

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

Зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

Нарушения эмоций

реферат

выполнил: ординатор 1 года

специальность Психиатрия

Ковалев Максим Андреевич

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2019

Содержание

1. Введение
2. Нарушения эмоций
3. Локализация эмоциональных нарушений
4. Нарушения эмоций при различных состояниях
5. Терапия и коррекция эмоциональных нарушений
6. Заключение
7. Список литературы

Введение

В течение всей своей жизни мы множество раз сталкиваемся с переживанием различных видов эмоций. Они сопровождают нас в любой возникающей ситуации. Описывая эмоции, мы передаём наши субъективные ощущения и состояния. Во всех школах, изучающих поведение, важное значение придаётся его эмоциональной компоненте. В течение длительного времени рассмотрение эмоций происходило в психологической и философской среде. Так, например, Декарт в своём трактате «Страсти души» описывал эмоции («страсти души») как всего лишь «гримасы тела» (телесные состояния). А Джон Локк отмечал, что в основе любой эмоции лежит удовольствие или страдание. Эмоции – это психические процессы и состояния в форме непосредственных переживаний действующих на человека явлений и событий.

Выделяют следующие характеристики эмоций:

1. Интенсивность- степень выраженности эмоций
2. модальность - доминирующая направленность эмоций
3. длительность- то, как долго существует данная эмоция

Чувства и эмоции представляют собой субъективное отношение человека к окружающему миру, людям, себе. Все эмоции можно разделить на высшие и низшие. Если низшие эмоции основаны на инстинктах и являются протопатическими, то высшие эмоции свойственны человеку как социальному существу. Их ещё называют эпикритическими. К высшим эмоциям можно отнести эмпатию, долг, товарищество.

Нарушения эмоций

По степени выраженности эмоциональные нарушения можно разделить на количественные и качественные. К количественным нарушениям относится эмоциональная гиперестезия или гипостезия.

Гиперестезия характеризуется повышенной эмоциональной чувствительностью. Это очень тонко чувствующие и ранимые люди.

Эмоциональная гипостезия- это снижение эмоциональной чувствительности, холодность, вялость эмоциональных реакций.

Выделяют следующие качественные нарушения:

1. Нарушения эмоционального реагирования:

А) Эмоциональная эксплазивность. Это эмоциональная вспыльчивость, когда эмоции слишком яркие, с оттенком агрессии.

В) Эмоциональное застревание. Пациент фиксируется на эмоциях, постоянно их воспроизводит. При застревании происходит накопление негативных эмоций. Они разрабатывают планы мести.

2. Нарушение устойчивости чувств.

А) Эмоциональная лабильность. Частая смена настроения под влиянием внутренних факторов. Может неумерять настроение даже в течение беседы.

В) Синдром эмоциональной неустойчивости. Пациент не может удерживать ровный фон настроения, постоянно заваливается в депрессию или тревогу.

3. Нарушение адекватности чувств.

А) эмоциональная амбивалентность- одновременное существование противоположных чувств и эмоций. Может наблюдаться на фоне эмоциональной холодности.

В) Эмоциональная неадекватность- не соответствие эмоций внешней ситуации или раздражителю.

К нарушениям эмоций также относятся гипертимия и гипотимия.

Выделяют следующие симптомы гипотимии:

1. Депрессия- это пониженное и мрачное настроение, тоска, печаль, отчаяние, ощущение бессмысленности, безысходности.

2. Дисфория- значительное снижение настроения с оттенком гневливости. Может сопровождаться патологическим аффектом и поведенческой агрессией.

3. Тревога и страх. Пациентам трудно вербализовать то, что они чувствуют. Как только тревога локализуется, можно говорить о фобиях.

4. Апатия. Это безразличие, равнодушие.

5. Уплотнение. Теряются тонкие эмоции. В общении эти люди практически не пользуются эмоциями.

Выделяют следующие гипертимные симптомы:

1. Мания - болезненно повышенное, соединенное с двигательным возбуждением настроение, иногда радостно-благодушное, с положительной оценкой собственной личности и мира, иногда же резко агрессивное, с разрушительными тенденциями и тяжелым помрачением сознания.

2. Эйфория. Это тоже повышенное настроение. Это настроение имеет оттенок благодушия, самодовольства. Такое состояние непродуктивно.

3. Экстаз. Это переживание эмоционального благополучия, возбуждения, самоутверждённости. Возникает параксизмально, длится минуты.

4. Мория. Это повышенное настроение. Оно, как и эйфория, непродуктивно, но сопровождается дурашливостью, смехом, кривлянием. Эмоции могут быть неадекватны возрасту, ситуации.

Существуют и другие эмоциональные состояния:

1. Реакция смещённого аффекта- бурная эмоциональная реакция на раздражающий стимул. Эта реакция обычно не адекватна раздражающему стимулу и смещена с гораздо более сильного раздражителя.

2. Негативистическая реакция

3. Стресс- неспецифическая реакция организма на предъявленные ему требования.

4. Слабодушие- эмоциональная гиперестезия, обострённость восприятия.

5. Паратимия. Это неадекватный причине аффект.

6. Страх- чувство внутренней напряжённости, связанное с ожиданием конкретного угрожающего события.

7. Тревога- чувство беспокойства. Если страх направлен вовне, на какой-то объект, то тревога обычно конкретизирована.

8. Чувство потери чувств. Человек помнит что какие-то чувства были, но теперь он ничего не чувствует.

9. Алекситимия- неспособность осознавать свои чувства и выражать их словами.

10. Ангедония- утрата чувства радости, чувства удовольствия.

11. Эмпатия- склонность к сопереживанию.

12. Синтонность- ровное настроение с лёгким, позитивным компонентом.

13. Эмотивность- лёгкая ранимость.

14. Фобия- навязчивые страхи.

В отличие от высших психических функций в эмоционально-личностной сфере важную роль играют произвольные психические процессы. Они являются врождёнными и мало осознаваемыми. Эти функции пока исследованы не достаточно. В общей психологии эти фундаментальные проблемы также пока являются мало разработанными. С развитием психоаналитического направления этот аспект вызвал больший интерес. Выготский говорил о существовании тесной связи эмоциональных и познавательных процессов. Это находит проявление в интеллектуализации эмоций. Выготский утверждал, что ни одна из предложенных теорий эмоций не соответствует строгому построению научной концепции. Выготский разделял представление о существовании низших (натуральных) и высших (прижизненно формирующихся) эмоций. Было показано превращение низших эмоций в высшие и их интеллектуализация в процессе онтогенезе. Эта проблема как базовая проблема общей психологии интересовала и Лурия. Ещё до встреч с Выготским он изучал эмоциональные конфликты. В соответствии с теорией Кенона, выготский допускал, что важную роль в мозговой организации эмоций играют подкорковые толмические структуры. т. к. в зоне таламуса происходит интеграция и перегруппировка различных афферентных потоков. Ни Выготский ни Лурия патологией эмоционально-личностной сферы специально не занимались. В деятельностном подходе эмоции выступают как регуляторы деятельности человека. Это значимые переживания, отражающие личностный смысл деятельности для человека. Выделяют базальные и высшие эмоции. Общепринятого списка базальных эмоций не существует и разные авторы называют разное число. Базальные эмоции рассматривают как общие межкультурные феномены, свойственные всем людям.

