***1. Классификация и определения нарушений эмоций.***

Эмоции – это процессы и состояния в форме непосредственного переживания действующих на индивида явлений и событий.

*Расстройства эмоциональных состояний и свойств*.

(1) По силе

1. Сензитивность (эмоциональная гиперестезия → ↑эмоциональная чувствительность, ранимость.
2. Эмоциональная холодность (нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодного отношения)
3. Эмоциональная тупость (слабость, обеднение эмоциональных проявлений → безучастность).
4. Апатия (безразличие, полное отсутствие чувств).

(2) По адекватности

1. Эмоциональная амбивалентность (одновременные антогонистические эмоций)
2. Эмоциональная неадекватность (эмоции, не соответствующей качественно раздражителю)

(3) По устойчивости

1. Эмоциональная лабильность (патологически неустойчивое настроение)
2. Эксплозивность (↑эмоциональная возбудимость → агрессия)
3. Слабодушие (легко колеблющегося настроения + слезливость, сентиментальность)

*Расстройства настроения*.

(1) Патологически ↑настроение.

1. Гипертимия (маниакально ↑настроение с двигательным беспокойством).
2. Эйфория (болезненно ↑настроение с чувством удовольствия, комфорта, благополучия)
3. Мория (веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, плоскими и грубыми шутками + деменция)
4. Экстаз (гипертимия с восторгом, исступлением, чувством прозрения + кататония/онейроид)

(2) Патологически ↓настроение

1. Гипотимия (болезненно ↓настроение, грусть, печаль, уныние, безысходность, суицидальные наклонности)
2. Дисфория (болезненно ↓настроение + раздражительно-тоскливо-злобный аффект → агрессия)
3. Тревога (гипотимия + ожиданием несчастья, чувством внутреннего напряжения, отчаяние → иногда психомоторное возбуждение)
4. Страх (переживание сиюминутной опасности + непосредственная угроза жизни)

*Синдромы, связанные с расстройством эмоций*.

* 1. Депрессивный синдром – триада – выраженная тоска (душевная боль) + подавленное мрачное настроение с оттенком витальности (тяжесть в области сердца, средостения или эпигастрии) + интеллектуальная / моторная заторможенность. Дополнительно: пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего → голотимные сверхценные/бредовые идеи виновности, самоунижения, греховности, ↓самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, идентичности → суицидальные мысли и действия / расстройства сна (бессонница, агнозии сна, частые пробуждения). Уточнения: Звенья: эмоциональное → тоска, тревога и апатия; идеаторное → фиксированность, брадифрения, псевдодеменция; вегетативное → (триада Протопопова) тахикардия, мидриаз, запоры, витальных эмоций → обезличенность», «чувство отсутствия мыслей», «отрешенность». Варианты: *меланхолическая* (тоскливая, «классическая», эндогенная), *тревожная* (депрессивная триада, + ↑тревоги и двигательное беспокойство → ажитированная депрессия), *апатическая* (↓побуждений, сонливость, ступоры), *астено-депрессивный с-м* (↑истощаемость), *депрессивно-ипохондрический с-м* (поиск болезней + ↑соматизации), *депрессивно-параноидный с-м* (заторможенность, систематизированный бред преследования), *с-м Котара* (парафрения → «все внутри сгнило»), *депрессивно-деперсонализационный с-м* («скорбное бесчувствие»), *маски депрессии* (соматизированные варианты).

(2) Маниакальный синдром: триада – эйфория + ускорение ассоциативных процессов + двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Характеры: отвлекаемость, ↑половое влечение (больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания), нет соматических жалоб («душевный подъем», ↑физических сил, переоценка возможностей).

2. ***Первичная (генуинная) и вторичная (симптоматическая) эпилепсия. Пароксизм, его клиническая характеристика.***

По этиологическими признакам выделяет 3 типа эпилепсии: идиопатическая (генуинная) → наследственность; симптоматическая → гетерогенное заболевание с установленной этиологии (болезнь головного мозга) и криптогенная (генетический фактор отсутствует любое заболевание ГМ отсутствует).

Клинической характеристикой эпилептического припадка (пароксизма) являются: (1) *внезапное появление* (в любое время суток, неожиданно), (2) *кратковременность* (как правило, пароксизм длится от нескольких секунд до нескольких минут), (3) *самостоятельное устранение* (приступ прекращается самопроизвольно), (4) *повторяемость с тенденцией к учащению*, (5) *"фотографическое" сходство припадка* (проявления каждого следующего пароксизма практически полностью совпадают с предыдущими припадками).

***3. Медицинская помощь при алкогольном абстинентном состоянии.***

Алкогольный абстинентный синдром – комплекс вегетативных, соматоневрологических + психических нарушений при неупотреблении после долгого пьянства. Начало – 6-48 часов → 2-14 дней длительность → возможна смерть.

*Лечение*: в/в капельное вливание солевых растворов, витаминотерапия, дезинтоксикация + бензодиазепины (↓уменьшают тревожность, снотворный и противосудорожный эффект) + холинолитики (↓вегетатики) + психотерапия.

***1. Классификация та обозначение нарушений эмоций***

Классификация нарушений эмоций и чувств.

1.Нарушение силы эмоций

1)Патологическое усиление: а) гипертимия б) эйфория в) гипотимия г) экстаз д) депрессия е) тревога

ж) гневливость

2)Патологическое ослабление : а) паралич эмоций б) апатия

в) эмоциональное уплощение г) эмоциональная тупость.

2.Нарушение подвижности эмоций:

1)слабодушие (недержание эмоций)

2)лабильность

3)инертность (застреваемость) эмоциональных переживаний.

4)эксплозивность

3.Нарушение адекватности эмоций:

1)неадекватность

2)амбивалентность

3)фобии

4)дисфории

5)дистимии

6)патологический аффект.

Синдромы нарушений эмоций.

1.Депрессивный (меланхолический) синдром.

2.Маниакальный синдром.

3.Генерализованное тревожное расстройство

4.Паническое расстройство

5.Фобические расстройства

**Гипертимия** – веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении проблем. Сопровождается живой, быстро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро появляющихся и исчезающих эмоций. Проявление мимических реакций часто утрированно, чрезмерно бурно и ярко. Выразительные действия усилены, ускорены, быстро меняются, достигая в ряде случаев маниакального возбуждения.

**Эйфория** – патологически повышенное настроение, нередко возникает вне связи с окружающей действительностью, физическим состоянием самого больного. Обычно отмечается при маниакальных состояниях, а также

некоторых тяжелых заболеваниях (туберкулез, болезни сердца). При органических процессах нередко эйфория имеет нелепый, дурашливый характер (мореоподобное и гебефреническое состояние). Входит в структуру маниакальных, маниакально-бредовых,онейроидного, парафренного синдромов, алкогольного, наркотического и токсического опьянения.

**Мория** *-* характерно сочетание подъема настроения с расторможенностью влечения, дурашливостью, плоскими нелепыми шутками, иногда на фоне обнубиляции сознания. Наблюдается чаще при поражении лобных долей мозга.

**Гипотимия** - сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимаются только в мрачных тонах.

**Депрессия** *-* патологически подавленное, меланхолическое, тоскливое настроение, глубокая печаль, уныние. Нередко сопровождается различными физическими тягостными ощущениями, чувством стеснения тяжестью в области сердца (предсердечная тоска). Наблюдается при депрессивной фаземаниакально-депрессивногопсихоза, пресенильном психозе, реактивных психозах, шизофрении. В ряде случаев больные утрачивают чувства, становятся безразличными к людям и событиям, которые раньше вызывали у них выраженные эмоции. Такое отсутствие привычных эмоций вызывает мучительное чувство опустошенности, тяжело переживается больными, вызывает у них подавленное настроение (болезненная анестезия психики). Болезненная анестезия наблюдается приманиакально-депрессивномпсихозе, инволюционной депрессии, циркулярной форме шизофрении. Иногда мучительное чувство безысходной тоски сопровождается возбуждением (ажитированная депрессия или меланхолический врыв).

**Тревога** *–* переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу. Входит в структуру невротических,тревожно-депрессивных,острых бредовых, аффективнобредовых синдромов и синдромов помрачения сознания.

**Гневливость** *–* высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающими со склонностью к агрессии, разрушительным действиям. Входит в структуру дисфории, сумеречных состояний сознания, психоорганического синдрома.

**Апатия** *-* ослабление эмоций, болезненно переживаемые безучастность и безразличие к окружающему и своему поведению. Больные не интересуются окружающим, не высказывают никаких желаний. Обычно сочетается с резким падением психической, волевой активности. Может наблюдаться при интоксикациях, после травм черепа, инфекционных заболеваний.

