

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

На тему: Патология эмоций.

Выполнил: ординатор специальности Психиатрия
Газенкамф Виталий Викторович

Проверил: д.м.н. доцент Березовская Марина Альбертовна

Содержание

1. Актуальность.....	3
2. Введение.....	4
3. Функции эмоций	5
4. Патологии эмоциональных явлений	7
4.1. Аффекты.....	8
5. Тревога.....	12
6. Депрессия	14
7. Виды депрессий.....	17
7.1. Тоскливая.....	17
7.2. Тревожная (ажитированная) депрессия.....	18
7.3. Апатическая депрессия.....	19
7.4. «Астено-депрессивный синдром».....	19
7.5. «С психотическими симптомами».....	19
7.6. Атипичная депрессия.....	20
7.7. Маскированная депрессия.....	20
8. Маниакальный синдром.....	21
9. Дисфория	24
10. Патология эмоциональных свойств.....	25
11. Выводы.....	28
12. Список литературы	29

Актуальность.

Патология эмоций является одной из наиболее актуальных тем в психиатрии, так как эмоциональные расстройства являются одним из наиболее распространенных видов психических заболеваний. Они могут проявляться в виде депрессии, тревожности, фобий, биполярного расстройства и других психических расстройств.

Патология эмоций имеет серьезные последствия для пациентов и их близких, так как она может приводить к нарушению социальной адаптации, снижению качества жизни, а иногда и к самоубийству. Кроме того, патология эмоций может стать причиной различных физических заболеваний, таких как болезни сердца, головные боли и другие.

Изучение патологии эмоций является важным направлением в психиатрии, так как это помогает разработать новые методы диагностики и лечения психических расстройств. Это также позволяет лучше понимать механизмы возникновения эмоциональных расстройств и разрабатывать более эффективные методы их профилактики.

Таким образом, патология эмоций является актуальной темой в психиатрии, которая требует дальнейшего изучения и развития новых методов лечения и профилактики.

Введение.

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 (в простейшем примере: 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).

В ходе своего индивидуального развития (онтогенеза) человек повторяет этапы эволюционного развития эмоций. У новорожденного ребенка отчетливо проявляются эмоции удовольствия или неудовольствия, связанные с удовлетворением его физиологических потребностей. Например, голод, боль, охлаждение вызывают у младенца недовольство с характерными внешними признаками: гримасой страдания и плачем. По мере роста ребенка, вместе с развитием его мозга, постепенно формируется и эмоциональная сфера со своими индивидуальными особенностями, отражающими сочетание приобретенных в социуме стереотипов и врожденных, биологически обусловленных, характеристик. Таким образом, эмоции (и воля) во многом определяют характерологические особенности индивида, его личность.

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).

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 (и без дополнительных затрат времени и сил на рассуждения) принимать решения (например, избегать чего-либо или стремиться к чему-то) и совершать необходимые в данной ситуации действия без рационального обоснования их целесообразности. Такое «эмоциональное», «интуитивное» мышление преобладает не только у низших животных, но даже у человека, несмотря на развитую у него способность к рациональному познанию.

Таким образом, эмоции значительно влияют на нашу жизнь, при этом далеко не всегда сами эмоции и их влияние на поведение в достаточной мере осознаются человеком. В других случаях он может испытывать затруднения с тем, чтобы определить и выразить свои эмоции, описать их словами (алексетимия). Поэтому клиническая оценка эмоций базируется как на субъективном отчете пациента, так и на наблюдениях за проявлениями его эмоциональности в мимике, поведении, мышлении.

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

- **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.
- **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.). Сильное доминирующее чувство называют страстью.
- **Эмоциональные состояния** значительно длительнее и устойчивее по сравнению с эмоциональными реакциями. **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.

