

Характеристики преневротических состояний. Методы их психической регуляции и саморегуляции.



Выполнила: студентка гр. ЮП-2
Журавлева Оксана
Преподаватель: Тарасов Сергей
Васильевич

Характеристики преневротических состояний.

Одним из вариантов предболезненного состояния, проявляющегося на нервно-психическом уровне, является *преневротическое состояние*.

В.И. Курпатов (1994) определил его как длительное психическое напряжение, приводящее к неадекватно изменённой системе отношений личности, с комплексом кратковременных, слабо выраженных, синдромально неочерченных болезненных признаков в виде тревоги, угнетённости, отчаяния, агрессивности, отгороженности, гиперактивности, истероформных и иных ситуационных расстройств поведения.



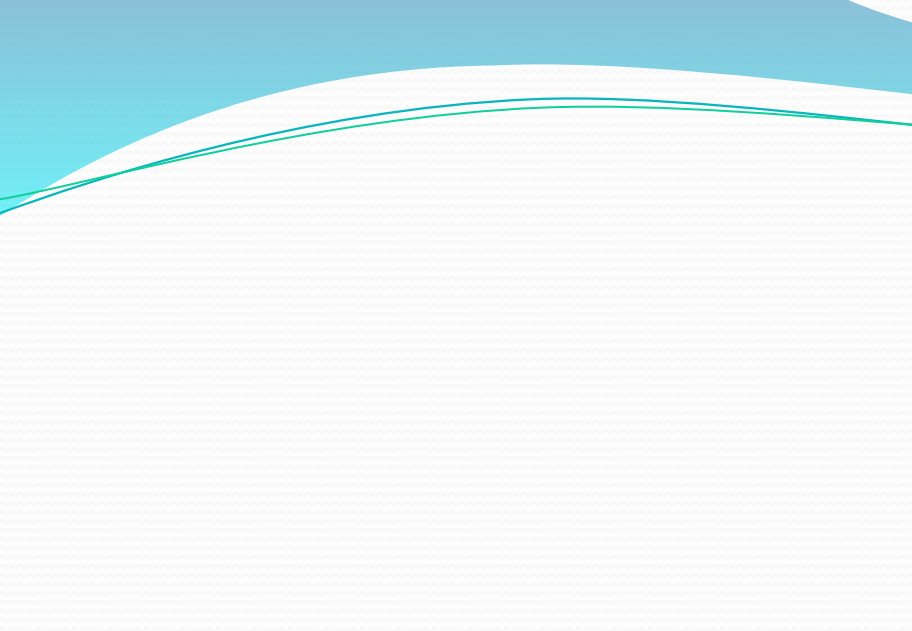
Известно, что статистические показатели частоты заболеваемости неврозами чрезвычайно разнообразны.

Среди причин, обуславливающих большой разброс этих данных, доминирующее значение имеют такие, как доступность квалифицированной психоневрологической помощи широким слоям населения («чем больше врачей – тем больше неврозов») и теоретическая ориентация мышления специалиста по пограничным нервно-психическим расстройствам, соотношение в этом мышлении тенденций нозо- и нормоцентризма.

Норма-отклонение

Если чрезмерное утомление, астенизация, определенные вегетативно-сосудистые сдвиги наблюдаются у человека вследствие напряженной, достаточно продолжительной работы, а после отдыха проходят, то это норма.

Те же изменения, возникшие вне зависимости от указанных факторов, – признак отклонения от нормы. Таким образом, любой феномен, относящийся к характеристике нервно-психического состояния, необходимо рассматривать в динамике, в связи с деятельностью, с характером взаимодействия человека со средой.



Показатели продвижения состояния человека по шкале от здоровья к болезни

1. учащение и углубление тех сдвигов, каждый из которых, взятый в отдельности, не может быть однозначно отнесен к здоровью или болезни.
2. специфичность, т. е. качественная принадлежность либо к состоянию здоровья, либо к состоянию болезни, может определяться только на более высоком уровне обобщения – при их комплексной оценке и их соотношении к функционированию человека как целостной системы.

Невротические реакции

Под *невротическими реакциями* подразумеваются неразвёрнутые неврозы по критериям их непродолжительности, парциальности болезненных проявлений, отсутствия целостной клинической картины.

Преобладают гиперактуализация эмоциональных переживаний, депрессивно окрашенный фон настроения; сознаётся болезненность своего состояния. Между собой невротические реакции различаются по синдромологическому принципу (астено-депрессивные, тревожно-обсессивные, истерические и т.д.).



