

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

Реферат

Патология эмоций

Зав. кафедрой Березовская Марина Альбертовна

Выполнила Данилина Ольга Анатольевна

Красноярск 2024г

Оглавление

| | |
|--|----|
| Актуальность | 3 |
| Определение | 3 |
| Нейробиологический базис эмоций | 5 |
| Классификация патологии эмоций | 7 |
| Аффекты | 8 |
| Тревога | 10 |
| Депрессия | 12 |
| Маниакальный синдром | 14 |
| Дисфория | 16 |
| Варианты патологии эмоциональных свойств | 17 |
| Заключение | 20 |
| Список литературы | 21 |

Актуальность

Эмоции являются своего рода внутренним языком, а также системой сигналов, благодаря которой человек способен узнать о значимости того или иного события или же состояния. Эмоции в жизни каждого человека выполняют функцию оценки возникающих ситуаций.

Каждая переживаемая нами эмоция способна мотивировать на совершение различных поступков, как положительных, так и отрицательных. Она мобилизует энергию, и эта энергия в некоторых случаях воспринимается человеком как своего рода «толчок» к совершению того или иного действия. Своевременное и полноценное формирование эмоций влияет на полноценность психической сферы человека.

Определение

Эмоции (эмоциональные явления) — психофизиологические комплексы процессов и состояний, основным компонентом которых является эмоциональное переживание, т.е. процесс субъективной оценки в форме непосредственного переживания (радости, страха и пр.) значимости воспринимаемых ситуаций и их отношения к потребностям индивида. Помимо субъективного компонента (связанного с переживанием) эмоции включают целый ряд физиологических проявлений (изменение частоты сердечных сокращений, дыхания, диаметра зрачков и пр.), изменение экспрессии (мимики, пантомимики, голоса и др.). Кроме того, как следствие эмоциональной оценки в организме автоматически происходят процессы повышения или понижения готовности к действию, усиления или прекращения текущей деятельности.

Сочетание в эмоциях психологических, соматовегетативных, моторных компонентов обусловлено тем, что в их формировании основное значение имеет лимбическая система — филогенетически древняя система мозга, включающая отделы коры больших полушарий (древнюю и старую кору — гиппокамп, поясную извилину и т.п.) и промежуточного мозга (таламус, гипоталамус и пр.), имеющая обширные связи как с другими отделами коры (новой корой), так и с вегетативной нервной системой.

Эмоции возникли в процессе эволюции как средство определения биологической значимости внешних воздействий и состояний организма. В первую очередь эта значимость отражается в эмоциональном тоне ощущений. Например, вкус сытной пищи сопровождается приятными переживаниями, болевые ощущения — неприятными. Уже на этом уровне эмоции разделяются на два полярных класса: положительные (вызываемые

полезными воздействиями, побуждают субъект к их достижению и сохранению) и отрицательные (стимулируют избегание вредных воздействий). В дальнейшем вместе с эволюционным развитием нервной системы эмоции все более и более дифференцировались в различные типы, имеющие свои психофизиологические особенности. У человека помимо эмоций, непосредственно связанных с физиологическими потребностями его организма (голод, жажда, самосохранение и пр.), так называемых низших эмоций, развиваются и занимают исключительное место в его жизни эмоции, связанные с удовлетворением социальных потребностей (эстетических, моральных, интеллектуальных и др.), так называемые высшие эмоции. Эти сложные эмоции формируются с участием сознания (коры) в результате социокультурных влияний, они в значительной степени могут контролировать и тормозить низшие эмоции (например, голод может направлять наше поведение на поиск пищи, но если рядом есть кто-то более слабый или нуждающийся, то нравственные чувства подскажут, что сначала нужно поделиться пищей с ним).

Функции эмоций:

- Оценочная — быстрая, обобщенная оценка происходящих событий.
- Побудительная — формирование поведения на основе оценки собственных потребностей и происходящих событий.
- Коммуникативная — мимика и пантомимика позволяет передать свои переживания и свое отношение к окружающему (невербальное общение).

Эмоциональные явления очень разнообразны. С практической точки зрения целесообразно выделение следующих типов эмоциональных явлений:

1. Эмоциональные реакции (собственно эмоции) — непосредственные переживания какой-либо эмоции. Они кратковременны и связаны с ситуацией, которая их вызвала. В каждом языке мира существует множество слов, обозначающих разные типы эмоций и градации их качеств, но базовыми (фундаментальными) принято считать всего 6 эмоций: радость, удивление, страх, гнев, грусть, отвращение. Эмоциональные реакции могут иметь разную степень выраженности, поведенческих и физиологических проявлений.
2. Чувства — это результат обобщения ряда высших эмоциональных реакций, связанных с той или иной ситуацией или объектом. Сформировавшиеся чувства становятся детерминантами эмоциональной жизни человека, определяя возникновение и содержание новых эмоциональных реакций (например, чувством

любви может быть обусловлено восхищение предметом любви, ревность и т.д.).

