



## Тема СРО: «Стигматизация психических расстройств. Интеллект, память: расстройство.»



Выполнил(-а): Тлеугалиев Д., Сейдахмет А. 310

Б стом.факультет

Проверил(-а): Акназаров С.А.

Зав.кафедрой :

**Стигматиза́ция** (от греч. στίγμα — «ярлык, клеймо, пятно, отметина») — клеймение, нанесение стигмы. В общей терминологии обозначается как навешивание социальных ярлыков. Стигматизация является составной частью многих стереотипов.

По И. Гофману, стигматизация в общественном смысле означает вид отношений между постыдным общественным качеством и стереотипом — ожидаемым отношением к нему, задающий неспособность к полноценной общественной жизни из-за лишения права на общественное признание.

Проблема стигматизации психически больных получила свою разработку с введением в психологию понятия стигмы И. Гофманом (1963).

Гофман выделял три отличающихся типа стигм:

1. "телесные уродства".

2. индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые другими как слабость воли, включающие такие девиации, как: психиатрический диагноз, тюремное заключение, наркомания, гомосексуальность, беззаботность, суицидальные попытки.

3. маргинальные социальные и политические положения.

Все эти стигмы имеют одну общую черту: они несут в себе коннотат "неправильного индивида" ("spoilt identity"), который накладывается на самосознание этих людей и восприятие их в социуме.

Гофман считал, что стигматизации подвергаются отнюдь не все нежелательные особенности, а только те из них, которые в представлении группы несовместимы с образом индивида, с тем, "каким он должен быть". Гофман акцентировал внимание на том, что стигма - это не естественная маркировка менее достойного, а результат социального приписывания. Стигматизация, в его понимании, это проекция на индивида или группу суждений о том, что является "недостойным", "неподходящим".

Стигма всегда эмоционально окрашена и может быть абсолютно не оправдана фактами. Это и является основным отличием **СТИГМ от стереотипов**. Наглядным примером стигмы является то, что большинство людей считают алкоголиков намного менее опасными и вызывающими больше симпатии, чем шизофреников, гомосексуалистов и представителей других традиционно стигматизируемых групп. Эти заблуждения распространяются и на восприятие причин заболеваний.

Так, причиной шизофрении более 50% опрошенных назвали "химическую природу мозга", в то время, как 40% считают алкоголизм следствием "повышенных стрессов"; а причиной наркомании 30% называют "плохой характер". Нелогичность и не соответствие этих представлений научным фактам явно указывают на то, что за стигмой психически больных стоят глубинные психологические детерминанты.

Стигматизация психически больного описывается как процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории “душевнобольных”.

Авторы описали этот процесс как длительный и многоаспектный, протекающий на психологическом и социальном уровнях.

Развитие стигматизации проходит следующие этапы:

1. выделение и "маркирование" человека с психиатрическим диагнозом;
2. присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных;
3. отнесение его к "категории" душевнобольных, которая противопоставлена обществу;
4. последующее снижение социального статуса этого человека.

Иными словами, стигма формируется сначала определением **Другого**, потом называнием его "недостойным", а затем приписыванием и внушением вины тому, кто **Другой** за то, что он

Феноменология психологических последствий стигмы для самих больных подробно описана психиатрами, социологами и психологами. Основной акцент исследователи делают на изучении вины и стыда, возникающих у этих людей в связи с атрибутами, содержащимися в мифологии стигм. Пинел ввел понятие "стигма-осознанность" для описания того, насколько больные осознают влияние собственной стигмы и какие психологические последствия это вызывает. В литературе также описан близкий к этому процесс - самостигматизации - осознания больным наличия психиатрического диагноза, усвоения и применения к себе мифов о своем психическом заболевании, с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов; это, по мнению авторов, ведет к снижению социального статуса, самооценки больных, что в свою очередь усиливает стигматизацию, т.е. этот процесс представляет собой порочным круг.

Можно сделать вывод, что "реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного), а также клинической картиной заболевания и личностной структурой," - это значит, что можно рассматривать стигматизацию и самостигматизацию как единый процесс. Важным моментом в психологическом изучении стигм психически больных является выявление зависимости последствий действия стигм от той или иной нозологии. Описаны отличие стигм и процесса стигматизации у людей с диагнозом шизофрения, МДП, депрессия и т.д. Главным объектом изучения является шизофрения.