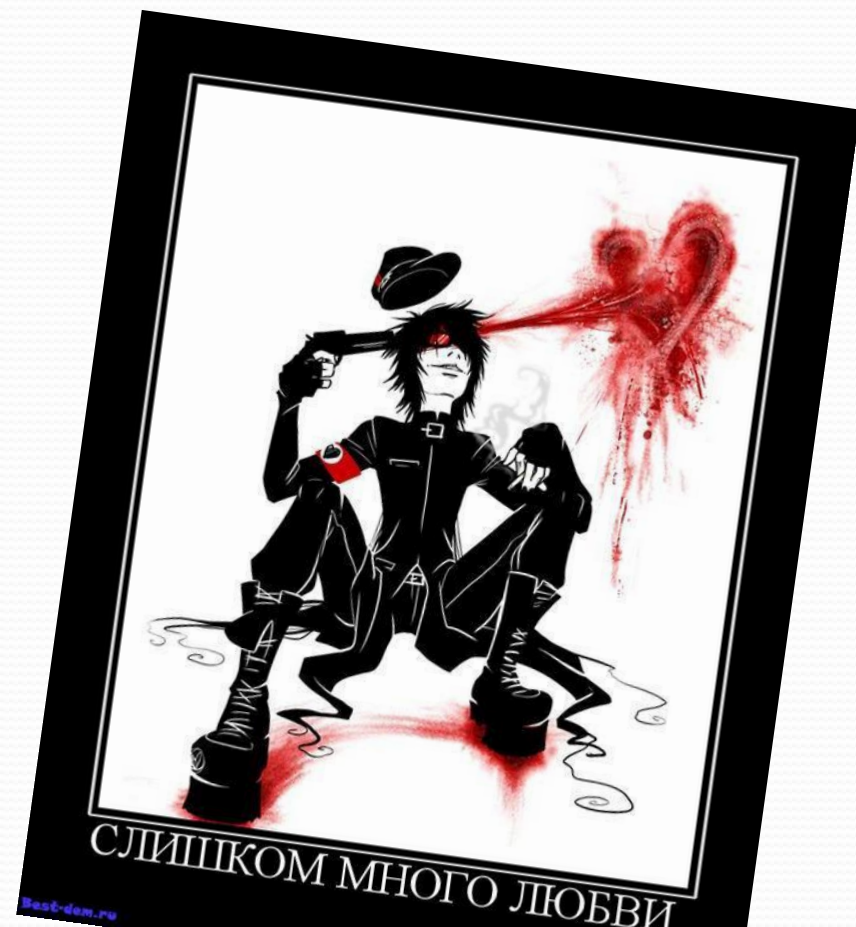
Исследования невротических реакций:

Исследователи, описывающие эти реакции, как правило, воздерживаются от того, чтобы определенно отнести их либо к проявлениям нормальной реактивности нервно-психической сферы человека, либо к болезненным срывам ее функционирования.

Развитие таких реакций обычно связано с воздействием острой **психотравмирующей ситуации**. Как содержательная, так и динамическая характеристика невротических реакций может быть весьма разнообразной. Общим признаком является их относительная *кратковременность*, исчисляемая обычно часами и сутками.




В одних случаях в содержании невротической реакции преобладают субъективные переживания вплоть до выраженной депрессии, состояний тревоги, страха с явлениями навязчивости. Особенно существенна роль субъективных переживаний в формировании реакции в подростковом и юношеском возрасте.



В других случаях на первый план выходят внешние проявления – астено-вегетативные нарушения, эмоционально-экспрессивные проявления, особенно при реакциях истерического типа. У личностей с чертами акцентуации возбудимого или эпилептоидного типа превалируют вспышки гнева, злобности.





Невротические реакции могут быть редкими, единичными, однако при неблагоприятных обстоятельствах, при воздействии на человека ослабляющих его адаптивные возможности факторов реакции могут учащаться, становиться систематическими, усложняться и углубляться по содержанию. Естественно, что при этом появляется все больше оснований определять состояние нервно-психической сферы как предболезненное, преневротическое.



Прогностическая значимость той или иной невротической реакции определяется не столько ее продолжительностью и глубиной расстройств, сколько общей динамикой нервно-психического состояния. Реакция может остаться эпизодом, развившимся у здорового человека и при нормализации состояния не оставившим никаких последствий. В другом случае реакция такого же характера и той же продолжительности может наблюдаться у лица, уже находящегося в болезненном, невротическом состоянии, при этом она вписывается в клинику невроза как его составная часть. Общее соотношение рассматриваемых состояний можно представить в виде некоторой цепи из следующих звеньев:

невротическая реакция единичная = невротические реакции учащающиеся и усложняющиеся = преневротическое состояние = клинически оформленный невроз = повторяющиеся пролонгированные невротические состояния = невротическое развитие личности («нажитая психопатия»).