Локализация эмоциональных нарушений

При поражении правой височной области наблюдаются либо сильные аффективные реакции, либо снижение эмоционального тонуса.

Структуры, отвечающие за формирование эмоций, называются эмоциогенными. К ним относится передняя височная кора, миндалина, гипоталамус и гиппокамп. У больных с поражённой передней височной корой можно наблюдать эмоциональную тупость. В гипоталамусе находятся центры голода, жажды, реакции страха и т. д. Миндалевидный комплекс отвечает за агрессию и оборонительный рефлекс. Центральное ядро миндалины принимает активное участие в формировании реакции страха. Гиппокамп в большей степени играет информационную роль. Поясная извилина отвечает за осознанные эмоциональные состояния.

Нарушения эмоций при локальных поражениях

Хотя Лурия специально не занимался исследованием эмоционально-личностной сферы, он дал ряд описаний нарушений эмоций при локальных очаговых поражениях в своих монографиях. Отмечал, что в разных вариантах лобного синдрома проявляются различные эмоционально-личностные нарушения. Неадекватность эмоциональных реакций (эйфория или эмоциональное безразличие), некритичности, отсутствия устойчивых эмоциональных конфликтов, изменение отношений к близким, снижение уровней интересов, растормаживание уровня элементарных влечений и т. д. Эти черты сочетаются с изменениями поведения в целом.

Считал возможными 2 типа диссоциаций при сочетании эмоциональных дефектов и когнитивных поражений:

1. При явных эмоциональных расстройствах когнитивные процессы никак не изменяются. Наблюдается при поражении передних отделов больших полушарий.
2. Нарушение когнитивных процессов протекают на уровне явной сохранности эмоционально-личностной сферы. Наблюдается при поражении задних отделов больших полушарий.

Всё это говорит о надмодальной роли медиобазальных отделов коры больших полушарий. Они как бы надстраиваются над ретикулярной формацией и лимбической системой.

Все когнитивные процессы у больных с поражениями этой коры сохранены. Однако наблюдается отчётливое снижение тонуса, быстрая истощаемость. Может также возникнуть повышенная аффективность, вспыльчивость. Латеральная спецификация полушарий. Лурия писал, что правое полушарие обеспечивает самовосприятие, поэтому при его поражении наблюдается отсутствие осознания собственных дефектов. Лурия писал, что поведение больных с поражением правого полушария сходно с больными с лобным синдромом, однако наличие намерений и планов у них не страдает. Эмоциональные нарушения при поражении правого полушария ярче, чем при поражении левого. При поражении левой височной доли возникает тревожно-фобическая депрессия. У больных с локальными поражениями левого полушария часто возникают приступы тревоги, депрессии, страха. Усиливается отрицательность эмоциональных переживаний и их неадекватность. Больным с поражениями правого полушария более свойственно благодушие. Левополушарные лобные больные отмечают большей заторможенностью, вялостью, подавленностью, депрессивностью. При поражении правой лобной доли чаще

возникали состояния благодушия, эйфории, беспечности. Отсутствовало переживание своей болезни. Патологический смех часто связан с поражением правого, а патологический плач - левого полушария. Здесь возможны как постоянные, так и краткосрочные расстройства. К постоянным относится неврозоподобный синдром. Параксизмальные - спонтанно возникающие аффекты, не имеющие реального повода и аффекты, возникающие на реальную причину, но не адекватные ей.

Выделяются 3 основные локализации поражений Головного мозга:

1. Поражение гипоталамико-гипоталамической. Постепенное обеднение эмоций, исчезновение выразительных средств.
2. Височных. Устойчивая депрессия, гипараксизмальные аффекты на фоне сохранных личностных свойств.
3. лобной области. Обеднение эмоций, появление эмоциональных параличей.

Медиобазальные образования. Эмоциональные изменения зависят не только от локализации поражения, но и от исходных эмоционально-личностных качеств больного.

Нарушения эмоциональной сферы при различных состояниях

Нарушения эмоциональной сферы при черепно-мозговой травме

Т.к. при ЧМТ снижаются все психические функции, то страдает и эмоциональная сфера. При ЧМТ чаще всего наблюдается эмоциональные расстройства в виде повышенной раздражительности, агрессивности, брутальности аффекта. На фоне снижения психических процессов может отмечаться неадекватно повышенный фон настроения, благодушие, потеря критики. Это нередко сочетается с взрывной гневливостью, которая может сменяться слезливостью и чувством беспомощности. Такие люди быстро и импульсивно реагируют в ситуациях, являются провокаторами всех драк.

Нарушения эмоций при деменции

На ранних стадиях изменения настроения могут включать тревогу, раздражительность и депрессию. С прогрессированием деменции эмоции и реакции на события притупляются; настроение может резко изменяться без явной причины. Наблюдается снижение контроля над эмоциями, побуждениями или социальным поведением, проявляющееся по меньшей мере в одном из следующих признаков:

- а) эмоциональная лабильность,
- б) раздражительность,
- в) апатия,
- г) огрубление социального поведения.

При деменции наблюдается также эмоциональное уплощение, расторможенность, беспокойство или апатия.

Нарушения эмоций при умственной отсталости

Детям свойственно резко выраженное отставание в развитии эмоций, недифференцированность и нестабильность чувств, ограничение диапазона переживаний, крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья.

Проявление эмоций не зависит от качественного своеобразия структуры дефекта, т. е. от принадлежности ребенка к определенной клинической группе. Развитие эмоций умственно отсталых дошкольников в значительной мере определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального педагогического воздействия, осуществляемого родителями и педагогом. Благоприятные условия способствуют сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости, выработке правильного бытового поведения, закреплению необходимых для жизни в семье или в детском учреждении навыков и привычек, а также позволяют детям сделать первые шаги в направлении контроля за своими эмоциональными проявлениями. Дошкольники старших групп детского сада с удовольствием слушают выразительно читаемые или рассказываемые доступные для их понимания простейшие тексты, включающие эмоционально окрашенные компоненты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они выражают сочувствие слабым и добрым героям и отрицательное отношение к их обидчикам. В понятной для него ситуации умственно отсталый ребенок способен к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека.

