

**Санкт-Петербургский государственный институт культуры
Факультет мировой культуры**

**презентация
по предмету „Психология саморазвития и управления“**



**КОМПУЛЬСИВНОСТЬ И ИМПУЛЬСИВНОСТЬ:
ПРИЧИНЫ, ПРОЯВЛЕНИЯ, СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ**

**магистранта 1-го курса И. Кирилова (ФМК/МО288 – 1/1)
преподаватель: доктор медицинских наук, профессор В.М. Голянич**

Компульсия (от лат. *compellō* - «принуждаю») — симптом, представляющий собой периодически возникающее навязчивое поведение, ритуалы или ментальные акты. Действия, которые, как человек чувствует, он вынужден выполнять. Невыполнение этих действий повышает тревожность у человека до тех пор, пока он не отказывается от сопротивления позыву. Компульсивные симптомы характерны для обсессивно-компульсивного расстройства и ананкастного расстройства личности. Компульсии могут быть (но не обязательно) связаны с обсессиями — навязчивыми мыслями.

Интерпретация

С точки зрения психоанализа, компульсии являются проявлениями «возвращения вытесненного», то есть соответствуют мыслям и желаниям, которые пациент отвергает как несовместимые со своим представлением о себе, или средством для того, чтобы запретные мысли оставались забытыми. Компульсивные явления могут пониматься или как неудачное вытеснение, или как показатель отчуждения, потому что та сторона, которая связана с влечением, означает силу, ищущую выражения, а другая - принудительные действия - свидетельствует, что субъект не может признать отдельные части самого себя.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОКР

На данный момент неизвестно, что вызывает появление ОКР.

В рамках *нейрофизиологического подхода*, исследователи выдвигают теорию о связи ОКР с нарушениями коммуникации между глазнично-лобной корой мозга и базальными ганглиями.

Существует также теория, которая объясняет появление или ухудшение симптомов ОКР при стрептококковой инфекции. Согласно этой теории, в процессе борьбы с бактериями антитела в теле пациента «случайно» разрушают другие ткани тела, а не бактерий. Это может вызвать артрит, а также ОКР, если разрушается, к примеру, ткань базальных ганглиев. Хотя эта причина ОКР является довольно редкой, она тем не менее объясняет некоторые случаи флуктуации симптомов, независимых от внешних воздействий (стресса).

Возможно, способствуют ОКР *генетические мутации*. Данные однояйцовых близнецов также подтверждают существование «наследственных факторов невротической тревоги». Кроме того, лица с ОКР чаще имеют членов семьи первой степени родства с этим расстройством, чем здоровые представители контрольной группы. В случаях, когда ОКР развивается в детстве, наследственный фактор гораздо сильнее, чем при развитии ОКР во взрослом возрасте (на генетические факторы может приходиться 45—65 % случаев ОКР у детей с этим диагнозом).

Коррекция ОКР

Самый эффективный психотерапевтический подход при ОКР — *когнитивно-поведенческая психотерапия*. Разработанная американским психиатром Д. Шварцем методика («методика четырёх шагов») позволяет пациенту сопротивляться ОКР, изменяя или упрощая процедуру «ритуалов», сводя её к минимуму. Основа методики — осознание пациентом болезни и пошаговое сопротивление её симптомам.

Также считается эффективной такая форма поведенческой терапии как *метод экспозиции и предупреждения*. Экспозиция заключается в помещении пациента в ситуацию, которая провоцирует дискомфорт, связанный с obsессиями. Одновременно пациенту даётся инструкция, как сопротивляться выполнению компульсивных ритуалов — предупреждение реакции.

Применяются также *групповая, рациональная, психообразовательная* (обучение пациента отвлекаться на другие стимулы, облегчающие тревогу), *аверсивная* (использование болезненных стимулов при появлении навязчивостей), семейная и др. методы психотерапии.

Психоаналитическая психотерапия может помочь с некоторыми аспектами расстройства. Некоторые психологи и психиатры считают, что психодинамическая терапия, психоаналитическая терапия, гипнотерапия или транзакционный анализ бесполезны для лечения ОКР.

Терапия психотропными средствами

Среди всех классов психотропных средств наибольшую эффективность при ОКР обнаружили *антидепрессанты*, в особенности кломипрамин. Показали свою эффективность и антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам), а также миртазапин.