**Эмоциональное уплощение** – утрата тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, способность сопереживать. Больные становятся назойливыми, бесцеремонными. Наблюдается при алкоголизме, наркоманиях.

**Эмоциональная тупость –** стойкое и полное безразличие, особенно к страданиям других людей. Ослабление эмоциональных проявлений касается как высших, так и низших эмоций, связанных с инстинктами. Такие больные равнодушны к болезни, они не переживают по поводу болезни и смерти родителей, детей. Характерна для шизофрении.

**Паралич эмоций** *–* чувство полной опустошенности, безразличия, возникающее при действии внезапных тяжелых психических травм. Обычно носит кратковременный характер.

**Лабильность эмоций** *–* легкая смена эмоций, быстрый переход от одной эмоции к другой, сочетается со значительной выраженностью эмоциональных реакций. Обычно наблюдается при истерической психопатии.

Слабодушие, эмоциональная слабость ***-* проявляется неустойчивостью настроения, «недержанием» эмоций, когда ослабевает способность человека управлять своими чувствами. Особенно трудно больным сдержать слезы в минуты умиления, сентиментального настроения. Колебания настроения, переход от отрицательных к положительным эмоциям и наоборот совершается под влиянием незначительных поводов, что свидетельствует о повышенной эмоциональной чувствительности. Наблюдается при состоянии астении, в период реконвалесценции после соматических болезней, черепно-мозговыхтравм, в начальной стадии сифилиса мозга, прогрессивного паралича, но особенно часто встречается при церебральном атеросклерозе.**

**Тугоподвижность** (инертность, ригидность) – характеризуется длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез. Входит в структуру эпилептических изменений личности, психоорганического синдрома.

**Эксплозивность** (англ. explosive - вспыльчивость)**–** недержание аффекта. Обнаруживается при дисфориях и выражается сильными, неадекватными поводу, их вызвавшему, эмоциональными, а иногда и двигательными реакциями.

**Неадекватность эмоций** *-* несоответствие эмоциональных реакций внешним ситуациям, их вызвавшим, или высказываниям самого больного. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

**Амбивалентность** *-* возникновение к одному и тому же объекту одновременно двух противоположных чувств (например, любви и ненависти). Обычно наблюдается при шизофрении.

**Фобии** *–* навязчивые страхи, характеризующиеся критическим отношением больного к ним, стремлением от них избавиться (например: навязчивый страх высоты, открытого пространства, страх заражения и пр.). Чаще наблюдается при прочих навязчивых состояниях (мысли, влечения,

действия) у больного неврозом навязчивости, иногда в начальных стадиях атеросклероза, при шизофрении.

Разновидности навязчивых страхов (фобий):

✓Агорафобия – навязчивая боязнь площадей, широких улиц.

✓Аэрофобия – навязчивый страх движущегося воздуха.

✓Акарофобия – навязчивый страх заболеть чесоткой.

✓Алгофобия – навязчивый страх боли.

✓Астрофобия – навязчивый страх грома, молнии.

✓Вертигофобия – навязчивый страх головокружения.

✓Вомитофобия – навязчивый страх рвоты.

✓Гематофобия – навязчивый страх крови.

✓Гидрофобия – навязчивый страх воды.

✓Гинекофобия – навязчивый страх женщин.

✓Клаустрофобия - навязчивый страх тесноты, маленьких помещений.

✓Никтофобия – навязчивый страх темноты.

✓Нозофобия – навязчивая боязнь болезни.

✓Канцерофобия – навязчивый страх заболеть раковой опухолью.

✓Сифилофобия – навязчивый страх заболеть сифилисом.

✓Спидофобия – навязчивый страх заболеть спидом.

✓Радиофобия – навязчивый страх заболеть болезнью, связанной с воздействием радиации.

✓Оксифобия – навязчивая боязнь острых предметов.

✓Октофобия – навязчивый страх пищи.

✓Танатофобия – навязчивый страх смерти.

✓Фобофобия – навязчивый страх страха.

**Дистимия** *–* это кратковременное (в течении нескольких часов или

дней) расстройство настроения в виде депрессивно-тревожногос гневливостью, недовольством, раздражительностью.

**Дисфория** *–* внезапно возникающее, немотивированное расстройство эмоций, характеризующееся напряженнымтоскливо-злобнымнастроением с выраженной раздражительностью и склонностью к аффектам гнева с агрессией. Наиболее часто отмечается при эпилепсии, наблюдается также при органических заболеваниях нервной системы и при психопатии возбудимого типа.

