

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

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

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

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Артюховой Елены Юрьевны
(ФИО ординатора)

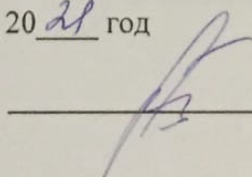
Тема реферата «Эмоциональное расстройство»

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)	7/7
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

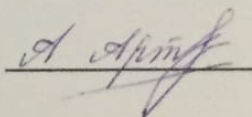
Дата: «9» 01 2021 год

Подпись рецензента



Березовская М.А.

Подпись ординатора



Артюхова А.Ю.

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой- д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Эмоциональные расстройства

Выполнила: ординатор 1 года обучения,
специальности "Психиатрия" Артюхова Алёна Юрьевна

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

Красноярск, 2021

Оглавление:	
Введение.....	3
Понятие об эмоциях.....	3
Теории происхождения эмоций.....	3
Функции эмоций.....	4
Классификация эмоций.....	5
Патология эмоций.Нарушение эмоциональных реакций.....	
Расстройства эмоциональных состояний и свойств.Нарушение выраженности (силы)эмоций.Нарушение адекватности эмоций.....	6
Нарушение устойчивости эмоций	7
Расстройства настроения. Патологически повышенное и пониженное настроение.....	7,8
Синдромы,связанные с расстройством эмоций.Депрессивный синдром.....	8
Маниакальный синдром.....	9
Заключение.....	10
Список литературы.....	11

Введение:

Жизнь без эмоций так же невозможна, как и без ощущений. Как утверждал знаменитый естествоиспытатель Ч. Дарвин, эмоции возникли в процессе эволюции как средство, при помощи которого живые существа устанавливают значимость тех или иных условий для удовлетворения актуальных для них потребностей. Эмоционально-выразительные движения человека — мимика, жесты, пантомимика — выполняют функцию общения, т.е. сообщения человеку информации о состоянии говорящего и его отношении к тому, что в данный момент происходит, а также функцию воздействия — оказания определенного влияния на того, кто является субъектом восприятия эмоционально-выразительных движений.

Человек не является ни бесстрастным созерцателем того, что происходит вокруг него, ни бесстрастным автоматом, производящим те или иные действия, наподобие хорошо слаженной машины. Человек переживает то, что с ним происходит и им совершается; он относится определенным образом к тому, что его окружает. Отношения к событиям, к другим людям, к самому себе проявляется в эмоциях.

Понятие об эмоциях:

Эмоции (от лат. *emotio* — потрясаю, волну) - процессы, отражающие в форме переживания личную значимость (субъективное переживание) и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту. Решающей чертой эмоционального состояния является его *интегральность*, его *исключительность* по отношению к другим состояниям и другим реакциям. Эмоции охватывают весь организм, они придают состоянию человека определенный тип переживаний. Произведя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции, сами по себе, могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто даже раньше, чем определены локализации воздействия и конкретный механизм ответной реакции организма.

Теории происхождения эмоций

Среди **физиологических теорий** происхождения эмоций наиболее известны периферическая и центральные теории.

Периферическая теория эмоций Джемса-Ланге, основной смысл которой выражен известным парадоксом: «Мы чувствуем печаль, потому что плачем; мы боимся, потому что дрожим», считает, что возникновение эмоций обусловлено внешними воздействиями, изменениями как в произвольной двигательной сфере, так и в сфере непроизвольных актов - сердечной. По мнению авторов периферической теории эмоций, эмоции возникают как следствие определенного физиологического процесса, вследствие возбуждения от висцеральных органов. Однако данная теория не может объяснить возникновение разных эмоций при одинаковых движениях, все многообразие вообще эмоций или возможным отсутствием эмоций при искусственных изменениях телесного. Сторонники *центральной теории* происхождения эмоций (Кеннон, Бард и др.) считали телесные процессы при эмоциях биологически целесообразными проявлениями эмоций в плане адекватной подготовки организма к ситуации, а сами эмоциональные переживания центральным генезом (таламус, гипоталамус, центральная часть лимбической системы)

Среди **психологических теорий** происхождения эмоций наибольшую популярность завоевала, предложенная В.П.Симоновым, информационная теория эмоций. Согласно информационной теории эмоций, эмоциональные переживания человека и высших животных определяются какой-либо актуальной потребностью (ее качеством и величиной) и оценкой субъектом вероятности (возможности) ее удовлетворения на основе ранее накопленного опыта и поступающей извне информации.