Настроение — более или менее устойчивое, продолжительное, не имеющее предметности (т.е. направленности на узко определенный предмет или событие) эмоциональное состояние человека, окрашивающее в течение некоторого времени все его переживания (т.е. являющееся общим эмоциональным фоном). Настроение в той или иной степени влияет на все психические процессы, протекающие в данный отрезок жизни человека, общий нервно-психический тонус и поведение. В отличие от чувств, всегда направленных на тот или иной объект, настроение, даже будучи обусловлено определенными причинами, проявляется в особенностях эмоционального отклика человека на любые события. Настроение отражает обобщенную эмоциональную оценку происходящего с ним.

Эмоциональные свойства — устойчивые характеристики эмоциональной сферы индивида, особенности эмоционального реагирования, свойственные определенному человеку в целом на протяжении всей его жизни или значительного ее отрезка. Эмоциональные свойства можно оценивать по различным параметрам, например, таким как реактивность и возбудимость (быстрота и сила эмоционального реагирования), лабильность («подвижность» эмоций, их изменчивость) и ригидность (устойчивость эмоций) и пр.

Нейробиологический базис эмоций

Как уже было отмечено, в формировании эмоций основное значение имеет лимбическая система. Несмотря на то, что структуры, входящие в лимбическую систему, функционируют в тесной взаимосвязи друг с другом и другими отделами нервной системы, современные нейропсихологические исследования свидетельствуют об особых функциях ряда компонентов лимбической системы.

Амигдала (миндалевидное тело) участвует в эмоционально обусловленном обучении; часто ее называют «центром страха, неприятия», так как стимуляция этой области вызывает страх, а разрушение — бесстрашие, прожорливость, гиперсексуальность и пр. Амигдала имеет непосредственную связь как с таламусом, так и с корой головного мозга. В таламусе происходит первичная, грубая обработка всех поступающих от органов чувств сигналов (за исключением обонятельных). После этого для дальнейшей детальной обработки и предметного узнавания сигнал передается в соответствующие центры коры (корковые анализаторы). Однако сигналы, которые несут информацию об опасности (опасность оценивается на основе видового или

приобретенного опыта), гораздо быстрее передаются в амигдалу, а та, в свою очередь, приводит к формированию быстрой реакции испуга, вызывая характерные соматовегетативные изменения и поведенческие реакции. И только спустя какое-то время, когда закончится корковая обработка поступившего сигнала, из коры в амигдалу приходят сигналы, подтверждающие опасность, или, наоборот, не подтверждающие ее. Такой пример изображен на анимации ниже: в саду человек замечает предмет, похожий на змею, быстрая и грубая обработка зрительного сигнала в таламусе приводит к мгновенной активации амигдалы с соматовегетативными (учащение пульса и дыхания и пр.) и двигательными реакциями (вздрагивание, отдергивание руки, ноги, бегство). Но через какое-то время поступивший сигнал проходит всю обработку в зрительном анализаторе коры, заканчивающуюся предметным узнаванием, человек понимает, что это была не змея, а садовый шланг, и из коры в амигдалу поступает информация о том, что страх был напрасен, после чего все реакции, связанные с испугом, завершаются. В других случаях, наоборот, какой-то новый и необычный сигнал первоначально не распознается подкорковыми структурами как опасный, но после выявления его потенциальной опасности в ходе предметного восприятия в коре из коры в амигдалу следует информация, запускающая такую же реакцию испуга.

Прилежащее ядро (*nucleus accumbens*) — ядро в вентральной части стриатума (полосатого тела) — участвует в анализе ожидаемой значимости стимулов, обеспечивает подкрепление положительных стимулов. Часто его называют центром удовольствия. Стимуляция этой области вызывает радость и удовольствие. Основной медиатор — дофамин.

Передние отделы поясной (цигулярной) извилины обеспечивают эмоциональную оценку несоответствия ожиданиям и подстройку поведения. Разрушение этой зоны приводит к апатии, акинетическому мутизму. Орбитофронтальная кора интегрирует и сравнивает более сложную информацию об ожидаемой значимости.

Островная (инсулярная) кора получает информацию о состоянии тела, в том числе в отношении телесного ощущения эмоций.

Гипоталамус обеспечивает связь центральной нервной и эндокринной системы, в том числе посредством гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Большое значение в эмоциональной жизни человека имеют префронтальные области коры лобных долей. Предполагается, что отделы головного мозга, задействованные в эмоциональной регуляции, могут составлять две параллельно функционирующие системы: а) вентральную (включая амигдалу,

инсулу, прилежащее ядро и пр.), которая важна для «восходящей», автономной эмоциональной оценки важных стимулов и порождения эмоциональных состояний; б) дорсальную (дорсальные области передней части поясной извилины, дорсальная область префронтальной коры и др.), которая играет важную «нисходящую» роль в сознательной, когнитивной регуляции эмоциональных состояний.