Разнообразные варианты патологии эмоциональных явлений удобно разделить на три группы:

1. **Патология эмоциональных реакций.** Здесь традиционно рассматривают только **аффекты**, прочие варианты неадекватного эмоционального реагирования обусловлены либо патологией эмоциональных свойств, либо патологическими эмоциональными состояниями, поэтому рассматриваются в соответствующих разделах.
2. **Патологические эмоциональные состояния:** тревога, депрессия, мания, дисфория и др.
3. **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» (от лат. affectus — переживание, настроение, душевное волнение, страсть) используется в двух разных значениях: более узком — как кратковременная, предельно выраженная эмоциональная реакция на значимый раздражитель (см. следующую главу) 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, 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, закреплённый 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*».

Подобное реагирование на события чрезвычайной значимости досталось человеку от животных. В широко известных примерах поведения животных мы можем увидеть такие реакции с особой наглядностью. Например, если кошка поймала мышшь и играет с ней, то жертва обычно попеременно выбирает два варианта поведения — либо замирает, чтобы кошка ее не видела или сочла мертвой, либо, наоборот, хаотично мечется, стремясь каким-то случайным отчаянным образом вырваться из создавшегося положения, избежать своей участи. А если к самой кошке вплотную подошла угрожающая ей собака, то теперь уже кошке нужно будет выбирать между тем, чтобы наброситься на собаку или убежать от нее.

Так же как и у животных, 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 состоянием (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.

Переживание серьезной опасности у человека возникает в ситуациях, несущих непосредственную угрозу жизни, здоровью и привычному укладу его жизни и близких ему лиц, например во время природных и техногенных катастроф, пожаров, при несчастных случаях, боевых действиях, террористических атаках, насилии со стороны преступников, сексуальном насилии и др.

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, представляющих 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 (см. таблицу ниже).

Психомоторное возбуждение, «двигательная буря» (реакция «беги»). 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»). Случаи, 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. Например, мать, услышав зов о помощи своего тонущего сына, останавливается «как вкопанная», «руки и ноги не слушаются», в ужасе смотрит на то, как сын тонет у нее на глазах, хотя находится всего в нескольких десятках метров от него.

Эмоции в некоторых случаях мешают людям справляться и с менее чрезвычайными ситуациями. Например, некоторые студенты, отвечая на экзамене, могут быть напуганы ситуацией экзамена и вопросами экзаменатора до такой степени, что также впадают в крайние состояния:

- Состояние «двигательной бури», когда студенты начинают произносить сразу все знакомые им термины из данной дисциплины, видимо, в надежде случайным образом приблизиться к правильному ответу. Однако во многих дисциплинах (особенно в психиатрии, где студентам медицинских вузов приходится усваивать много новых для них терминов) такое неосмысленное использование специальных терминов заставляет экзаменатора решить, что студент не только не знает ответа на его вопрос, но и значения всех тех слов, которые он употребляет.
- Состояние «мнимой смерти», когда студенты оказываются не в состоянии вымолвить ни слова, не в состоянии решиться дать ответ даже на достаточно простые и очевидные вопросы. Длительные паузы между ответами обычно очень раздражают экзаменаторов, ведь другие студенты в это время ждут возможности ответить.

Такие же состояния возможны и у врачей (особенно малоопытных), в том числе во время оказания неотложной помощи. При развитии жизнеугрожающих состояний у пациентов недостаточно подготовленный врач опять же склонен впадать в крайние состояния — «двигательной бури» (когда выполняет все лечебные и диагностические манипуляции, которые в данный момент доступны, вместо того, чтобы действовать согласно необходимому для спасения жизни пациента алгоритму) или «мнимой смерти» (когда

врачом не предпринимается никаких, даже простейших действий). Помочь врачам справиться со своими эмоциями ради спасения их пациентов могут:

1. Прочно усвоенные («зазубренные») знания, хорошо заученные, простые и непротиворечивые алгоритмы оказания помощи. При оказании помощи в неотложных состояниях у врача нет ни времени на размышления, ни способности последовательно логически рассуждать (в связи с аффективно-суженным сознанием), поэтому в его распоряжении остается лишь прочно заученная информация (см. раздел «Память»).
2. Тренировки. Врачебный опыт позволяет не только хорошо освоить практическое выполнение тех или иных врачебных манипуляций, но и научиться справляться со своими эмоциями, контролировать их. Однако не очень хорошо, когда такой опыт приобретает на реальных пациентах. В мировом медицинском образовании все большее значение приобретает обучение врачей в специально созданных симуляционных центрах, а также с помощью решения различных ситуационных задач, моделирующих в том числе различные неотложные состояния. Только после того, как действия в тех или иных ситуациях доведены до автоматизма (подобно тому, что достигается в ходе учений пожарных, спасателей, пилотов), врач может приступить к практической работе без опасений за последствия своих собственных действий для пациентов.
3. Доступность средств оказания неотложной помощи. Если вспомнить феномены аффективно-суженного сознания и туннельного зрения, становится понятным, почему так важно, чтобы средства оказания неотложной помощи, даже те, которые необходимы очень редко, были в прямом смысле «всегда под рукой» у медицинского персонала, а инструкции к ним наглядны и однозначны.

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 невменяемыми

Тревога.

Эмоциональное состояние, характеризующееся беспредметным чувством близкого несчастья, катастрофы. Сопровождается внутренним напряжением, дискомфортом, двигательным беспокойством, гиперестезией, ускорением мысленных (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 грозивших 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 лба, наборот, 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 (см. работы классические Ганса Селье по адаптационному синдрому). 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 выражение психомоторное возбуждение, вплоть до так называемого **тревожного рунтуса** — приступа двигательного возбуждения, во время которого пациенты мечутся из стороны в сторону, кусают руки, рвут волосы, повторяют одни и те же слова (тревожные вербигерации), могут совершать суицидальные попытки

(суицид в этом случае является попыткой избежать больших бед, которые будто бы ждут человека в будущем).

Также при выраженной тревоге ее соматовегетативные проявления могут усиливаться вплоть до появления ощущения дурноты, связанной со значимым перераспределением сосудистого тонуса и недостаточным кровоснабжением 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 (см. соответствующую главу в частной психиатрии).
- Тревожность (личностная тревога) — черта характера; склонность человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, в низком пороге ее возникновения

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 стержневых 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.

Соответственно, необходимо отличать депрессию (как состояние) от того, что часто в быту называют этим словом, т.е. отрицательные, негативные, но кратковременные эмоции, связанные с теми или иными событиями и происшествиями (т.е. эмоциональные реакции).

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

Критерии диагностики депрессии (депрессивного эпизода) в МКБ-10:

- По крайней мере два из трех основных признаков:
 - **сниженное настроение;**
 - **утрата интересов и способности получать удовольствие;**

- **повышенная утомляемость;**
- Тироз как минимум два из дополнительных признаков:
 - сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
 - сниженная самооценка и чувство уверенности в себе;
 - идеи вынужденности и уничиженности;
 - мрачное и пессимистическое видение будущего;
 - идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид;
 - идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид;
 - нарушенный сон;
 - сниженный аппетит.
- Минимальная продолжительность всего эпизода — **2 недели.**

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

Легкая степень идеаторной заторможенности может замечаться лишь самим пациентом как снижениесообразности, 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 сутулена). 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 народов, 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.

Тоскливая (клевсическая, меланхолическая, витальная) депрессия представляет собой наиболее характерный клинический вариант депрессивного синдрома. Первые подробные описания такого состояния присутствуют еще у Гиппократа, который называл его меланхолией (от греч. melas — черная; cholē — желчь), считая причиной ее развития избыток в организме «черной желчи».

При тоскливой депрессии выражены все компоненты депрессивной триады.

При этом характерно переживание **тоски** (ощущение потери, печали, горя, траурное чувство). То есть психологические переживания индивида направлены в прошлое (воспоминания о том, как прежде было хорошо — тоска по прошлому, ушедшему безвозвратно), а настоящее оценивается как тяжелое, гнетущее, безрадостное, неправильное, безвыходное и бесперспективное.