Функции эмоций

В связи с тем, что в эмоциях выражается, в самом общем виде, непосредственное пристрастное переживание жизненного смысла явлений, их основная функция - *оценка*. Эмоции оценивают субъективную значимость отражаемых предметов и событий, выражают ее, сигнализируют о ней субъекту.

Вторая функция эмоций – *побуждение*. Ситуативные эмоции, такие как возмущение, гордость, обида, ревность также способны «навязать» человеку определенные поступки, даже когда они для него нежелательны. Например, эмоция возмущения, усиленная характерологическими особенностями, такими как повышенная обидчивость, сенситивность, ранимость, либо особой значимостью произошедшего, может заставить пойти на конфликт с обидчиком, даже вопреки более значимым перспективным целям. Повторяющееся проявление эмоции ревности может разрушить семью, даже вопреки сильной потребности в сохранении семейных взаимоотношений. Переживание обиды способно, иногда, разрушить самые прочные дружеские взаимоотношения.

Третья важная функция эмоций – *организация*. В норме эмоции организуют психическую деятельность человека. Эмоциональная окрашенность – условие произвольного внимания, запоминания. При удивлении внимание сосредотачивается на причинах необычного явления, при страхе – на предвосхищении угрозы и возможности ее избегания. С другой стороны, нарастание интенсивности эмоционального переживания может нарушить процессы всестороннего гибкого познания действительности, ограничивать или искажать их. Сильная эмоция искажает восприятие, затрудняет регуляцию. Дезорганизующая функция эмоций – их способность нарушать целенаправленную деятельность.

Классификация эмоций

Существует условное деление эмоций на положительные и отрицательные. Эмоции обычно отличаются полярностью, т.е.

обладают *положительным* или *отрицательным* знаком: удовольствие-неудовольствие, веселье-грусть, радость-печаль. В сложных человеческих чувствах они часто образуют сложное противоречивое единство: в ревности любовь сочетается с ненавистью.

Эмоции делятся, также, на *стенические* – повышающие активность и жизнедеятельность человека (например, гнев или радость) и *астенические* – понижающие жизнедеятельность и активность (печаль).

Кроме того, выделяют т.н. четыре « фундаментальные эмоции» (К.Изард): радость, печаль, гнев и страх.

Психологически, эмоции представлены в психике человека в виде трех основных феноменов: это **эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные свойства.**

Эмоциональные реакции связаны, преимущественно, с действующими обстоятельствами, они кратковременны и адекватны ситуации, например, реакция испуга на крик (**аффект** — стремительно и бурно протекающая, наиболее сильная эмоция взрывного свойства, неподконтрольная сознанию (сужение объема сознания)). При эмоциональных состояниях, более длительных, более устойчивых, может не отмечаться явной связи с действующими раздражителями, для них характерно изменение нервно-психического тонуса в соответствии с содержанием эмоции.

К эмоциональным состояниям относятся **настроение** (относительно, слабо выраженное состояние, захватывающее в течении некоторого времени всю личность и отражающееся на деятельности, поведении человека) и **страсть** (сильная, стойкая, всеохватывающая эмоция, определяющая направление мыслей и поступков; по интенсивности приближается к аффекту, а по длительности и устойчивости напоминает настроение).

Эмоциональные свойства — наиболее устойчивые характеристики человека, например, такие как *эмоциональная возбудимость, эмоциональная лабильность, эмоциональная ригидность, эмоциональная реактивность.*

Эмоциональная возбудимость — быстрота эмоционального «включения» — повышается, например, у больных атеросклерозом, неврозами, гипертериозом. Сочетание избыточной возбудимости и недостатка торможения формирует импульсивность.