Тем более дети проявляют отчетливо выраженное эмоциональное отношение к своим родным и близким. Они любят своих родителей и воспитателей и обнаруживают это со всей очевидностью.

Нарушения эмоций при задержке психического развития

Уровень эмоционального интеллекта при ЗПР будет ниже, чем при нормальном развитии, что создает определенные трудности и эффективной социализации. непосредственно в связи с повышенной эмоциональной неустойчивостью находится сниженный порог к возникновению и закреплению всякого рода страхов. Так, в целом было установлено, что количество страхов на одного дошкольника с ЗПР превосходит в 1,5 раза количество страхов, приходящихся на дошкольника с нормальным развитием. Так что, если в норме в дошкольном возрасте ребенок «имеет право иметь» (по данным А.И. Захарова) до 6 --8 страхов, при ЗПР эта цифра может доходить до 10-- 12 (Н.В. Новикова, Л.В. Кузнецова, Е.В. Васильева). В основном детям с ЗПР свойственны страхи, типичные, скорее, для детей более младшего возраста: боязнь сказочных персонажей, животных, темноты. Страхи детей с ЗПР характеризуются повышенной интенсивностью, отрицательно влияют на развитие ребенка, его повседневное поведение и социализацию. По уровню эмпатии дети с ЗПР ближе к норме, чем к умственно отсталым. У подростков с возрастом происходит заметное снижение чисто ситуативного эмоционального компонента эмпатии наряду с ростом сочувственно-действенного, что говорит о развитии у них более глубоких эмоционально-действенных отношений, позволяющих успешно формировать и поддерживать круг общения. Имеющиеся данные говорят о том, что детям с ЗПР при рассмотрении изображения значительно легче опознавать эмоциональные состояния людей в контексте общей ситуации (сюжета), чем по выражению лиц или по выразительным движениям (Т.З. Стернина). Кроме того, было обнаружено определенное сходство в опознании эмоциональных состояний всеми группами детей, а именно, все они лучше опознают радость и гнев, хуже страх.

Дети с ЗПР опознают эмоцию страдания лучше, чем нормально развивающиеся сверстники.

В целом все дети младшего возраста (дошкольного и младшего школьного) лучше воспринимают те эмоции, в изображении которых больше мимических знаков.

При изучении опознания пяти эмоциональных состояний (радости, гнева, страха, удивления и грусти) по различным частям лица (рта и бровей) выяснилось, что при существовании определенного разброса показателей отмечаются определенные закономерности, свойственные детям данной категории и характеру ЗПР. В частности, было установлено, что дети с более выраженной ЗПР и ЗПР, обусловленной социальной депривацией, хуже опознают эмоциональные состояния по мимике лица. Об этом свидетельствуют и их ответы, например эмоцию удивления одна девочка определила как «красивое настроение», другой вариант ответа: «Он что-то почувствовал».

Детям с ЗПР и нормально развивающимся больше говорит об эмоциональном состоянии линия рта. По линии бровей дошкольники определили гнев, грусть, и все оказалось недоступно опознание страха и удивления. Дошкольники с ЗПР психогенного происхождения испытывают трудности при определении эмоциональных состояний по линии бровей, а дети с ЗПР, имеющие при этом дополнительные речевые нарушения, хуже опознают эмоции по линии рта.

Нарушения эмоций при раннем детском аутизме

Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. Так, в 100% наблюдений (К.С. Лебединская) при аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми -- комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеперечисленные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов. К.С. Лебединская и О.С. Никольская выделяют три группы страхов:

1) типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга);

обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест);

неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.п.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Нарушения эмоций при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью

Это расстройство отличается стойкой невнимательностью и импульсивным гиперактивным поведением в детстве. Эти дети бросаются от одного дела к другому, демонстрируя неумолимый интуизм. Умение завершить или притормозить какое-либо действие слабо развито или отсутствует совсем. Такие дети импульсивны.

Нарушения эмоций у детей с нарушениями слуха

Глухим детям недоступно восприятие выразительной стороны устной речи и музыки. Отставание в развитии речи приводит к затруднениям в осознании своих и чужих эмоциональных состояний, это приводит к упрощению межличностных отношений. Более позднее приобщение к художественной литературе обедняет мир эмоциональных

переживаний глухого ребенка, приводит к трудностям формирования сопереживания другим людям и героям художественных произведений.

Благоприятно влияет на личностную и эмоциональную сферу глухих детей развитие внимания к средствам, с помощью которых могут быть выражены эмоции, к использованию мимики, выразительных движений в жестовой речи.

Значительное влияние на формирование эмоционально-волевой сферы, развитие личности глухих детей, становление межличностных отношений на начальных этапах оказывают условия семейного воспитания. Важным фактором, влияющим на развитие личности, является наличие или отсутствие нарушения слуха у родителей. Так, глухие дошкольники, имеющие глухих родителей, не отличаются от слышащих сверстников по эмоциональным проявлениям, по числу интеллектуальных эмоций, тогда как в поведении глухих детей, имеющих слышащих родителей, наблюдается бедность эмоциональных проявлений -- меньшее их количество и разнообразие (В. Петшак). В младшем школьном возрасте глухие дети глухих родителей более общительны со сверстниками, более любознательны, у них наблюдается стремление доминировать в группе сверстников, быть лидерами. Глухие дети слышащих родителей более стеснительны, менее общительны, стремятся к уединению.

«Таким образом, учащиеся с сохранным слухом испытывают положительные отношения ко всем членам своей семьи, как к родителям, так и к братьям и сестрам. Глухие дети глухих родителей проявляют несколько меньше положительных эмоций к своим родственникам, чем слышащие дети, но так же, как и они, относятся в целом одинаково положительно к членам своей семьи. Глухие дети слышащих родителей демонстрируют положительные отношения к братьям и сестрам заметно чаще, чем к родителям. Что касается отрицательных проявлений, то по отношению к матери их наблюдается очень мало, гораздо больше -- по отношению к отцу. По мере продвижения в обучении у глухих детей наблюдается все более глубокое и тонкое понимание личностных и эмоциональных особенностей того или иного человека и межличностных отношений, повышается правильность оценки результатов своей деятельности, самокритичность, устанавливается соответствие притязаний собственным возможностям. Направление их развития аналогично тому, которое наблюдается у слышащих детей, однако соответствующие изменения появляются позднее (на два года и больше).