Методы психической регуляции и саморегуляции преневротических состояний



Психотерапия получает широкое распространение при работе с лицами, оказавшимися в кризисных ситуациях и с ситуационными реакциями.


Цель- активное преодоление измененной жизненной ситуации; для проведения терапевтической «интервенции» необходимы немедленная клиническая и психологическая диагностика, освобождение от эмоциональной нагрузки, переработка лишь актуальной проблематики, доверие и понимание клиента.



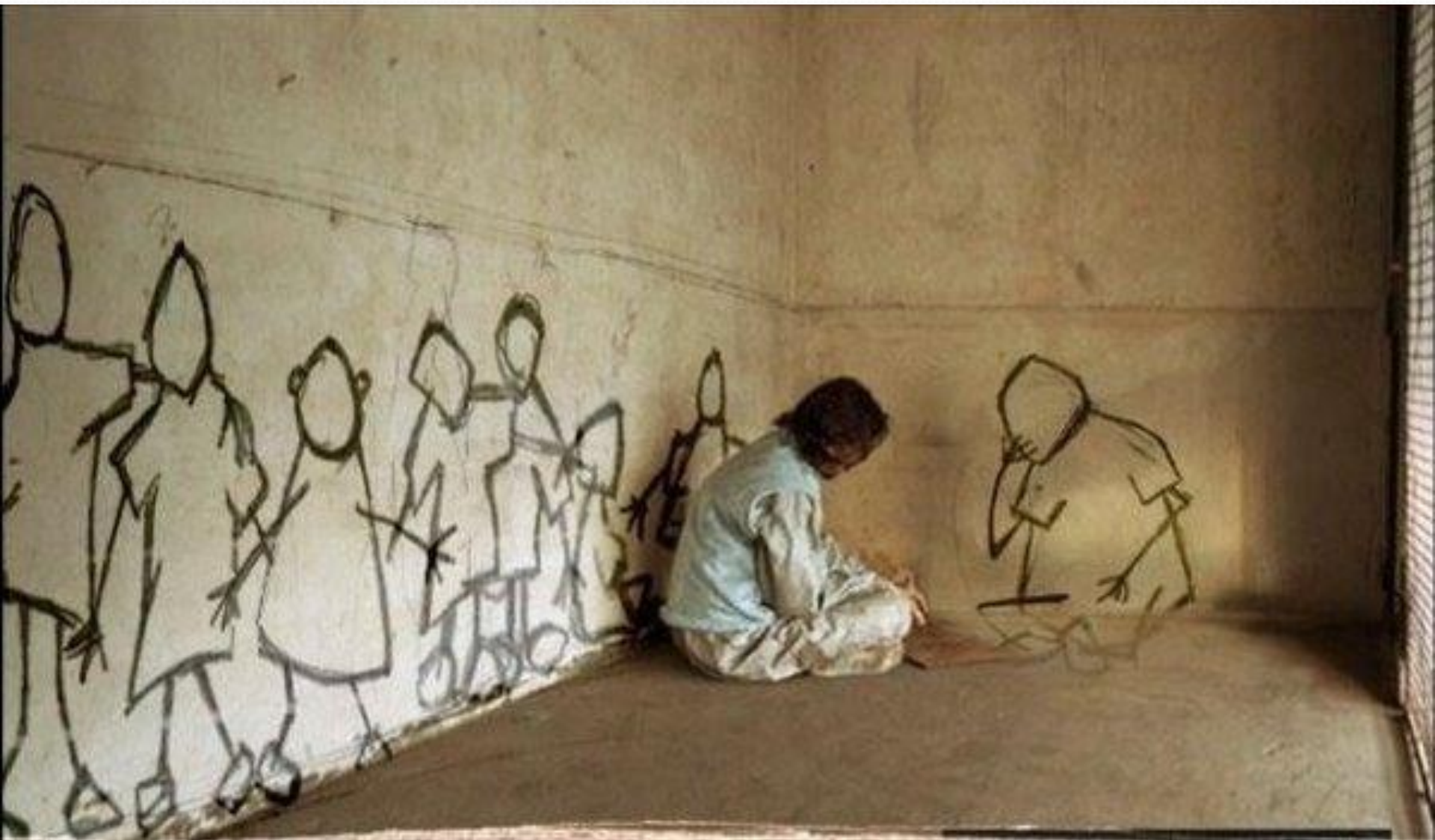
Наряду с краткосрочной интенсивной индивидуальной психотерапией, адекватной задачам, вытекающим из кризисной ситуации, описаны различные методы индивидуальной, групповой и семейно-кризисной психотерапии.

