

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО.

Зав.кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: «Нарушения воли и влечений».

Выполнил: ординатор 1 года обучения

Специальности психиатрия

Васютина И.А

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск 2020г.

Содержание:

1. Введение.	3ст.
2. Определение	4ст.
3. Нарушения воли.	5ст.
4 . Нарушения влечений.	8ст.
9.Выводы.	11ст.
10.Список используемой литературы.	12ст.

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, действие по наиболее сильному мотиву, сравнительно легкий отказ от достижения поставленной цели вопреки ее объективной значимости — все это свойственно типичному и подростку и ребенку и даже взрослому человеку.

Всегда важно для каждого человека, как развивается его воля, а то, какие позитивные чувства связаны с «победой над собой», над своим нежеланием что-либо делать, собственным страхом.

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. 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.

Определение.

Воля — способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей. Произвольной следует считать лишь такую деятельность, которая регулируется представлениями о будущих результатах этой деятельности. Волевая активность свойственна только человеку, животные лишены этой способности, хотя у них и существуют ее зачатки в виде преднамеренных действий, детерминированных возможностью появления объектов актуальной потребности. Поведение насекомых, рыб, рептилий определяется главным образом инстинктами — врожденными механизмами, динамизирующими, направляющими и контролирующими это поведение. У птиц, млекопитающих и низших приматов контроль поведения с инстинктов смещается на механизмы научения. Поведение человека определяется в основном рассудочной деятельностью. Динамизирующая функция инстинкта состоит в побуждении к действиям, повышении общей активности. Направляющая роль инстинкта заключается в определении четкой последовательности требуемых действий. Функция контроля позволяет оценить успешность деятельности, так как конечный результат последней жестко зафиксирован в наследственной программе инстинкта. Инстинкты у человека сохранили динамизирующее значение, однако они не могут направлять и контролировать эффективность его поведения. Возврат к инстинктам для человека закрыт навсегда. Волевая деятельность регулируется мотивами — осознанными целями поведения и рациональной программой их осуществления.

Наряду с биологическими у человека существует и обычно доминируют собственно человеческие потребности. Потребность — это «нужда» в том, без чего организм не может нормально развиваться и существовать. Одной из первых, остающейся до сих пор в числе лучших, является классификация человеческих потребностей. Три группы потребностей: естественные и необходимые (в еде, питье); естественные, но не являющиеся необходимыми (половые желания); ни естественные, ни необходимые (желание славы, патологически усиленные потребности первых двух типов — страсти). С точки зрения А. Маслоу, реализация потенциальных возможностей личности, самоактуализация, недостижима без удовлетворения витальных потребностей (еде, сне и т. п.). Автор пытался обосновать иерархическую теорию потребностей, интегрировать потребности разного уровня, от самых «примитивных» до наиболее утонченных. «Пирамида» потребностей, по А. Маслоу, такова.

1. Физиологические потребности (в пище, воде и др.), без удовлетворения которых никакие другие не имеют побудительной силы.
2. Потребность в безопасности (в защищенности, уверенности в завтрашнем дне и др.), удовлетворение которой делает возможным развитие потребности в хорошем отношении.

3. Потребность в хорошем отношении (быть любимым, принятым в обществе, в группе, где с тобой считаются и др.).

4. Потребность в самоуважении, желание утвердить себя в деле, а не во мнении властей или большинства.

5. Потребность в самореализации, которая превращает человека в творческую личность, способную заботиться о других людях, обществе и человечестве.

Более 90 % людей останавливается на уровне поисков защищенности и хорошего отношения. Некоторые психологи считают, что подлинного расцвета личности достигают 1—2 % людей.

Фрустрация потребностей влечет серьезные и опасные для здоровья и жизни человека последствия. Так, лишение сна уже на четвертые—пятые сутки приводит к психозу. Важно, что тяжесть и характер последствий лишения во многом определяется тревожными ожиданиями таких последствий.

Воображаемая опасность подчас является ничуть не меньшей угрозой, чем реальная. Как заметил кто-то, самое страшное — это сам страх.

Волевой акт имеет своим истоком актуализацию потребности. Субъективно это переживается как смутное ощущение нехватки чего-то важного и необходимого. Объект потребности на данном этапе волевого процесса не осознан. Вторым этапом последнего волевого акта является формирование мотива — осознание содержания потребности, понимание того, что, собственно, нужно. На третьем этапе волевого акта происходит борьба мотивов. Из всех возможных в данный момент выбирается то направление деятельности, которое адекватно наиболее важной потребности. Кроме того, определяется такой способ достижения цели, который отвечает нормативным представлениям индивидуума. На четвертом этапе волевого процесса формируется план действий и принимается решение действовать (осуществляется волевое усилие). Наконец, пятым этапом является реализация намеченного плана, внешняя деятельность в направлении цели, соотносящаяся с реальными и изменчивыми обстоятельствами.

Приведем короткие определения некоторых терминов, относящихся к поведению.

Мотивация — совокупность разных факторов, определяющих поведение.

Желание — субъективное ощущение потребности, в том числе и биологической.

Мотив — формулировка причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях.

Побуждение — цель, ради которой совершается поступок. Истинная цель может быть установлена лишь после того, как действие осуществилось.

Влечение — внутреннее состояние, толкающее к определенному действию.

Импульс — динамическое проявление инстинкта, врожденной потребности.

Психопатология воли:

Нарушения воли.

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»), 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. При лобных поражениях значительное торможение спонтанной активности сочетается с сохранением возбудимости на внешние воздействия. Аспонтанность, связанная с диэнцефальными поражениями, в отличие от лобной, является выражением физиологической усталости и не сопровождается нарушениями мышления. Ослабление активности наблюдается при депрессии, определяя иногда статус больных («динамическая 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. Ослабление импульсов к действию или вялость (в просторечии — «лень») определяется термином гипобулия, гиподинамия. Степень снижения активности может быть разной — от незначительного, переживаемого скорее субъективно, до граничащего с аспонтанностью. Гипо- и абулия — нарушения, лишенные нозологической специфичности. Встречаются в клинической структуре различных психических и соматических заболеваний, при психопатии, последствиях органических повреждений головного мозга, наркомании.

Следует разграничивать такие сходные понятия, как гиподинамия и астения. В клиническом плане они часто находятся в отношениях смежности: астении очень часто сопутствует гиподинамия. Но так бывает не всегда. При гиперстеническом варианте астении, например, ослабления активности не наблюдается. Состояния вялости могут не сопровождаться явно повышенной истощаемостью. Из этого следует, что указанные понятия (и соответствующие им клинические явления) при значительном внешнем их сходстве не являются идентичными.

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.

В детской психиатрической практике встречаются гипердинамический синдром (синдром гиперактивности). Основные его признаки: общее беспокойство, раздражительность, неусидчивость, обилие лишних движений, ослабление активного внимания, незаконченность поведения, порывистость, импульсивность поступков. Резко нарушаются семейная и школьная адаптация. Состояние гипердинамии не способствует нормальному интеллектуальному развитию детей. Гиперкинетический синдром с задержкой речи, неуклюжестью, замедлением развития специальных навыков (чтение, счет и др.) обозначают как гиперкинез с задержкой развития. Гипербулия у взрослых пациентов наблюдается в маниакальном состоянии, психическом возбуждении при разных заболеваниях. В детской психопатологии гипердинамический синдром чаще связывают с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы — синдромом минимальной мозговой дисфункции. Кроме того он описан при эпилепсии, хроническом эпидемическом энцефалите, шизофрении, олигофрении, невротических расстройствах, а также в структуре синдрома Крамера-Полльнова (здесь он сочетается с постоянными насильственными движениями и нарастающей деменцией). У детей встречается в возрасте от 1,5 до 15 лет, но особенно резко бывает выражен в конце дошкольного и начале школьного возраста.

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. К ним приближаются «странные действия», связываемые с патологией мышления и обозначаемые термином парагномен. Так, пациент распиливает пополам кошку, поскольку «деление — это закон природы». Словесная формула мотива есть тут не более, чем «речевое сопровождение», вербальная тень действия. Что на самом деле побудило больного совершить его, определить невозможно;

— неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом — здесь речь идет о психотической мотивации поведения. Последняя обусловлена тем, что пациент вместо реальности воспринимает свое болезненное «Я» в ней. При бреде преследования «спасается» или нападает, но не потому, что ему что-то реально угрожает. Вероятно, он свои неосознанные агрессивные тенденции усматривает в нейтральных действиях окружающих. То же происходит и при галлюцинациях;

— снижение уровня мотивации, регрессия личности. Так, употребление алкоголя и наркотиков бывает связано с потребностью в эмоциональном равновесии — «расстроился и выпил». Забота о «душевном покое»

оказывается важнее, чем, к примеру, о своей репутации или о деле. Многие виды отклоняющегося поведения (тучность, эротизм, азартные игры, опасные виды спорта, одержимость ритмической музыкой) имеют в основе регрессию мотивации;

— избыточный уровень мотивации, когда индивидuum 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;

— защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание. Свойственна невротикам, не желающим расстаться с иллюзиями в отношении себя. Уход от реальности или невротический эскапизм — это отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными формами психологической защиты (отрицание реальности, вытеснение, конформизм, рационализация и др.);

— 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. Первичная внушаемость объясняет, почему ипохондричные пациенты находят у себя мнимые признаки разных заболеваний — они видят то, чего боятся, а истеричные пациенты — то, чего хотят. Вторичная внушаемость обнаруживается в отношениях подчинения и связана с низкой самооценкой. Примером, с одной стороны, может служить конформность, сервиллизм, а с другой стороны — авторитаризм. Массовые психические эпидемии, например, повальная вера в чудеса, возникают на почве страха, неуверенности и, конечно же, внушаемости. Внешне внушаемости противостоит негативизм. В действительности же и то и другое — разные ипостаси одного качества. Внушаемые субъекты одновременно негативистичны, они действуют не из рациональных оснований, а под влиянием эмоций. Внушаемость и негативизм свойственны детям. У взрослых индивидуумов эти качества указывают на незрелость или снижение личности.

Нарушения 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).

Дромомания (пориомания, вагобандаж)—периодически возникающее неудержимое 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 употреблять 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. Одна из наблюдавшихся нами пациенток с нимфоманией сообщала, что половое желание во время приступов достигает неимоверной силы. «Все внутри горит, тело само подпрыгивает, как при половом сношении. Представляю себе сношения в самых невероятных позах, мысленно проделываю такие вещи, что сказать стыдно...». Тем не менее ни при мастурбации, ни во время коитальных контактов оргазма она не испытывает, ощущает только боли; после сближений интенсивность влечения еще более возрастает. Иногда, особенно во сне, неожиданно случаются спонтанные оргазмы — обычно это бывает в периоды затишья влечения.

Высокая интенсивность сексуального влечения не является отклонением, если при этом нет физиологических нарушений. Значительно чаще, нежели нимфомания и сатириазис, встречается «эротомания» — доминирование сексуальных ценностей. Пляски вокруг «золотой свиньи» — это очевидное выражение духовного кризиса личности. Сексуальность обычно нарушается по мере концентрации внимания к ней. В норме она является не самоцелью, а средством сближения, выражением любовного отношения. Самый надежный стимулятор потенции и оргазма — романтизм, то есть любовь или хотя бы влюбленность.

Вывод.

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 необдуманым и потому заранее обреченным на провал. Эта нерасчетливость выливается в бестолковую суетливость, когда пациент не имеет ясного представления о последовательности своих действий. Недостаток 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 используемой литературы:

1. Психиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015
2. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. - 1008 с.
3. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012 г
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина В.В. "Психиатрия и медицинская психология. Учебник", 2019 г.
5. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. - М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 434 с.
6. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. - 1008 с.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Рецензия зав.кафедрой, д.м.н. Березовская М.А

На реферат ординатора 1 года обучения по специальности: Психиатрия

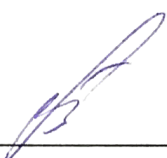
Васютиной И.А

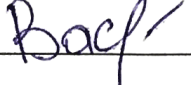
Тема реферата: Нарушения воли и
впечатлений.

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)	6/4
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/5

Дата: « 15 » 05 2020г.

Подпись рецензента:  Березовская М.А.

Подпись ординатора:  Васютина И.А.