Эмоциональная лабильность — колебания эмоционального тонуса, эмоциональная подвижность, быстрая смена одних эмоций другими, в зависимости от меняющейся ситуации

Свойство, противоположное лабильности, - *эмоциональная ригидность*, вязкость, патологическая стойкость эмоций

Эмоциональная реактивность — быстрота эмоционального отреагирования, скорость «ответа».

Патология эмоций:

Нарушение эмоциональных реакций.

Физиологический аффект- состояние выраженного аффекта (гнева), не сопровождаемого помрачением сознания, а лишь возможным сужением круга представлений, концентрирующихся на событиях, связанных с возникающим аффектом; эпизод не завершается сном, резким психофизическим истощением и амнезией. В этом состоянии часто совершают противоправные действия. Лица эти признаются вменяемыми, в отличие от перенесших патологический аффект.

Патологический аффект – кратковременное психическое расстройство с агрессивным поведением и раздражительно-злобным настроением на фоне сумеречного помрачения сознания. Такое состояние возникает в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражается концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следуют общая расслабленность, безразличие и, часто, глубокий сон. Характеризуется частичной или полной амнезией. Лица совершившие правонарушения в таком состоянии признаются невменяемыми.

Расстройства эмоциональных состояний и свойств:

Нарушение выраженности (силы) эмоций.

1) *Сензитивность* (эмоциональная гиперестезия) – повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость. Может быть врожденным личностным свойством, особенно выраженным при психопатиях.

2) *Эмоциональная холодность* – нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодного отношения ко всем событиям, независимо от их эмоциональной значимости. Выявляется у психопатов, при шизофрении.

3) *Эмоциональная тупость* – слабость, обеднение эмоциональных проявлений и контактов, оскуднение чувств, доходящее до безучастности. Встречается в рамках шизофренического дефекта.

4) *Апатия* – безразличие, полное отсутствие чувств, при котором не возникают желания и побуждения. Чаще наблюдается чувственное притупление, при котором эмоции становятся тусклыми, бедными. Преимущественной эмоцией больных является равнодушие. Встречается при шизофрении (дефект) и грубых органических поражениях головного мозга, а так же может быть ведущим проявлением депрессивного синдрома. *Апатия*, как проявление депрессии, чаще характеризуется чувством безразличия с сужением круга интересов, либо их полным исчезновением, уменьшением или потерей желаний, побуждений и потребностей, больные говорят о скуке, лени, безволии, душевной вялости, безинициативности, что переживается болезненно (не депрессивная же апатия не воспринимается больными как нечто тягостное и, следовательно, не вызывает жалоб).

Нарушение адекватности эмоций

1) *Эмоциональная амбивалентность* – одновременное сосуществование антагонистических эмоций, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения. Симптом, встречающийся при шизофрении.

2) *Эмоциональная неадекватность* – возникновение эмоции, не соответствующей качественно, содержательно вызывающему ее раздражителю, парадоксальность эмоций (пациент с грустным лицом повествует о приятных впечатлениях). Так же встречается при шизофрении.

Нарушения устойчивости эмоций.

1) *Эмоциональная лабильность* – патологически неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации. Патологически неустойчивое настроение характерно для астенического синдрома, кроме того, может встречаться в рамках эмоционально-волевых расстройств при патологии личности.

2) *Эксплозивность* – повышенная эмоциональная возбудимость, при которой легко возникает переживание досады, гнева, вплоть до ярости, с агрессивными поступками. Может возникнуть по незначительному поводу. Эксплозивность характерна для эмоционально-волевых расстройств при патологии личности, органических (травматических) поражениях головного мозга.

3) *Слабодушие* – состояние легко колеблющегося настроения по ничтожному поводу от слезливости до сентиментальности с умиленностью. Может сопровождаться капризностью, раздражительностью, утомляемостью. Наблюдается при сосудистом поражении головного мозга, при соматогенной астении.

