РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Филиал г. Анапа

**РЕФЕРАТ**

На тему: «**Психическое здоровье и психическая болезнь. Качественные различия.Основные категории ».**

АНАПА 2006г.

**ПЛАН:**

1. Введение.
2. Пограничные нервно-психические расстройства
3. Источники психогений
4. Конституционально-генетический фактор развития неврозов.

**Введение.**

Человек – существо психосоциальное. В нем нет ни единой функции не связанной с социальными процессами. Социальные условия определяют развитие, формирование и функционирование человека.

Психическое здоровье как индивида, так и нации непосредственно зависит от условий жизни общества. В зависимости от социального состояния, общество может способствовать нормальному развитию личности, сохранению психологического здоровья или оказывать на него патогенное воздействие. В свою очередь, психологическое здоровье нации влияет на социальное, экономическое, политическое состояние государства.

Существует более 200 определений здоровья, но, ни одно не охватывает всех параметров этого комплексного понятия.

Норма – понятие динамичное и зависящее от множества параметров, в том числе от внешней среды, в которой находится индивидуум. Например, для человека, находящегося в космосе и на зеленой лужайке, состояние психической нормы будет разным. В различные возрастные периоды жизни интеллектуальная, эмоциональная, личностная характеристики в норме меняются. Ребенок, взрослый или старец в одинаковой экстремальной ситуации будут вести себя по-разному, проявляя различные эмоциональные реакции и формы поведения, которые будут соответствовать или не соответствовать возрастной норме.

Волнение, неуверенность, нерешительность, мнительность возникают в соответствующих жизненных обстоятельствах, нормальные реакции для лиц, со свойственным им складом характера.

Даже обманы восприятия (иллюзии и галлюцинации), контролируемые сознанием, могут наблюдаться у психически здоровых людей. Большинство ученых понимают норму как оптимальную жизнедеятельность.

К критериям психологической нормы, в первую очередь относят: максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности; соответствующую возрасту индивида зрелость чувств, адекватность реакции индивида на окружающие физические, биологические и психические влияния и соответствующую идентификацию непосредственных впечатлений с однотипными представлениями прошлого, умения уживаться с окружающими и быть в ладу с самим собой. Критический подход к обстоятельствам жизни и способность самокоррекции поведения в соответствии с социальными ожиданиями, адекватность реакции на социальные изменения, чувство ответственности за происходящие события и выполнение социальных ролей. Следовательно, психическое здоровье – одна из составляющих общего здоровья человека. Под психическим здоровьем понимают такое состояние индивида, которое характеризуется целостностью и согласованностью всех психических процессов и функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способностью к целенаправленной деятельности, интеллектуальному и личностному развитию, а также адекватные формы поведения.

Психическое заболевание рассматривается в 3 аспектах:

1. Отсутствие здоровья
2. Наличие страдания
3. Патологический процесс, имеющий соматическую, либо психическую форму.

Нередко проявления болезни носят отпечаток той культурной среды, в которой воспитывался человек. Одно и то же заболевание в различных социальных средах может проявляться по-разному. В культурных и социальных слоях, где психические расстройства (или определенные формы психических расстройств) не находят поддержки со стороны общества, увеличивается их соматическая направленность.

В Китае депрессия чаще соматизирована, больные предъявляют жалобы на расстройства со стороны внутренних органов, а в Америке и Европе – характеризуется как потеря энергии и эмоций.

Общественное психическое здоровье характеризуется уровнем психического здоровья популяции, распространенностью в ней психических заболеваний, алкоголизма и наркомании, умственной неполноценности индивидов. Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала. Психиатрия занимается вопросами этнологии, патогенеза, диагностики, терапии и многими другими аспектами душевных расстройств. Психиатрия делится на социальную и клиническую. Клиническая изучает сущность биологическую, симптоматику проявления, которые приводят к расстройствам психики.

**Пограничные нервно-психические расстройства.**

К пограничным нервно-психическим расстройства относятся: неврозы, психопатии, психические нарушения при соматических заболеваниях. Неврозы - болезненные проявления функционального состояния, вызванные личностным конфликтом и проявляющиеся психические и соматические заболевания. По мнению выдающегося советского психиатра Мясищева В.Н., в основе неврозов лежат неудачно, нетрадиционно разрешаемые личностью противоречия между НЕЮ и значимыми для нее сторонами действительности, неумение найти рациональный выход, влечет психическую и физическую дезорганизацию личности. Необходимо указать индивиду на связь психотравмирующей ситуации с системой значимых для него отношений и перестроить отношения больного с окружающими.

