

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

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Патология эмоций

Зав. кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнила ординатор 1 года:

Греб Екатерина Александровна

Красноярск

2024г.

Содержание

1. Актуальность	3
2. Определение эмоций	4
3. Нарушения эмоциональной сферы	6
4. Аффекты	6
5. Тревога	11
6. Депрессия	12
7. Мания	14
8. Дисфория	16
9. Обеднение эмоций	16
10. Заключение	19
11. Список литературы	20

Актуальность

Эмоции (от *emovere* — возбуждаю, волную, побуждаю) — особый тип реакции животных и человека на внешние и внутренние стимулы. Это реакции, в которых выражается отношение индивидуума к различным явлениям жизни. Эмоции — источник информации о том, насколько важны для нас те или иные события, адекватны или нет обстоятельства жизни нашим потребностям. Попытки игнорировать, подавлять эмоции, а тем более искусственно манипулировать ими, например, средствами химии, оборачиваются невосполнимыми потерями для личности.

Принято разграничивать эмоции по знаку, модальности, по степени и характеру активации физиологических процессов, по интенсивности и продолжительности, по уровню развития.

По знаку различают положительные и отрицательные эмоции. Первые желанны для субъекта, он к ним стремится, а вторые — неприятны, он их избегает. Это деление сразу указывает на мотивационную роль эмоций.

Положительные эмоции возникают в ситуациях, сулящих успех, достижение цели, удовлетворение потребности. Ясно, что не всегда сама ситуация порождает такую эмоцию. Положительной эмоциональной реакцией будет и в том случае, если мы знаем, как действовать, каким путем в данной ситуации достичь желаемого. Положительные эмоции, таким образом, являются сигналом собственной поведенческой компетентности. Если же успех достигается за счет удачной находки, нового подхода, то положительная эмоция способствует их закреплению и поощрению. Даже если успех этот мнимый, а способ действий деструктивный.

Отрицательные эмоции возникают в ситуации фрустрации, то есть при появлении препятствий на пути к цели. В повседневной жизни эти препятствия часто бывают мнимыми и преувеличенными. Еще Эпиктет заметил, что людей чаще страшат не дела, а мнения об этих делах. Отрицательные эмоции связаны также с некомпетентностью, потерями, боязнью ответственности, а также эгоцентризмом, порождающим несбыточные ожидания, будто мир создан специально для наших желаний и прихотей.

Отрицательные эмоции позволяют увидеть проблемы и направления личностного роста. Эти эмоции блокируют неэффективные стратегии поведения. Они стимулируют наше развитие, только если принимать их, а не стремиться их подавлять. Негативные эмоции, кроме того, активируют механизмы психологической защиты, благодаря которым мы не замечаем многого, что могло бы вконец отравить нашу жизнь.

Определение эмоций

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

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

Эмоции возникли в процессе эволюции как средство определения биологической значимости внешних воздействий и состояний организма. В первую очередь эта значимость отражается в эмоциональном тоне ощущений. Например, вкус сытной пищи сопровождается приятными переживаниями, болевые ощущения — неприятными. Уже на этом уровне эмоции разделяются на два полярных класса: положительные (вызываемые полезными воздействиями, побуждают субъект к их достижению и сохранению) и отрицательные (стимулируют избегание вредных воздействий). В дальнейшем вместе с эволюционным развитием нервной системы эмоции все более и более дифференцировались в различные типы, имеющие свои психофизиологические особенности. У человека помимо эмоций, непосредственно связанных с физиологическими потребностями его организма (голод, жажда, самосохранение и пр.), так называемых низших эмоций, развиваются и занимают исключительное место в его жизни эмоции, связанные с удовлетворением социальных потребностей (эстетических, моральных, интеллектуальных и др.), так называемые высшие эмоции. Эти сложные эмоции формируются с участием сознания (коры) в результате социокультурных влияний, они в значительной степени могут контролировать и тормозить низшие эмоции (в простейшем примере: голод может направлять наше поведение на поиск пищи, но если рядом есть кто-то более слабый или нуждающийся, то нравственные чувства подскажут, что сначала нужно поделиться пищей с ним).

