

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

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



Реферат

Тема: Нарушения эмоций при различных заболеваниях

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Нарушения эмоций при различных заболеваниях" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

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



План

Введение

Для чего нужны эмоции

Нарушения эмоций

Локализация эмоциональных нарушений

Нарушения эмоций при локальных поражениях

Нарушения эмоциональной сферы при черепно-мозговой травме

Нарушения эмоций при деменции

Нарушения эмоций при умственной отсталости

Нарушения эмоций при задержке психического развития

Нарушения эмоций при раннем детском аутизме

Нарушения эмоций при психосоматических заболеваниях

Нарушения эмоций при сексуальных расстройствах

Нарушения эмоций при сексуальной дисфункции

Терапия и коррекция эмоциональных нарушений

Заключение

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.

Для чего нужны эмоции

В жизни каждого человека эмоции играют важную роль. Они выполняют такие функции, как функцию оценки ситуации и поведения в целом, регуляции поведения, эмоции являются теми сигналами, с помощью которых субъект узнаёт о потребностной значимости происходящего. Эмоции тесно связаны с мотивацией и потребностями. Они имеют своё отражение и на всех психических процессах, окрашивая мысли и поведение субъекта. Эмоции выполняют функцию побуждения к действию. О способности эмоций побуждать действия говорят другие, более специфические их функции. Так, в критических условиях, при неспособности субъекта найти адекватный выход из опасных, травмирующих, чаще всего неожиданно сложившихся ситуаций, развивается особый вид эмоциональных процессов — так называемые аффекты.

Аффект- это сильное, быстро возникающее и бурно протекающее психическое состояние, характеризующееся сильным и глубоким переживанием, ярким внешним проявлением, сужением сознания и снижением самоконтроля. Одно из функциональных проявлений аффекта заключается в том, что он навязывает субъекту стереотипные действия, представляющие собой определенный закрепившийся в эволюции способ «аварийного» разрешения ситуаций: бегство, оцепенение, агрессию и т. п. (Леонтьев, Судаков, 1978). Все аффекты делятся на физиологические и патологические. Если физиологический аффект соответствует силе и качеству раздражителя, то при патологическом аффекте эмоции не соответствуют силе и качеству раздражителя. Они возникают по типу последней капли. Аффект часто сочетается с грубыми и агрессивными нарушениями и сопровождается частичной амнезией. и Известно, что и другие ситуативные эмоции, такие как возмущение, гордость, обида, ревность, тоже способны «навязать» человеку определенные поступки, причем даже когда они для него нежелательны. Это позволяет утверждать, что к эмоциональному разрешению ситуаций приводят не только аффекты и что данная функция свойственна более широкому классу эмоциональных явлений (Вилюнас, 1976, с. 124) субъекта. Однако одни и те же стереотипные действия не могут быть одинаково пригодными для всех ситуаций, поэтому аффективные реакции, сложившиеся в эволюции для разрешения наиболее часто встречающихся затруднений, оправдывают себя лишь в типичных биологических условиях. Именно этим объясняется часто наблюдаемая бессмысленность или даже вредность действий, управляемых аффектом. Так, бессмысленными являются усилия птицы, бьющейся в помещении об оконное стекло, но в естественных условиях именно свет означал бы для нее свободу. Подобно этому, и оператор, покидающий во время аварии

ничем ему не угрожающий пульт управления (Гуревич, 1965), мог, очевидно, избрать более правильный путь действий, если охвативший его аффект не вынудил бы его поступить по сложившемуся на протяжении миллионов лет правилу: немедленно удаляться от того, что вызывает страх.

Способность эмоций нарушать целенаправленную деятельность легла в основу теорий, подчеркивающих дезорганизующую функцию эмоций (Э. Клапаред, Piéron, 1928 и др.). Однако данная характеристика эмоций может быть принята лишь с определенными оговорками. Как показывают приведенные примеры, эмоции прежде всего организуют некоторую деятельность, отвлекая на нее силы и внимание, что, естественно, может помешать нормальному протеканию проводимой в тот же момент другой деятельности. Сама по себе эмоция дезорганизующей функции не несет, все зависит от условий, в которых она проявляется. Даже такая грубая биологическая реакция, как аффект, обычно дезорганизующая деятельность человека, при определенных условиях может оказаться полезной, например, когда от серьезной опасности ему приходится спасаться, полагаясь исключительно на физическую силу и выносливость. Это значит, что нарушение деятельности является не прямым, а побочным проявлением эмоций, иначе говоря, что в положении о дезорганизующей функции эмоций столько же правды, сколько, например, в утверждении, что праздничная демонстрация выполняет функцию задержки автотранспорта. На этом же основании не может быть оправдано и зародившееся еще в дискуссиях стоиков и эпикурейцев альтернативное противопоставление полезности и вредности эмоций, воспроизводимое в современной психологии противопоставлением «мотивационных» и «дезорганизационных» теорий (см. Leeper, 1948; Arnold, 1970).