Нарушения эмоций у детей с нарушением зрения

Слепые и слабовидящие имеют ту же «номенклатуру» эмоций и чувств, что и зрячие, и проявляют те же эмоции и чувства, хотя степень и уровень их развития могут быть отличны от таковых у зрячих (А.Г. Литвак, Б. Гомулицки, К. Pringle, N. Gibbs, D. Warren). Особое место в возникновении тяжелых эмоциональных состояний занимает понимание своего отличия от нормально видящих сверстников, возникающее в возрасте 4--5 лет, понимавшие и переживание своего дефекта в подростковом возрасте, осознание ограничений в выборе профессии, партнера для семейной жизни в юношеском возрасте. Наконец, глубокое стрессовое состояние возникает при приобретенной слепоте у взрослых. Для лиц, недавно утративших зрение, характерны также сниженная, самооценка, низкий уровень притязаний и выраженные депрессивные компоненты поведения.

В сравнительных экспериментальных исследованиях со зрячими отмечается большее неблагополучие слепых и слабовидящих (детей в эмоциональном отражении своих отношений с миром вещей, людей и обществом. Хастингс, сравнивая эмоциональное

отношение детей с нарушением зрения и зрячих 12 лет к различным жизненным ситуациям, нашел, что первые более ранимы, особенно по шкале самооценки. При этом слабовидящие дети показывают большую эмоциональность и тревожность по сравнению с тотально слепыми детьми. Заслуживает обсуждения и тот факт, что дети из школ-интернатов показали большую неуверенность при самооценке, чем дети из семьи. Это свидетельствует о том, что в развитии эмоций и чувств у детей с нарушением зрения большую роль играет социальное окружение и адекватные условия: слепой ребенок более зависим от общества и организации коррекционно-педагогических условий его жизни. Для слепых свойственны также страх перед неизвестным, неизведанным пространством, наполненным предметами с их опасными для ребенка свойствами. Однако этот страх появляется у детей лишь при неумелом руководстве родителей, допустивших множество неудачно окончившихся попыток в удовлетворении ребенком своей потребности в движении и освоении пространства. Это относится также к знакомству с живыми объектами. Исследование Н.С. Царик показало наличие страха и боязни их обследования слепыми школьниками, преодоление которого требует умелого руководства познавательными интересами и развитием познавательных потребностей слепых детей. Исследования понимания слепыми эмоциональных состояний человека по голосу, интонации, темпу, громкости и другим экспрессивным признакам речи (Т.В. Корнева) свидетельствуют о том, что слепые обнаруживают большую точность в распознавании эмоциональных состояний говорящего. Оценивая эмоциональные состояния, они выделяют и адекватно оценивают такие качества личности говорящего, как активность, доминантность, тревожность. А.А. Крогиус также отмечал исключительные способности слепых понимать эмоциональные состояния, улавливать самые «тонкие изменения голоса собеседника».

Нарушения эмоций у детей с нарушениями речи

Многим детям с нарушениями речи свойственна пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению.

В определении таких эмоционально-личностных свойств, как концентричность -- эксцентричность, отмечается отчетливое доминирование как у школьников с нормальной речью, так и у учащихся с нарушенной речью, особенно у второклассников, свойства эксцентричности, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. Однако у значительной части (40%) первоклассников как с нарушенной речью, так и с нормальным речевым развитием обнаруживается свойство концентричности, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости. Авторы предполагают, что более высокий процент проявления свойств концентричности у учащихся первых классов по сравнению с второклассниками связан с их еще недостаточной адаптацией к условиям обучения в школе.

У учеников первых классов речевых школ наблюдается более низкая работоспособность, которая у половины детей коррелирует с выраженностью стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. На втором году обучения в специальной школе у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессовым состояниям. Такое улучшение эмоционального состояния детей с речевой патологией связано не только с адаптацией к школьному режиму и нормализацией взаимоотношений в коллективе сверстников, но и с развитием способности к саморегуляции вследствие правильно организованной коррекционно-педагогической работы.

Нарушения эмоций у детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата

У детей с ДЦП наблюдается неравномерное развитие интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы по типу психического инфантилизма. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Патология аффективных расстройств

Аффективное расстройство - это расстройство в клинической картине которого преобладает аффект.

Аффективным расстройством является биполярно-аффективное расстройство, а также монополярно-аффективные расстройства, т.е. депрессия и мания. Среди аффективных расстройств также выделяют: большой депрессивный эпизод, большой маниакальный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, хроническое аффективное расстройство. К хроническим аффективным расстройствам относятся: дистимия, циклотимия и сезонное аффективное расстройство.

При большом депрессивном эпизоде наблюдаются следующие нарушения эмоций: сниженное, подавленное настроение. Слезливость, выражение печали и отчаяния. Ангедония, снижение интересов, утрата удовольствия, которое пациент получал от жизни. В этом состоянии может наблюдаться быстрая утомляемость и истощаемость, упадок сил, идеи самоубийства, самообвинения, чувство собственной беспомощности. При лёгкой степени проявления депрессивного эпизода у больных сохраняется трудоспособность, хотя на работу они тратят больше сил и энергии, чем обычно. Уровень трудоспособности снижается по мере утяжеления степени выраженности депрессии.

Рекуррентное депрессивное расстройство. Состоит из повторяющихся эпизодов.

Дистимия. Это субдепрессивный эпизод. Уровень настроения выше, чем при лёгкой степени депрессии. Постепенно все окружающие и сам больной привыкают к этому состоянию и начинают считать его не болезнью, а нормой. У таких больных снижена самооценка, они избегают общения. Может наблюдаться раздражительность или гневливость. Это состояние становится заметно, только когда накладывается двойная депрессия.

Сезонное аффективное расстройство. При данном расстройстве состояние ухудшается в осенне-зимний период и улучшается в весенне-летний период.

Большой маниакальный эпизод. Большой маниакальный эпизод характеризуется повышенным настроением, самооценкой, уверенностью в себе, в своих силах. Эти люди преувеличивают собственную значимость, что может доходить до идеи величия. Они нацелены на получение удовольствия. Наблюдаются серьёзные нарушения критики. В

более тяжёлых состояниях может присутствовать агрессивность. Эмоциональные нарушения также прогрессируют по мере усложнения степени тяжести. Так, при лёгкой степени увеличивается трудоспособность и продуктивность деятельности, но с утяжелением состояния эта продуктивность падает и деятельность становится более дезорганизованной.

Обычно маниакальный и депрессивный эпизоды чередуются. Это и есть биполярно-аффективное расстройство

Циклотимия. Относится к хроническим аффективным расстройствам. Эпизоды никогда не превышают гиподепрессивных и гипоманиакальных.