В ходе своего индивидуального развития (онтогенеза) человек повторяет этапы эволюционного развития эмоций. У новорожденного ребенка отчетливо проявляются эмоции удовольствия или неудовольствия, связанные с удовлетворением его физиологических потребностей. Например, голод, боль, охлаждение вызывают у младенца недовольство с

характерными внешними признаками: гримасой страдания и плачем. По мере роста ребенка, вместе с развитием его мозга, постепенно формируется и эмоциональная сфера со своими индивидуальными особенностями, отражающими сочетание приобретенных в социуме стереотипов и врожденных, биологически обусловленных, характеристик. Таким образом, эмоции (и воля) во многом определяют характерологические особенности индивида, его личность.

Существуют различные модальности эмоций: тоска, тревога, страх, обида, вина, разочарование, скука, радость, удовольствие, гнев и другие. Тоска — переживание потери, траурное чувство. Обычно сопровождается ощущением тяжести и душевной боли. Тревога — беспредметное чувство близкого несчастья, предощущение беды. Сочетается с ощущением напряжения, беспокойством. Страх — переживание опасности для жизни, здоровья, благополучия. Страх обычно связан с конкретными ситуациями, объектами, людьми. Обида — чувство недовольства со стремлением обвинить другого, переложить на него ответственность за неудачу. Вина — переживание личной ответственности с упреками и осуждением самого себя. Это чувство противоположно обиде. Разочарование — чувство, сопровождающее утрату ценностных представлений, потерю веры в то, что ранее составляло смысл существования. Скука — переживание пустоты жизни, отсутствия стремлений и интересов. Радость — предчувствие или переживание успеха. Удовольствие — чувство приятного от сделанного или удовлетворения физиологической потребности. Гнев — бурное проявление недовольства, не обязательно сочетающееся с враждебным отношением и агрессией. Этот перечень модальностей отнюдь не исчерпывает чувства человека и может быть продолжен.

Эмоции имеют непосредственное отношение к активации организма. Некоторые из них повышают уровень активации, например, гнев. Это стенические эмоции. Другие, напротив, снижают уровень активации, демобилизуют. Например, тоска. Такие эмоции называют астеническими.

Различают также эмоции покоя и эмоции ожидания.

Первые сопровождаются ощущением расслабления и возникают, если цель достигнута или стало ясно, что она недостижима. Это, к примеру, умиротворенность, разочарование. Эмоции ожидания сочетаются с чувством напряжения, которое возрастает по мере приближения к цели или возникает в амбивалентной ситуации, при столкновении полярных желаний, перед развязкой или окончательным решением.

В целом можно принять, что характер эмоциональной реакции зависит от количества и качества информации, от того, какой она ожидалась и в какой момент была получена. Важно, разумеется и то, как индивидуум интерпретирует информацию. Так, У. Джеймс упоминает об американце, который в войну потерял все свое имущество. От радости он будто бы катался по земле и говорил, что никогда еще не был так счастлив, как теперь.

Любая эмоция состоит из трех компонентов. Это, во-первых, непосредственное переживание — сумма органических ощущений (легкость, стеснение, напряжение, удушье и т. п.), которую, собственно, мы и называем эмоцией, настроением. Во-вторых, любая эмоция включает то

или иное побуждение к деятельности. В условиях дефицита информации совершаемые при этом действия в конечном счете могут оказаться полезными. Известна притча о двух лягушках, попавших в крынку со сметаной. Одна вскоре прекратила сопротивление и погибла. Другая барахталась, пока не сбила комок масла и тем самым спаслась. Эмоция, таким образом, как бы восполняет дефицит информации — это когнитивный компонент эмоции.

Выделяют несколько форм проявления эмоций: аффекты, страсти, настроения и ситуативные реакции.