Важность связи лимбической системы и префронтальной коры наглядно видна при оценке состояния эмоциональной сферы пациентов, подвергшихся лоботомии (префронтальная лоботомия, лейкотомия). Разобщение связей префронтальной коры и структур лимбической системы в ходе этой операции приводило к уменьшению интенсивности эмоциональных переживаний, как вызванных болезнью (что расценивалось как терапевтический эффект), так и необходимых личности в обычной, повседневной жизни.

В связи со сложностью и многокомпонентностью мозговых систем, вовлеченных в эмоциональные процессы, последствия очаговых повреждений в лимбической системе могут быть весьма разнообразны. Тем не менее влияние относительно больших поражений более стереотипное. Они, как правило, приводят к общему уплощению эмоций, что отражается в одновременном уменьшении выраженности эмоций обоих полюсов (удовольствия и неудовольствия).

Классификация патологии эмоций

Разнообразные варианты патологии эмоциональных явлений удобно разделить на три группы:

- Патология эмоциональных реакций. Здесь традиционно рассматривают только аффекты, прочие варианты неадекватного эмоционального реагирования обусловленные либо патологией эмоциональных свойств, либо патологическими эмоциональными состояниями.
- Патологические эмоциональные состояния: тревога, депрессия, мания, дисфория и др.
- Патология эмоциональных свойств: эмоциональная лабильность, эксплозивность, эмоциональная черствость, эмоциональная тупость, апатия и пр.

Патологию чувств обычно отдельно в самостоятельный раздел не выделяют, так как про патологию чувств говорят лишь в тех случаях, когда они приобретают чрезмерную силу, становятся болезненной страстью (сильным, устойчивым, всеохватывающим чувством, доминирующим над другими побуждениями и переживаниями, определяющим направленность мыслей и

поступков человека). Как было показано выше, подобные эмоции определяют переживания и поведение человека, охваченного бредовыми или сверхценными идеями, которые рассматриваются в разделе «Патология мышления».

В психиатрии термин «аффект» используется в двух разных значениях: более узком — как кратковременная, предельно выраженная эмоциональная реакция на значимый раздражитель и более широком — как общее обозначение различных эмоций и эмоциональных состояний (например, в частной психиатрии аффективными расстройствами называют группу заболеваний, ведущим проявлением которых является болезненно измененное настроение в виде депрессивных и маниакальных фаз).

Аффекты

Аффекты, или аффективно-шоковые реакции — предельно выраженные эмоциональные реакции, возникающие у человека при столкновении с экстремальными (в том числе угрожающими жизни) ситуациями и отличающиеся большой силой, способностью тормозить другие психические процессы (в том числе рациональное мышление), навязывая определенный, закрепленный эволюцией способ «аварийного» преодоления ситуации. Такие реакции, как правило, кратковременны и завершаются по мере минования опасности. Выделяют как минимум три варианта такого инстинктивного поведения, которые можно выразить формулой «бей, беги или замри».

У человека в момент серьезной опасности происходит подготовка к действию за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, выброса адреналина и норадреналина в кровь с соответствующими эффектами: расширением зрачков, повышением частоты сердечных сокращений и дыхания, повышением артериального давления и изменением сосудистого тонуса (расширение кровеносных сосудов в мышцах, сужение сосудов во внутренних органах и кожных покровах), мышечного тонуса, повышением уровня глюкозы крови и пр. Сознание человека в этот момент называют суженным (аффективно-суженным состоянием сознания): в этом состоянии воспринимаются только раздражители, непосредственно связанные с текущей угрозой, другие раздражители игнорируются (наиболее наглядно видно в феномене туннельного зрения — сужении полей зрения при сильных эмоциях, человек воспринимает только то, что находится непосредственно в центре его взора), снижается способность рационально рассуждать, рассматривать альтернативные варианты действий, оценивать их последствия, нарушается способность к самоконтролю, на первый план выходят очень быстрые, интуитивные решения и реакции, направленные на скорейшее избавление от опасности.