Кризисная психотерапия в нашей стране представлена в виде кризисной службы, деятельность которой определяется приказом МЗ РФ от 06.05.98 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Этим кризисом, в частности, определяются звенья кризисной службы: отделения «телефон доверия», комнаты социально-психологической помощи, отделения (стационарные) кризисных состояний (Амбрумова А.Г., Полеев А. М., 1988; Креславский Е.С., 1992, и др.).





Показаниями к групповой психотерапии служат реально возникшая изоляция или субъективное чувство одиночества, трудности в установлении межличностных контактов или неудовлетворенность ими, трудность аффективного самоконтроля, чувство собственной неполноценности, заниженная или неадекватная самооценка. Указанные проявления сопровождаются несоответствующими, отвергаемыми формами поведения в обществе.



Основные методы психотерапии, применяемые для лечения больных с пограничными психическими расстройствами

I. Методы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

1. *Рациональная психотерапия.* Основа методики — логическое переубеждение, обучение правильному мышлению, исходя из того, что психогения является следствием ошибочных суждений, заблуждений, обычно связанных с недостатком правильной информации. Техника проведения характеризуется относительно директивным подходом с привлечением авторитета, престижа и знаний консультанта, а также методик убеждения, переубеждения, разъяснения, ободрения, отвлечения. Возможны групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия.