Нарушения эмоций при эпилепсии

Нарушения эмоций есть всегда при истинной эпилепсии и носят прогрессирующий характер. Для этих людей характерна полярность аффекта, склонность к застреванию на негативных эмоциях, эмоциональная ригидность. Разряд эмоций, в особенности отрицательных, обычно проходит по типу последней капли. Могут наблюдаться состояния экстаза. Люди страдающие эпилепсией, долго помнят незначительные обиды и пытаются за них отомстить. В рамках дисфории могут быть импульсивны и жестоки. Одним из основных признаков эмоциональных состояний этих больных является стремление к получению удовольствия. Эти пациенты любят вкусно поесть, петь. Могут любить выпить.

Нарушения эмоций при шизофрении

Блэйлер выделил пять базовых симптомов которые будут отличать шизофрению от других расстройств. Эти базовые симптомы часто называют пять а: аутизм, апатия, абulia, амбивалентность чувств, ассоциативные расстройства. Одна из форм шизофрении, гебефрения, также включает состояние дурашливости. Внешне люди, страдающие шизофренией, выглядят как эмоционально холодные и отчуждённые. На самом деле их чувства часто разнонаправлены по отношению к одному и тому же объекту существуют одновременно. Люди с шизофренией склонны к социальной изоляции. У таких больных снижена эмпатия. Эмоции уплощены и не адекватны ситуации. Присутствует негативизм.

Эмоциональная сфера людей, страдающих аддикциями

Базовым стремлением аддикта является уход в психологически комфортное состояние от реальности. Личность аддикта как бы содержит в себе две части: здоровую и аддиктивную. Между этими частями существует конфликт. У аддиктивных лиц в целом наблюдаются такие нарушения в эмоциональной сфере, как снижение эмпатии, уход от глубоких эмоций в межличностном общении, уход от переживаний вообще. У лиц с аддиктивными расстройствами присутствует страх самоанализа, страх найти в себе что-то. Страх отвержения. Базовые чувства, присутствующие у аддиктов- это стыд и вина. Им стыдно за то, что они являются зависимыми. Они стараются как можно меньше времени проводить с объектом фиксации, но не могут. Тогда они начинают чувствовать большую вину. Зависимые часто обманывают своих близких, разуверивая их в факте своей зависимости. У аддиктов не представлено будущее. Основной защитный механизм аддиктов является отрицание. Большинство лиц с зависимым поведением не считают, что страдают подобными проблемами. Они заявляют, что при желании могут воздерживаться от объекта зависимости. Мышление у аддиктов может расщепляться, отделяться от эмоций. В качестве реакции на тяжёлые переживание иногда может возникать состояние

эйфории. При идентификации алкогольно зависимых с потерянным объектом может возникать чувство скорби. Для людей с созависимым поведением характерно прилипание. Такие люди самостоятельно не принимают решений. Для аддиктов часто свойственна дихотомичность мышления. Они делят людей на очень хороших и очень плохих, причём очень хороший человек может легко стать очень плохим. Аддикт считает, что его желания должны сразу реализовываться. Если этого не происходит, то он может возненавидеть человека. В целом аддикты, особенно химические, часто фиксируются на предмете зависимости как способы облегчения своего эмоционального состояния. Люди, зависимые от марихуаны постепенно меняются личностно. Они становятся замкнутыми и погружёнными в себя. Теряется интерес практически ко всему, то, что раньше нравилось, теперь вызывает раздражение.

При процессных аддикциях наблюдается схожий механизм. Способом фиксации также становится процесс, который помогает им облегчить эмоциональное состояние. Эти больные становятся нетерпимыми к замечаниям, у них присутствует нежелание подавить эмоции. Может возникать общее беспокойство как и при химических зависимостях. Когда, например, эти эмоции возникают в игре, появляется желание почувствовать больший риск. В фантазиях они видят себя героями. Люди с сексуальными аддикциями стараются скрывать их, применяя различные формы защитного поведения. Они часто испытывают комплекс неполноценности. Чувство стыда, которое преобладало в детстве, находится в трансмутированном состоянии. Оно становится органическим компонентом и постоянно влияет на сферу переживаний. Внутренне эти люди убеждены, что не могут представлять интерес для других. Страх покидания вмонтирован в психику сексуально зависимых. Они не способны к близким отношениям, т. к. чем лучше партнёр относится к нему, тем больше аддикт будет его бояться. В случае пищевой аддикции человек может использовать еду как средство снятия напряжения. Если это происходит часто возникает переедание. Человек начинает стесняться своего тела, подозревать, что все знают и показывают пальцем. Ц.П. Короленко пишет, что девочки, страдающие аддиктивным голоданием, обычно воспитываются в состоятельных и авторитетных семьях. Они ни в чём не нуждаются, но страдают от недостатка любви и внимания. Они чувствуют, что родители преуменьшают их возможности, не относятся к ним серьёзно. На первой стадии голодания возникает чувство преодоления, победы над собой. Чувство лёгкости. Но на дальнейших стадиях наступает истощение. Иногда подросток начинает непомерно есть, потом наступает раскаяние самообвинения в слабости. Люди, страдающие интернет-аддикцией, обычно ведут себя скупой в реальном общении. Они используют интернет в качестве самолечения, но это приводит к большим нарушениям. Возникает нежелание общаться с окружающими. Это компенсируется неудержимым влечением к общению в интернете. В жизни такие люди обычно не позволяют себе испытывать эмоции, в интернете человек может быть доволен собой, испытывать эмоции. Невозможность выйти в интернет приводит к отрицательным эмоциям, чувству пустоты, скуки. Человек может испытывать разочарование в реальном мире. Выделяется эксплицитный и имплицитный типы выражения эмоций. При эксплицитном типе эмоции выражаются во вне, при имплицитном типе — остаются внутри. Лица с такими типами аддикций, как работохолизм, переживают эмоции в себе. Они часто прибегают к феномену избегания как способу защиты. Какая-то обида становится генерализованной и переносится на отношения с другими людьми. Люди с работохолизмом не любят свободное время, они стараются контактировать с сотрудниками, задавать вопросы, связываться с офисом. Однако они безответственны в личных делах. Не способны к эмпатии не чувствуют эмоциональное состояние близких людей. Они склонны к подозрительности, испытывают чувство зависти к чьему-то успеху. Постепенно нарастает непонимание в отношениях с другими людьми. Люди, испытывающие ургентную аддикцию, остро ощущают нехватку времени и испытывают потребность в дополнительных часах. Но, как только время появляется, они

начинают испытывать тревогу. Вспыхивают неприятные мысли, обиды, могут возникнуть мысли с содержанием ревности.