Существуют различные определения неврозов, в которых оттеняется та или иная сторона заболевания. Патогенетически обоснованное определение невроза принадлежит В. Н. Мясищеву. Еще в 1934г. он отмечал, что невроз представляет болезнь личности, в первую очередь болезнь развития личности. Под болезнью личности В. Н. Мясищев понимал ту категорию нервно-психических расстройств, которая вызывается тем, как личность перерабатывает или переживает свою действительность, свое место и свою судьбу в этой действительности. В 1939г. он уточнил, что невроз – это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально, непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно-тягостные переживания: неудач в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности (Мясищев В. П., 1960). В настоящее время общепризнанной является точка зрения на неврозы как на психогенные заболевания личности (Карвасарский Б. Д., 1980).

В зарубежной литературе невроз рассматривается по-разному: в

ортодоксальном психоанализе - как неизбежный и необходимый момент развития в связи с образованием и разрешением детской тревоги (Klei M. et al., 1966). В индивидуальной психологии невроз считается патологической формой компенсации чувства внутренней недостаточности или нереализованного чувства превосходства (Adler A., 1928). В поведенческой терапии невроз определяется как зафиксированный навык неприспособленного поведения, приобретенный путем научения (Wole J., 1958). Крупнейший зарубежный специалист по проблеме неврозов К. Ноrеу определяет невроз как психическое расстройство, вызванное страхом и защитой от этого страха, а также попытками отыскать компромисс в конфликте противоположных тенденций. Невротические расстройства как отклонения от общепринятого в данной культуре интерперсонального поведения - это проявление заторможенного процесса самореализации (Horey К., 1950). Психогенный характер заболевания неврозом означает, что оно обусловлено действием психических (психологических) факторов, значимых для человека и выражаемых в виде тех или иных существенных для него переживаний (Мясищев В.Н., 1955). Они могут обозначаться как внутренний или невротический конфликт (Ноrеу К., 1945). Связь невроза с психотравмирующей ситуацией позволяет считать его принципиально обратимым состоянием (Мясищев В. Н., 1960).

Эпидемиология неврозов. По официальным данным ВОЗ, число неврозов за последние 65 лет выросло в 24 раза, в то время как число психических заболеваний - в 1,6 раза. Невысоким, очевидно, будет и рост числа психопатий, что, как и относительно небольшое увеличение психозов, подчеркивает ведущую роль в их происхождении биологической дефицитарности. Нарастание неврозов, помимо известных причин, является также следствием их лучшей клинико-психологической диагностики и более частой обращаемости за помощью. Высокий процент (35,3%) лиц с нервными заболеваниями выявлен в 1986г. в Великобритании. В Италии эта цифра составляет 24,8%, в Испании - 12,7%, т.е. заметназависимость числа нервныхнарушений от социально-экономического и культурного уровня этих стран. Увеличение нервных заболеваний в развитых странах идет, на наш взгляд, преимущественно за счет неврозов - наиболее весомой и динамичной социально-психологической и клинической переменной в общей нервно-психической патологии. Известно, что в структуре нервно-психической заболеваемости неврозы наиболее распространены у взрослых и детей (Колегова В. А., 1971 Лебедев С. В., 1979 Карвасарский Б. Д., 1980 Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985).