Варианты аффективно-шоковых реакций:

- Агрессивное поведение, направленное на активное устранение угрозы (реакция «бей»). В судебной практике особо рассматриваются состояния «внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта)», вызванные внешней угрозой и приводящие к чрезмерному использованию силы и в отношении лиц, представлявших такую угрозу. В этих случаях состояния, которые сопровождаются суженным, но не помраченным сознанием, называют физиологическим аффектом. Считается, что такое состояние снижает способность к самоконтролю и оценке последствий своих действий, тем не менее эти способности полностью не утрачены, поэтому человек, совершивший в таком состоянии правонарушение, не освобождается от уголовного наказания. Физиологический аффект необходимо дифференцировать с аффектом патологическим.
- Психомоторное возбуждение, «двигательная буря» (реакция «бег»). Характеризуется двигательным возбуждением с нецеленаправленными, плохо осмысляемыми действиями, которые потенциально могли бы помочь человеку вырваться из создавшегося положения, но зачастую, напротив, в силу своей неосмысленности несут для него дополнительную опасность. Например, во время пожара некоторые люди, поддавшись своему эмоциональному состоянию, вместо того чтобы воспользоваться предусмотренными путями эвакуации, мечутся во всех направлениях, иногда выбрасываясь из окон в то время, когда еще доступны безопасные пути выхода из пожара. Во время военных действий описаны ситуации, когда неопытные новобранцы во время первой атаки врага выскакивали из окопов и принимались беспорядочно стрелять во всех людей, которые пытались к ним приблизиться, в том числе в своих сослуживцев. Особую опасность лица в состоянии «двигательной бури» представляют в местах массовых скоплений людей, когда их поведение может быстро «заражать» окружающих, вызывая массовую панику и давку.
- Двигательный ступор (обездвиженность), «мнимая смерть» (реакция «замри»). Случай, когда эмоции «парализуют» действия человека, необходимые для того, чтобы избежать или минимализировать последствия грозящей ему опасности. Будучи не в состоянии справиться с охватившими его эмоциями, человек остается лишь пассивным наблюдателем происходящих вокруг него угрожающих событий.

Дифференциальная диагностика патологического и физиологического аффектов

Физиологический аффект

Сознание не помрачено, но сужено.

1. Кратковременность (секунды-минуты)
2. Соответствие силе переживания (адекватность раздражителю)
3. Возникает сразу в ответ на действие раздражителя (реакция «короткого замыкания»)
4. Действия носят целенаправленный характер
5. Как правило, после помнят все
6. После — эмоциональное облегчение
7. Не освобождает от уголовной ответственности, но может являться смягчающим вину обстоятельством («состояние сильного душевного волнения»)

Патологический аффект

Представляет собой вариант сумеречного помрачения сознания (часто в виде галлюцинаторно-бредового варианта)

1. Минуты-часы
2. Несоответствие реакции силе раздражителя
3. Нет реакции «короткого замыкания»
4. В действиях отражаются психотические переживания
5. Амнезия всего периода
6. После — терминальный сон
7. Признаются неизменяемыми

Тревога

Эмоциональное состояние, характеризующееся беспредметным чувством близкого несчастья, катастрофы. Сопровождается внутренним напряжением, дискомфортом, двигательным беспокойством, гиперестезией, ускорением мышления (биологический смысл: поиск выхода из угрожающего положения), характерными соматовегетативными проявлениями (подготовка организма к действию), нарушениями сна (наиболее характерны сложности с засыпанием, поверхностный беспокойный сон, кошмарные сновидения).

Соматовегетативные проявления при тревоге связаны с активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и включают, как уже отмечалось выше, физиологические изменения, направленные на повышение готовности организма к активным действиям в свете необходимости преодоления грозящих опасностей: мышечное напряжение (вплоть до дрожи), учащение сердечных сокращений и дыхания, повышение артериального давления, уровня глюкозы крови, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, замедление перистальтики кишечника (следовательно,

запоры) или, наоборот, учащенные позывы к дефекации, потливость либо, наоборот, зябкость и т.п.

С физиологической точки зрения оптимальный уровень тревоги необходим человеку как средство повышения адаптации к меняющимся условиям среды, мобилизации резервов, подготовки к выполнению необходимых в грядущих условиях действий, особенно нужных для устранения грозящей опасности. Тогда как чрезмерно высокий и чрезмерно низкий уровень тревоги будет иметь дезадаптивное значение, приводить к неблагоприятным последствиям. В психопатологии рассматривают случаи тревоги, которая неадекватна ситуации (возникает без объективных причин в нейтральных, неугрожающих условиях) или чрезмерна по силе.

Тревога отличается от страха своей беспредметностью. Отсутствие предметности при тревоге особенно мучительно, тяжело переносится, так как человек в этом состоянии не видит сколько-нибудь возможного рационального выхода. Страх всегда предметен конкретен («страх того-то и того-то»). Тем не менее страх и тревогу зачастую бывает непросто разграничить, так как человек в состоянии тревоги часто связывает ее с какими-то конкретными обстоятельствами, которых, пусть случайно, но всегда находится в изобилии, поэтому такой человек, описывая свое состояние, перечисляет множество различных опасностей, которые приходят ему на ум в данный момент. Люди же, испытывающие «страх», далеко не всегда могут точно определить, чего они боятся.

