

Лекция 3. Психопатология эмоций (2 часа)

Цель изучения лекции: ознакомить студентов с основными состояниями протекающими с эмоциональными нарушениями; изучить конкретные симптомы и синдромы нарушения эмоциональной сферы.

Основные понятия: аффект, депрессия, дисфория, апатия.

Материал лекции подготовлены по учебным пособиям:

Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических расстройств у детей и подростков.

Шац И.К. Психиатрия, медицинская психология: психозы у детей»

Эмоции

- Отражение субъективного отношения к окружающей среде и к себе самому в виде реакций на степень удовлетворения или неудовлетворения потребностей
- Эмоции помогают быстро оценить значимость ситуации, побуждают к активной деятельности, т. о. биологический смысл эмоций в поддержании гомеостаза
- Эмоциональные переживания влияют на психическую деятельность и на деятельность внутренних органов.
- К числу объективных признаков проявления эмоций можно отнести мимику, позу, жестикуляцию, вегетативные реакции.

Нарушения выраженности (силы) эмоций

Аффект

- Физиологический аффект соответствует качеству и силе раздражителя и не «затуманивает» сознания
- Патологический аффект – бурная эмоциональная реакция, неадекватная по силе раздражителю
- Сопровождается сужением сознания, психомоторным возбуждением, последующей амнезией
- Встречается у больных эпилепсией и лиц, перенесших органические поражения головного мозга (травмы, энцефалиты)

Нарушения выраженности (силы) эмоций

Эмоциональная гиперестезия (сензитивность)

- повышенная чувствительность, ранимость, обостренность реакций.
- встречается при некоторых формах психопатий, при астенических состояниях различного генеза

Нарушения выраженности (силы) эмоций

Эмоциональная гипестезия

- характеризуется холодностью, черствостью, вялостью реакций
- может наблюдаться у астенизированных больных, шизоидных психопатов

Нарушения выраженности (силы) эмоций

Апатия

- отсутствие эмоций, выражающееся в равнодушии к себе и окружающим
- почти всегда сопровождается вялостью побуждений.
- встречается при тяжелых астениях, при шизофрении, при лобных органических поражениях

Эмоциональная тупость

- отсутствие способности реагировать на внешние события в связи с уплощением и оскудением эмоций
- в отличие от апатии, никакими раздражителями вызвать движения чувств не удастся
- обычно это состояние необратимо, типично для шизофрении и некоторых органических заболеваний головного мозга

Неадекватность эмоций

- качественное несоответствие эмоций ситуации их вызвавшей
- эмоциональные расстройства этой группы характерны для шизофрении.

Нарушения адекватности эмоций

Амбивалентность

- одновременное сосуществование двойственных, противоречивых чувств к одному объекту
- характерны для шизофрении.

Нарушение устойчивости эмоций

Эмоциональная лабильность или слабодушие, «недержание» эмоций

- характеризуется быстротой перехода от положительных эмоций к отрицательным и наоборот, что приводит к снижению способности управлять собой
- встречается при сосудистых заболеваниях головного мозга, в структуре астенического синдрома

Нарушение устойчивости эмоций

Эксплозивность, аффективная взрывчатость

- склонность к гневной раздражительности, часто с выраженной агрессивностью
- нередко отмечается при эпилепсии, при травматических поражениях головного мозга

Гипертимии

Эйфория

- повышенное благодушное настроение с оттенком беспечности
- недостаточность критики к своему состоянию
- не сопровождается усилением интеллектуальной продуктивности и произвольной деятельности
- наблюдается при опьянении, при сосудистых психозах

Мория

- патологически повышенное настроение с дурашливостью, беспечностью
- склонность к плоским, циничным и грубым шуткам, расторможенностью инстинктов
- возникает при поражении лобно-базальных, лобно-медиальных отделов головного мозга

Гипертимии

Маниакальный синдром (мания)

триада симптомов:

- радостное настроение
- ускорение мышления
- повышение двигательной и речевой активности