Нарушения эмоций сопровождаются изменениями мимики и выразительных движений.

**Гипермимия** – проявление мимических реакций утрировано, бурно и ярко. Выразительные движения усилены, ускорены, быстро меняются.

**Амимия, гипомимия –** обеднение мимики, застывшее выражение лица. Выразительные движения замедлены.

**Парамимия** *–* неадекватность мимики и выразительных действий ситуации. В одних случаях это проявляется улыбкой на похоронах, слезами и гримасами, плачем при торжественных и приятных событиях. В других случаях мимические реакции не соответствуюткаким-либопереживаниям –

это различные гримасы. Например, больной зажмуривает глаза и открывает рот, морщит лоб, надувает щеки и т.д.

Синдромы эмоциональных расстройств

Наиболее частыми являются синдромы депрессивный и маниакальный, для которых характерна триада, состоящая из расстройств настроения, двигательных нарушений и изменений течения ассоциативных процессов. Характерны также нарушения внимания, сна аппетита.

Депрессивный синдром

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимических расстройств велик – от легкой подавленности, грусти, депримированости до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках – настоящее, будущее, прошлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердечная тоска».

Замедление ассоциативного процесса проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направленности мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедлены, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной обездвиженности (депрессивный ступор).

Для психотического варианта депрессивного синдрома характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

Депрессивный синдром обычно сопровождается выраженными вегетативно-соматическиминарушениями: тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями артериального давления с тенденцией к гипертензии, нарушениями со стороныжелудочно-кишечноготракта, потерей аппетита, снижением массы тела, упорными запорами, эндокринными расстройствами.

В последние годы нередко врачи обнаруживают у больных так называемые «скрытые», «маскированные» депрессии, при которых эмоциональный компонент депрессивного синдрома выражен незначительно, а превалируют сомато-вегетативвныенарушения. «Маски депрессии» могут иметь различные клинические формы:

*1.«Маски» в форме психопатологических расстройств:тревожнофобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия), обсессивно-компульсивные (навязчивости), ипохондрические, неврастенические.*

*2.«Маски» в форме нарушения биологического ритма:бессонница, гиперсомния.*

*3.«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:синдром вегетососудистой дистонии, головокружение, функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.) нейродермит, кожный зуд, анорексия, булимия, импотенция, нарушения менструального цикла.*

4.*«Маски» в форме алгий*: цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии, фибромиалгии, невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия,пояснично-крестцовыйрадикулит), спондилоалгии, псевдоревматические арталгии.

*5.«Маски» в форме патохарактерологических расстройств: расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания), антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии),*

истерические реакции При диагностике «скрытых депрессий» необходимо учитывать

следующие их признаки:

1.Субъективно неприятные переживания наиболее выражены утром.

2.Полиморфизм, неопределенность, обилие упорных соматовегетативных жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни.

3.Расстройство витальных функций (сна, аппетита, месячных, потенции, потеря веса).

4.Периодичность расстройств, спонтанность их возникновения и исчезновения.

5.Сезонность – чаще весной и осенью.

6.При применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматического заболевания.

7.Отсутствие эффекта от соматической терапии.

8.Больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у врачей

различных специальностей, и несмотря на неудачи в лечении, упорно продолжая посещать врачей.

Наблюдается маскированная депрессия в различных вариантах при депрессивной фазе маниакально-депрессивногопсихоза, пресенильных и реактивных депрессиях, шизофрении, соматогенных психозах (в сочетании с астенией, тревогой, тоской).

Маниакальный синдром.

Характерна маниакальная триада: эйфория (неадекватно повышенное настроение), ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности.

Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические сведения. Несмотря на то, что больной говорит без умолку и охотно беседует с врачом, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоциации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматически жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии они склонны переоценивают свои способности и возможности.

Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания.

Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями.

Различные варианты маниакального синдрома встречаются при маниакально-депрессивномпсихозе, а также шизофрении, затяжных симптоматических психозах, послечерепно-мозговыхтравм, при прогрессивном параличе, при острых интоксикациях.