В тех случаях, когда развитию депрессии способствовала реальная утрата кого-то или чего-то близкого и значимого (что бывает далеко не всегда; см. этиологию аффективных расстройств в разделе «Частная психиатрия»), горестные переживания концентрируются на этой утрате (при этом не каждое переживание горя в медицинском контексте можно признать депрессией; см. ссылку). В тех случаях, когда такой психотравмирующей утраты не было, переживания просто наполняются чувством невосполнимой утраты прошлого (молодость, нереализованных возможностей, прежних удовольствий). При этом предполагается, что чувство тоски «вытекает» из ангедонии, характерной для депрессивного синдрома, т.е. это тоска по утраченной возможности испытывать радость.

Вместе с тоской по прошлому и восприятием бесперспективности будущего при тоскливой депрессии часто наблюдается **снижение самооценки и мысли о своей виновности** в создавшемся положении. Пациенты начинают корить себя за то, что они не воспользовались теми или иными возможностями в прошлом, которые будто бы помогли бы им избежать того, что сейчас оценивается ими в темном свете. Из-за сниженного настроения во всех происходящих в жизни событиях они воспринимают только отрицательные, негативные стороны, а причину этого относят на свой счет — сделали что-то плохо, неправильно, приложили недостаточно усилий и пр. Такие размышления формируют сниженную самооценку и идеи самоуничижения (пациент воспринимает себя плохим, ничтожным, недостаточно старательным, недостойным внимания, приносящим окружающим одни несчастья и пр.) и идеи виновности (видит свою вину в чем-то) или греховности (обвиняет себя в нарушении каких-либо заповедей).

Эти переживания иногда могут достигать **бредового уровня**, т.е. когда идеи самообвинения и самоуничижения противоречат действительности и не поддаются критическому осмыслению при разубеждении. Снижение самооценки и идеи вины могут приводить пациентов с депрессией к мыслям о самоубийстве и суицидным попыткам. Смерть в этом случае может восприниматься человеком не только как путь избавления от страданий, но, скорее, как самонаказание.

Содержание бредовых идей при депрессии может быть различным: от относительно реалистичных до мегаломанических (неправдоподобных идей огромного масштаба).

Например, больной, который когда-то взял с работы старый, списанный, ненужный ни ему самому, ни кому-либо еще микроскоп, вдруг начинает считать, что нанес этим урон своему институту, что из-за этого научная работа «застопорилась» и это повлияло на состояние всей его научной отрасли. Другой больной говорит, что он, наверное, Гитлер, так как он «совершенно бессердечен» — «миллионы людей горели в толках

концлагерей», а он до сих пор жил и елики об этом не переживает», а это значит, что он «больше фанатов повинен в нервных смертях».

Кроме идеи самодобинения для депрессии достаточно характерны *ипохондрические идеи* — мысли о наличии у себя какой-то тяжелой, неизлечимой соматической или психической болезни. Ипохондрические идеи тоже могут приобретать характер *бредовых* и перелетаться с идеями виновности. Например, больной говорит, что *видит*, как *другие* пациенты в больнице его «обходят стороной», а это означает, что он болен чем-то заразным, убежден, что из-за него на Земле началась эпидемия страшной болезни, от которой уже умерли миллионы людей, и он тоже «скоро умрет в страшных мучениях». Иногда в таких состояниях больные считают, что какая-то страшная болезнь уже уничтожила их внутренности, внутри них ничего нет и др. (бред отрицания).

Для тоскливой депрессии характерна «витализация» депрессивного настроения, т. е. отражение эмоциональных переживаний в телесной, витальной (от лат. *vitalis* — жизненной) сфере:

- **Загрудинная локализация аффекта тоски** — переживание чувства тоски как физической тяжести, боли в груди, сердце («камень на сердце», «предсердечная тоска», «душная боль», «лестническая боль»).
- **Ангелония** — неспособность испытывать радость и удовольствие, в том числе утрата эмоционального компонента ощущений. Например, вкус пищи ощущается, но не вызывает ожидаемого эмоционального резонанса, удовольствия, или эти ощущения воспринимаются как *чересчур слабые*, приглушенные (типестезия).
- **Изменение аппетита**. Обычно в виде снижения аппетита, часто приводящего к той или иной степени похудения (чтобы исключить случайные незначительные колебания, потерей массы тела считают ее снижение не менее чем на 5–7% от исходного). Однако в некоторых случаях депрессий аппетит, наоборот, может быть повышен — недостаток удовольствия пациенты пытаются «заесть», т. е. компенсировать большим объемом потребляемой пищи.
- **Снижение полового влечения** вплоть до нарушения менструального цикла и потенции.
- Явления активации **симпатической нервной системы**: тахикардия, запоры и т. п. (см. похожие проявления симпатикотонии при тревоге).
- Нарушения сна — уменьшение общей продолжительности сна на несколько часов. При этом для тоскливой депрессии достаточно характерны **ранние пробуждения** (в 3–4 утра, «предрасветная тоска»).
- **Суточная динамика состояния** — утром самочувствие хуже, максимально выражено переживание тоски. Вечером состояние может быть лучше.

Кроме классической (тоскливой) депрессии выделяют еще целый ряд различных клинических вариантов депрессий.

1. Тревожная (ажитированная) депрессия

- Сочетание депрессии и тревоги.
- В триаде вместо заторможенности зачастую наблюдается **двигательное и идиаторное возбуждение**, характерное для тревожных состояний: пациенты перебирают множество вариантов грозных им опасностей, действий, которые могли бы предостеречь их, и пр. Часто они многогрешны, при усилении тревоги не находят себе места. На высоте тревоги возможно развитие резко выраженного тревожного возбуждения с аутоагрессивным поведением — *тревожного ритуса*.

- Ухудшение состояния пациентов с параличом тревоги обычно наблюдается в вечерние часы, выражены трудности с засыпанием.
- Тревожные депрессии более характерны для людей пожилого возраста.
- Переживания больных обычно связаны с состоянием собственного здоровья (ипохондрические идеи) или финансовым благополучием своей семьи (страх обнищания, остаться на улице и др.). Эти идеи могут достигать сверхценного и бредевого уровня.

2. Апатическая депрессия

- Характерны жалобы на апатию — отсутствие эмоций, безразличие и безучастность к происходящему вокруг. Обычно это «отсутствие эмоций» — тягостно и чуждо больным (в отличие от апатии как эмоционального свойства — см. дальше), они жалуются на то, что ничего не могут и не хотят делать. В основе лежат как депрессивная ангедония и утрата эмоционального компонента ощущений (психическая анестезия), так и идеомоторная заторможенность, снижающая активность пациентов.
- В некоторых случаях пациенты особенно сильно тягостятся отсутствием у себя эмоций, должного реагирования на происходящее вокруг. Такие состояния называют болезненным бесчувствием, или болезненной психической анестезией (anaesthesia psychica dolorosa).

3. «Астено-депрессивный синдром»

- Помимо сниженного настроения у пациентов преобладают жалобы на повышенную утомляемость и непродуктивность в делах. В рамках депрессии изначально подобные жалобы являются следствием идеомоторной заторможенности, но в дальнейшем количество не доведенных до конца дел начинает копиться, как и переживания по этому поводу, иногда приводя пациента к чрезмерным нагрузкам и переутомлению.
- Астения и депрессия имеют много общих клинических черт, однако различаются по своему патогенезу. Утомление при астении вызвано объективным перенапряжением организма в связи с истощающими соматическими болезнями или неправильным планированием пациентом своих работ и отдыха. Депрессия обычно вызвана либо аутохтонным изменением обмена нейротрансмиттеров в головном мозге, либо психотравмирующими факторами, т.е. чувство усталости и несостоятельности при депрессии не вызвано какими-либо чрезмерными объективными нагрузками, а возникает само по себе. Учитывая разный генез этих состояний, психиатры обычно стараются их разделить в рамках разных нозологий (болезней), тогда как врачи других специальностей зачастую довольствуются лишь синдромальной оценкой, выставляя диагноз «астено-депрессивный синдром».

4. «С психотическими симптомами»

- Депрессия с бредом и галлюцинациями. Их содержание может соответствовать депрессивному аффекту (быть конгруэнтным ему, т.е. идеи самоуничижения) или несоответствовать (быть неконгруэнтными аффекту, например, идеи преследования).

