

Красноярский государственный Медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Кафедра «Психиатрии наркологии и ПО»

Тема: Нарушения эмоционально-волевой сферы

Выполнил: Супрунов А.А.,

Врач-ординатор

Проверил: Березовская М.А.,

Доктор медицинских наук,

Доцент.

Красноярск 2018

Содержание

1.Введение-----	3
2.Терминология -----	3
3.Классификация эмоций-----	4
4. Расстройства эмоционально-волевой сферы -----	5
5 Синдромы эмоционально-волевых расстройств -----	5
6. Профилактика-----	12
7. Список литературы-----	13

Введение

Эмоции у человека выступают как особый класс психических состояний, которые отражаются в виде позитивного или негативного отношения к окружающему миру, другим людям и прежде всего самому себе. Эмоциональные переживания определяются соответствующими свойствами и качествами, сформированные у объектов и явлений реальности, а также определенным потребностям и нуждам человека

Термин «эмоции» происходит от латинского названия *emovere*, что означает движение, волнение и возбуждение. Ключевая функциональная составляющая эмоций заключается в побуждении к активности, вследствие этого эмоциональную сферу по-другому называют эмоционально-волевой.

Воля – это механизм регуляции поведения, который позволяет планировать деятельность, удовлетворять потребности, преодолевать трудности. Потребности, способствующие адаптации принято называть «влечением». Влечение – это особое состояние нужды человека в определенных условиях. Осознанное влечение принято называть желаниями. У человека всегда имеется несколько актуальных и конкурирующих потребностей. Если у человека отсутствует возможность для реализации его потребностей, то возникает неприятное состояние, называемое фрустрацией.

На настоящий момент эмоции выполняют значительную роль в обеспечении взаимодействия организма и окружающей среды.

Эмоции – это главным образом результат отражения человеческих потребностей и оценки вероятности их удовлетворений, которые основываются на личном и генетическом опыте.

Насколько выражено выступает эмоциональное состояние человека, зависит от значимости потребностей и недостатка необходимой информации.

Отрицательные эмоции проявляются в результате дефицита необходимо информации, которая требуется для удовлетворения ряда

потребностей, а положительные эмоции характеризуются полным наличием всей необходимой информации.

На сегодня эмоции подразделяют на 3 главные части:

1. Аффект, характеризующийся острым переживанием определенного события, эмоциональным напряжением и возбуждением;
2. Когниция (осознанность своего состояния, его словесное обозначение и оценка дальнейших перспектив для удовлетворения потребностей);
3. Экспрессия, которая характеризуется внешней телесной моторикой или поведением.

Относительно устойчивое эмоциональное состояние человека называют настроением. Сфера человеческих потребностей включает в себя социальные потребности и эмоции, которые возникают на основе социальных и культурных потребностей, что впоследствии получило название чувств.

Выделяют 2 эмоциональные группы:

1. Первичные (гнев, печаль, тревога, стыд, удивление);
2. Вторичные, которые включают в себя переработанные первичные эмоции. Например, гордость – это радость.

Расстройства эмоционально-волевой сферы.

Синдромы эмоционально-волевых расстройств

Наиболее яркими проявлениями расстройства аффективной сферы выступают депрессивный и маниакальный синдромы, представленные в таблице.

Депрессивный синдром

Клиническую картину типичного *депрессивного синдрома* принято описывать в виде триады симптомов: снижения настроения (гипотимия), замедления мышления (ассоциативная заторможенность) и двигательной заторможенности. Следует, однако, учитывать, что именно снижение настроения является главным синдромообразующим признаком депрессии. Гипотимия может выражаться в жалобах на тоску, подавленность, печаль. В отличие от естественной реакции печали в ответ на грустное событие тоска при депрессии лишается связи с окружающей обстановкой; больные не проявляют реакции ни на радостное известие, ни на новые удары судьбы. В зависимости от тяжести депрессивного состояния гипотимия может проявляться чувствами различной интенсивности — от легкого пессимизма и грусти до тяжелого, почти физического ощущения «камня на сердце» (*витальная тоска*).

Замедление мышления в легких случаях выражается замедленной односложной речью, долгим обдумыванием ответа. В более тяжелых случаях пациенты с трудом осмысливают заданный вопрос, неспособны справиться с решением простейших логических заданий. Молчаливы, спонтанная речь отсутствует, но полного мутизма (молчания) обычно не бывает. Двигательная заторможенность выявляется в скованности, медлительности, неповоротливости, при тяжелой депрессии может достигать степени ступора (депрессивный ступор). Поза ступорозных больных довольно естественная: лежа на спине с вытянутыми руками и ногами или сидя, склонив голову, опираясь локтями на колени.