К ведущим невротическим нарушениям, выявляемым на неврологическом приеме, относятся астеноневротический синдром и невротические реакции (Горюнов А. В. и др., 1980). Данные врачебных приемов не дают полную картину заболеваемости неврозами. Среди детей с расстройствами психики, выявленных при сплошном обследовании, лишь 20% детей состояли на учете у психоневролога (Лебедев С.В., 1979). Необходимо помнить и то, что эпидемиологическое исследование неврозов затруднено по причине необходимости проведения направленной и достаточно продолжительной беседы с каждым из детей и по крайней мере - с одним из родителей. Легче поддаются учету явные формы нарушенного, делинквентного или психотического поведения, а также видимые признаки нервности, включая заикание и тики. По данным Л. В. Соколова (1985), отклонения в нервно-психическом развитии обнаружены у 33% детей, посещающих детский сад. Ориентировочные данные о количестве неврозов можно получить, если учесть их удельный вес в структуре нервно-психической заболеваемости на приеме. По одним данным, неврозы выявляются у 27% (Колегова В. А., 1971), по другим - у 45% больных от общего числа детей с нервно-психическими нарушениями (Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). В среднем эта цифра составляет 36%, т. е. условно можно считать по крайней мере каждого третьего из детей с нервно-психической патологией больным неврозом. По-видимому, это соотношение будет увеличиваться в сторону неврозов при массовом обследовании в школе и выявлении психогенных форм школьной дезадаптации у 15-20% учащихся (Каган В.Е., 1984). Отмечается и 12% минимальная распространенность у всех детей выраженных клинических форм нарушений адаптации в школе (Schwartz G. M. etal., 1981). Наибольшее число неврозов, по данным обращаемости, наблюдается в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте (Колегова В. А., 1971). По данным сплошного обследования, наибольшее число неврозов выявляется у детей школьного возраста (Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). Частота неврозов у школьников возрастает по мере увеличения времени обучения (Манова-Томова В. С. и др., 1981). В возрасте 12-18 лет имеется постоянный уровень невротизма (Bamer J. Н., 1979). Расстройства невротического уровня преобладают у мальчиков (Захаров А.И., 1977 Лебедев С. В., Козловская Г. В., 1980). Больше неврозов в периоды возрастных кризов (Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). Школьная дезадаптация также способствует неврозам (Каган В. Е., 1984). В подростковом возрасте, по данным анкетного обследования J. Bamer (1979), более невротичны девочки. У девушек по сравнению с юношами заметно преобладание невротических расстройств, включая тревогу и депрессию (Almqit F.,1986). Больных неврозами женщин на приеме в 2 раза больше, чем мужчин (Мягер В. К.,1976). Следовательно, в детском возрасте заметно преобладание лиц мужского пола, больных неврозами, а у взрослых - женского пола. Причем у женщин ведущей реакцией на стресс будут нарушения психических, а у мужчин - соматических функций организма (Немчин Т. А., 1983). При неврастении соотношение мужчин к женщинам достигает 2,2. При истерическом неврозе, наоборот, девочек в 3,3 раза больше. При неврозах на фоне невропатии мальчиков значительно больше, чем девочек: без невропатии подобные различия минимальны. В отличие от невропатии, при которой число мальчиков достоверно выше, резидуальная церебральная органическая недостаточность не оказывает влияния на соотношение мальчиков и девочек при неврозах.

Достоверные различия будут отмечаться при клинической дифференциации невроза по степени тяжести. В группе с тяжелым, обычно психомоторно-осложненным, течением невроза мальчиков больше.

Если разделить всех больных неврозами по наличию или отсутствию

психомоторных нарушений, то соотношение мальчиков и девочек существенно изменится. В группе без психомоторных нарушений (тиков, заикания, энуреза) мальчики встречаются только в 1,1 раза чаще, чем девочки. В группе с психомоторными нарушениями мальчиков в 1,9 раза больше. В свою очередь, значительная часть психомоторных нарушений - это проявление невропатии, а она в большей степени характерна для мальчиков. Следовательно, невропатию у мальчиков можно воспринимать как один из факторов биологического риска. С 12 лет соотношение мальчиков и девочек, больных неврозами, практически одинаково, так как именно к началу пубертатного периода сглаживаются проявления невропатии. Изменение рассматриваемого соотношения в сторону более частых невротических расстройств у лиц женского пола заметно уже в

юношеском возрасте и, как уже отмечалось, характеризуется обратным детству соотношением у взрослых (Мягер К., 1976).

Нарушения поведения возбудимого круга (повышенная возбудимость, неуправляемость, расторможенность вместе с агрессивностью (драчливостью), конфликтностью и неуживчивостью) несколько чаще встречаются у мальчиков (15%), чем у девочек (11%). У тех и других в старшем дошкольном возрасте они статистически достоверно более выражены, чем в младшем.