Исследователи мало внимания уделяют тем, кто создает и поддерживает существование стигм в обществе.

"Стигматизирующий" может пониматься в двух смыслах:

1. тот, кто создает условия и информацию, способствующие появлению стигм (продуцирующие мифы и их распространяющие).
2. те, кто усваивает эти мифы и, действуя посредством них, - стигматизирует.

Такое различие важно учитывать, ведь в заявлениях о том, что **"психиатрия и психиатры - главные стигматизаторы"** указывается лишь то, что они продуцируют мифы психических болезней. В нашем анализе "стигматизирующий" понимается именно во втором значении. Важным является выявление именно эмоционально-личностных и мотивационных особенностей субъекта, детерминирующих этот

<https://www.youtube.com/watch?v=93tcGE7gAYQ>

# Стигматизац ИЯ



Исследования стигматизирующих, обнаружили взаимосвязь этого процесса с абсолютно разными характеристиками, как социологическими (зависимость от образования, количество детей, возраста), так и психологическими - и, исходя из них, авторы моделировали мотивацию стигматизирующего. Вот несколько таких наблюдений: "... лица с более высоким интеллектом и более высокой самооценкой скорее будут поддерживать положительное отношение с психиатрическим пациентом, потому что им не нужно принижать психически больных, чтобы чувствовать себя умными или положительными". "Люди с повышенной враждебностью, меньше готовы принять или помочь психически больным".

В литературе страх по отношению к психически больным связывают с восприятием этих людей как "опасных", "враждебных". Установлено, что болезнь вообще, т.е. отклонение от заданной телесной или психической нормы, является одним из основных источников страха в любом обществе: "... болезни приобретают смысл, занимая место наиболее глубинных страхов..."

**Интеллѐкт** (от лат. *intellectus* «восприятие»; «**разумение**», «понимание»; «понятие», «**рассудок**») или **ум** — качество психики, состоящее из способности приспосабливаться к новым ситуациям, способности к обучению и запоминанию на основе опыта, пониманию и применению абстрактных концепций и использованию своих знаний для управления окружающей человека средой.

Общая способность к познанию и решению проблем, которая объединяет все познавательные способности: ощущение, восприятие, память, представление, мышление, воображение, а также внимание, волю и рефлекссию.

**Расстройство интеллекта (слабоумие)** (от лат. *intellectus* — понимание, познание) — психиатрический интеллектуально-мнестический синдром; врождённое (**умственная отсталость**) или приобретённое (**деменция**) поражение интеллекта, в результате которого у человека снижается способность понимать связь между окружающими явлениями, утрачивается способность отделять главное от второстепенного, утрачивается критика к своим высказываниям, поведению.

Расстройства интеллектуальной деятельности – изменение процесса рационального познания, умозаключений, суждений, критических способностей.

**По этиологии различают:**

**1. Приобретённое заболевание — деменция, например, атрофические процессы головного мозга в предстарческом и старческом возрасте — болезнь Альцгеймера), деменции при сосудистых, метаболических и других органических заболеваниях мозга — так называемый психоорганический синдром.**

**1. По течению существует:**

- 1. Стационарное.**
- 2. Прогрессирующее.**

**По патологоанатомическим изменениям по О. В. Кербикову:**

- 1. Органическое (концентрическое слабоумие).**
- 2. Шизофреническое слабоумие (или везаническое, апатическое, транзиторное, атактическое слабоумие).**
- 3. Клинически различают лакунарную и тотальную деменцию.**

**2. Врождённое заболевание — умственная отсталость (олигофрения)**

- 1. дебилность (иногда сохраняется способность к труду);**
- 2. имбецильность (сохраняется способность к самообслуживанию);**
- 3. идиотия (не сохраняется способность к самообслуживанию и речи)**

**Органическая деменция** – слабоумие, вызванное сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга.

Органическое слабоумие обычно делят на две группы: тотальное (диффузное, глобальное) и частичное (дисмнестическое, парциальное, лакунарное).

Тотальное слабоумие обуславливается выраженным снижением всех интеллектуальных функций, отсутствием критики к своему состоянию. Примером тому может служить так называемая сенильная деменция, а также слабоумие при прогрессивном параличе (паралитическая деменция).