Биологическая терапия

Её используют только при тяжёлом течении ОКР. В СССР в таких случаях применяли *атропинокоматозную терапию*. На Западе в данных случаях используют электросудорожную терапию.

Первичная психопрофилактика:

1) *Предотвращение психотравмирующих влияний на работе и в быту.*

2) *Предотвращение ятрогений и дидактогений* (правильное воспитание ребёнка, например, не прививать ему мнения о его неполноценности или превосходстве, не порождать чувство глубокого страха и вины при совершении «грязных» поступков, здоровые отношения между родителями).

3) *Предотвращение семейных конфликтов.*

4) *Вторичная психопрофилактика* (предотвращение рецидивов):

Изменение отношения больных к психотравмирующим ситуациям путём бесед (лечение убеждением), самовнушения и внушения; своевременное лечение при их выявлении. Проведение регулярной диспансеризации. Способствование увеличению яркости в помещении — убрать плотные шторы, использовать яркое освещение, максимально использовать светлое время суток, светолечение. Свет способствует выработке серотонина.



5) Общеукрепляющая и витаминотерапия, достаточный сон.

Диетотерапия (полноценное питание, отказ от кофе и алкогольных напитков, включить в меню продукты питания с повышенным содержанием триптофана (аминокислоты, из которой образуется серотонин): финики, бананы, сливы, инжир, томаты, молоко, сою, чёрный шоколад).

6) Своевременное и адекватное лечение других заболеваний: эндокринных, сердечно-сосудистых, особенно атеросклероза сосудов мозга, злокачественных новообразований, железо- и витамин В12-дефицитной анемии.

7) Обязательно избегать возникновения пьянства и тем более алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Всё вышесказанное относилось к индивидуальной психопрофилактике. Но необходимо на уровне учреждений и государства в целом проводить социальную психопрофилактику — оздоровление труда и бытовых условий, службы в Вооружённых Силах.

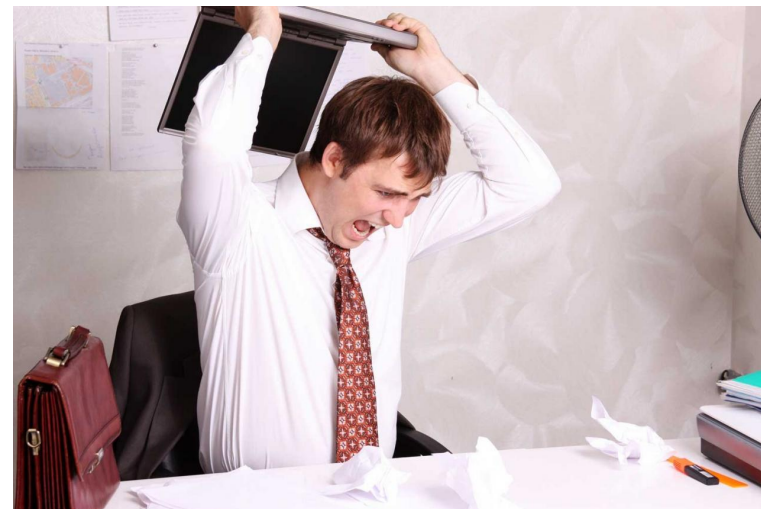
ИМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Импульсивное расстройство личности (эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, ранее известное как взрывчатая психопатия, эпилептоидная психопатия) — психическое расстройство, характеризующееся взрывчатостью, несдержанностью, конфликтностью личности и её склонностью к тяжёлым аффективным вспышкам и классифицируемое, согласно МКБ-10, как подвид эмоционально неустойчивого расстройства личности (F60.3).

Импульсивное расстройство личности характеризуется эмоциональной неуравновешенностью, импульсивностью, низким самоконтролем, повышенной склонностью к агрессивным вспышкам. Аффективные агрессивные вспышки могут возникать как из-за внешних причин, так и без них. Лица с данным расстройством личности склонны своим поведением провоцировать конфликты.

Помимо агрессии, направленной на окружающих, часто встречается аутоагрессия — самоповреждения, обычно в виде нанесения себе порезов в области предплечья и запястья.