Эмоциональные нарушения личностных расстройств

Личностные расстройства относятся к уровню диффузной идентичности. Для этих людей характерно чувство внутренней фрагментарности, недостаточная представленность образа я. У этих людей часто меняется настроение, причём изменение настроения может быть вызвано малейшим стимулом. В отношениях с людьми наблюдаются переходы от большого плюса к большому минусу, крайне непостоянны. Люди с пограничным личностным расстройством импульсивны и агрессивны. Они не откладывают желания до более благоприятного момента. Поэтому они необдуманно могут совершать опасные для своей жизни и жизни окружающих действия. Часто выходят на неоправданный риск, могут совершать самоповреждающее поведение. Для них характерно периодическое возникновение состояния ужаса, которое нельзя вербализовать. Физическая боль помогает ослабить это чувство. Люди с пограничным личностным расстройством сенситивны, они чувствуют людей. Они хорошо чувствуют и постоянно отслеживают эмоциональное состояние партнёра. Если вдруг партнёр на какое-то время теряет внимание, человек с пограничным личностным расстройством будет расценивать это как предательство и обвинять партнёра. В любовных отношениях часто возникает смена настроения. Гнев является основной, главной эмоцией. После вспышки гнева наступает состояние отчаянья, т.к. разрушается его мечта об эмоциональном тандеме с партнёром. Для них характерно хроническое чувство пустоты и хаоса. Это чувство они пытаются заполнить различной хаотической деятельностью.

Нарциссическое личностное расстройство. Эти люди живут в мире грандиозности. Основное желание - обезопасить себя насколько это возможно. Им важно, чтобы их не осуждали и не критиковали, чтобы давали им положительную оценку. Они боятся ситуаций, которые могут подорвать их имидж грандиозности, например ситуаций критики. Обычно это выражается в эмоциональной экспрессии, сарказмах. В обдуманных реакциях они вычислят людей, которых потом стараются избегать. Они не могут вчувствоваться в эмоции и переживания других людей, даже самых близких. Однако они могут тонко воспринимать эмоциональные состояния людей, которые относятся к ним.

Эмоциональные переживания нарциссической личности носят преимущественно эгоцентрический характер. Проекция на прошлое у них не представлена. Они не любят вспоминать, не испытывают чувство ностальгии, даже не любят встречаться с людьми из прошлого. Затруднено и переживание настоящего момента. Это всё вытесняет проекция на будущее. Они как бы всё время живут в мечтах о достижении успеха и славы. В настоящем они не способны почувствовать радость даже от успеха. Они постоянно находятся в ситуации хронического напряжения, считают, что другие люди им завидуют. В случае серьёзной психической травмы, разрушающей их образ грандиозности, возникает нарциссическая депрессия. В такой депрессии отсутствует чувство вины. В неуспехе они всегда обвиняют других людей, считают их завистливыми, коррупционными, некомпетентными. При нарциссической депрессии наблюдается значительное сужение настроения. Настроение часто мрачное, безысходное. В эти периоды они не хотят общаться даже с самыми близкими людьми. Выход из такой депрессии очень быстрый и внезапный. Сама нарциссическая депрессия длится около недели, а выход из неё может продолжаться один час. У такой личности снова оживает имидж грандиозности, воля к жизни, энергия, он снова готов доказывать своё превосходство.

ГИСТРИОНИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Для этого вида расстройства характерна склонность к преувеличенным эмоциональным реакциям, к драматизации происходящего, стремление испытывать сильные чувства, выраженный эгоцентризм и экстравертированность. Лица с гистрионическими расстройствами социабельны, нуждаются в постоянном внимании к себе, в необходимости производить на других хорошее впечатление, стремясь быть в центре внимания с целью получить похвалу, используя для этого разные средства, зависящие от возможностей. Такие лица практически постоянно играют определенную роль, настолько вживаясь в нее, что порой трудно разобраться, где же их настоящее "Я". Например, их способность производить впечатление сексуально соблазнительных людей с использованием соответствующего стиля поведения и внешнего вида производит ошибочное впечатление, так как в действительности, в интимной сфере этим людям свойственна достаточная холодность. Носители гистрионического расстройства чрезвычайно озабочены тем, чтобы выглядеть соответствующим случаю образом. Свои эмоциональные реакции они выражают в преувеличенном виде, стараясь показать, например, не сам факт наличия радости, а себя в этой радости, демонстрируя себя радостным, хотя в действительности, эмоции такой силы они не испытывают. С этой целью они используют восклицания, и необходимые для этого внешние признаки, такие, как драматизация, театральность в поведении, пытаясь показать наличие у них "переживаний". Несмотря на старания, люди, хорошо их знающие и достаточно наблюдательные, видят неискренность и неестественность их поведения, которое особенно раздражает близких и родственников, делающих им замечания типа "Как же ты можешь так себя вести?", что, однако, не приводит к изменению общего стиля поведения гистрионической личности.

Для лиц с такого вида расстройствами характерно постоянное стремление быть в центре внимания, что объединяет их с лицами, имеющими нарциссические особенности. Отличие заключается в том, что если человек с нарциссическими нарушениями может "перенести" пребывание на "периферии", то гистрионические лица всегда стремятся быть в центре внимания, привлекая к себе окружающих замечаниями, восклицаниями, громкими фразами и смехом.

Они легко и быстро переходят от одного вида настроения к другому. Так, выражая крайнее сочувствие человеку, отвернувшись от него и подойдя к другому, тут же проявляют реакцию радости и восторга.

Им свойственна эгоцентричность, стремление к немедленному удовлетворению своих желаний и неадекватное переживание фрустрации. Наличие ситуаций, связанных с необходимостью отсрочить удовлетворение желания, вызывает у них переживания, эмоциональные реакции разочарования, неудовольствия, а иногда и гнева. Их поведение носит импрессионистический характер.

Речь таких людей изобилует фиксацией на деталях и общими оценками типа "Это было замечательно!", или "Я посмотрел великолепный спектакль!", "Я познакомилась с необычайным человеком!".

