди для общения между собой на расстоянии, начинают прибегать к знаковой речи, способной по своей форме преодолевать трудности общения, связанные с расстоянием. Проходя через ряд стадий, эта форма общения приобретает современные формы – письма и печати.

Письменная речь исторически зарождалась как пиктограмма, т.е. письмо рисунками. Физиологические, психологические и патологические особенности письменной речи в известной форме различны при двух различных формах современной письменной речи.

В *идеографическом* письме знак (иероглиф) обозначает слово. Причем один и тот же знак, сохраняя единый смысл, может людьми разных языков и диалектов по-разному (Китай) произноситься. При *фонетическом* письме знак (буква) обозначает не слово, а отдельный звук речи, или фонему. При чтении вслух написанное всегда произносится в основном одинаково.

Говоря о письменной речи, следует иметь в виду две стороны ее, соответствующие в известной мере экспрессивной и импрессивной речи: чтение и письмо.

Чтение может быть громким (чтение вслух) и беззвучным (про себя), соответственно более связанным с громкой или внутренней речью. Наблюдаются больные, у которых более нарушено чтение вслух, как и больные, у которых более страдает чтение про себя.

Нарушения чтения, вызванные очаговыми заболеваниями головного мозга *(алексии)*, могут определяться как поражением речевой зоны коры, так и поражениями ее оптической зоны, затылочной области коры головного мозга (оптическая алексия).

Письмо представляет другую сторону письменной речи. В основе процесса письма также лежит сложная физиологическая система, частью общая с той, которая лежит в основе чтения. Следует различать в процессе письма, с одной стороны, самое отражение громкой или внутренней речи в письменных знаках, а с другой стороны – особенности речевого процесса, входящего в процесс письма.

Овладение письмом требует запоминания обозначений каждой буквы, овладения соответствующими двигательными процессами. Для того, чтобы перейти от писания букв к писанию слов, нужно овладеть процессом расчленения на слоги и звуки.

Письмо есть особая форма общения, особая форма речи, при которой человек должен иметь чаще всего в виду общение с отсутствующим человеком (людьми). Эти особые условия меняют и характер набора слов (словесные ассоциации), лишают речь наиболее привычных средств ее подкрепления – жестами, мимикой. Не имея перед собой собеседника, человек уже лишен возможности свои слова и мысли соотносить с словами, мыслями, поведением собеседника или слушателя. Письмо зато допускает в большей мере коррекцию и перестройку. Развитие письменной речи, таким образом, связано с развитием самого речевого процесса.

Письмо требует известной перестройки мыслительного и речевого процессов. Только на относительно высоком уровне развития письменной речи человек может строить ее так, что она по форме, по словам мало отличается от громкой, экспрессивной речи, т.е. может преодолеть трудности, возникающие перед ним, с переменой условий речевого процесса при переходе на письменное общение. Различие между громкой и письменной речью в отношении словаря и грамматики, возможности передачи мыслей и переживаний остаются в той или иной мере у очень большой части людей на всю жизнь. Эти различия между звуковой и письменной речью могут быть усилены болезнью. Не только содержательная сторона письменной речи, но в какой-то мере почерк и орфографическая сторона письма связаны с уровнем речевого развития.

Врачу приходиться встречаться с различными формами нарушения уже развитой письменной речи, как и с задержками в ее развитии. Клиника знает многообразные аграфии – расстройство письма, обусловленное очаговыми поражениями в различных отделах головного мозга: в оптической зоне, в речевой зоне, в двигательной зоне. При некоторых поражениях мозга в письменной речи, как и в устной, могут проявиться патологические автоматизмы. Наблюдавшийся раненый в правую лобную область в первые месяцы после ранения писал автоматически одно слово в письме до пяти раз. Другой больной, с ранением височной и затылочной областей также правого полушария, вплетал в процессе письма в слова не относящиеся к ним буквы. Характерно, что такие нарушения наблюдались преимущественно при поражении правого полушария. Больная болезнью Пика свою фамилию «Павлова» писала так: Аавевав. При оптической аграфии буквы пишутся иногда зеркально, иногда совершенно деструктированными.

Иногда нарушение письма определяется изменениями личности. Письмо больных шизофренией, как и их устная речь, нередко приобретает черты «вычурности» - непривычное распределение букв и слов, необоснованные подчеркивания, росчерки и т.п.

Среди нарушений письма назовем еще заболевание, получившее название *«писчий спазм»*, при попытке письма в пальцах руки больного при этой болезни возникают судорожные, спазматические расстройства, препятствующие акту письма. Наиболее часто эти расстройства наблюдаются у людей, профессия которых связана с необходимостью много писать. В возникновении писчего спазма играют важную роль психические причины, по крайней мере в ряде случаев, нельзя бывает исключить и некоторую органическую основу расстройства. В этом расстройстве можно увидеть сходство с профессиональной афонией.