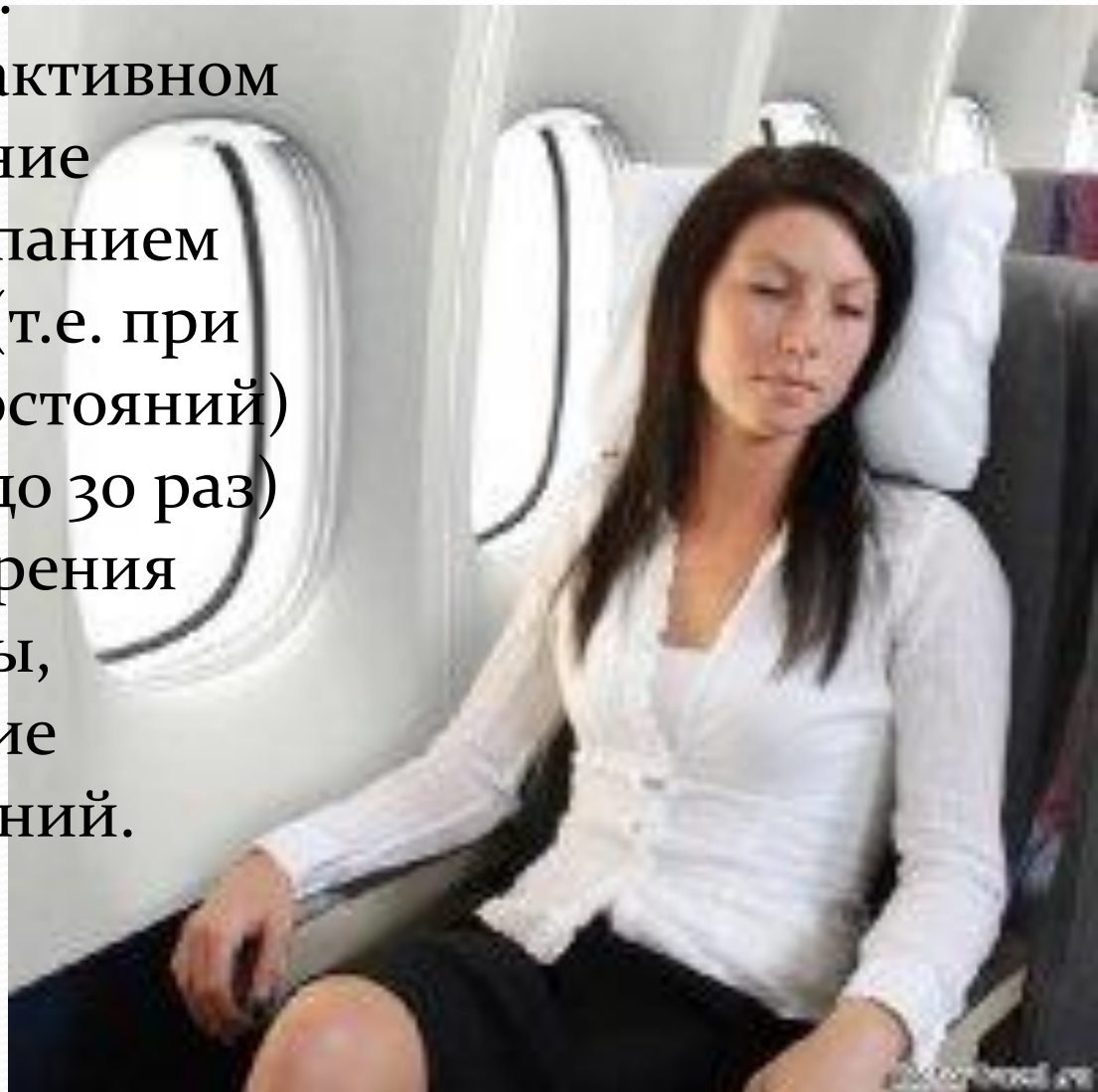
II. Методы суггестивной психотерапии

1. Косвенное внушение. Является основой разработки опосредующей и потенцирующей косвенной психотерапии. Основные принципы: 1) учет оценочных суждений клиента о терапии, которое консультант намерен назначить; 2) формирование эмоционально положительного отношения клиента к назначаемой терапии; 3) формирование реакции ожидания позитивного эффекта; 4) потенцирование целительного эффекта; 5) дезактуализация возможных побочных эффектов терапии; 6) формирование перспективы в связи с проводимой терапией.



2. Самовнушение по Куэ.

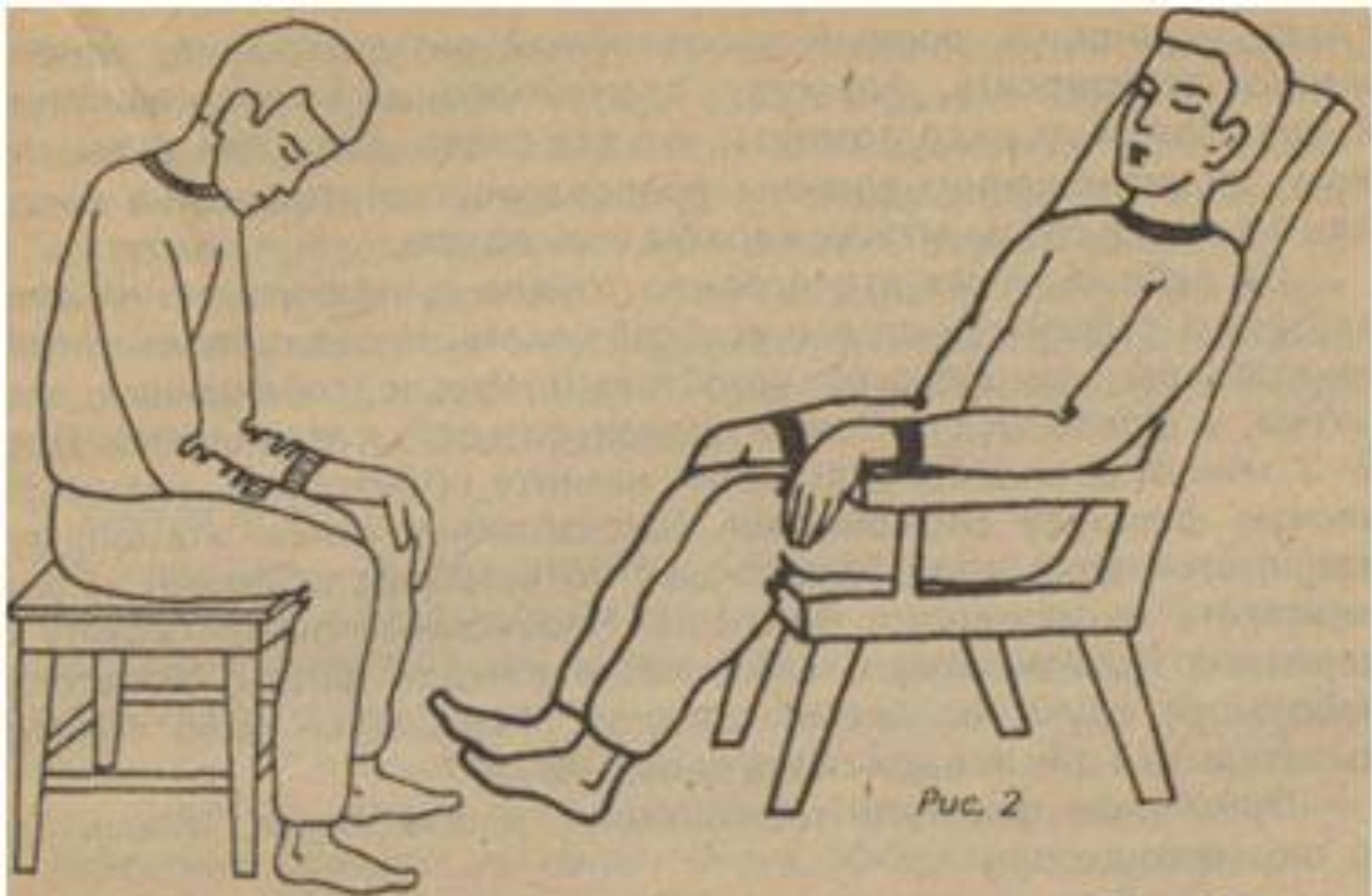
Методика основана на активном внушении. Самовнушение проводится перед засыпанием или при пробуждении (т.е. при наличии переходных состояний) путем многократного (до 30 раз) автоматического повторения одной и той же формулы, отражающей содержание болезненных переживаний.