Нарушения поведения тормозимого круга (боязливость, пугливость, робость и нерешительность, неумение постоять за себя, беззащитность совместно с повышенной эмоциональной чувствительностью, тревожностью, легко обижаться, плакать и расстраиваться) более свойственны девочкам (22%), чем мальчикам (17%). Нарушения поведения тормозимого круга противостоят (обратная связь) бесцеремонности, отсутствию сдерживающих начал, чувства вины и переживания случившегося, т. е. нарушениям поведения главным образом возбудимого круга. Тормозимость отрицательно коррелирует также с неискренностью, лживостью и хвастовством. Последние проявления, в свою очередь, несовместимы с повышенной эмоциональной чувствительностью, склонностью легко обижаться, плакать и расстраиваться.

**Источники психогений.**

Среди разнообразных патогенных ситуаций, являющихся причиной психической травматизации при неврозах, выделяются семейно-бытовые, прежде всего конфликтные, отношения в семье (Мясищев В. Н. Карвасарский Б. Д., 1967 Мягер В. К., 1971). В более широком аспекте причиной невроза может быть дисгармоничное функционирование семьи в целом, приводящее к заболеванию одного из ее членов (Семичов С. Б., 1978). Подчеркивается хронический характер основополагающего для невроза эмоционального стресса (Губачев К. М. и др., 1976). Патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением личности. В свою очередь, особенности личности, системы ее свойств и отношений могут быть поняты лишь из истории ее развития в определенной социально-бытовой среде, прежде всего в семье (Мясищев В. Н. 1960). Указывается на характерное для психогенных состояний сочетание психической травмы и особого склада личности детей и подростков (Гиляровский В. А., 1934 Блей Е. А., 1940 Сухарева Г. Е., 1959). Считается, что чем острее и внезапнее действует психическая травма, тем меньшую роль играют личностные особенности, и, наоборот, при уменьшении массивности и остроты психической травмы индивидуальный склад личности приобретает большую роль в формировании клинической картины невроза (Сухарева Г. Е., 1959). Прежде всего, патогенность психической травмы возрастает в условиях новизны, внезапности воздействия, быстрой смены динамического стереотипа (Сухарева Г.Е., 1959), сниженного функционального состояния коры головного мозга, биотонуса в целом (Осипова Е. А., 1932 Сканави Е. Е., 1934), резидуальной органической (Пивоварова Г. Н., 1960) или невропатической (Симеон Т. П. 1958) недостаточности. Особое значение придается месту наименьшего сопротивления организма (Блей Е. А., 1940) и возрасту больных (Симеон Т. П. и др., 1935).

Неправильное воспитание в семье и конфликты как ведущие источники психогений у детей и подростков с неврозами признаются и большинством современных исследователей (Захаров А. И., 1972, 1982 Лебедев С. В, 1979 Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985). При изучении структуры пограничных расстройств среди городского детского населения выявлена этиологическая корреляционная связь с неврозами, прежде всего, хронической психотравмирующей ситуации в семье и дефектов воспитания, затем школьных конфликтов, острой психической травмы и на последнем месте – алкоголизма родителей (Козловская Г. В., Лебедев С. В., 1981).

**Конституционально-генетический фактор развития неврозов.**

По мере углубления знаний о неврозах значение генетических факторов в их происхождении неоднократно подвергалосьпересмотру. Внастоящеевремяотягощенность нервно-психическими заболеваниями при неврозах считается незначительной, без различий при неврастении, истерии и неврозе навязчивых состояний (Федоров А.П., 1978). Противоречивые данные получены у близнецов - от отрицания значительного влияния наследственности на неврозы (Хамаганова Т. Г. и др.,1977) до ее выделения в качестве важной переменной (Scheak H., 1974). Имеется точка зрения, что наследственность при неврозах - это один из аспектов более широкой проблемы генетики индивидуальных реакций на психический стресс (Кочубей Б. И., 1978).

Влияние тревожно-мнительного реагирования родителей, особенностей их мышления сказалось на самом характере переработки детьми переживаний как навязчивых страхов и опасений.

Все же, правильнее будет говорить не о наследственной

предрасположенности к неврозам, а о наличии общих, в том числе и генетически обусловленных, способов или типов нервно-психического реагирования, опосредованных конкретным характером отношений в семье.