Нарушения эмоциональной сферы

Разнообразные варианты патологии эмоциональных явлений удобно разделить на три группы:

1. Патология эмоциональных реакций. Здесь традиционно рассматривают только аффекты, прочие варианты неадекватного эмоционального реагирования обусловлены либо патологией эмоциональных свойств, либо патологическими эмоциональными состояниями, поэтому рассматриваются в соответствующих разделах.
2. Патологические эмоциональные состояния: тревога, депрессия, мания, дисфория и др.
3. Патология эмоциональных свойств: эмоциональная лабильность, эксплозивность, эмоциональная черствость, эмоциональная тупость, апатия и пр.

Патологию чувств обычно отдельно в самостоятельный раздел не выделяют, так как патологию чувств говорят лишь в тех случаях, когда они приобретают чрезмерную силу, становятся болезненной страстью (сильным, устойчивым, всеохватывающим чувством, доминирующим над другими побуждениями и переживаниями, определяющим направленность мыслей и поступков человека). Как было показано выше, подобные эмоции определяют переживания и поведение человека, охваченного бредовыми или сверхценными идеями, которые рассматриваются в разделе «Патология мышления».

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

Аффекты

Аффекты, или аффективно-шоковые реакции — предельно выраженные эмоциональные реакции, возникающие у человека при столкновении с экстремальными (в том числе угрожающими жизни) ситуациями и отличающиеся большой силой, способностью тормозить другие психические

процессы (в том числе рациональное мышление), навязывая определенный, закрепленный эволюцией способ «аварийного» преодоления ситуации. Такие реакции, как правило, кратковременны и завершаются по мере минования опасности. Выделяют как минимум три варианта такого инстинктивного поведения, которые можно выразить формулой «бей, беги или замри».

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 (реакция «бей»). В судебной практике особо рассматриваются состояния «внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта)», вызванные внешней угрозой и приводящие к чрезмерному использованию силы и в отношении лиц, представлявших такую угрозу. В этих случаях состояния, которые сопровождаются суженным, но не помраченным сознанием, называют

физиологическим аффектом. Считается, что такое состояние снижает способность к самоконтролю и оценке последствий своих действий, тем не менее эти способности полностью не утрачены, поэтому человек, совершивший в таком состоянии правонарушение, не освобождается от уголовного наказания. Физиологический аффект необходимо дифференцировать с аффектом патологическим (см. таблицу ниже).

- Психомоторное возбуждение, «двигательная буря» (реакция «беги»). Характеризуется двигательным возбуждением с нецеленаправленными, плохо осмысляемыми действиями, которые потенциально могли бы помочь человеку вырваться из создавшегося положения, но зачастую, напротив, в силу своей неосмысленности несут для него дополнительную опасность. Например, во время пожара некоторые люди, поддавшись своему эмоциональному состоянию, вместо того, чтобы воспользоваться предусмотренными путями эвакуации, мечутся во всех направлениях, иногда выбрасываясь из окон в то время, когда еще доступны безопасные пути выхода из пожара. Во время военных действий описаны ситуации, когда неопытные новобранцы во время первой атаки врага выскакивали из окопов и принимались беспорядочно стрелять во всех людей, которые пытались к ним приблизиться, в том числе в своих сослуживцев. Особую опасность лица в состоянии «двигательной бури» представляют в местах массовых скоплений людей, когда их поведение может быстро «заражать» окружающих, вызывая массовую панику и давку.
- Двигательный ступор (обездвиженность), «мнимая смерть» (реакция «замри»). Случаи, когда эмоции «парализуют» действия человека, необходимые для того, чтобы избежать или минимизировать последствия грозящей ему опасности. Будучи не в состоянии справиться с охватившими его эмоциями, человек остается лишь пассивным наблюдателем происходящих вокруг него угрожающих событий. Например, мать, услышав зов о помощи своего тонущего сына, останавливается «как вкопанная», «руки и ноги не слушаются», в ужасе смотрит на то, как сын тонет у нее на глазах, хотя находится всего в нескольких десятках метров от него.