Люди, привыкшие писать, мало внимания уделяют процессу самого письма, формальной его стороне, основное внимание сосредоточивая на содержательной его стороне. Именно при таком, до известной степени автоматизированном письме, проявляются индивидуальные особенности писания букв в слове – *почерк.*

При некоторых заболеваниях, особенно связанных с нарушением двигатель ной области (но не только), характерным образом меняется почерк. Но на образование индивидуального почерка влияют очень многие факторы и далеко не всегда их можно учесть и правильно соотнести.

**Эмоции и их болезненные проявления.**

**Виды эмоций.** Эмоции проявляются в трех видах: 1) как острые эмоциональные реакции, в которых выступает связь с внезапными обстоятельствами, их вызвавшими; 2) как эмоциональные состояния с изменением нервно-психического тонуса, 3) как выраженная избирательность эмоциональных отношений, положительных или отрицательных к тому или иному объекту.

В обычном состоянии поведение и деятельность человека не обнаруживает заметных признаков эмоций, хотя имеют известный положительный или отрицательный оттенок. Но при особых биологических и социально значимых для человека обстоятельствах (воздействиях или раздражителях) человек выходит из этого относительно уравновешенного состояния; у него возникает эмоция, характеризующаяся отклонениями от среднего психического состояния в сторону общего возбуждения или угнетения, которые через некоторое время сглаживаются и заменяются вновь состоянием эмоциональной нейтральности.

Эмоциональные реакции имеют много видов, но издавна в них выделяются четыре основных вида эмоций: *гнева, радости, тоски и страха.* Они все сопровождаются выраженными характерными вегетативно-соматическими изменениями. Связь эмоций с телесными изменениями давно замечена. В некоторых случаях у больных возникают эмоции, лишенные определенного содержания. Так, в клинике иногда отмечается переживание страха без определенного объекта. У депрессивных больных тоска также может не иметь причины, не относиться к какому-либо определенному событию, а зависеть от изменений в организме.

**Страх.** Уже давно ряд французских авторов отмечали, что при фобиях (кардиофобиях – страх за сердце, клаустрофобиях – страх оставаться в закрытых помещениях и пр.) больные могут оставаться спокойными или даже холодными в отношении реальной опасности, других эмоциональных воздействий извне, не относящихся к сфере фобии. Они были склонны объяснять такую двойственную структуру аффективной сферы больных особенностями вегетативной нервной системы (преобладание парасимпатической системы при фобиях). Вряд ли такое понимание может быть признано удовлетворительным и достаточным. По-видимому, к этому правильнее подойти с позиции учения о фазовых состояниях и парабиозе.

**Эмоциональные состояния.** Изменение эмоционального состояния обнаруживается также при душевных заболеваниях, например, при психозе, называемом циклофренией, иначе при маниакально-депрессивном психозе характерна обычная смена двух фаз.

В одной – маниакальной фазе – обнаруживается картина возбуждения, повышенного настроения, радостного, так называемого *эйфорического,* с ускорением психического темпа, с увеличением подвижности, говорливостью, поверхностностью и отвлекаемостью мышления. При крайних выражениях маниакального состояния обнаруживается резчайшее общепсихическое возбуждение, двигательное неистовство, бессвязность речи и мышления. Другая, противоположная фаза, представляет меланхолическое или депрессивное состояние. Распространенным проявлением при заболевании психозами и неврозами являются реакции и состояния страха и тревоги, гнева и тоски. Страх может вызываться повышением тонуса симпатической нервной системы и вызывать его. Это проявляется расширением зрачков, сухостью во рту, учащением пульса, спазмом периферических сосудов, скудным клейким холодным («симпатическим») потом. Представляя пассивно-оборонительную реакцию, страх в моторной сфере проявляется не только возбуждением, бегством от пугающего объекта, но и возникающей при более сильной степени страха иммобилизацией (акинез) – «рефлекс мнимой смерти».

Отличают беспредметный и беспричинный страх или тревогу от страха, вызываемого определенными, сознаваемыми субъектом причинами. Наконец, страх может существовать наряду с сознанием его необоснованности или даже нелепости, как навязчивое явление, как фобия.

При интенсивных реакциях и состояниях страха, гнева и тоски резко изменяется психическая деятельность, могут обнаруживаться сужение сознания, нарушение логики мыслей и действий, бессмысленные разрушительные акты, расстройство ориентировки с последующей, чаще распространяющейся и на период аффекта, амнезией. Говорят и об аффекте радости и горя. Первый сопровождается психомоторной активацией, второй – резким торможением психических и психомоторных процессов.

**Эмоциональные отношения** характеризуют эмоциональную избирательность или связь эмоций определенного характера с определенными лицами, объектами или процессами. Основными контрастными эмоциональными отношениями являются: любовь, привязанность, страсть, с одной стороны, и вражда, неприязнь, ненависть – с другой.

Эмоциональные отношения имеют динамику, они возникают, достигают иногда величайшей напряженности и постепенно угасают или критически разрешаются или разрушаются. Так, любовь, начиная с интереса и симпатии, может перейти в страстное увлечение, может далее улечься в русло спокойной и прочной привязанности, может закончиться охлаждением или даже перейти в неприязнь и враждебность.

Медицинское значение эмоциональных отношений многообразно: они могут быть источником тягостных патогенных переживаний. Так, разочарование в уважаемом лице, измена или утрата любимого сопровождается большим эмоциональным напряжением, превращением эмоционального отношения в противоположное, например, любви – в ненависть, уважения – в презрение.

Состояние патологического аффекта, связанное обычно с эмоциональным, порой патологическим отношением, например, при убийстве из ревности, представляет своеобразное сложное эмоциональное отношение, сплав любви (страсти), деспотизма, эгоцентризма и неуверенности.

Недоверчивое, завистливое, враждебное отношение к людям может перерасти в процессе патологического развития в бред преследования, представляющий эмоционально-интеллектуальное образование паранойяльного типа при относительной сохранности личности и интеллекта.

Эмоциональное отношение может стать источником болезненных состояний. Но оно может быть и проявлением заболевания. Так, нарастающая подозрительность представляет проявление измененных болезнью отношений личности и черт ее характера.

Болезнь может привести к изменению отношений. Нарастающее равнодушие, безразличие к людям, которые до этого были близки и дороги, равнодушие к своим обязанностям в ряде случаев возникает в болезни.

В разработке вопроса об эмоциях больного важнейшее место занимают клинические наблюдения и амнестический метод. Могут быть полезны и некоторые методики экспериментально-психологического исследования. В изучении эмоций большое значение и распространение получили исследования: 1) мимических и пантомимических реакций, 2) вегетативно-соматических реакций, 3) моторных и интеллектуальных действий, 4) исследование биохимических изменений, 5) исследование деятельности мозга в связи с различными эмоциональными состояниями.

**Эмоции в формировании характера и его дефектов.** Эмоциональные реакции проходят, но оставляют след в форме их условнорефлекторной временной связи с ситуацией, в которой они возникли. Неоднократное повторение реакций упрочивает этот след как склонность к выявлению определенного вида эмоций. Повторная эмоциональная реакция страха создает пугливость и робость как компонент характера. Повторный гнев ведет к образованию таких черт характера как гневливость, раздражительность, которые при слабости нервной системы и беспрепятственном удовлетворении желаний создают нередко более сложную черту характера – капризность. Гневливость и капризность в известных условиях, например, ожидания опасности, раздражающей обстановки, неудовлетворенных претензий, вызывая острые аффекты или длительные аффективные напряжения, могут приводить к неврозу.

С особенностями характера тесно связан вопрос о причинах возникновения эмоций и их болезненных проявлениях у человека. Если у животных эмоциональная реакция определяется биологическим значением воздействующего фактора и жизненным опытом через механизм корково-подкорковой и вегетативно-эндокринной системы, то у человека при том же механизме в структуре эмоций решающая роль принадлежит особенностям психики, личности, сформированным определенными социально-историческими условиями, воспитанием черт характера и отношений. Эти собственно человеческие черты коренным образом преобразуют эмоции, свойственные животным, и определяют возникновение новых одному человеку присущих эмоций, связанных с идеологией, моралью, эстетическими потребностями, общественной жизнью, трудом.

Особенности характера и связанных с ними эмоциональных отношений могут становиться источником патологических эмоций.

В профилактике различных заболеваний и в психогигиене большое значение имеют воспитание эмоций, регулирование эмоциональной сферы личности, обеспечение гармонического соотношения эмоций с интеллектом, волей, укрепление самообладания.

**Бред. Мышление и эмоции.**

Эмоции могут стимулировать мыслительный процесс; могут и тормозить его, а также существенно изменять в некоторых случаях содержательную сторону и продукт мыслительного процесса. Глубокая заинтересованность, связанная с положительной эмоцией, повышает активность мысли, устойчивость мыслительного процесса, сосредоточенность на стоящей задаче.

Вместе с тем, иногда чрезмерная увлеченность занятием, которое не должно стать главным, а тем более единственным в жизни и деятельности ребенка и взрослого, может тормозить мысль, предметом которой являются другие, более важные для человека вопросы и задачи. Поэтому важно дисциплинировать мышление, используя положительные эмоции, но не давая эмоциям овладеть мышлением в ущерб основным задачам, вопреки воле, желаниям и намерениям человека. Это приходится иметь в виду при воспитании детей невропатов и психопатов.

Сильные эмоции как отрицательные, так и положительные, могут оказать отрицательное влияние на мышление, непосредственно связанное с тем, что эту эмоцию вызвало. Нередко, например, чувство любви мешает любящему объективно оценить поступки, личность любимого. Эмоция может затормозить течение ассоциативного процесса, особенно у страдающих неврозом. Аффективные отрицательные влияния на структуру мышления особенно сказываются у многих больных, в первую очередь страдающими неврозами и психопатиями. При лечении этих больных врач часто должен считать одной из важнейших своих задач помочь больному освободить мышление от чрезмерного, патологического подчинения эмоциям.

При ряде психических заболеваний, протекающих с нарушениями в аффективной сфере, особенно выражено изменение мышления под влиянием патологически усиленных эмоций – патологических аффектов. Нарушается течение мыслительных процессов при патологически сниженном настроении.

**Направленность мышления.** О направленности мышления можно говорить в двух планах, тесно между собой связанных. Можно говорить о направленности мышления, как об устойчивой характеристике его, определяемой особенностями личности, ее интересами и потребностями. У человека могут быть наиболее устойчивым предметом его мыслей узкие личные интересы или общественные интересы.

С другой стороны можно говорить о направленности отдельного мыслительного процесса, о движении его в направлении, определенном поставленной задачей. Особенно, у больных мышление может отвлекаться, уходя в направлении более или менее случайно возникших ассоциаций или в сторону более привычных или важных для человека объектов, не относящихся к поставленной задаче.

В форме бредового, патологически извращенного, расходящегося с действительностью мышления развиваются мысли при *паранойе.* При наличии бредовой идеи (бред изобретательства, бред преследования) у больных нередко остается относительно сохраненным мышление в областях, не относящихся к их бредовой идее, не находящихся под влиянием единой доминирующей у больного эмоции. Резкое и своеобразное снижение направленности мышления и его активности бывает при поражении лобных долей.

**Психология и теория медицины.** Поскольку психика человека это не только продукт биологического, но и общественно-исторического развития, в медицине необходим учет роли психики, а также углубленное изучение личности человека, его жизненного опыта, взаимоотношения с окружающими и формирующими личность общественно обусловленными обстоятельствами.

Огромное развитие у нас получила физиология высшей нервной деятельности, на нее опирается как на свою естественнонаучную основу психология вообще и в частности медицинская психология. И.П.Павлов хорошо понимал значение психологии для врача, и особенно для психиатра, он указывал, что «…психиатру непременно необходимо быть психологом, хотя бы эмпирическим. Я бы сказал так: тогда он будет в более выгодном положении, чем наши психиатры, вооруженные условными рефлексами, но без психологии эмпирической». Однако развитие физиологии высшей нервной деятельности человека происходило односторонне, вследствие ее недостаточной связи с психологией и особенно медицинской психологией, тесно связанной с проблемами естествознания. Сближение физиологии высшей нервной деятельности с психологией на общей и единой философской основе диалектического материализма должно содействовать наиболее полному и всестороннему познанию человека. И.М.Сеченов говорил, что его «всегда страшно удивляло во время студенчества отсутствие психологии в медицинских школах». В конце жизни он писал, что мечтал написать медицинскую психологию как свою лебединую песню. Материалистический монизм в понимании психофизической проблемы требует изучения не только тела, но и психики, и именно медицина является той областью, в которой это двуединое изучение может быть успешным. Значение медицинской психологии здесь весьма велико.

Развитие представляет сущность диалектики. Развитие человека, как известно. Социально и исторически обусловлено. Общественно-историческими условиями определяется индивидуальная психика человека и ее физиологическая основа.

Важным моментом диалектико-материалестического исследования является изучение развития психики. Медицинская психология в соответствии с этим должна освещать вопросы соотношения нормального и патологического развития мозга и психики, эволюции и инволюции болезненного процесса и его проявлений в психике.

**Литература:**

-Лебединский М.С., Мясищев В.Н. «Введение в медицинскую психологию» Ленинград, изд. «Медицина», 1966г.

-Гельгорн Э., Луфборроу Д. «Эмоции и эмоциональные расстройства» 1966г.

-Суханов С.А. «Патологические характеры» 1972г.