Тревога может иметь различную выраженность. В наиболее легких случаях она проявляется легким, неясным напряжением и дискомфортом. В дальнейшем напряжение нарастает, присоединяется гиперестезия (повышенная чувствительность к раздражителям — вздрагивание от случайных шумов, громких звуков и пр.), соматовегетативные проявления, появляется переживание ощущения надвигающейся угрозы. При выраженной тревоге нарастает двигательное беспокойство, возникает невозможность спокойно усидеть на месте, усиливается мыслительная активность, тревожные опасения все более приобретают форму конкретных страхов, т.е. конкретного переживания различных (зачастую многочисленных) угроз, которые ожидают в будущем. На высоте тревоги возможно выраженное психомоторное возбуждение, вплоть до так называемого тревожного раптуса — приступа двигательного возбуждения, во время которого пациенты мечутся из стороны в сторону, кусают руки, рвут волосы, повторяют одни и те же слова (тревожные вербигерации).

Также при выраженной тревоге ее соматовегетативные проявления могут усиливаться вплоть до появления ощущения дурноты, связанной со значимым перераспределением сосудистого тонуса и недостаточным

кровообращением головного мозга («предобморочные» состояния), головокружением, сердцебиением, перебоями в работе сердца (экстрасистолия), одышкой, ощущением кома в горле и пр. Пароксизмальные приступы выраженной тревоги (сильная тревога = паника) с яркими соматовегетативными проявлениями называют паническими атаками.

Тревога наблюдается при многих психических расстройствах. Например, может сочетаться с депрессией, бредовыми синдромами и др. Ведущее значение тревога приобретает при собственно тревожных и тревожно-фобических расстройствах.

Депрессия

Депрессия (депрессивный синдром), от лат. depressus — пониженный, подавленный — патологическое эмоциональное состояние. Характерные клинические проявления депрессии составляют так называемую триаду депрессивного синдрома.

Триада депрессивного синдрома:

1. Гипотимия (от греч. hupo — сниженное, thymos —настроение, чувство; происхождение термина связано с тем, что древние греки приписывали вилочковой железе — тимусу — функцию регуляции эмоций) — болезненное снижение настроения.
2. Сниженная двигательная активность (моторная заторможенность).
3. Сниженная мыслительная активность (идеаторная заторможенность).

Гипотимия обычно переживается человеком как подавленность, преобладание отрицательных эмоций и безрадостность, т.е. невозможность испытывать положительные эмоции. Соответственно, ангедония (от лат. an — отсутствие, hedone — удовольствие) — утрата чувства радости, утрата способности получать удовольствие — является одним из симптомов депрессии.

В медицинском понимании этого термина депрессия — это характерный вариант эмоционального состояния, т.е.:

- подавленное, безрадостное настроение наблюдается длительно, стойко, на протяжении большей части дня в течение многих дней (например, критерий депрессии в МКБ-10 — длительность снижения настроения более 2 недель);
- общий подавленный фон настроения окрашивает негативными эмоциями все события, которые происходят с человеком. Иногда говорят, что депрессия как световой фильтр на сознании — все изменяет в свой темный цвет; во всем в жизни — и своем положении, и

в окружении, и в том, что сейчас происходит — человек в состоянии депрессии видит только негативные стороны;

- никакие приятные внешние события, общение или деятельность, которая прежде доставляла радость, при депрессии не в состоянии значительно повлиять на подавленное настроение, отвлечь, надолго изменить его; из-за этого пациенты теряют привычные интересы.

Идеаторная и моторная заторможенность также отражают изменение всего нервно-психического тонуса, которое наблюдается при депрессии, и могут иметь разную степень выраженности.

Легкая степень идеаторной заторможенности может замечаться лишь самим пациентом как снижение сообразительности, затруднения при решении привычных бытовых вопросов (иногда больных сами про себя говорят «отупел»), нарушение внимания и связанные с ним ошибки. В выраженных случаях замедление протекания идеаторных процессов заметно клинически в виде замедленного мышления, односложных ответов после длительных пауз и пр. Иногда даже идеаторное торможение столь выражено, что из-за неспособности таких больных решать даже простые мыслительные задачи их ошибочно принимают за слабоумных (дементных) пациентов.

Легкая степень моторной заторможенности воспринимается самим пациентом как повышенная утомляемость, замедление выполнения рутинных дел, трудности с тем, чтобы заставить себя начать какое-либо действие, а потом с тем, чтобы довести его до конца. В более выраженной степени становятся заметны изменения мимики (обеднение, однообразное, маловыразительное или печальное лицо и др.) и пантомимики (уменьшение экспрессии и общее замедление движений, отсутствие жестов, однообразие поз, плечи часто опущены, спина ссутулена). Больные в таком состоянии предпочитают лежать в постели, любая активность дается с трудом, напряжением. Выраженность замедления движений может доходить до состояния депрессивного ступора (полной обездвиженности).