Высказывания депрессивных больных обнаруживают резко заниженную самооценку: они описывают себя как ничтожных, никчемных людей, лишенных талантов.

Симптомы маниакального и депрессивного синдромов

Удивлены, что врач уделяет свое время столь незначительному человеку. Пессимистически оцениваются не только свое настоящее состояние, но и прошлое и будущее. Заявляют, что ничего не смогли сделать в этой жизни, что они принесли много бед своей семье, не были радостью для родителей. Они строят самые печальные прогнозы; как правило, не верят в возможность выздоровления. При тяжелой депрессии нередки бредовые идеи самообвинения и самоуничужения. Больные считают себя глубоко грешными перед Богом, повинными в смерти престарелых родителей, в происходящих в стране катаклизмах. Часто винят себя в потере способности сопереживать окружающим (*anaesthesia psychica dolorosa*). Возможно также появление ипохондрических бредовых идей. Пациенты полагают, что безнадежно больны, возможно, постыдной болезнью; опасаются заразить близких.

Подавление влечений, как правило, выражается замкнутостью, снижением аппетита (реже приступами булимии). Отсутствие интереса к противоположному полу сопровождается отчетливыми изменениями физиологических функций. Мужчины часто испытывают импотенцию и ставят себе это в вину. У женщин фригидности нередко сопутствуют нарушения менструального цикла и даже длительная аменорея. Больные избегают какого-либо общения, среди людей чувствуют себя неловко, неуместно, чужой смех лишь подчеркивает их страдания. Пациенты настолько погружены в свои переживания, что не в силах заботиться о ком-либо другом. Женщины прекращают занятия домашним хозяйством, не могут ухаживать за малолетними детьми, не уделяют никакого внимания своей внешности. Мужчины не справляются с любимой работой, не в состоянии утром встать с постели, собраться и пойти на службу, лежат целый

день без сна. Больным недоступны развлечения, они не читают и не смотрят телевизор.

Наибольшую опасность при депрессии представляет предрасположенность к суициду. Среди психических расстройств депрессия является наиболее частой причиной самоубийств. Хотя мысли об уходе из жизни присущи практически всем страдающим депрессией, реальная опасность возникает при сочетании тяжелой депрессии с достаточной активностью больных. При выраженном ступоре реализация подобных намерений затруднена. Описаны случаи расширенного суицида, когда человек убивает своих детей, чтобы «избавить их от грядущих мук».

Одним из самых тягостных переживаний при депрессии является упорная бессонница. Пациенты плохо спят ночью и не могут отдохнуть днем. Особенно характерно пробуждение в ранние утренние часы (иногда в 3 или 4 ч), после которого больные больше не засыпают. Иногда пациенты настойчиво утверждают, что ночью не спали ни минуты, ни разу не сомкнули глаз, хотя родственники и медицинский персонал видели их спящими (*отсутствие чувства сна*).

Депрессия, как правило, сопровождается многообразной соматовегетативной симптоматикой. Как отражение остроты состояния чаще наблюдается периферическая симпатикотония. Описывается характерная триада симптомов: тахикардия, расширение зрачка и запор (*триада Протопопова*). Обращает на себя внимание внешний вид больных. Кожные покровы сухие, бледные, шелушащиеся. Снижение секреторной функции желез выражается в отсутствии слез («все глаза выплакала»). Нередко отмечают выпадение волос и ломкость ногтей. Снижение тургора кожи проявляется в том, что углубляются морщины и больные выглядят старше своего возраста. Может наблюдаться атипичный надлом брови. Регистрируются колебания артериального давления со склонностью к повышению. Расстройства желудочно-кишечного тракта проявляются не только запором, но и ухудшением пищеварения. Как правило, заметно

снижается масса тела. Часты разнообразные боли (головные, сердечные, в животе, в суставах).

Больной 36 лет был переведен в психиатрическую больницу из терапевтического отделения, где в течение 2 нед обследовался в связи с постоянными болями в правом подреберье. При обследовании патологии не выявили, однако мужчина уверял, что болен раком, и признался врачу в намерении покончить с собой. Не возражал против перевода в психиатрическую больницу. При поступлении подавлен, на вопросы отвечает односложно; заявляет, что ему «уже все равно!». В отделении ни с кем не общается, большую часть времени лежит в постели, почти ничего не ест, постоянно жалуется на отсутствие сна, хотя персонал сообщает, что пациент спит каждую ночь, по крайней мере до 5 ч утра. Однажды при утреннем осмотре обнаружена странгуляционная борозда на шее больного. При настойчивом расспросе признался, что утром, когда персонал заснул, он попытался, лежа в постели, задушить себя петлей, связанной из 2-носовых платков. После лечения антидепрессантами исчезли тягостные мысли и все неприятные ощущения в правом подреберье.