Расстройства настроения:

Патологически повышенное настроение.

1) *Гипертимия* – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («веселость, брызжащая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов. Гипертимия – основной симптом маниакальных синдромов.

2) *Эйфория* – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, препятствует познавательным процессам. Эйфория встречается при интоксикациях (инфекционного, алкогольного и т.п. характера).

3) *Мория* – веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения. при глобальной деменции.

4) *Экстаз* – гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до исступленного восхищения, чувства прозрения, озарения. Часто сочетается с растерянностью, кататоническими проявлениями, онейроидным помрачением сознания.

Патологически пониженное настроение .

- 1) *Гипотимия* – болезненно пониженное настроение, переживаемое как, грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, щемление, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности, беспомощности, суицидными мыслями и поступками. Такой тип расстройства настроения характерен для депрессивных синдромов.
- 2) *Дисфория* – болезненно пониженное настроение, сопровождающееся раздражительно-тоскливо-злым, мрачным чувством. Возникает и оканчивается внезапно. Может длиться часами или днями. Во время дисфории больные склонны к агрессивным действиям. Дисфории, преимущественно, наблюдаются у больных с неблагоприятно текущей эпилепсией, при травматических и других органических поражениях головного мозга.
- 3) *Тревога* – гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством томительного ожидания грядущей беды, отчаянием, опасениями за судьбу родных. Иногда тревога ощущается телесно с витальным оттенком, как зуд, внутренняя дрожь. Часто сочетается с двигательным (психомоторным) возбуждением. Как патологическое состояние тревога иррациональна и вызвана болезненными психическими переживаниями, а не реальными событиями («что-то в мире должно случиться», – пытается, к примеру, объяснить свое беспокойство пациент). Встречается при многих острых психозах (острые параноидные психозы, синдромы помрачения сознания), при депрессии (тревожная депрессия). Тревожная окраска переживаний характерна для психопатологических состояний в пожилом возрасте. При неврозах (тревожные расстройства) тревога носит менее выраженный характер, отсутствует выраженное психомоторное возбуждение и сопровождается обильными вегетативными проявлениями (вегетативная тревога).
- 4) *Страх*, как патологическое состояние - переживание сиюминутной опасности, с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания. Субъективно тяжело переносится. Встречается как в рамках острых психозов (бредовые психозы, синдромы помрачения сознания), так и при неврозах навязчивых состояний в рамках фобий (описаны выше).

Синдромы, связанные с расстройством эмоций:

1. Депрессивный синдром:

Депрессия – одно из наиболее распространенных расстройств, встречающихся как в психиатрической, так и в общесоматической практике.

Основу депрессивного синдрома составляет депрессивная триада, включающая:

а) *болезненно пониженное настроение*, б) *идеаторные* и в) *психомоторные* нарушения в виде общей заторможенности (хотя принципиально их характер зависит от характера пониженного настроения).

Можно выделить 3 основных компонента эмоционального звена депрессивного

синдрома: *тоскливый*, *тревожный* и *апатический*. Они находятся в динамической связи друг с другом, но, как правило, на определенном отрезке времени или в отдельных случаях преобладает один из них.

Довольно характерна суточная ритмика депрессивных расстройств. Тоска и апатия достигают обычно максимальной выраженности в утренние часы, тревога более вариабельна и нередко усугубляется к вечеру.

В общем виде идеаторные расстройства при депрессивном синдроме характеризуются известной фиксированностью переживаний на определенной тематике, сужением объема свободных ассоциаций и изменением их темпа (чаще замедление). В отдельных тяжелых случаях настолько затруднено осмысление ситуации, нарушены память и внимание, что состояние напоминает картину слабоумия. В зависимости же от характера пониженного настроения имеются и некоторые особенности идеаторных расстройств.

Психомоторные депрессивные расстройства в еще большей степени, чем идеаторные, связаны с доминирующим настроением, что особенно наглядно прослеживается в экспрессии. Общая поведенческая и волевая активность, чаще всего, имеет тенденцию к снижению (гипобулия).