Частичное (дисмнестическое) слабоумие проявляется выраженными нарушениями памяти. Другие интеллектуальные функции поражаются, как правило, вторично. Данные больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Ввиду критического отношения к себе такие больные понимают свое положение, стараются избегать разговора, в котором они могли бы обнаружить расстройства памяти, пользуются постоянно записной книжкой, пишут заранее, что им надо сказать или сделать.

Типичная картина такого частичного слабоумия может наблюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.

**Шизофреническое (апатическое, атактическое) слабоумие** характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, параллельно с тем способности к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

Именно поэтому интеллект таких больных сравнивают со шкафом, полным книг, которыми никто не пользуется, или с музыкальным инструментом, закрытым на ключ и никогда не открываемым.

## **ВРОЖДЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА (ОЛИГОФРЕНИЯ, СИНДРОМ ДАУНА И ДР.)**

Олигофрения – наследственное, врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии с преобладанием, в первую очередь, интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении социальной адаптации.

**Дебильность** – самая легкая степень психического недоразвития. Нарушения познавательной деятельности у олигофренов в степени дебильности выражаются в неспособности к выработке сложных понятий и вследствие этого в невозможности сложных обобщений, абстрактного мышления или при более легкой степени дебильности – в ограниченности абстрактного мышления. У этих больных преобладает конкретно-описательный тип мышления, им трудно охватить ситуацию целиком, чаще всего они улавливают лишь внешнюю сторону событий. В зависимости от степени дебильности (легкой, средней или тяжелой) эта неспособность к выработке понятий выражена в разной степени, тем не менее, у дебилов всегда можно отметить нарушения абстрактного мышления. Дебилы могут учиться в школе, но усвоение материала дается им с большим трудом. Особенно трудным предметом является

Не обладая пытливым умом, не имея собственных суждений, эти лица обычно легко перенимают чужие взгляды, подчас с необыкновенной косностью придерживаясь их. Запоминая различные правила, выражения, употребляют их шаблонно, при этом любят иногда поучать окружающих.

Не будучи способными к тонкому анализу и обобщениям, страдающие дебильностью (особенно при легкой степени) в то же время могут ловко ориентироваться в обычной ситуации.

При выраженной задержке общего психического развития среди дебильных больных иногда встречаются люди с частичной одаренностью. Эта частичная одаренность может выражаться в великолепной механической памяти без осмысления повторяемого, в абсолютном слухе, в способности умножить в уме крупные цифры, в рисовании, в умении определять по любой задаваемой дате день недели при невозможности объяснить ход этих вычислений.

**Характерной чертой дебилов является их выраженная внушаемость, легкое попадание под чужое влияние. Это представляет особую опасность в том случае, когда дебилы, не осмысливая обстановки, становятся орудием в руках разного рода злоумышленников, непосредственными исполнителями преступлений. Такие лица, исполняя чужую волю, могут напасть с ножом, сломать замок, совершить поджог, совершенно не отдавая себе отчета в последствиях своих действий.**

**Среди дебилных больных довольно часто встречаются личности с усилением примитивных влечений, в частности, сексуальных, с распущенным поведением.**

**По характеру дебилы так же, как и имбецилы, могут быть или добродушно-ласковыми, приветливыми, доброжелательными, либо, напротив, злобно-упрямыми, агрессивными и мстительными, а по поведению – двигательно-возбудимыми или малоподвижными.**

**Чрезвычайно важным для олигофренов в степени дебильности является правильная организация труда и быта. При разумном руководстве страдающие дебильностью вполне могут овладеть (и иногда очень хорошо)**

**Независимо от степени выраженности психического недоразвития олигофрении подразделяются еще на такие формы, как астеническая, атоническая, дисфорическая и стеническая.**

**Основными особенностями страдающих олигофренией в астенической форме являются истощаемость, утомляемость, эмоциональная неустойчивость. Для умственно отсталых с атонической формой психического недоразвития характерна неспособность к мотивированному и целесообразному поведению.**

**Для больных олигофренией в дисфорической форме (довольно редкой) характерны выраженные расстройства настроения со склонностью к агрессии и разрушительным действиям. Олигофрены с наиболее часто встречающейся стенической формой психического недоразвития характеризуются либо уравновешенностью, активностью, добродушием и общительностью («уравновешенный вариант»), либо эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью и неупорядоченным поведением («неуравновешенный вариант»).**