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

- Состояние «двигательной бури», когда студенты начинают произносить сразу все знакомые им термины из данной дисциплины, видимо, в надежде случайным образом приблизиться к правильному ответу. Однако во многих дисциплинах (особенно в психиатрии, где студентам медицинских вузов приходится усваивать много новых для них терминов) такое неосмысленное использование специальных терминов заставляет экзаменатора решить, что студент не только не знает ответа на его вопрос, но и значения всех тех слов, которые он употребляет.

- Состояние «мнимой смерти», когда студенты оказываются не в состоянии вымолвить ни слова, не в состоянии решиться дать ответ даже на достаточно простые и очевидные вопросы. Длительные паузы между ответами обычно очень раздражают экзаменаторов, ведь другие студенты в это время ждут возможности ответить.

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

Помочь врачам справляться со своими эмоциями ради спасения их пациентов могут:

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

Дифференциальная диагностика патологического и физиологического аффектов

Физиологический аффект

Сознание не помрачено, но сужено.

Кратковременность (секунды-минуты)

Соответствие силе переживания (адекватность раздражителю)

Возникает сразу в ответ на действие раздражителя (реакция «короткого замыкания»)

Действия носят целенаправленный характер

Как правило, после помнят все

После — эмоциональное облегчение

Не освобождает от уголовной ответственности, но может являться смягчающим вину обстоятельством («состояние сильного душевного волнения»)

Патологический аффект

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

Минуты-часы

Несоответствие реакции силе раздражителя

Нет реакции «короткого замыкания»

В действиях отражаются психотические переживания

Амнезия всего периода

После — терминальный сон

Признаются невменяемыми

Тревога

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

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

С физиологической точки зрения оптимальный уровень тревоги необходим человеку как средство повышения адаптации к меняющимся условиям среды, мобилизации резервов, подготовки к выполнению необходимых в грядущих условиях действий, особенно нужных для устранения грозящей опасности (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:

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

Депрессия

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

Триада депрессивного синдрома:

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

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

радости, утрата способности получать удовольствие — является одним из стержневых симптомов депрессии.

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

- подавленное, безрадостное настроение наблюдается длительно, стойко, на протяжении большей части дня в течение многих дней (например, критерий депрессии в МКБ-10 — длительность снижения настроения более 2 недель);
- общий подавленный фон настроения окрашивает негативными эмоциями все события, которые происходят с человеком. Иногда говорят, что депрессия как световой фильтр на сознании — все изменяет в свой темный цвет; во всем в жизни — и своем положении, и в окружении, и в том, что сейчас происходит — человек в состоянии депрессии видит только негативные стороны;
- никакие приятные внешние события, общение или деятельность, которая прежде доставляла радость, при депрессии не в состоянии значимо повлиять на подавленное настроение, отвлечь, надолго изменить его; из-за этого пациенты теряют привычные интересы.

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

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

В обыденном сознании депрессия часто ассоциируется со слезами, рыданием, плачем. Однако на самом деле плачут такие больные редко, так как при достаточно выраженной депрессии идеомоторное торможение блокирует данное выражение эмоций. Часто появление способности плакать в ходе лечения депрессии больные расценивают, наоборот, как облегчение своего состояния.

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.

Мания

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

В триаду маниакального синдрома входят:

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

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

В современной психиатрии термин «мания» используется для обозначения либо эмоционального состояния с повышенным настроением (маниакального синдрома), либо для описания импульсивных влечений (наркомания, пиромания, kleптомания и пр.). Прежде этим термином иногда обозначали бред (до сих пор в быту говорят «мания преследования» и пр.) и другие виды психических расстройств, однако в настоящее время такое употребление этого термина неверно.

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

Гипертимия проявляется радостным, оптимистичным настроением, ощущением счастья, 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 водя 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 (гипермнезия).

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.

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

Выделяют ряд клинических вариантов маниакального синдрома:

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

Про болезненно повышенное настроение также говорят при эйфории и мории:

Эйфория — повышенное настроение без двигательного возбуждения, сопровождается чувством удовольствия, комфорта, расслабленности, благодушия. Встречается при интоксикациях (алкогольного и иного характера), органических поражениях головного мозга.