5. Атипичная депрессия

- Атипичная депрессия характеризуется эмоциональной реактивностью (колебания настроения), гиперсомнией (повышенная потребность во сне), повышением аппетита, тяжестью в конечностях, чувствительностью к отказу в межличностных отношениях.

6. Маскированная депрессия (скрытая, соматизированная, «депрессия без депрессии») — это депрессия, при которой собственно симптомы сниженного настроения скрываются (маскируются) какими-либо соматическими симптомами или другими психическими расстройствами.

Человек с симптомами депрессии может быть либо не в состоянии разобраться и понять свои эмоции, осознать наличие у себя сниженного настроения («да, может, это так нормально, может, все себя также чувствуют...»), либо затрудняется их описать, либо может отказываться признавать у себя наличие психических нарушений в связи со страхом обратиться к психиатру, быть воспринятым «сумасшедшим» и т.д. В связи с этим такие пациенты длительное время не получают адекватного лечения, но их эмоциональное состояние и душевные страдания могут проявляться в виде других жалоб, которые и представляют собой «маску» депрессии и с которыми они обращаются к врачам различных специальностей (поэтому такую депрессию часто называют соматизированной).

Выделяют несколько вариантов маскированных депрессий по ведущим жалобам, которые ее сопровождают:

- **Аллически-сенестопатическая** — проявляется хроническими болями (сенестопатии и сенесталгии), которые могут иметь различную локализацию; варианты: абдоминальный, кардиалгический, цефалгический, паналгический и пр.
- **С паническими атаками** (психовегетативные кризы).
- **Обсессивно-фобическая**.
- **Агрипническая** — упорная бессонница, которую не преодолеть даже высокими дозами обычных снотворных препаратов.
- **С симптомами зависимости** проявляется симптоматическим пьянством (дипсоманией) или нехимическими видами зависимости.

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

В триаду маниакального синдрома входят:

1. **Гипертимия** — болезненно повышенное настроение.
2. **Повышенная идеаторная активность**.
3. **Повышенная двигательная активность**.

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

В современной психиатрии термин «мания» используется для обозначения либо эмоционального состояния с повышенным настроением (маниакального синдрома), либо для описания импульсивных влечений (наркомания, пиромания, kleptomania и пр.), либо преследования» и пр.) и другие виды психических расстройств, однако в настоящее время такое употребление этого термина неверно.

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, несоответствия такого настроения окружающей ситуации болезненность гипертимия 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 (например, заезжая по водосточной трубе к случайным возлюбленным или чрезмерно быстро и агрессивно по водосточной трубе к случайным возлюбленным или чрезмерно вступают в конфликты с лицами, превосходящими их по силе, что часто приводит к тяжелым травмам. Идеи переоценки собственной личности могут достигать бредового уровня (бред величия).

Идеаторное возбуждение проявляется в ускорении мышления, постоянной многозначности. 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, приводит 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).

Моторное возбуждение проявляется повышением двигательной активности, невозможностью усидеть на месте, постоянным стремлением чем-либо заниматься, двигаться, иногда ташежать. Вместе с новыми идеями и видением происходящего вокруг это приводит к желанию изменности, жажде менять все вокруг. Окружающие люди, более трезво оценивая возможности и перспективы таких изменений, обычно так или иначе

стремится остановить человека в маниакальном состоянии, умерить его пыл, отговорить от реализации его планов, но часто эти попытки встречают лишь раздражение и агрессию.

Потребность во сне в маниакальном состоянии снижена (могут не спать несколько дней подряд либо спать всего по несколько часов). Аппетит может быть повышен, но часто больные либо не успевают поесть, либо забывают о еде, увлекаясь чем-либо, в результате обычно худеют. Усиление полового влечения ведет к случайным половым связям, в том числе незащищенным, что вызывает риск передачи половых инфекций. Дополнительно может быть усилено влечение к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ. Употребляют преимущественно в компаниях.