Необходимо учитывать, что активность в идеомоторной сфере в норме может значительно отличаться у разных людей — кому-то от природы свойственно более живо, быстро и эмоционально реагировать на происходящее вокруг, кому-то медленнее и менее выразительно. Культуральная среда также имеет значение, к примеру, про представителей некоторых народов, например итальянцев, в целом говорят как об экспрессивных, многоречивых, склонных к бурным реакциям. Тогда как представителям других народностей, например англичанам, напротив, приписывают чопорность, сдержанность эмоций. Т.е. вариация эмоциональной экспрессии в норме достаточно велика, что может затруднять оценку состояния пациента врачом. Зато близким людям, хорошо

знающим пациента, иногда бывает легче заметить изменение эмоциональных реакций и идеомоторное торможение у их родных.

Маниакальный синдром

Маниакальный синдром (мания, от лат. mania — влечение, страсть, безумие) — эмоциональное состояние, прямо противоположное депрессии.

В триаду маниакального синдрома входят:

- Гипертимия — болезненно повышенное настроение.
- Повышенная идеаторная активность.
- Повышенная двигательная активность.

Кроме того, пациенты в таком состоянии обычно отмечают снижение потребности во сне и усиление полового и пищевого влечения.

Как и депрессия, маниакальный синдром представляет собой эмоциональное состояние, поэтому повышенное настроение (гипертимия) при нем должно наблюдаться непрерывно большую часть дня на протяжении хотя бы нескольких дней, а чаще недель.

Гипертимия проявляется радостным, оптимистичным настроением, ощущением счастья, которое не в состоянии омрачить никакие преграды и неприятности. Помимо частого несоответствия такого настроения окружающей ситуации болезненность гипертимии заключается в том, что люди в этом состоянии склонны переоценивать свои реальные возможности — все трудности кажутся им по плечу, все преграды легко преодолимы, возможные потери незначительны. Они тратят попусту большие суммы денег (в том числе взятые в долг), раздаривая их случайным людям, напрасно рискуют своей жизнью, переоценивая свои физические возможности, вступают в конфликты с лицами, превосходящими их по силе. Идеи переоценки собственной личности могут достигать бредевого уровня.

Идеаторное возбуждение проявляется в ускорении мышления, постоянной многоречивости. Человек в маниакальном состоянии все время говорит, при этом речь его имеет особую выразительность, напор, его трудно прервать. Иногда повышенное настроение и идеаторное возбуждение, облегчающее поиск рифм, приводят к тому, что человек в таком состоянии начинает говорить стихами или петь (особенно характерны восхваляющие оды, посвященные лицам противоположного пола). Ему в голову все время приходят новые идеи (в случае чрезмерного ускорения мышления развивается так называемая скачка идей — не успев озвучить одну мысль, он переходит к другой, третьей и пр.), он с легкостью решает сложные интеллектуальные задачи, легко запоминает и воспроизводит большие объемы информации (гипермнезия).

благодушия. Встречается при интоксикациях (алкогольного и иного характера), органических поражениях головного мозга.

Мория — повышенное настроение с непродуктивным возбуждением, дурашливостью, паясничанием, склонностью к грубым шуткам, у больных с выраженным интеллектуальным дефектом (деменцией); может наблюдаться при грубых органических поражениях головного мозга.

Дисфория

Дисфория (от греч. *dys* — нарушение, *phoros* — нести) — внезапно развивающиеся приступы раздражительности, недовольства окружающими и самим собой; люди в таком состоянии способны на оскорбления, иногда жестокие, агрессивные действия; в основе лежит гипотимия, одновременно сочетающаяся со злобой, тревогой и тоской.

Легкие формы дисфории выглядят как обидчивость, придирчивость, ворчливость, недовольство, иногда больше проявляются как сарказм и язвительность. Такие случаи обычно просматриваются, их принимают за присущие индивидууму характерологические черты. При тяжелых дисфориях выражены тоска и тревога, создающие чувство отчаяния, безысходности, напряжения, страха. Постоянно присутствует гиперестезия, т.е. болезненно реагируют на любые раздражители, например замечания супругов, коллег или случайно встреченных людей, непослушание детей, свои собственные неудачи и случайные происшествия. Злоба, также постоянно присутствующая при дисфории, в этих случаях может перемежаться эпизодами ярости, состояниями психомоторного возбуждения с агрессивными, разрушительными действиями. При дисфориях возможны также различные импульсивные поступки, уходы из дома, алкогольные, сексуальные эксцессы и пр.