Во взаимоотношениях с людьми ими часто используется эмоциональный шантаж. Например, разыгрывание гневных сцен, демонстрация слез, угроза покончить с собой, встречающаяся у таких лиц наиболее часто. Сверхэмоциональность, преувеличенность реакций быстро истощает окружающих, старающихся установить барьер между собой и этими людьми. Наличие такого барьера приводит к поиску гистрионическими лицами

новых знакомых, новых зрителей. Демонстрируемые ими состояния они переживают лишь в незначительной степени, о чем свидетельствует их быстрый выход из этих состояний с возникающим удивлением, проявляющимся в вопросе: "Почему же другие помнят то, чего не помню я?" Такие лица нередко обманывают и самих себя, продолжая считать себя правыми, несмотря на то, что все факты свидетельствуют об обратном. Обманывая других, они защищают свою ложную позицию вопреки здравому смыслу. Это поведение во многом напоминает поведение детей, поэтому окружающие иногда говорят о наличии у них незрелых эмоциональных реакций, что в целом не совсем точно отражает существо процесса. Несмотря на реально существующее недостаточное эмоциональное участие в любовных отношениях, они склонны к демонстрации любви в присутствии большого количества свидетелей, хотя проблема сексуальной холодности для них чрезвычайно актуальна. Schneider выделял в этой категории людей лиц, постоянно ищущих внимания, с выраженным стремлением создать впечатление своей необычности, сопровождающимся изощренными попытками показать себя именно с этой стороны. В описаниях гистрионических расстройств имеется ряд признаков, объединяющих их с нарциссическими и антисоциальными расстройствами. Отличием от последних являются отсутствие у гистрионических лиц склонности к правонарушениям и лабильный, гибкий, мягкий характер поведения.

Антисоциальное личностное расстройство

В детстве эти люди агрессивны к животным, жестоки к более слабым детям. Когда они взрослеют, им также часто нельзя доверять, они склонны к обману и фальсификации, особенно в вопросах денег. У таких людей мало выражено чувство страха. Они совсем не боятся последствий своих поступков и нацелены лишь на получение удовольствия в настоящем, в данный момент. Удовольствие важно получить сразу, любой ценой. Они умеют войти в доверие других и подговорить их на что-то. Иногда, при особой форме антисоциального личностного расстройства, желание производить впечатление доминирует и подчиняет себе все остальные желания. Это поведение носит нарциссический характер.

Параноидное личностное расстройство. Для лиц с параноидным личностным расстройством характерна прежде всего тревога. Эмоциональные реакции могут колебаться от депрессивных и тревожных до состояния, когда становится смешно. Люди с параноидным личностным расстройством подозревают других людей в плохом отношении к себе, в том, что они пытаются причинить им вред, эксплуатировать, использовать их, манипулировать ими. Они очень наблюдательны. Они запоминают обиду, не коррегируют и не прощают её. Люди с этим расстройством часто видят угрозу там, где её нет.

Представлен нарциссический компонент и завышенная самооценка. Они считают, что могут быть предметом зависти, что люди им завидуют. В шутках могут видеть выпады на себя. Часто ревнуют.

Шизоидное личностное расстройство

Для людей с шизоидным личностным расстройством характерна мало общительность. У них отсутствует заинтересованность в контакте. Они равнодушны к критическим замечаниям, мало реагируют и на социальные награды. Эти люди эмоционально холодные. Им свойственны периоды, когда они чем-то загораются, но эти периоды редки и кратковременны.

Шизотипическое личностное расстройство

Люди с шизотипическим личностным расстройством часто испытывают социальную тревогу и стараются избегать этих ситуаций. Их поведение часто описывают как эксцентричное и странное.

Личностное расстройство избегания

Люди с личностным расстройством избегания избегают ситуаций, которые предполагают межличностное общение. Они хотят общение внутренне, но боятся отвержения, критики, плохой оценки, разоблачения. Внутри общения они ограничивают себя в проявлении чувств, искренности, боятся показаться смешными. Они всегда оценивают себя ниже других, считают, что у них недостаточно резерва для внутреннего общения. По мере углубления их общения нарастает чувство опасности.

Обсессивно-компульсивное личностное расстройство

При обсессивно-компульсивном личностном расстройстве основной характеристикой является перфекционизм. Они переделывают хорошо выполненную работу с ненужной затратой времени. Чувственная сфера у них подавлена, сопереживания недостаточно представлены. Они недоверчивы, считают, что только они могут выполнять какую-то работу хорошо. У них часто накапливается неразряженное эмоциональное напряжение, которое выплёскивается в виде гнева или импульсивных реакций. Близкие люди обвиняют их в чёрствости, отсутствии сочувствия.

Зависимое личностное расстройство

У них возникает тревога, когда они пытаются с кем-то не согласиться. Они не доверяют своим оценкам, суждениям, особенностям. Они боятся одиночества. Им присущ страх покидания.

Нарушения эмоций при неврастении

В отечественной литературе делят неврастению на гиперстеническую, переходную (раздражительной слабости) и гипостеническую формы или стадии заболевания [Павлов И.П., 1954, 1955; Гаккель Л.Б., 1960; Свядощ А.М., 1982, и др.]. Для гиперстенической формы неврастения характерны увеличенная раздражительность, слезливость, увеличенная чувствительность к малым раздражителям, нетерпеливость, несдержанность, нарушение внимания и др. Обратная форма неврастения -- гипостеническая (или астеническая)--отличается, более ярким компонентом собственно астении, как психической, так и физической. Понижаются работоспособность и интерес к окружающему, появляются чувство несвежести, вялости, усталости, иногда сонливости.

Форма раздражительной слабости занимает промежуточное положение. При ней отмечаются повышенная возбудимость, слабость, истощаемость, а также легкие переходы от гиперстении к гипостении, от большой активности к апатии. Эмоционально-аффективные нарушения при неврастении могут приобретать депрессивную окраску и по мере развития заболевания иногда достигают степени синдрома невротической депрессии. К частым проявлениям неврастения относятся ипохондрические расстройства, которые при этой форме невроза выступают в виде астеноипохондрического и депрессивно-ипохондрического синдромов.

Нарушения эмоций при истерическом неврозе

Истерический невроз (истерия) проявляется демонстративными эмоциональными реакциями (слезы, смех, крик). Истерический невроз характеризуется повышенной внушаемостью и самовнушаемостью больного. Этим объясняется многообразие и изменчивость истерических расстройств. При истерическом неврозе больные, с одной стороны, подчеркивают исключительность и непонятность своих страданий, описывая их как «ужасные, непереносимые боли», «сотрясающий озноб», необыкновенный, неповторимый, неизвестный ранее характер симптомов, с другой, -- проявляют безразличие к парализованной конечности, не тяготеют слепотой или нарушением речи. Эмоциональные расстройства характеризуются лабильностью эмоций, быстрой сменой настроения, склонностью к бурным аффективным реакциям (например, плачем, переходящим в рыдания). При длительном течении истерического невроза у больных в оценке происходящих событий появляются черты эмоциональной логики, поведение становится демонстративным, театральным, возникают стремление привлекать к себе внимание, эгоцентризм. У них нарастает также чувствительность в отношении внешних воздействий, впечатлительность со склонностью к непосредственному реагированию на происходящие события.