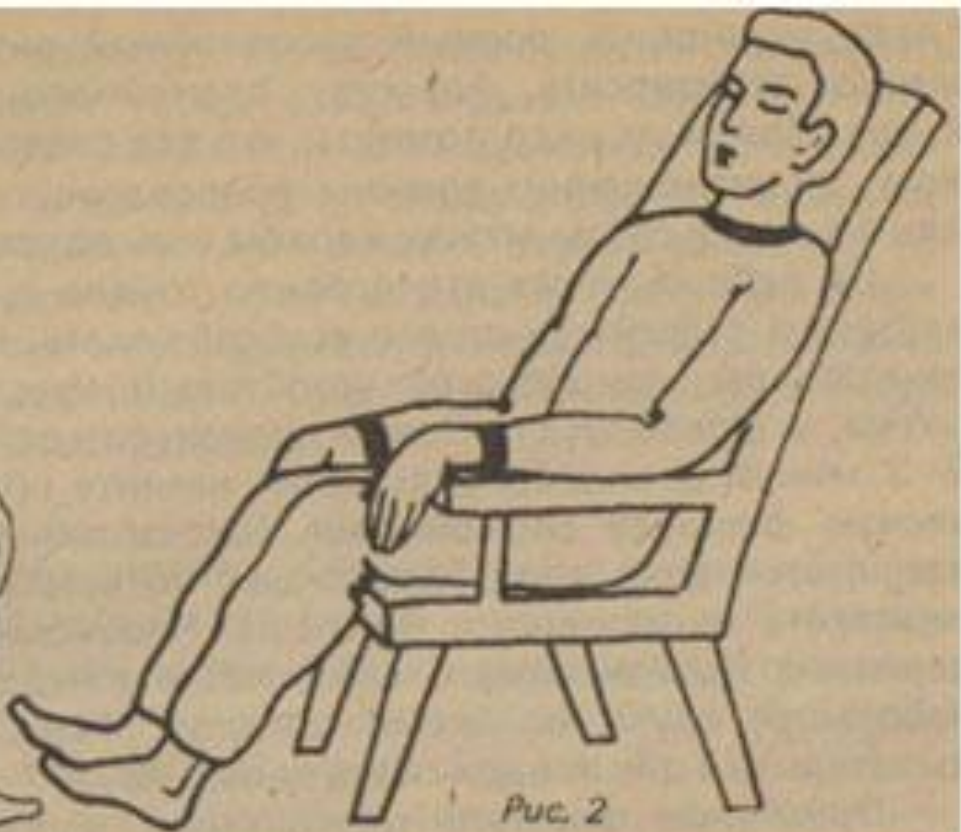
3. *Аутогенная тренировка*. Лечебный эффект основан на действии релаксации и целенаправленных самовнушений. До начала занятия телу придается удобное положение, исключая мышечное напряжение (положение сидя, полусидя, лежа). Первая ступень аутогенной тренировки:

- 1) упражнение, направленное на вызывание ощущения тяжести;
- 2) упражнение, направленное на вызывание ощущения тепла;
- 3) упражнение, направленное на овладение ритмом сердечной деятельности;
- 4) упражнение, направленное на овладение регуляцией режима дыхания;
- 5) упражнение, направленное на вызывание тепла в эпигастральной области;
- 6) упражнение, направленное на вызывание прохлады в области лба.