Считается, что дисфория — аутохтонное расстройство, т.е. возникающее без значимых внешних причин. Однако в ряде случаев ее начало может совпадать с различными психотравмирующими обстоятельствами, при этом обращает на себя внимание несоответствие выраженности реакции раздражения поводу, за которым она последовала. Начало дисфории обычно внезапное, продолжительность — от часов до нескольких дней. Непродолжительные дисфории часто заканчиваются так же внезапно, как и начались, затянувшиеся — чаще постепенно.

Дисфории наиболее характерны для лиц с органическими поражениями головного мозга (например, перенесших черепно-мозговую травму, страдающих эпилепсией и др.).

Варианты патологии эмоциональных свойств

Условно эти расстройства можно разделить на три группы:

- Изменение эмоциональной реактивности.
- Несоответствие эмоциональных реакций стимулам, их вызывающим.
- Обеднение эмоций.
- Изменение эмоциональной реактивности

Эмоциональная лабильность — легкая изменчивость настроения по незначительным, сиюминутным причинам. Повышение настроения имеет оттенок сентиментальности, умиления, понижение — слезливости, иногда раздражительности. Встречается при астенических состояниях разного генеза, органических поражениях головного мозга.

Выраженная степень — эмоциональная слабость или псевдобульбарный аффект (резкие колебания настроения по любому поводу с неспособностью сдерживать их внешние проявления), характерна для груборганических поражений головного мозга. Например, пожилая пациентка с деменцией смотрит в отделении телевизор и все время плачет: когда герои сериала ссорятся, она плачет из-за того, что переживает по этому поводу, когда они, напротив, мирятся и обнимаются, она плачет от умиления, радости.

Эксплозивность (взрывчатость) — чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов ярости и гнева; может сопровождаться агрессией. Снижается контроль за поведением, не способны «сдерживать» себя, даже если изначально повод для недовольства был пустяковый.

Характерна для последствий органических поражений головного мозга (черепно-мозговой травмы, эпилепсии и пр.; см. взрывчатый вариант ПОС). Также этот вариант эмоционального реагирования может усиливаться под воздействием психологических причин, в первую очередь в результате длительного нахождения в ситуации опасности (например, пребывание на войне, в тюрьме, служба в органах правопорядка, занятия спортивными единоборствами и др.). В этих случаях привычный взгляд на мир в «черно-белых» красках приводит к тому, что в ситуации даже незначительной угрозы человек склонен быстро переходить к активным агрессивным-оборонительным действиям, в том числе без учета возможных последствий этих действий.

Эмоциональная ригидность — тугоподвижность, вязкость эмоциональных переживаний, склонность к длительному переживанию чувств (особенно неприятных). Выражением может быть злопамятность, упрямство. Обычно эмоциональная ригидность — проявление общей торпидности психических процессов, поэтому сочетается с патологической обстоятельностью

(вязкостью) мышления, замедлением протекания психических процессов (брадифрения). Характерна для последствий органических поражений головного мозга (последствий черепно-мозговой травмы, эпилепсии и пр.).

Эмоциональная неадекватность — возникновение эмоций, качественно и количественно не соответствующих вызывающим их стимулам, внешним обстоятельствам, ситуации. Например, пациент с грустным лицом говорит о приятных событиях.

В широком смысле эмоциональные реакции могут не соответствовать стимулу при большинстве других эмоциональных нарушений (например, депрессии, эмоциональной лабильности, экзальтированности, апатии и т.п.), однако в непосредственном смысле эмоциональной неадекватностью называют те случаи, когда подобное реагирование не обусловлено какими-либо другими эмоциональными расстройствами. Такая эмоциональная неадекватность может наблюдаться при шизофрении.

Эмоциональная амбивалентность — одновременное сосуществование противоположных, антагонистических эмоций, обуславливает непоследовательность мышления и непредсказуемость поведения.

Эмоциональное огрубение — утрата высших (нравственных, эстетических, интеллектуальных и пр.) эмоций и чувств, тонких эмоциональных дифференцировок. Больные теряют присущие им ранее интересы и привязанности, способность к состраданию, заботе о близких, сдержанность, учтивость, такт, чувство собственного достоинства. В поведении преобладают примитивные эмоциональные реакции (низшие, биологически обусловленные эмоции), нацеленные на удовлетворение своих сиюминутных потребностей, больные становятся назойливыми, бесцеремонными, заносчивыми, не соблюдают элементарных приличий.

Может наблюдаться при разных заболеваниях, в том числе особенно отчетливо при различных органических заболеваниях головного мозга, зависимостях (например, как проявление личностных изменений при алкоголизме).

Эмоциональная холодность — общий недостаток эмоциональности, уменьшение выраженности всех эмоций в виде ровного, равнодушного отношения ко всем происходящим событиям.