также

- переоценкой собственной личности и ощущением физической бодрости и силы

Возрастные особенности маниакального синдрома

- Маниакальные состояния у детей атипичны и рудиментарны:
- ✓ отсутствует ускорение мыслительной деятельности
- ✓ отсутствует усиление произвольной целенаправленной деятельности

Поэтому

- ✓ похожи на эйфорию и морию
- ✓ маниакальные состояния у детей крайне трудны для диагностики
- В раннем возрасте встречаются при шизофрении:
- выражаются неустойчивым настроением
- дурашливым поведением
- расторможенностью влечений

Страх

- Отрицательная эмоция, как правило, конкретного содержания направленная в настоящее
- Повышенная готовность к аффекту страха – характерная особенность детского возраста
- В связи с этим разграничить психологические и патологические страхи у детей не всегда легко

Страх (продолжение)

Критерии патологических страхов:

- беспричинность или явное несоответствие интенсивности страха силе вызвавшего его ситуационного воздействия
- затяжной характер
- склонность к генерализации
- нарушение общего состояния (сна, аппетита, физического самочувствия)
- нарушение поведения ребенка под влиянием страхов (Сухарева Г. Е., 1959; Ковалев В. В., 1979; Nissen G., 1980)

Страх

- Патологические страхи могут входить в структуру различных психопатологических синдромов:

✓ невротических

✓ аффективных и аффективно-бредовых

- Нередко выступают как относительно самостоятельные психопатологические образования – синдромы страхов [Сухарева Г. Е., 1955]

Основные группы страхов у детей

- Навязчивые страхи
- Страхи со сверхценным содержанием
- Бредовые страхи
- Психопатологически недифференцированные страхи
- Ночные страхи

Страх школы

- Боязнь школы – разновидность синдрома сверхценных страхов у детей преимущественно младшего школьного возраста (7 – 9 лет)
- В основе лежат сверхценные страхи и опасения, связанные со школьной ситуацией:
 - ✓ страх перед неуспеваемостью
 - ✓ наказанием за нарушение дисциплины
 - ✓ перед строгим учителем и т. п.
- Страх школы может быть источником упорных отказов от посещения школы и школьной дезадаптации

Ночные страхи

- состояния выраженного страха и двигательного возбуждения на фоне суженного или помраченного сознания
- возникают преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возраста (Nissen G., 1980)
- возникают во время ночного сна и в последующем амнезируются
- нередко ночные страхи сопровождаются снохождением и обманами восприятия
- у мальчиков они встречаются вдвое чаще, чем у девочек (Gollnitz G., 1970)

Ночные страхи (продолжение)

- Ребенок при ночном страхе двигательльно беспокоен, кричит, плачет
- Мимика выражает сильный страх
- Отдельные высказывания: «Боюсь, прогони его!»—свидетельствуют об устрашающих сновидениях или галлюцинациях
- Часто ребенок зовет мать, но, как правило, не узнает ее и не отвечает на ее расспросы, а иногда и отталкивает ее от себя
- Нередко дети садятся в постели, встают, совершая привычные автоматизированные движения (одеваются, раздеваются, умываются и т. п.)
- Попытки разбудить или успокоить ребенка безуспешны
- Подобные состояния длятся 15— 20 мин, сменяясь сном
- Ночные страхи склонны к повторению

Ночные страхи (окончание)

- Психопатология ночных страхов разработана недостаточно
- Выделяют ночные страхи(Ковалев В. В., 1979):
 - ✓ сверхценного содержания, связанные с пережитыми психотравмирующими моментами
 - ✓ бредовые страхи
 - ✓ психопатологически недифференцированные страхи
 - ✓ пароксизмальные ночные страхи
- Три первых типа ночных страхов принципиально не отличаются от аналогичных страхов в состоянии бодрствования и наблюдаются при тех же заболеваниях

Дисфория

- Сниженное настроение с оттенком раздражительности и злобности
- Недовольство собой и окружающими
- Нередко агрессивность
- Начиная с дошкольного возраста часто встречается у детей
- Отмечается при эпилепсии, при травматических поражениях головного мозга, при некоторых психопатиях