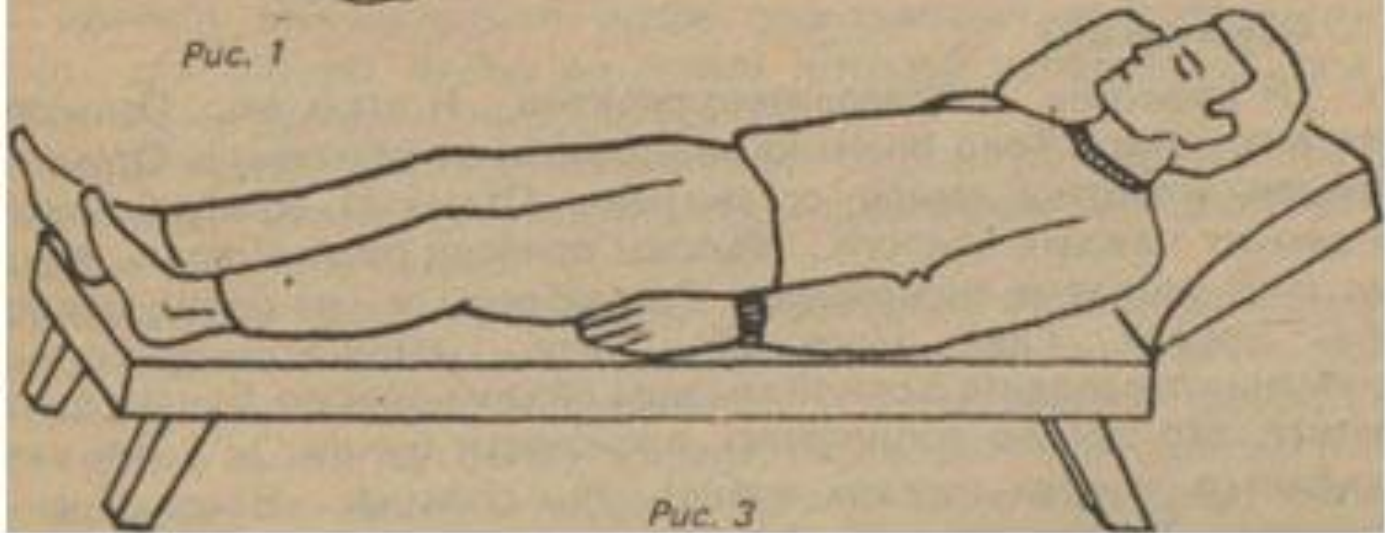
Вторая ступень упражнения позволяет научиться вызывать яркую визуализацию представлений и погружать себя в сомнамбулическое состояние. Наиболее широкое терапевтическое применение имеют упражнения первой ступени. Проводятся индивидуальные и коллективные занятия; продолжительность занятия от 20 мин до 1,5 ч (в зависимости от методики)



Puc. 1



Puc. 2



Puc. 3

III. Другие методы психотерапии

1. Когнитивная психотерапия. Представители этого направления полагают, что нереалистические, ошибочные представления о жизненных реалиях являются причиной развития аффективных расстройств. Методики лечения включают в себя обучение более оптимистическому восприятию себя и окружающего, изменение негативного аффекта на позитивный. Практически это реализуется в расширении активности клиентов, постановке реалистических задач с терапией «малыми успехами», мыслительной переоценке ложных умозаключений, обучении приемам противостояния аффективным нарушениям.