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

Дисфория

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

Апатия может наблюдаться при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга (вариант психоорганического синдрома), в старости. Апатия в сочетании с абулией,

не обусловленная грубого органическим поражением головного мозга и симптомами интеллектуального снижения, составляет так называемый **апато-абулический синдром** — проявление выраженного дефекта эмоционально-волевой сферы, который может развиваться при шизофрении.

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

Эмоциональное выгорание у врачей является серьезной проблемой медицины во всех странах мира. Признаками такого выгорания могут быть:

- Изменение целей: выбирая врачебную специальность, изначально хотел помогать «страждущим», а теперь формально выполняет работу, не заботясь о результатах.
- Равнодушие к страданиям пациентов.
- Утрата осознания смысла своей работы.
- Отсутствие удовлетворения от работы.
- Снижение работоспособности, постоянная усталость.
- Отсутствие желания узнавать новое в своей профессии, учиться.

Заключение

Расстройства эмоциональной сферы и экспрессии имеют важное диагностическое значение. Так, эйфория наблюдается при алкоголизме, прогрессирующем параличе, нейролюсе, опухолях лобно-базальной локализации. Пароксизмально возникающие дисфорические эпизоды при эпилепсии рассматриваются в качестве психического припадка. Дисфорические реакции весьма часто выявляются при экзогенно-органических поражениях головного мозга. Аффективная неустойчивость встречается при неврозах, астенических состояниях, сосудистых заболеваниях мозга; в последнем случае она характеризуется также слабодушием. При шизофрении наблюдаются эмоциональное оскудение, монотонность, утрата аффективной откликаемости, паратимия, эмоциональная амбивалентность. Душевное опустошение иногда достигает степени апатии. Эмоциональная «тупость» встречается чаще при психопатии. Эксплозивность и аффективная вязкость составляют ядро свойственных эпилепсии эмоциональных изменений. Огрубение эмоциональной сферы неизбежно наступает при токсических и прочих органических поражениях головного мозга. Гипотимия, утрата эмоционального резонанса, болезненное бесчувствие свидетельствуют о наличии депрессии, а гипертимия характеризует маниакальные состояния.

За последние десятилетия в нашей стране произошли кардинальные изменения во всех сферах общества, которые влекут за собой радикальные изменения в психологии и психиатрии, в ценностных ориентациях и поступках людей. Среди многочисленного количества видов эмоциональных отклонений, пожалуй, самым распространенным можно считать депрессию, тревожность, агрессивность. Современное общество задает очень высокий темп и создает массу причин не только для радости, но и для апатии к жизни. Каждый день нас окружают сотни проблем, от которых порой хочется сбежать и скрыться в самом укромном месте на земле. Поэтому так важно понимать и уметь корректировать эмоциональные расстройства.

Список литературы

1. В.А.Жмуров «Общая психопатология ч.1» издательство Умный доктор, 2018г
2. Н.Н. Иванец Ю.Г. Тюльпин М.А. Кинкулькина «Медицина и медицинская психология» издательская группа «ГЭОТАР-Медия» 2020г
3. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов «Психиатрия. Национальное руководство 2 издание» издательская группа «ГЭОТАР-Медия» 2020г
4. Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
5. И.В. Реверчук «Психофизиология и патопсихология сознания» уч. пособие 2016г.
6. Электронный ресурс: <https://psychiatr.ru/education/slide/108> 2020г.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии (наименование кафедры) курсов ПО

Рецензия д.м.н. Терезовская М.А. (ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрии
Греб Екатерина Александровна (ФИО ординатора)

Тема реферата Патология зрения

Основные оценочные критерии

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

Дата: «22» 01 20 24 год

Подпись рецензента [подпись] (подпись)

Подпись ординатора [подпись] (подпись)

Брызгалов С.А. (ФИО рецензента)

Греб С.А. (ФИО ординатора)