Из соматических проявлений для депрессии будет характерна триада Протопопова, также называемая «Синдром Протопопова» — тахикардия, расширенные зрачки (мидриаз), запор.

2. Маниакальный синдром.

Маниакальный синдром — представлен следующей триадой симптомов: а) болезненно повышенное настроение (гипертимия); б) болезненно ускоренное мышление; в) двигательная расторможенность. Больные оптимистично оценивают настоящее и будущее, ощущают необычайную бодрость, прилив сил, не утомляются, стремятся к деятельности, почти не спят, но из-за крайней изменчивости когнитивных процессов с выраженной отвлекаемостью внимания деятельность носит беспорядочный и непродуктивный характер. Повышение активности может достигать беспорядочного возбуждения (спутанная мания). Внешний вид больных манией: живая мимика, гиперемированное лицо, быстрые движения, неусидчивость, выглядят моложе своих лет. Больным свойственны переоценка собственной личности, своих способностей, вплоть до формирования бредовых идей величия. Оживление сферы влечений и побуждений — усиление аппетита (едят с жадностью, быстро глотают, плохо пережевывают пищу), полового влечения (легко вступают в беспорядочные половые связи, легко дают необоснованные обещания, женятся).

В зависимости от выраженности тех или иных компонентов различают несколько клинических вариантов мании.

Гипомания — слабо выраженная мания. В этом состоянии больные производят впечатление веселых, компанейских, деловитых, хотя и несколько разбросанных в своей деятельности людей.

Гневливая мания — к триаде маниакальных симптомов присоединяется раздражительность, придирчивость, гневливость, склонность к агрессии.

Заторможенная и непродуктивная мании — отличаются отсутствием одного из основных признаков маниакального синдрома, в первом случае — двигательной активности, во втором — ускоренного мышления.

Маниакальный синдром встречается при биполярном аффективном расстройстве, аффективных приступах при шизофрении, при других психозах.

Заключение:

Таким образом, эмоции важны для управления поведением человека, являясь одним из психофизиологических механизмов этого управления. Возникновение того или иного отношения к объекту влияет на мотивацию, на процесс принятия решения о действии или поступке, а сопровождающие эмоции физиологические изменения влияют на качество деятельности, работоспособность человека. Яркость и разнообразие эмоциональных отношений делают человека более интересным. Он откликается на самые разнообразные явления действительности: его волнуют музыка и стихи, запуск спутника и новейшие достижения техники. Богатство собственных переживаний личности помогает ей более глубоко понять происходящее, более тонко проникнуть в переживания людей, их отношения между собой. Чувства и эмоции способствуют более глубокому познанию человеком самого себя. Благодаря переживаниям человек познает свои возможности, способности, достоинства и недостатки. Переживания человека в новой обстановке нередко раскрывают что-то новое в самом себе, в людях, окружающих предметах и явлениях. Не обладая эмоциями, то есть, не умея испытывать радость и печаль, гнев и вину, мы не были бы в полной мере людьми.

Список литературы:

- 1) Менделевич В. Д. Психиатрия : учебник / В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. — Ростов- на-Дону : Феникс, 2018
- 2) Н.Н. Иванец Ю.Г. Тюльпин М.А. Кинкулькина. Психиатрия и медицинская. психология. -Москва, издательство "ГЭОТАР-Медиа", 2016.
- 3) Д.Ф. Хритинин "Лекции по психиатрии и наркологии". Издательство: БИНОМ, 2019 год
- 4) С.Ю.Циркин "Аналитическая психопатология". -Москва. Издательство: БИНОМ, 2017
- 5) И.М. Беккер "Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии". - Москва. Издательство: БИНОМ, 2019
- 6) Нервные и психические болезни / С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина; Под общ. ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов- на-Дону : Феникс, 2021
- 7) В.А. Дереча "Психопатология" -Москва, Издательство: Юрайт, 2019