Тревога

- Тревога – отрицательная эмоция, как правило, неопределенного содержания, направленная в будущее
- **Протопатическая тревога** —бессодержательная и неосознанная эмоция
- ✓ встречается при органических заболеваниях головного мозга, сосудистых, инфекционных, интоксикационных психозах
- **Эпикритическая тревога** —характеризуется осознанием больным ее причины
- ✓ наблюдается при психогенных реактивных состояниях. Встречается у больных с бредом угрожающего содержания

Гипотимии

Депрессивный синдром

- Аффективный синдром, в основе которого лежит **сниженное** – угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное – **настроение**
- Классический депрессивный синдром (депрессивная триада) :
 - тоскливое настроение
 - идеаторная (мыслительная) заторможенность
 - двигательная (моторная) заторможенность
- **А также:**
 - снижение витального тонуса
 - идеи неполноценности и самоуничтожения
 - разнообразные соматовегетативные расстройства (сухость слизистых, снижение аппетита, запоры, аменоррея и др.)

Особенности депрессивного синдрома в детском и подростковом возрасте

- Крайне редко соответствует классическим описаниям
- Выступает в диспропорциональной, атипичной и часто «маскированной» форме
- Часто скрывается за фасадом детских капризов, соматических, поведенческих, неврозоподобных и временных интеллектуальных нарушений
- В то же время депрессии выступают в многообразных типологических вариантах, сопоставимых с таковыми у взрослых

Депрессия анаклитическая

(от греч. *anaklisis* – «отсутствие опоры»)

- Тяжелая и прогрессирующая депрессия у детей первых лет жизни, лишившихся матери и не имеющих заменяющего ее лица
- Через 3 – 4 недели после внезапного отрыва от матери дети становятся:

✓ плаксивыми

✓ боязливыми

✓ раздраженными

✓ появляются расстройства сна и аппетита

Депрессия анаклитическая (продолжение)

- Взгляды на динамику и прогноз анаклитической депрессии различны
- В одних случаях возобновление контакта с матерью или установление контакта с заменяющим ее лицом приводит к постепенной редукции симптоматики
- В других, несмотря на хороший уход, наблюдается:
 - ✓ замедление физического и психического развития
 - ✓ повышенная подверженность инфекционным заболеваниям
 - ✓ дети становятся неконтактными, подавленными и апатичными

Депрессия анаклитическая (окончание)

- В отдельных случаях наступают:
 - ✓ физическая истощенность
 - ✓ резкая заторможенность
 - ✓ остановка психического развития
- или
- ✓ постоянное возбуждение, угрожающее ребенку гибелью

Депрессивные эквиваленты

- Вариант депрессивного синдрома, при котором его психопатологический компонент редуцирован практически до неразличимости:
- ✓ «депрессия без депрессии»
- ✓ «маскированная депрессия»
- ✓ «ларвированная депрессия»
- Различные нарушения в соматической и вегетативной сфере в рамках депрессии
- Отсутствие психопатологически различимых признаков собственно депрессивных расстройств

Депрессивные эквиваленты

(окончание)

- больные обычно подолгу лечатся у врачей различных специальностей
- подвергаются даже повторным оперативным вмешательствам
- психиатром депрессивные эквиваленты выявляются, как правило, ретроспективно, когда пациенты обращаются к нему с уже более или менее отчетливыми симптомами депрессии

Особенности патологии эмоций у детей

- Часто и легко возникают под влиянием экзогенных вредностей:

✓ эмоциональная лабильность

✓ аффективная неустойчивость

✓ тревога, страх

или

✓ апатия и бездеятельность

Особенности патологии эмоций у детей (окончание)

- В связи с аффективным напряжением часты расстройства сознания
- Для маниакальных и депрессивных состояний характерны:

✓ стертость

✓ кратковременность

✓ атипичность

Список вопросов для самопроверки

1. Каковы главные симптомы депрессии?
2. Дайте определение амбивалентности.
3. Какова структура маниакального синдрома?
4. Дайте определение страху.
5. Опишите особенности депрессивного синдрома в детском и подростковом возрасте.