Для людей с импульсивным расстройством личности характерно атипичное алкогольное опьянение: вместо благодушия и эйфории у них возникает дисфория и злоба, которая может выражаться в агрессивном поведении



Диагностические критерии из Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчётливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают своё существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным

ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.



Имеет место *генетическая предрасположенность*, поскольку эмоционально-импульсивное расстройство часто встречается среди кровных родственников пациентов. Но одной лишь отягощенной наследственности недостаточно для манифестации клинических проявлений синдрома. В патогенезе заболевания участвует и множество других факторов.

Прежде всего это *органическое поражение мозга*, особенно лимбической системы, которая «отвечает» за эмоциональный фон, мотивацию, поведенческие реакции. Учитывая, что симптомы обычно проявляются в пубертатном периоде, причинами болезни могут быть черепно-мозговые травмы, перенесенный энцефалит или другие нейроинфекции, судорожные припадки в раннем или младенческом возрасте.

Кроме того, определенную роль играют и факторы, которые влияют на внутриутробное развитие центральной нервной системы. Это:

употребление будущей матерью алкоголя, наркотиков, тератогенных лекарственных средств;

гипоксия плаценты;

неправильное питание женщины, дефицит необходимых витаминов и минералов из-за недоедания или патологии желудочно-кишечного тракта;

перенесенные вирусные инфекции.

Не последнее значение имеют и *неблагоприятная психологическая атмосфера*, в которой воспитываются дети. Риск возникновения синдрома многократно повышается при алкоголизме или наркомании отца и/или матери, холодность или наоборот, гиперопека, отсутствие заинтересованности в проблемах ребенка.



Основное проявление импульсивного типа расстройства личности — *периодически повторяющиеся эпизоды утраты самоконтроля*. Это выражается в приступах раздражения, а нередко и откровенной ярости по отношению к окружающим, при этом уровень агрессивности совершенно не соответствует ситуации.

Обострению обычно предшествует продромальный период, длительность которого не превышает 2–5 минут. Он сопровождается: нарастающим внутренним напряжением; учащением и усилением сердцебиения; шумом в ушах; пульсацией в висках и груди.

Во время приступа человек совершенно не контролирует себя: может что-то разбить или разрушить, бить кулаками по стенам, ударить находящегося рядом человека. Он громко выкрикивает обидные и незаслуженные ругательства и оскорбления.

После такого взрыва ярости больной искренне раскаивается в собственной несдержанности, просит прощения у тех, кого обидел, обещает, что такого больше не повторится. Он всеми силами пытается загладить вину, занимаясь домашними делами, покупая дорогие подарки и т.д.



В зависимости от поведения пациента в межприступном периоде выделяют несколько разновидностей заболевания:

Агрессивно-импульсивное расстройство. Такой вариант недуга считают пограничной формой с диссоциальным синдромом. Характерно девиантное поведение, несоблюдение общепринятых социальных и моральных норм, но пациент понимает, какую боль причиняет близким, и способен испытывать стыд.

Пассивно-импульсивное расстройство. Его симптомы проявляются обычно в подростковом возрасте внушаемостью, эмоциональной лабильностью, зависимостью от мнения окружающих. Несмотря на высокий уровень интеллекта, больные с таким типом недуга крайне редко добиваются успеха, карьерного роста. Они не могут длительно поддерживать отношения с противоположным полом, под влиянием сиюминутного импульса вступают в брак и так же быстро разводятся.

Когнитивно-импульсивное расстройство. Основным симптомом является неуверенность в своих поступках и суждениях, навязчивые сомнения в собственных умственных способностях. Человек постоянно стремится переложить свои обязанности на других из страха не справиться.

Для любой формы расстройства импульсивного поведения типична склонность к категоричной оценке окружающего мира. Человек быстро делит все на «белое» и «черное», но в любой момент может поменять свое мнение. Свойственно непостоянство планов и жизненных установок. Пациент практически сразу формирует мнение о других людях, которое обычно ничем не подкреплено, и общается с ними или подчеркнуто формально и отстраненно, или наоборот, слишком интимно.

Такие люди легко меняют работу, а нередко и профессию, переезжают в другой город или страну. При этом попав в сложную жизненную ситуацию, они не так беспомощны, как могли бы показаться, и зачастую находят вполне логичное и разумное решение проблемы.