Соматические симптомы депрессии у некоторых больных (особенно при первом приступе заболевания) могут выступать в качестве главной жалобы. Этим обусловлены их обращение к терапевту и длительное, безуспешное лечение по поводу «ишемической болезни сердца», «гипертонической болезни», «дискинезии желчных путей», «вегетососудистой дистонии» и др. В этом случае говорят о *маскированной (ларвированной) депрессии*, более подробно описанной в главе

Яркость эмоциональных переживаний, наличие бредовых идей, признаки гиперактивности вегетативных систем позволяют рассматривать депрессию как синдром продуктивных расстройств. Это подтверждается и характерной динамикой депрессивных состояний. В большинстве случаев депрессия продолжается несколько месяцев. Однако она всегда обратима. До введения в лечебную практику антидепрессантов и электросудорожной

терапии врачи нередко наблюдали самопроизвольный выход из этого состояния.

Выше были описаны наиболее типичные симптомы депрессии. В каждом отдельном случае их набор может существенно различаться, но всегда преобладает подавленное, тоскливое настроение. Развернутый депрессивный синдром рассматривается как расстройство психотического уровня. О тяжести состояния свидетельствуют наличие бредовых идей, отсутствие критики, активное суицидальное поведение, выраженный ступор, подавление всех базовых влечений. Мягкий, непсихотический вариант депрессии обозначают как *субдепрессию*. При проведении научных исследований для измерения тяжести депрессии применяют специальные стандартизованные шкалы (Гамильтона, Цунга и др.).

Депрессивный синдром не является специфичным и может быть проявлением самых различных психических заболеваний: маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, органических поражений мозга и психогений. Для депрессии, обусловленной эндогенным заболеванием (МДП и шизофрения), более характерны выраженные соматовегетативные расстройства, важным признаком эндогенной депрессии является особая суточная динамика состояния с усилением тоски утром и некоторым ослаблением переживаний к вечеру. Именно утренние часы рассматриваются как период, связанный с наибольшим риском суицида. Другим маркером эндогенной депрессии считают положительный дексаметазоновый тест

Помимо типичного депрессивного синдрома, описывают ряд атипичных вариантов депрессии.

Тревожная (ажитированная) депрессия отличается отсутствием выраженной скованности и пассивности. Стеничный аффект тревоги заставляет пациентов суетиться, постоянно обращаться к окружающим с просьбой о помощи или с требованием прекратить их муки, помочь им уйти из жизни. Предчувствие неминуемой катастрофы не дает больным спать, они могут предпринимать попытки покончить с собой на глазах у окружающих.

Временами возбуждение пациентов достигает степени неистовства (меланхолический раптус, *raptus melancholicus*), когда они рвут на себе одежду, издают страшные крики, бьются головой о стену. Тревожная депрессия чаще наблюдается в инволюционном возрасте.

Депрессивно-бредовый синдром, помимо тоскливого настроения, проявляется такими фабулами бреда, как бред преследования, инсценировки, воздействия. Больные уверены в тяжелом наказании за совершенные проступки; «замечают» постоянное наблюдение за собой. Опасаются, что их вина повлечет за собой притеснение, наказание или даже убийство их родственников. Пациенты беспокойны, постоянно спрашивают о судьбе своих родных, пытаются оправдываться, клянутся, что никогда в будущем не допустят оплошности. Такая атипичная бредовая симптоматика более характерна не для МДП, а для острого приступа шизофрении (шизоаффективный психоз в терминах МКБ-10).

Апатическая депрессия сочетает в себе аффекты тоски и апатии. Больных не интересует их будущее, они бездеятельны, не высказывают каких-либо жалоб. Единственное их желание — чтобы их оставили в покое. От апатико-абулического синдрома такое состояние отличается нестойкостью, обратимостью. Чаше всего апатическая депрессия наблюдается у страдающих шизофренией.

Профилактика эмоциональных нарушений

Главной целью профилактики нарушений эмоционально волевой сферы выступает формирование динамического равновесия и определенного запаса прочности ЦНС. Данное состояние обуславливается отсутствием внутренних конфликтов и устойчивым оптимистичным настроем.

Устойчивая оптимистичная мотивация дает возможность двигаться к намеченной цели, преодолевая различные трудности. В итоге человек учится принимать взвешенные решения, основываясь на большом количестве информации, что снижает вероятность ошибки. Т. е. ключом к эмоционально устойчивой нервной системе является движение человека по пути развития.

Список использованной литературы

Психиатрия : М.В Коркина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 4-е изд : МЕДпресс-информ, 2008.

Основы общей психопатологии. С.В. Воропаева; учебное пособие. Москва 2012. Изд: Прометей.

Клиническая психология . Карсаварский Б. Д.- 4е издание .СПБ 2010.