Обычно люди в маниакальном состоянии очень положительно относятся к переживаемым ими эмоциям, к своему состоянию критики у них нет (или она частичная), как нет и желания обращаться за помощью для лечения этого состояния. К психиатру обращаются обычно либо по настоянию близких, либо в случае нарушения общественного порядка, задерживаются полицией, откуда уже направляются на лечение в психиатрический стационар.

Выделяют ряд клинических вариантов маниакального синдрома:

- **Классическая** («солнечная», «лучезарная») **мания** — представлены все компоненты «триады».
- **Гневливая мания** — представлены все компоненты «триады», характерны раздражительность, вспышки гнева, в том числе с вербальной и физической агрессией (раздражительность и гнев обычно вызваны тем, что окружающие отказываются поддерживать идеи пациента, пытаются его как-либо ограничить и пр.).
- **Бредовая мания** — в дополнение к «триаде» — бредовые идеи величия, переоценки собственных способностей.
- **Гипомания** — незначительная выраженность маниакальной «триады».

Пациент 30 лет, состояние развилось без видимых причин: на работе быстро завершил все порученные ему проекты, которые до этого не мог «закрыть» несколько месяцев, но решил уволиться, чтобы основать собственное дело, которое, как он сейчас явственно понял, можно очень легко организовать, при этом считал, что продукция его фирмы будет дарить много положительных эмоций всем покупателям, что позволит быстро увеличить обороты и стремительно разбогатеть. Как потом отмечал, все мысли в этот период были «кристально чисты и точны», мог удерживать в голове и решать сразу множество вопросов. Для основания собственного дела взял большой кредит под залог своей квартиры, но непосредственно к организации работы новой фирмы так и не приступил. Цельми днями ездил по всему городу, «вел переговоры» с разными людьми, «знакомился, общался». Для поездок по городу нанимал дорогие лимузины, купил дорогую одежду, представлялся уже состоявшимся бизнесменом, чтобы убедить новых знакомых в своей финансовой состоятельности не жалел денег на дорогие подарки, в ресторанах оставлял огромные чаевые. Планировал, что скоро разбогатеет, и эти траты покажутся мелочью. Настроение было очень хорошим, радостным, хотелось и другим людям делать только добро, мог купить в цветочном магазине огромный ворох роз, выйти на улицу и дарить их всем встречным девушкам. Однажды, зайдя в какое-то кафе, ему показалось, что там грустно, в соседнем магазине купил телевизор и подарил его владельцу заведения, чтобы тот мог включать посетителям «веселую музыку» и пр. В одну из ночей взял у отца машину, без документов ехал на ней по встречной полосе на улице с разделительной полосой. Со слов пациента, был остановлен сотрудниками ГИБДД, но «очень попросил»

не отбирать права, не доводить дело до суда, оставив машину у них, пешком пошел домой к родителям «за деньгами», по дороге растратил на какие-то мелочи остатки своих средств, «заходил в клуб потанцевать», подрался там с кем-то (получил перелом челюсти) и только утром босиком, раздетый и избитый пришел к родителям, которые вызвали скорую помощь.

Про болезненно повышенное настроение также говорят при эйфории и мории:

Эйфория — повышенное настроение без двигательного возбуждения, сопровождается чувством удовольствия, комфорта, расслабленности, 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 (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.).

Патология эмоциональных свойств.

Условно эти расстройства можно разделить на три группы:

1. Изменение эмоциональной реактивности.
2. Несоответствие эмоциональных реакций стимулам, их вызывающим.
3. Обеднение эмоций.

Изменение эмоциональной реактивности

Эмоциональная лабильность — легкая изменчивость настроения по незначительным, секундным 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 грубоорганических 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 агрессивно-оборонительным действиям, в том числе без учета возможных последствий этих действий (так как руководствуется принципом — «если не ты его, то он тебя»).

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, эксплозивности, 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 — безразличие, полное отсутствие эмоций, при котором не возникают желания и побуждения («ноль эмоций», «бодрствующая кома»).