**Имбецильность** характеризуется средней степенью задержки психического развития. При имбецильности познавательная деятельность нарушена таким образом, что страдающие олигофренией уже могут образовывать представления, но более высокий этап психической деятельности – образование понятий – для них невозможен или резко затруднен. У них отсутствует способность к абстрактному мышлению, обобщениям. Имбецилы не только в состоянии приобретать основные навыки самообслуживания, такие, как одевание, самостоятельная еда, элементарная опрятность, но могут быть приучены и к простейшему труду, в основном путем тренировки подражательных действий. Так, они могут перематывать нитки, помогать в уборке помещения или двора, выполнять какую-то одну операцию, например, при клейке коробок.

Имбецилы понимают простую речь и сами могут усвоить небольшой запас слов. Как и при идиотии, при имбецильности выделяют три степени тяжести: тяжелую, среднюю и легкую с соответственно различными уровнями психического недоразвития. Речь их косноязычна и состоит чаще всего из очень коротких стандартных фраз, из какого-либо

Усвоение нового удается имбецилам с большим трудом и возможно только в пределах очень конкретных представлений без всякого обобщения. К самостоятельному мышлению имбецилы неспособны, поэтому их адаптация к окружающему возможна только в привычной, хорошо знакомой обстановке. Малейшее изменение ситуации ставит имбецила в затруднительное положение, он нуждается в постоянном руководстве. Имбецилы очень внушаемы. Собственные их интересы обычно крайне примитивны и касаются в основном утоления физиологических потребностей. Они нередко бывают очень прожорливы и неряшливы в еде. Сексуальное чувство их большей частью понижено, но иногда отмечается повышение полового влечения с распущенным поведением.

По поведению олигофрены в стадии имбецильности делятся на две группы: одну из них составляют очень живые, подвижные, активные, другую – вялоапатичные, ни на что не реагирующие, равнодушные ко всему, кроме утоления естественных потребностей.

По характеру всех имбецилов также можно разделить на две группы: очень добродушных, покладистых, приветливых, общительных и злобных, агрессивных.

Несмотря на способность к примитивному труду, имбецилы не могут жить самостоятельно и нуждаются в постоянном квалифицированном надзоре. Лучше всего это осуществляется, кроме вспомогательных школ, в учреждениях типа лечебно-трудовых мастерских или в специальных загородных учреждениях

**Память** – это обобщающее понятие для комплекса когнитивных и познавательных функций. Являясь самой сложной психической структурой, память отвечает за интеллектуальную деятельность – восприятие, воспоминание, представление, воображение.

Различают кратковременную (оперативную) и долговременную память, также принято разделять способность к запоминанию на механическую и логическую; произвольную и даже эмоциональную память.

**Расстройство памяти**- заболевание, которое характеризуется полной или частичной потерей способности запоминать события, называется амнезией. Конкретный диагноз вида амнезии зависит от поражения определенного отдела головного мозга. Это может быть поражением височных, лобных долей, гиппокампа, таламуса, сосцевидного тела.

Различают:

- Глобальная амнезия;
- Специфическая амнезия, которая в свою очередь делится на зрительную и слуховую.

Зрительная утрата памяти означает неспособность представить зрительный образ человека или предмета, а слуховая – сохранить в памяти звуки, интонацию, мелодию.

Фиксационная гипомнезия - характеризуется снижением или ослаблением памяти на текущие события (потеря кратковременной памяти). Данный вид заболевания чаще всего встречается у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, курением, при хронической мозговой недостаточности, различных

Расстройство кратковременной памяти часто наблюдается при черепно-мозговой травме, когда забываются события, которые были до повреждения части мозга (ретроградная амнезия), или события после травмы (антеградная амнезия), или и те и другие (антеретроградная амнезия).

Прогрессирующее расстройство памяти характеризуется хаотичным воспроизведением событий, смешением настоящих и прошлых воспоминаний, смещением хронологии произошедшего. Пациенты, страдающие прогрессирующей амнезией, дезориентируются в пространстве и часто отмечаются при психических заболеваниях позднего возраста.