В литературе особо выделяются две взаимодополняющие функции, выполняемые эмоциями по отношению к определенным психическим процессам, т. е. представляющие собой частные случаи общего регулирующего их влияния. Речь идет о влиянии эмоций на накопление и актуализацию индивидуального опыта. Первая функция, обсуждаемая под разными названиями: закрепления — торможения (П.К. Анохин), следообразования (А.Н. Леонтьев), подкрепления (П.В. Симонов), указывает на способность эмоций оставлять следы в опыте индивида, закрепляя в нем те воздействия и удавшиеся-неудавшиеся действия, которые их возбудили. Особенно ярко следообразующая функция проявляется в случаях экстремальных эмоциональных состояний (см. работы Я.М. Калашника и А.Р. Лурия).

Но сам по себе след не имел бы смысла, если не было бы возможности использовать его в будущем. В актуализации закрепленного опыта эмоции тоже играют значительную роль, и это подчеркивает вторая из выделяемых функций. Поскольку

актуализация следов обычно опережает развитие событий и возникающие при этом эмоции сигнализируют о возможном приятном или неприятном их исходе, выделяют предвосхищающую функцию эмоций (Запорожец, Неверович, 1974). Поскольку предвосхищение событий существенно сокращает поиск правильного выхода из ситуации, выделяют эвристическую функцию (Тихомиров, Виноградов, 1969). В отношении этих функций эмоций, впрочем, как и в отношении других, важно подчеркнуть, что, констатируя определенное проявление эмоций, они остро ставят задачу выяснения того, как именно эмоции это делают, выяснения психологического механизма, лежащего в основе этих проявлений.

Большой теоретический интерес представляет функция эмоций, отчетливо намеченная в работах В. Вундта и выявляющая роль эмоциональных переживаний в становлении и организации субъективного образа. Согласно Вундту, эмоциональный тон ощущений (или более сложных «единиц» отражения), воспринимаемых одновременно или непосредственно друг за другом, сливается по определенным законам во все более и более общие равнодействующие переживания, соответственно организуя в восприятии и сами эти «единицы» (ощущения, представления и т. п.). Только в силу такого слияния чувств мы воспринимаем не набор пятен или звуков, а пейзаж и мелодию, не множество интроцептивных впечатлений, а свое тело. Таким образом, эмоциональные переживания выступают синтезирующей основой образа, обеспечивающей возможность целостного и структурированного отражения мозаичного разнообразия фактически действующих раздражений.

Целостность представляет собой не только явно обнаруживающуюся, но и одну из таинственных особенностей психического.

Многими авторами подчеркивается происходящая в эмоциональном состоянии активация нервных центров, а в конечном итоге — и всего организма, осуществляемая неспецифическими структурами ствола мозга и передаваемая неспецифическими путями возбуждения (Линдслей, 1960; Prince, 1928; Arnold, 1967, и др.). Согласно «активационным» теориям эмоции обеспечивают оптимальный уровень возбуждения центральной нервной системы и отдельных ее подструктур (и, соответственно, уровень бодрствования системы психического отражения), который может колебаться от коматозного состояния и глубокого сна до предельного напряжения в состоянии экстаза.

Активация нервной системы и прежде всего вегетативного ее отдела, приводит к многочисленным изменениям в состоянии внутренних органов и организма в целом. Характер этих изменений показывает, что эмоциональные состояния вызывают либо

выступают не как непосредственно действующая сила, а как повод, в связи с которым приходит в движение вся сложная система сил личности и сознания.

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 не удерживать 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-благодарное, 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 толомические 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.

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, выработыванию 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 достигать 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 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; Свядош А.М., 1982, и др.]. Для гиперстенической формы неврастении характерны увеличенная раздражительность, слезливость, увеличенная чувствительность к малым раздражителям, нетерпеливость, несдержанность, нарушение внимания и др. Обратная форма неврастении — 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 неврастении 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 непосредственно какие-либо физиологические причины. Если медицинское обследование не может обнаружить физическую или органическую причину заболевания, или если заболевание является результатом таких эмоциональных состояний как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, тогда болезнь может быть классифицирована как психосоматическая.

Нарушения эмоций при сексуальных расстройствах

◆ Расстройство сексуального влечения по гипоактивному типу указывает на отсутствие желания или очень слабый интерес к сексуальной активности. Это также относится к воображаемым ситуациям, и важно бывает разобраться, ограничивается ли недостаточное желание одним партнером. Диагноз этого, как и большинства других расстройств, не ставится, если сниженное влечение связано с употреблением наркотиков, алкоголя или имеет органическую причину.

Сексуальное аверсивное расстройство указывает на активное избегание сексуальных контактов. Индивид испытывает отвращение к половому контакту, а не отсутствие интереса к сексу.

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, танцедвигательную 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. Танцевально-двигательная 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. Дэвил Холмс АНОРМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ Москва • Санкт-Петербург * Нижний Новгород • Воронеж Ростов-на-Дону - Екатеринбург - Самара Киев - Харьков – Минск 2003
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография. – Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. –
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия.
6. Малкина-Пых. Психосоматика.
7. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; 2012.
8. Психология эмоций. Тексты. М.: 2010. С.
9. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: 2015
10. Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск, 2010.