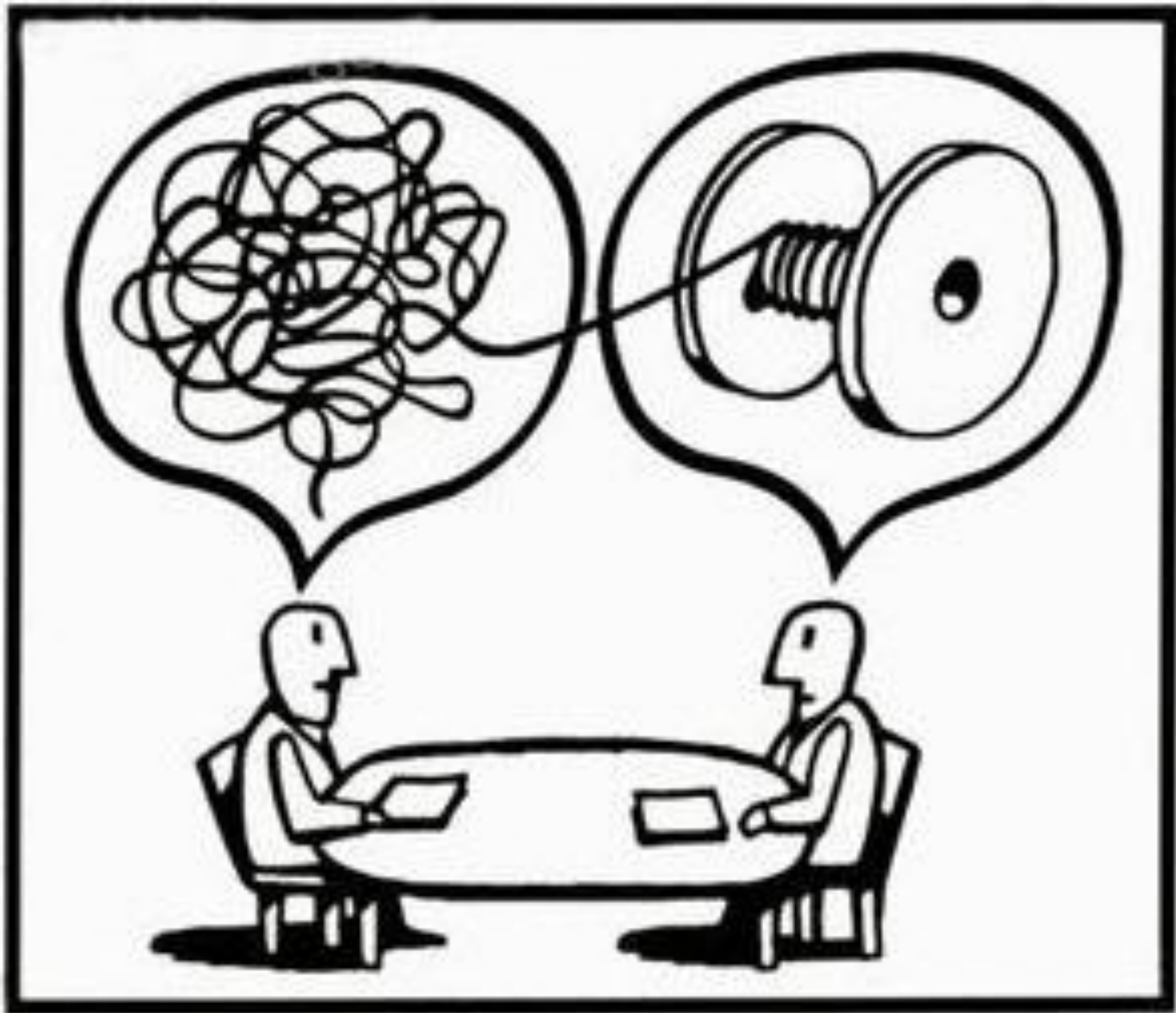
2. *Холотропная терапия* (трансперсональная психотерапия). Усиленное дыхание, специально подобранная музыка и работа с телом по снятию мышечных блоков используются для индуцирования глубоких форм измененного состояния сознания (ИСС). Уровни ИСС включают биографический (катартический), перинатальный (регрессивно-возрастной) и трансперсональный (с необычными переживаниями, в пределах обычной системы пространства-времени и за ее пределами). Глубинная личностная проработка психических и физических травм, их переживание и интеграция с символическим замещением в спонтанной визуализации несут мощный лечебный потенциал.



3. *Нейролингвистическое программирование (НЛП)*. Используя основные каналы коммуникаций (зрительный, слуховой, кинестетический) и выявляя их приоритетность у клиента, психотерапевт предлагает специфический информационный набор лечебного характера «ключей», «якоря». Техники НЛП корректируют переживания в направлении изменения значения их содержания. Обычно техники НЛП применяются в рамках психологической модели краткосрочной терапии.




4. *Гештальт-терапия*. Недирективный метод психотерапии, **позволяющий рассмотреть и реконструировать** свою жизненную ситуацию, пережить и интегрировать проблемы в **завершенном гештальте**. Последовательная система упражнений и группового взаимодействия включает в себя «чувствование актуального», базовое переживание ощущения «здесь и теперь», техники «внимания и сосредоточения» и др. Метод является типичным выражением психологической (неклинической) модели психотерапии.



5. *Музыкотерапия*. Вид эстетотерапии, основанный на использовании музыки в лечебных целях: 1) методы, направленные на отреагирование, а также эмоционально активирующие; 2) тренинговые методы; 3) релаксирующие методы; 4) коммуникативные методы; 5) творческие методы; 6) психоделические, экстатические, эстетизирующие, созерцательные; 7) музыкальный тренинг чувствительности для выработки способности видеть проявления и отзвуки жизни в музыке. Методика применяется в индивидуальной и групповой форме. Может сочетаться с другими психотерапевтическими методиками.





6. *Терапия средой.* Система терапевтических мероприятий, направленная на максимальное раскрытие имеющихся адаптивных возможностей с помощью организации позитивного взаимодействия с окружающей средой.





**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**