Утрачены 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 прежним увлечениям, много времени пребывают в бездействии. Никакие внешние события не вызывают каких-либо эмоций, ни радости, ни печали. С одинаковым, ничего не выражающим видом едят и лакомятся, и обычную пищу, 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, неопрятны, не следят за прической, пренебрегают

гипотетическими процедурами, одеваются неряшливо, часто оказываются одетыми не по погоде.

В беседе интереса не проявляют, говорят мало, ответы односложны, мимика бедная, не выражающая каких-либо эмоций. Некоторые больше формально могут говорить о своих привязанностях к близким, умеченных, интересе к тому, что ждёт их в будуще (например, о желании скорее выпуститься из стационара, устроиться на работу и пр.), но обычно каких-либо реальных подтверждений в их поведении эти эмоции и стремления не имеют — стремление устроиться на работу остается только словами, увлечения оказываются уже давно в прошлом, а с родными общаются больше по привычке, никакие эмоции к ним не проявляют. Достоточно характерны затруднения при необходимости сделать какой-либо эмоциональный выбор (на вопрос: «Что тебе больше нравится — это или это?» — возникает ответ: «Не знаю, мне все равно»). Само уменьшение эмоциональности при апатии не осознается пациентом и не тяготит его.

Апатия может наблюдаться при психозрении, органических заболеваниях головного мозга (вариант психоорганического синдрома), в старости. Апатия в сочетании с абuliaей, не обусловленная грубого органическим поражением головного мозга и симптомами интеллектуального снижения, составляет так называемый **анато-абулический синдром** — проявление выраженного дефекта эмоционально-волевой сферы, который может развиваться при психозрении.

К симптомам обеднения эмоций в некотором роде феноменологически близко состояние, которое в психологической литературе называют **эмоциональным выгоранием**. Обычно считают, что это состояние характерно для работников «помогающих профессий» (врачей, учителей, психологов), когда со временем из-за длительного эмоционального перенапряжения, связанного с такой работой, некоторые из них оказываются 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. Если более широко посмотреть на такие эмоциональные изменения, то можно заметить, что на самом деле они возникают во многих аспектах жизни большинства людей. Например, молодожены изначально женятся с эмоциональным подъёмом, овеянные высокими чувствами, а через несколько лет во многих семьях чувства значительно тускнеют, между супругами появляется равнодушие, а иногда даже неприязнь. Родители обычно рожают детей, чтобы любить их и заботиться, но через несколько лет многие из них по незначительному поводу уже готовы накричать на своего ребенка, ударить, оскорбить его, унижить и т.д.

Выводы

Патология эмоций является одной из наиболее распространенных форм психических заболеваний. Это может приводить к серьезным последствиям для пациентов и их близких, таких как нарушение социальной адаптации, снижение качества жизни и даже к самоубийству. Изучение патологии эмоций является важным направлением в психиатрии, так как это помогает разработать новые методы диагностики и лечения психических расстройств. Это также позволяет лучше понимать механизмы возникновения эмоциональных расстройств и разрабатывать более эффективные методы их профилактики. Дальнейшее изучение патологии эмоций является важным для улучшения качества жизни пациентов и предотвращения серьезных последствий.

фед
«К

Список литературы

1. Патология эмоций: диагностика и лечение / под ред. А.И. Донского. - М.: Медицинское информационное агентство, 2021.
2. Эмоциональные расстройства: диагностика и лечение / под ред. Л.А. Ивановой. - СПб.: Питер, 2019.
3. Психопатология эмоций / под ред. Н.Н. Кондрашева, В.М. Русакова. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010.
4. Эмоциональные расстройства у детей и подростков / под ред. Е.В. Гребенюк, Н.А. Шиловой. - М.: Питер, 2017.
5. Эмоциональные расстройства и их влияние на качество жизни / под ред. И.А. Кузнецовой, Н.А. Шиловой. - М.: Питер, 2018.
6. Патология эмоций и ее лечение в психотерапии / под ред. А.В. Лихтермана, Е.А. Макаровой. - М.: Медицинское информационное агентство, 2020.

на

Т