Генерализованное тревожное расстройство **проявляется жалобами на внутреннее напряжение, тревогу, предчувствие грозящей беды, не связанные с какими-то определенными обстоятельствами. Характерны беспокойство и непоседливость, трудности сосредоточения, мышечное напряжение, дрожь, разнообразные вегетативные нарушения.**

***Паническое расстройство* -** эпизодическая пароксизмальная тревога, возникающая внезапно, преимущественно в ночное время, приступы мучительной тревоги со страхом смерти, ощущением нехватки воздуха, тахикардией, подташниванием, чувством онемения конечностей, жара или холода, холодным потом, продолжающиеся до часа и более.

**Фобические расстройства** - периодически возникающие приступы страха, имеющегоконкретно-чувственноесодержание: внезапную остановку сердца, потерю сознания, несчастный случай и пр., в которых проявляется психологическая защита от неосознаваемого больным конфликта личности. Приступы бывают приурочены к определенной ситуации: пребывание в одиночестве, в замкнутом пространстве, в толпе народа, при переходе улицы, при поездке в общественном транспорте и т. п., но редко возникают в медицинском учреждении, в присутствии врача. Сопровождаются вегетативными симптомами.*Социальные фобии* связаны с боязнью попасть в неловкую ситуацию перед другими людьми: покраснеть, показаться смешным, в связи с чем больной избегает многолюдных мест, публичных выступлений и т.д.

*Сравнительно-возрастныеособенности маниакального синдрома.*

Удетей в дошкольном и младшем школьном возрасте можно думать о гипоманиакальном состоянии только в тех случаях, когда приподнятое настроение с эйфорией и грубыми нарушениями поведения продолжается длительное время. В этом возрасте гипомания может проявляться в двигательной расторможенности, суетливости, непослушании, упрямстве, многоречивости.

В младшем пубертатном и пубертатном возрасте эйфорическое настроение бывает при маниакальном состоянии достаточно отчетливым, но ведущими остаются нарушения поведения. Больные двигательно активны, агрессивны, драчливы, сексуально расторможены, прожорливы.

Устарших подростков маниакальные состояния подобны таким же расстройствам, наблюдаемым у взрослых.

Сравнительновозрастные особенности депрессивного синдрома.

В более раннем возрасте депрессии проявляются вялостью, двигательным беспокойством, нарушением аппетита, наблюдается потеря массы тела, нарушение ритма сна.

Депрессивные состояния могут возникнуть при эмоциональной депривации, лишении ребенка контакта с матерью. Такие состояния чаще обозначаются как «анаклитическая депрессия».

Анаклитическая депрессия возникает у детей в возрасте 6-12мес., разлученных с матерью и находящихся в плохих условиях существования, проявляется адинамией, анорексией, снижением или исчезновением реакции на внешние раздражители, задержкой развития психики и моторики.

У детей раннего возраста выделяют адинамическую и тревожную депрессии. Адинамическая депрессия проявляется вялостью, медлительностью, монотонностью, безрадостным настроением, тревожной плаксивостью, капризностью, негативизмом, двигательным беспокойством.

Вдошкольном возрасте преобладают вегетативные и двигательные расстройства, но внешний вид детей свидетельствует о пониженном настроении: страдальческое выражение лица, позы, тихий голос.

У детей младшего дошкольного возраста на первый план выступают нарушения поведения: вялость, замкнутость, потеря интереса к играм, трудности в усвоении школьного материала.

Впубертатном возрасте уже обнаруживается депрессивный эффект, который сочетается с выраженными вегетативными расстройствами: головными болями, нарушениями сна, аппетита, запорами, стойкими ипохондрическими жалобами. У мальчиков часто преобладает раздражительность, у девочек – подавленность, слезливость, вялость.

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны. Они имеют большое диагностическое значение при определении патологии собственно эмоциональной сферы, а также остроты, выраженности психопатологических синдромов. Выделяется пять основных типов патологического эмоционального реагирования.

Еататнмный тип возникает при определенных жизненных ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение (т. е. в стрессовых ситуациях). Эти реакции относительно кратковременны, лабильны, имеют психогенную обусловленность и содержание. По такому типу возникают и развиваются неврозы и реактивные психозы.

Голотимпый тип определяется наличием полярности психопатологических состояний, первичностью (эндогенной обусловленностью) их, относительной устойчивостью и периодичностью возникновения. Субъективное состояние и окружающая обстановка при этом подвергаются сверхценной или бредовой интерпретации, содержание которой совпадает с доминирующим эмоциональным состоянием. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эндогенным психозам (маниакально-депрессивный психоз, некоторые инволюционные психозы, шизофрения).