Иллюстрирует данное положение статистический анализ общности

нервно-психического реагирования в трех поколениях семьи детей с неврозами: детей, их родителей и прародителей. Различия по женской и мужской линии отсутствуют. Тревожность (часто беспокоится, тревожится, плохо переносит ожидание) свойственна подавляющему числу детей, большинству матерей и бабушек. По женской линии тревожность выражена достоверно чаще, чем по мужской. Мнительность (часто волнуется по поводу того, что может произойти, вовсем сомневается, мнительный) наблюдается в большинстве случаев у мальчиков и их матерей. Как у мальчиков, так и у девочек мнительность достоверно чаще представлена по женской линии. Гиперсоциальность (заостренноечувство долга, обязанности, ответственности, трудность компромиссов) преобладает у девочек, а также родителей (матерей и отцов) и прародителей (бабушек и дедушек) как девочек, так и мальчиков. Различия по женской и мужской линиям отсутствуют. Ригидность (трудность изменения своей точки зрения, неуступчивость, упрямство) незначительно преобладает у мальчиков. В целом по мужской линии ригидность встречается чаще, чем по женской. Остальные характеристики из приведенного списка не имеют существенного распространения в семьях детей с неврозами, поэтому мы на них не останавливаемся.

Из рассмотренных характеристик выделяются те, которые встречаются у большинства детей и по крайней мере у одного взрослого: родителя или прародителя. Это сензитивность, эмоциональная лабильность, возбудимость, тревожность, мнительность, гиперсоциальность и ригидность. Вместе они образуют невротический контур личности в трех поколениях семьи детей с неврозами.

Представляет интерес сочетание некоторых изученных характеристик в семье. Сензитивность, лабильность настроения и возбудимость рассматриваются как эмотивность, в то время как мнительность, ананкастический радикал (подчеркнутое стремление к порядку и чистоте, наряду со склонностью к навязчивым мыслям и повторениям) и гиперсоциальность образуют комплекс подчеркнутой рациональности.

Получить своего рода индекс характерологического своеобразия. Дети с неврозами – часто единственные дети в семье, и в их воспитании наблюдается больше отклонений, чем при наличии нескольких детей (Гарбузов В.И., 1978 Антонов А. И., 1980 Манова-Томова В. С., 1981). Относительно больше единственных детей у взрослых с истерическим неврозом (Федоров А. П., 1978).

По данным литературы, большая опасность невротизации отводится первенцу – старшему ребенку в семье, у которого более низкая адаптация, чем у последующих детей (Христозов X. И др., 1976). Первенцы более зависимы и внушаемы, подвержены боязни утраты родительского внимания, склонны к чувству вины и враждебности у них больше проблем, связанных со страхами и колебаниями настроения (Thurtoe L.,

Jeki R., 1931). На рентгенограмме черепа выявляется подчеркнутый сосудистый рисунок на ЭЭГ – общие, \_ерезко выраженные диффузные изменения. Невропатия встречается у 56% детей, больных неврозами (у мальчиков - 60%, у девочек – 50%) достоверно чаще, чем в норме (У девочек невропатия достоверно часто преобладает при неврозе страха, у мальчиков – при истерическом неврозе. Отдельные симптомы невропатии могут не иметь столь очевидных различий при неврозах, например вегетососудистая дистония, несмотря на ее достоверно высокий уровень по сравнению с нормой.

Эмоциональный контакт родителей и детей – одно из условий нормального психического развития, формирования характера и личности. Проблемы эмоционального контакта с родителями у детей, которые впоследствии заболевают неврозами, обусловлены прежде всего гиперсоциальной направленностью личности матерей в виде гипертрофированного чувства долга, обязанности, повышенной принципиальности, трудности компромиссов. С одной стороны, эти матери много опекают и тревожатся, а с другой - поступают излишне правильно, но, что называется, без души. Часто не идут вовремя навстречу, стремятся излишне пунктуально выдерживать режим дня, без конца читают мораль и считают детскую возню, смех и веселье пустым времяпрепровождением.

ЛИТЕРАТУРА:

1. А.Л. Зозуля «Социальная психиатрия» МГСУ Москва 2002г.
2. Хухлаева О.В. «Психология подростка» М. Академия, 2004г.
3. Психология и соционика межличностных отношений. - №4 (28) апрель 2005г.
4. Маклаков А.Г. «Общая психология» Издательство Питер 2004г.