

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат на тему:
Расстройства эмоций.

Выполнил: ординатор 1-го года обучения

Тимофеев А.С.

Руководитель: зав.кафедрой, д.м.н.

Березовская М .А.

- 1. Актуальность проблемы**
- 2. Функции, нейробиологический базис**
- 3. Формы нарушения эмоциональной сферы**
- 4. Вывод.**
- 5. Список используемой литературы.**

Актуальность проблемы

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).

Функции и нейробиологическая основа эмоций.

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.

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 нейropsychологические 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 (известны эксперименты, когда крысы с вживленными в эту область электродами столь долго и интенсивно нажимали рычаг, вызывающий стимуляцию, что, забывая о принятии пищи и отдыхе, погибали от истощения и переутомления). Основным медиатором — дофамин.

Передние отделы поясной (цингулярной) 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 печально известной операции 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.

Кроме того, необходимо учитывать и межполушарную асимметрию мозговых функций: в целом считается, что в восприятии эмоциональных сигналов и генерации эмоций в большей степени участвует правое (недоминантное) полушарие мозга.

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).

Патологические группы расстройства эмоций

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.

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.

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 мышь и играет с ней, то жертва обычно попеременно выбирает два варианта поведения — либо замирает, чтобы кошка ее не видела или сочла мертвой и потеряла интерес, 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 (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. 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 (см. таблицу ниже).

· **Психомоторное возбуждение.** Характеризуется двигательным возбуждением с нецеленаправленными, плохо осмысливаемыми 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).** Случаи, когда эмоции «парализуют» действия человека, необходимые для того, чтобы избежать или минимизировать последствия грозящей ему опасности. Будучи не в состоянии справиться с охватившими его эмоциями, человек остается лишь пассивным наблюдателем происходящих вокруг него угрожающих событий.

Патологические эмоциональные состояния

1. Тревожные состояния

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 (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 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), могут совершать суицидные 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** (см. ссылку).

Тревога наблюдается при:

1. Многих психических расстройств. Например, может сочетаться с депрессией, бредовыми синдромами и др.
 2. Ведущее значение тревога приобретает при собственно тревожных и тревожно-фобических расстройствах (см. соответствующую главу в частной психиатрии).
 3. Тревожность (личностная тревога) — черта характера; склонность человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, в низком пороге ее возникновения
2. Депрессивные состояния

Триада депрессивного синдрома:

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

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.

Плюс как минимум два из дополнительных признаков:

- сниженная способность к концентрации и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и уничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 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 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).

Тоскливая (классическая, меланхолическая, витальная) депрессия представляет собой наиболее характерный клинический вариант депрессивного синдрома.

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.

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 самоуничтожения (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 самоуничтожения 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).

Кроме идей самообвинения 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 переплетаться с идеями виновности.

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», «душевная боль», «психическая боль»).
- **Ангедония** — 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, притупленные (гипестезия).
- **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 легких 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, «предраассветная тоска»).
- **Суточная динамика состояния** — утром самочувствие хуже, максимально выражено переживание тоски. Вечером состояние может быть лучше.

3. Маниакальные состояния

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.

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 (например, залезая по водосточной трубе к случайным возлюбленным или чрезмерно быстро и агрессивно водят машину и т.д.), переоценивая свои физические возможности, 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 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.
- Моторное возбуждение проявляется повышением двигательной активности, невозможностью усидеть на месте, постоянным стремлением чем-либо заниматься, двигаться, иногда танцевать. Вместе с новыми идеями и видением происходящего вокруг это приводит к желанию изменений, жажде менять все вокруг. Окружающие люди, более трезво оценивая возможности и перспективы таких изменений, обычно так или иначе стремятся 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.

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».

4. Дисфорические состояния

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:

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

1. 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 «сдержать» себя, даже если изначально повод для недовольства был пустяковый.

Характерна для последствий органических поражений головного мозга (черепно-мозговой травмы, эпилепсии и пр.; см. эксплозивный 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 агрессивнo-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.).

2. Несоответствие эмоциональных реакций стимулам, их вызывающим.

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.

3. Обеднение эмоций

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.

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

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

Вывод

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.

Источники литературы:

1. Психиатрический тезаурус. Ч.2: Основные психопатологические синдромы: руководство для врачей/ Б.С. Фролов, В.Э. Пашковский. - СПб.: СПбМАПО, 2016.
2. Психиатрия. Национальное руководство. Ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, 2020
3. Психиатрия: справ. практ. врача/ под ред. А.Г. Гофмана. - М.: Медпресс-информ, 2017
4. Современная клиническая психиатрия: руководство, основанное на МКБ-10/ Ю.В. Попов, В.Д. Вид. - СПб.: Речь, 2016.
5. Руководство по психодиагностике: учеб. пособие для студентов и практ. психологов/ И.Н. Носс. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2017