Нарушения эмоций при невротической депрессии

Невротическая депрессия чаще развивается у лиц с такими чертами характера, как прямолинейность, ригидность, бескомпромиссность. Им свойственна эмоциональная насыщенность переживаний со стремлением удержать внешние проявления чувств. Невротическая депрессия протекает как легкая форма депрессии; преобладает грустное настроение, адинамия, нередко с явлениями навязчивости и ипохондрически-сенестопатическими явлениями. При ней, как и при других Н., на первом этапе отмечается значительная выраженность вегетативно-соматических нарушений (так называемый этап соматических жалоб). Легкая форма депрессии проявляется обычно жалобами на грусть, утрату радости от житейских удач, снижение активности. Постоянны нарушения сна (затрудненное засыпание или внезапные пробуждения среди ночи с чувством тревоги и сердцебиением; в утренние часы больные испытывают разбитость и вялость, просыпаются с трудом). У больных не наблюдается тоскливого отношения к будущему; они, как правило, не говорят, что будущее мрачно, бесперспективно, даже при объективно неразрешимой психотравмирующей ситуации (например, при неизлечимой болезни ребенка) у них сохраняется надежда на светлое будущее, на благоприятное разрешение ситуации. Депрессивная симптоматика более отчетлива в травмирующей ситуации. Поскольку она чаще касается семейно-сексуальных взаимоотношений, то больные чаще «спасаются бегством в работу», где чувствуют себя значительно лучше. Для таких больных наиболее тяжелы свободные дни, праздники и отпуска.

Течение невротической депрессии волнообразное. При ее нарастании появляется слезливость. Больные начинают плакать по любому поводу и часто без повода. Именно слезливость нередко заставляет их обратиться за помощью к врачу.

Нарушения эмоций при тревожных расстройствах

При тревожных расстройствах ключевым симптомом является тревога. Как правило, страдающие этим расстройством отличаются хорошим инсайтом в свои страхи и отдают себе отчет в их иррациональном характере, но не в силах помочь своим чувствам, которые часто господствуют над их логическим мышлением.

Паническое расстройство заключается в повторяющихся и внезапных панических атаках. Панические атаки могут возникать при ряде расстройств и характеризуются симптомами крайней тревоги: дрожью, удушьем и др. Паническое расстройство можно быть диагностировано с или без агорафобии.

Агорафобия (буквально -- страх рыночной площади) представляет собой сложную фобию, то есть набор страхов, в который входит страх оказаться (особенно в одиночестве) в ситуации, которая не является безопасной и бегство из которой затруднено. Расстройство усугубляется в прогрессирующей степени тем, что такие индивиды избегают как таких «неотвратимых» ситуаций, так и выхода из них. Большинство агорафобов страдает и другими фобиями -- как правило, это женщины, что связано, быть может, с традиционно «женской» ролью домохозяйки. Специфическими фобиями называется страх перед отдельными предметами или ситуациями -- например, боязнь пожара (пиро-фобия) или страх высоты (акрофобия). Фобиями страдают преимущественно женщины; фобии подразумевают предвосхищающий страх и избегание фобических ситуаций (см. исследование конкретного случая арахнофобии).

Социальная фобия подразумевает устойчивый страх оказаться на людях или боязнь социальных событий, в ходе которых индивид мог бы вызвать общественное замешательство. Социальная фобия, чаще встречающаяся у женщин, может ограничиваться социальными событиями или генерализоваться на большинство ситуаций; ее следует отличать от избегающего личностного расстройства.

При обсессивно-компульсивном личностном расстройстве обсессии обычно вызывают чувство тревоги. Компульсии изначально предназначены для её снятия, но с развитием расстройства начинают носить навязчивый и часто повторяющийся характер, что вызывает ещё более сильную тревогу.

Нарушения эмоций при стрессовых расстройствах

При всех видах стрессовых расстройств наблюдаются следующие эмоциональные нарушения: ангедония, неспособность к восприятию позитивного, отчуждённость и отсутствие эмоциональной или общей заинтересованности в окружающих, повышенное возбуждение, сверхбдительность, гиперреакции в ответ на подобные стрессировавшим стимулам. Это может сочетаться с виной: индивиды считают, что они каким-то образом несут ответственность за исход травматического события, в котором они выжили, а другие погибли. Эти симптомы могут дополнительно осложняться злоупотреблением психоактивными веществами и суицидальными тенденциями.

Терапия и коррекция эмоциональных нарушений

Для терапии и коррекции эмоциональных нарушений применяются различные методы: от медикаментозных до арт-терапевтических. Среди медикаментозных методов широкое распространение нашли различные антидепрессанты и транквилизаторы, а также нейролептики. Среди арттерапевтических методов лечения эмоциональных расстройств выделяют музыкотерапию, арт-терапию, танцевдвигательную и ритмодвигательную терапию. Как отдельный вид выделяют также вокалотерапии. Основная цель этих методов воздействия- вызывание реакций катарсиса, научение выражения эмоций и чувств посредством музыки, песни, танца или рисунка. Часто, например, среди психосоматических больных наблюдается эффективность арт-терапии. Они часто не осознают своих проблем, однако изображение их на рисунках существенно помогает таким больным раскрыть определённые переживания. В клиниках неврозов активно применяются такие методы, как музыкотерапия и вокалотерапия. Различные виды арт-терапии также эффективны среди детей. Танцевдвигательная терапия помогает выразить свои эмоции через движение, тело, направлена на лучшее осознание своего тела, поэтому особенно эффективна при психосоматических расстройствах. Известно также применение арт-терапии и у больных психотического уровня. В терапии эмоциональных расстройств наряду с этими методиками и техниками используются и традиционные подходы терапии, такие, как психоанализ, гештальт подход и поведенческая психотерапия.

Заключение

Таким образом, спектр эмоциональных нарушений при различных заболеваниях чрезвычайно велик. Однако нарушения эмоций при каждом заболевании не могут рассматриваться в отрыве от других его симптомов.

Список литературы

1. Б.Д. Карвасарский. Клиническая психология
2. В.Д. Менделевич. Клиническая психология
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография. - Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. - 448 с.
4. Малкина-пых. Психосоматика.
5. Психология эмоций. Тексты. М.: МГУ, 1984. С.
6. Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. Психосоциальная аддиктология.
7. bigmeden.ru
8. megamedportal.ru

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
_____ (ФИО ординатора)

Тема реферата _____

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+/-
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+/-
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+/-
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	-
9.	Наличие общего вывода по теме	-
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	удовлетворительно

Дата: «10» декабря 2019 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора