

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО _____

(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ 1 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____

Огурцова Аскольда Александровича

(ФИО ординатора)

Тема реферата Волны ее патологии.

основные оценочные критерии

№ Оценочный критерий положительный/отрицательный

1. Структурированность +
2. Актуальность —
3. Соответствие текста реферата его теме +
4. Владение терминологией +/-
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы +/-
6. Логичность доказательной базы +
7. Умение аргументировать основные положения и выводы +
8. Источники литературы (не старше 5 лет) 5/1
9. Наличие общего вывода по теме —
10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале) хорошо

Дата: « _____ » _____ 20 _____ год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора _____

Реферат
по специальности "Психиатрия"
на тему:
«Воля и ее патология».

Выполнил: Огурцов Аскольд Александрович

Руководитель: Березовская Марина Альбертовна

Красноярск, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4 стр.
1. Понятие воли	4 стр.
2. Психопатология воли	5 стр.
2.1 Нарушение воли	5 стр.
2.2 Нарушение влечений	6 стр.
3. расстройства инстинкта самосохранения	6 стр.
Заключение	7 стр.
Список литературы	9 стр.

Введение

Волевое поведение – это целенаправленность, самоконтроль поведения, возможность воздерживаться в случае необходимости от тех или иных действий, т.е. управление собственным поведением. Слабость воли, неорганизованность, сравнительно легкий отказ от достижения поставленной цели вопреки ее объективной значимости – все это свойственно каждому человеку.

Мы не всегда можем отличить настойчивость от упрямства, следование определенным принципам от стремления, во что бы то ни стало добиться своего, видя во всем этом равные проявления воли. Поэтому необходимо учиться отделять подлинные проявления воли от ложных, вот здесь помогут родители или психолог. Важно найти правильные средства для достижения желаемой цели. К таким средствам относятся: умение предвидеть последствия несовершенных и совершенных поступков, их значение для себя и других людей, способность представлять себе такие последствия не только интеллектуально, но и эмоционально.

Актуальность проблемы заключается в том, что воля проявляется в конкретной деятельности человека, которая представляет собой совокупность действий, характеризующую личность именно в действиях находят отражение все психические функции человека: и восприятие, и эмоции, и мышление. Действие, таким образом, представляет собой выражение воле комплексной психической деятельности, а деятельность человека в конечном итоге – своего рода сумму различных проявлений сознания, объединяющего психические функции и являющегося результатом исторического развития человека.

Цель настоящей работы изучению воли, конечно в тех ограниченных рамках объема, который задан невозможно рассмотреть весь вопрос полностью и всесторонне. В связи с эти задачами работы являются:

1. рассмотрение понятийного аппарата термина «воля»
2. рассмотрение основных критериев нарушения воли.

1. Понятие воли

Термин "Воля" – определяется как способность человека к сознательной и целенаправленной деятельности. Волевая активность присуща только человеку, поведение которого определяется в основном рассудочной деятельностью в отличие от животного мира, где поведенческие реакции обусловлены врожденными инстинктивными механизмами или механизмами научения.

Все действия подразделяются на инстинктивные (целенаправленные, но неосознанные), автоматизированные (целенаправленные, сознательные, но без участия активного внимания) и волевые (целенаправленные, осознанные, с участием активного внимания и с учетом прошлого опыта). Присущие только человеку волевые действия могут быть простыми (желание – исполнение) и сложными, в виде сложных волевых актов, имеющих внешние и внутренние проявления. Сложный волевой акт характеризуется значимостью поставленной цели и многоэтапностью в развитии: актуализация потребности – осознание содержания потребности – борьба мотивов – выбор решения, план действия – реализация намеченного плана во внешней деятельности. Истоки его, таким образом, лежат в потребностях как биологических, так и собственно человеческих (самоактуализация, потребность в хорошем отношении, в осознании смысла жизни и т.д.). Степень завершенности исполнения сложного волевого акта, его законченности является одним из важных критериев воли, а именно – ее силы. К другим критериям относятся выдержка и самообладание, самостоятельность и самокритичность, настойчивость и решительность; последние совершенно не сопоставимы с упрямством и импульсивностью.

Возникая и формируясь в процессе трудовой деятельности, воля, как сознательная саморегуляция человеком своего поведения обеспечивает преодоление трудностей при достижении той или иной цели, при этом она выполняет как функцию побудительную, обеспечивающую активность субъекта, так и функцию тормозную, сдерживающую его активность на данном этапе решения проблемы. В конечном итоге волевое поведение является высшей ступенью активности личности.

2. Психопатология воли

2.1 Нарушение воли

Итак, психопатология воли может быть выражена в следующих формах:

Абулия. Отсутствие стремления к деятельности, пассивность, аспонтанность, адинамия. Абулия наблюдается при различных патологических процессах. В частности, при шизофрении («утрата энергетического потенциала», «динамическое опустошение», «структурная деформация»), будучи наиболее резко выраженной при простой ее форме и в состояниях глубокого психического дефекта. Адинамия, как специфически лобный феномен («синдром сломанного пера»), впервые выделена К. Kleist в 1934 г. и заключается в бедности или полном отсутствии стремления действовать. Диапазон возникающих при этом расстройств достаточно широк: от некоторого обеднения мышления и речи до полной обездвиженности - акинезии. К. Beringer (1934) показал, что при лобных поражениях значительное торможение спонтанной активности сочетается с сохранением возбудимости на внешние воздействия. Как указывает W. Klages (1954), аспонтанность, связанная с дизэнцефальными поражениями, в отличие от лобной, является выражением физиологической усталости и не сопровождается нарушениями мышления. Ослабление активности наблюдается при депрессии, определяя иногда статус больных («адинамическая депрессия»). В последнем случае характерны понимание факта упадка активности, переживание его как болезненного явления, а также стремление пациентов преодолеть это состояние. При адинамической депрессии, судя по сообщениям пациентов, снижена и способность к волевому усилию. Они знают, что и как делать, понимают необходимость действия, но не находят в себе сил его осуществить.

Гипербулия. Состояние избыточной активности с обилием разнообразных, часто сменяющихся побуждений к деятельности, а также импульсивным стремлением к немедленному достижению цели. Растормаживаются природные влечения. Деятельность в целом оказывается малопродуктивной из-за быстрой замены одних целей другими, преобладания ситуативных реакций (полевое поведение). В относительно легких случаях подъема активности продуктивность занятий может быть повышена. При резком увеличении активности возникает состояние хаотического психомоторного возбуждения.

Парабулия. Патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов. Мотив при этом не формируется либо является неадекватным внутренней природе потребности. Отклонения в поведении могут быть разными:

- импульсивные, реактивные, нелепые и прозектические действия кататонических пациентов. Ясные мотивы поведения здесь отсутствуют, это безмотивные действия;
- неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом - здесь речь идет о психотической мотивации поведения.;
- снижение уровня мотивации, регрессия личности. Так, употребление алкоголя и наркотиков бывает связано с потребностью в эмоциональном равновесии - «расстроился и выпил».
- избыточный уровень мотивации, когда индивидум ставит себе сверхзадачи; перфекционизм. Результаты деятельности чаще всего бывают ничтожными. Как говорят в таких случаях, лучшее - злейший враг хорошего. Недостижимые цели парализуют активность, вызывают боязнь неудач, страх перед действием, не приносят удовлетворения от реально достигнутого;
- мотивы поведения, целью которых является самооправдание. Свойственна невротикам, не желающим расстаться с иллюзиями в отношении себя.
- преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость. Различают первичную внушаемость - чрезмерную восприимчивость к самовнушению и гипнозу. На этой основе может формироваться зависимость пациента от врача. Врач становится как бы недостающей частью личности пациента.

Состояния кататонического возбуждения и ступора возникают аутохтонно, могут сменять друг друга достаточно быстро (иногда внезапно) и часто; носят функциональный характер (т.е. по миновании болезненного периода или на фоне лечения контроль над двигательной сферой полностью восстанавливается).

Кататония может быть люцидной («чистой», не сопровождается помрачением сознания) и онейроидной (сопровождается онейроидным помрачением сознания).

Прежде считалось, что кататония наблюдается преимущественно при шизофрении, но в настоящее время рассматривается, как транснозологический синдром, который может возникать при различных заболеваниях (аффективных, расстройствах нейроразвития, шизофрении, и пр.). Есть гипотеза, что кататония - измененный вариант аффекта страха («бей, беги или замри»), подтверждением чему является вовлеченность в патогенез кататонии ГАМК рецепторов.

Кроме состояний возбуждения и ступора для кататонии относительно характерны следующие симптомы:

- импульсивные влечения и действия;
- мутизм (немотивированный отказ от речи при сохранности речевого аппарата);
- негативизм (бессмысленное противодействие, немотивированный отказ от действий - пассивный негативизм - или выполнение противоположных действий - активный негативизм);
- двигательные и речевые стереотипии, вычурность движений и мимики;
- подражательные («эхо») симптомы: эхо-праксия (нелепое, немотивированное повторение действий окружающих), эхо-лалия (нелепое, немотивированное повторение чужих слов и фраз).

2.2 Нарушение влечений

Импульсивные влечения направлены на отвергаемые сознанием цели и реализующиеся без сопротивления, хотя и с последующей критической их оценкой. Импульсивные влечения возникают приступообразно, неодолимы, длятся несколько часов, дней, нередко периодически повторяются. Во время приступа пациент обычно захвачен влечением, оно идентифицируется с его «Я». Побуждения здоровой части личности за - торможены, вспоминаются как нечто далекое, чуждое, если вспоминается вообще. По выходе из болезненного состояния оценка влечения меняется - теперь уже оно воспринимается чуждым личности, чем-то посторонним, ей несвойственным. В сущности, мы встречаемся здесь с феноменом двойной личности. В одном индивидууме как бы существуют две полярные личности, только действуют они попеременно. Следствием их антагонизма является борьба мотивов в начале приступа импульсивного влечения. К числу последних относят дипсоманию, дромоманию, пироманию, клептоманию, мифоманию, копролалию, гиперсексуальные приступы; влечение к азартным играм (гэмблинг) также может быть импульсивным.

Дипсомания - импульсивное влечение к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Начало запоев связано с аутохтонными сдвигами настроения. По выходе из запоя нередко выявляются обширные провалы памяти, поскольку значительную часть времени пациент пребывает в глубоком опьянении. Вероятно, амнезия отчасти обусловлена действием механизмов вытеснения. Запой купируется самопроизвольно. Дипсомания расценивается в качестве симптома некоторых заболеваний (циклотимии, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии) - эпилепто-дипсоматический алкоголизм.

Дромомания (пориомания, вагобандаж) - периодически возникающее неукротимое влечение к перемене мест, скитаниям, бродяжничеству. Синдром уходов и бродяжничества встречается при некоторых заболеваниях (шизофрении, эпилепсии), но чаще наблюдается при неврозах, психопатии, нарушениях развития личности. В динамике указанного синдрома существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психологически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе ухода и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными.

Пиромания - непреодолимое и немотивированное влечение к поджогам.

Клептомания - периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой ценности, затем выбрасываются либо возвращаются владельцу. Кражи совершаются в открытую, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие.

Мифомания - непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих. Подобно клептоманам, мифоманы не преследуют цели выгоды, более того, своим поведением сильно подрывают себе репутацию. Их увлекает скорее не желание ввести других в заблуждение, а само действие, удовольствие доставляет сам процесс сочинительства невероятных историй. В психологическом плане подобная деятельность иллюстрирует процесс перехода мотива на цель - механизм образования новых, в данном случае патологических потребностей.

Копролалия - непреодолимое стремление употребить в речи циничные ругательства. Встречаются при синдроме Жиль де ля Туретта. По своему происхождению ругательства или инвективная лексика связана с магией слов. Циничная брань с половой символикой берет начало от древнего культового отношения к гениталиям. Брань в этом смысле является продолжением архаичных традиций. Утратив первоначальное содержание, они сохранили прежний психологический смысл: многие из ругающихся делают это с целью «разрядки». Появление брани у пациентов, ранее ее избегавших, свидетельствует о регрессии личности.

Нимфомания (у женщин), сатириазис (у мужчин) - импульсивно возникающие эротические влечения. Сексуальная активность во время таких приступов может носить неукротимый и беспорядочный характер, сопровождаться насильственными действиями по отношению к партнеру. Половые контакты, однако, не снижают интенсивности влечения, не приносят удовлетворения. Более того, они могут ухудшить самочувствие, в связи с чем пациенты предпочитают их избегать. Иногда, особенно во сне, неожиданно случаются спонтанные оргазмы - обычно это бывает в периоды затишья влечения. Это только некоторые виды нарушений, на самом деле их очень много и они касаются почти всех сфер жизнедеятельности человека.

3. Расстройства инстинкта самосохранения

Усиление - может отражаться в ипохондрических переживаниях (в основе страх смерти и/или болезней), идеях преследования и агрессивном поведении (как активное устранение опасности). Ослабление - утрата потребности в чувстве безопасности, стремлении сохранить свою жизнь от действия угрожающих факторов, а иногда и активное стремление убить себя - суицидные попытки (попытки самоубийства).

По мотиву и реализации суицидной попытки выделяют три основных типа суицидального поведения:

- Истинный - основная цель в этом случае - лишить себя жизни, «уйти из жизни».
- Демонстративный - суицидная попытка совершается на глазах у окружающих для привлечения внимания и манипулирования их поведением; попытки подразумевают возможность спасения, но совершающий попытку может не рассчитать силы и действительно нанести себе серьезное увечье или умереть.
- Скрытый - в широком смысле сюда можно отнести любое аутодеструктивное поведение: пьянство, курение, отказ от медицинской помощи, пренебрежение правилами дорожного движения, непрофессиональное занятие экстремальными видами спорта и т.д.

В соответствии со стадиями волевого процесса выделяют 4 стадии в динамике суицида:

1. Появление влечения - случайные или преднамеренные мысли о смерти, в том числе о бессмысленности жизни («жизнь или смерть - одно и то же» и т.д.), о смерти как об избавлении от страдания («скорее бы умереть, надоело мучиться») - такие высказывания достаточно характерны в том числе для тяжелобольных, немощных пациентов с соматическими заболеваниями), желание умереть, но пока еще не связанное с добровольным уходом из жизни.
2. Появление собственно мыслей о суициде, обдумывание их, борьба мотивов - взвешивания за и против, отсылки к религии, социальным последствиям и пр.
3. Формулировка намерений, т.е. составление плана действий, обдумывание деталей.
4. Исполнение - непосредственно совершение суицидной попытки или попыток.

В некоторых случаях эти этапы могут занимать долгое время, в других - проходят очень быстро. Часто суицидные попытки совершаются в состоянии алкогольного опьянения, так как в этих случаях облегчается принятие решений.

Появление влечения к суициду обусловлено в первую очередь депрессией или другими психическими расстройствами и состояниями, но может наблюдаться у психически здоровых людей, в том числе как результат экзистенциального кризиса (кризиса существования), подражающего поведения (особенно у подростков), социального неблагополучия (особенно у пожилых) и др.

Извращение - аутоагрессия, членовредительство, самоистязания, селфхарм - намеренные самоповреждения с нелетальными целями.

К извращению инстинкта самосохранения также иногда относят:

- трихотилломания - вырывание собственных волос;
- онихофагия - обкусывание ногтей пальцев рук;
- аутомутиляция - обкусывание губ, ногтей, кончиков пальцев рук.

Заключение

Нарушения волевой активности могут быть на стадии борьбы мотивов, принятия решения, на этапе волевого действия, и, не связанные с психозом, указывают на расстройства личности. Так, неспособность принять решение, склонность к сомнениям, неуверенность в правильности действий свойственны психопатии психастенического склада. Решение действовать может приниматься мгновенно, без борьбы мотивов, под влиянием аффекта, минутного настроения или случайной прихоти, обнаруживая тем самым слабость контролирующей функции воли. Такая импульсивность поведения присуща психопатическим личностям возбудимого склада, пациентам с органическими поражениями головного мозга, наблюдаются также при психопатоподобных состояниях. Задержка волевого акта на стадии борьбы мотивов выражается амбивалентностью - сосуществованием полярных побуждений, из которых ни одно не будет реализовано или к моменту принятия решения время уходит. Поведение часто страдает и в том смысле, что намеченный план действий осуществляется без учета меняющихся обстоятельств - ригидность. План действий может быть необдуманным и потому заранее обреченным на провал. Эта нерасчетливость выливается в бестолковую суетливость, когда пациент не имеет ясного представления о последовательности своих действий. Недосток волевого усилия сводит на нет предыдущую подготовку действий - обычно он связан с боязнью ответственности за последствия своего поведения. В других случаях реализация намерений оказывается неполной или даже невозможной из-за недостатка упорства или вследствие повышенной внушаемости. Расстройства поведения иногда отражают неспособность к произвольному формированию дополнительных побуждений, меняющих либо усиливающих смысл действий посредством намеренного преобразования значимости мотивов (понижение или повышение их ценности) на основе предвидения и переживания последствий действия.

Список литературы

1. Воля и ее патология / Медикус. Посольство медицины (medicus.ru)
2. <https://psychiatr.ru/education/slide/386>
3. Электронный учебник «Психиатрия и медицинская психология»
4. Тиганов А.С. Общая психиатрия. 2016г
5. Карл Ясперс 2019г Общая психопатология.