В некоторых случаях эмоциональная холодность может быть врожденной особенностью человека, в других она становится следствием различных заболеваний головного мозга — следствием органического поражения, как проявление легко и умеренно выраженного эмоционально-волевого дефекта при шизофрении.

Апатия — безразличная, полусонная эмоция, при которой не возникают желания и побуждения («сильная эмоция», «бодрствующая эмоция»).

Утрата или значительно снижены как высшие эмоции, так и низшие, связанные с удовлетворением своих физиологических потребностей. Больные равнодушно относятся к происходящему вокруг, утрачивают интерес к общению с близкими, своим приятным увлечениям, много времени пребывают в бездействии. Никакие внешние события не вызывают каких-либо эмоций, ни радости, ни печали. С одиозным, ничем не выражающим видом едят и пьют, а в обычной пище, а в случае отсутствия еды могут долго оставаться голодными. Равнодушны к своему будущему, никак не пытаются что-либо изменить в нем. Равнодушны к своему здоровью, поэтому могут не обращаться за медицинской помощью в случае возникновения соматических заболеваний. Равнодушны к своему внешнему виду, неопределены, не следят за причёской, пренебрегают гигиеническими процедурами, одеваются неряшливо, часто скрываются одетыми не по погоде.

В беседе интерес не проявляют, говорят мало, ответы однообразны, мимика бедная, не выражающая каких-либо эмоций. Некоторые больные формально могут говорить о своих привязанностях к близким, увлечениях, интересе к тому, что идет им в будущее (например, о желании скорее выйти замуж из стационара, устроиться на работу, и пр.), но обычно каких-либо реальных подтверждений в их повелении эти эмоции и стремления не имеют — стремление устроиться на работу остается только словами, увлечение скрывается уже давно в прошлом, а с родственниками общаются больше по привычке, никаких эмоций к ним не проявляет. Достаточно характерны затруднения при необходимости сделать какой-либо эмоциональный выбор (на вопрос: «Что тебе больше нравится — чай или кофе?» — возникает ответ: «Обе вещи мне все равно»). Само уменьшение эмоциональности при апатии не сопровождается лихорадкой и не лихорадит его.

Апатия может наблюдаться при психофизическом, органическом заболевании головного мозга (например, при подкорговом синдроме). Апатия в сочетании с апатией, не обусловленная грубым органическим поражением головного мозга и синдромами экстрапирамидального снижения, составляет так называемый апатико-абuliaческий синдром — проявление выраженного дефекта эмоционально-волевой сферы, который может развиваться при шизофрении.

А симптомами объединения эмоций в некотором роде физиологически близко состояние, которое в психологической литературе называют эмоциональным истощением. Обычно считают, что это состояние характерно для работающих «сплошнотелами профессий» (врачей, учителей, психологов), когда со временем возникает патологическое эмоциональное перенапряжение, связанное с такой работой, некоторые из них скрываются не в состоянии адекватно

реагировать на эмоциональные переживания обращающихся к ним людей, становятся равнодушными, бесчувственными, раздражительными, что в дальнейшем негативно отражается и на качестве их работы.

Заключение

Эмоции необходимы как для организации поведения, основанного на инстинктах, так и для приобретения индивидуального опыта: осуществляя функцию положительного и отрицательного подкрепления, они способствуют приобретению полезных и избеганию не оправдавших себя форм поведения. Более того, эмоции обеспечивают такую форму мышления и поведенческой адаптации, когда актуализирующийся в виде эмоциональных переживаний видовой (наследственный) и приобретенный опыт позволяет индивиду быстро принимать решения и совершать необходимые в данной ситуации действия без рационального обоснования их целесообразности.

Список литературы

1. Учебник «Психиатрия и медицинская психология», Иванец Н. Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., 2019 г.
2. Учебник «Психиатрия» В.К. Шамрей, А.А. Марченко, 2019 г.
3. Психиатрия: национальное руководство, Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов., 2022 г.
4. Учебник «Общая психопатология», Ю.В. Киселёва, 2021г.
5. Учебник «Психиатрия. Основы клинической психопатологии», Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2021 год
6. Электронный учебник «Психиатрия и медицинская психология», Мартынихин И.А. (<https://psychiatr.ru/textbook>)

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПДО
(наименование кафедры)

Рецензия ВМК Березовская Марина Анбаровна
(Ф.И.О., ученая степень, звание (если рецензент)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия
Кашинская Ольга Александровна
(Ф.И.О. ординатора)

Тема реферата Психические функции

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 |
| 9. | Наличие общего вывода по теме | + |
| 10. | Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале) | отлично |

Дата: « » 20 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

[Подпись]
(Ф.И.О. рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

[Подпись]
(Ф.И.О. ординатора)