Шаратимный тип характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности. Он встречается при ишзофрении.

Эксплозивный тип патологического эмоционального реагирования отличается сочетанием инертности, тугопод-вижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью. Эмоциональные реакции внезапно начинаются и быстро заканчиваются, носят признаки пароксиз-мальности. При этом доминируют злобно-тоскливое настроение, страх или восторженно-приподнятое состояние. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эпилепсии, некоторым органическим заболеваниям головного мозга.

Дементный тип сочетается с нарастающими признаками слабоумия. Отмечается расторможенность низших, импульсивных влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, гипобулия, гиподинамия, аспонтанность с грубой некритичностью. Такой тип эмоциональной патологии свойствен прогрессирующим ослабоумливающим заболеваниям (старческое слабоумие, атеросклероз сосудов головного мозга, пресенильные деменции, прогрессивный паралич и др.).

Эмоциональные расстройства по симптоматологии делятся на продуктивные и негативные (рис. 16).

Продуктивные эмоциональные расстройства.

Патология чувственного тона включает эмоциональные гиперестезию и гипестезию.

Эмоциональная гиперестезия — нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно обостренной эмоциональной окраской. Возникает при понижении порога эмоционального реагирования и обычно сочетается с гипераку-зией, гиперосмией, сенестопатиями.

Эмоциональная гипестезия — это нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно ослабленной эмоциональной окраской. Возникает при повышении порога эмоционального реагирования.

Входит в структуру дереализационных и деперсонализа-ционных расстройств.

Патология эмоциональных состояний, отношений, реакций состоит из гипотимии, гипертимии, паратимий и нарушений динамики эмоций.

Гипотимия

Тоска — эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов. Тоска, сопровождающаяся характерными тягостными ощущениями мучительного сжатия, стеснения за грудиной, в области сердца, называется предсердечной (витальной).

Входит в структуру депрессивных, невротических и депрессивно-параноидных, онейроидных синдромов, дисфории.

Тревога — эмоциональное состояние или реакция, характеризующаяся внутренним волнением, беспокойстюм, стеснением и напряжением, локализованными в груди. Сопровождается предчувствием и боязливым ожиданием надвигающейся беды, пессимистическими опасениями, обращенными в будущее. В отличие от тоски тревога является активирующим аффектом.

Входит в структуру невротических, тревожно-депрессивных, острых бредовых, аффективно-бредовых синдромов и помрачений сознания.

Растерянность — изменчивое, лабильное эмоциональное состояние с переживанием недоумения, беспомощности.

Входит в структуру синдромов помрачения сознания, атипичных аффективных, аффективно-параноидных, острых бредовых синдромах, отражая особую их остроту.

Страх — эмоциональное состояние или реакция, содержанием которых являются опасения о своем благополучии или жизни.

Входит в структуру фобического, острых бредовых синдромов, острого галлюциноза, помрачений сознания, гипотала-мических пароксизмов, ночных и дневных страхов у детей.

Гипертимия

Эйфория — эмоциональное состояние с преобладанием ощущения радости, «лучезарности», «солнечности» бытия, жизненного счастья, с повышенным стремлением к деятельности.

Входит в структуру маниакальных, маниакально-бредовых, онейроидного, парафренного синдромов, алкогольного и некоторых форм наркоманического и токсикоманического опьянения.

Благодушие — эмоциональное состояние с оттенком довольства, беспечности без стремления к деятельности.

Входит в структуру паралитического, псевдопаралитического, психоорганического, Корсаковского синдромов и некоторых видов синдромов деменции.

Экстаз — эмоциональное состояние с наивысшей приподнятостью, экзальтацией, часто с религиозным мистическим оттенком переживаний.

Входит в структуру синдрома особых состояний сознания, атипичного маниакального синдрома, онеироидного состояния сознания.

Гневливость — высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающим со склонностью к агрессии, разрушительным действиям.

Входит в структуру дисфории, сумеречных состояний сознания, психоорганического и атипичного маниакального синдромов.

Паратимия

Амбивалентность — одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же факта, объекта, события.

Эмоциональная неадекватность — качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу. Одним из вариантов эмоциональной неадекватности является фамильная ненависть.

Оба симптома входят в структуру кататонических и негативных личностных расстройств. Если эмоциональная неадекватность проявляется немотивированной веселостью, беспечностью с оттенком дурашливости, детской шаловливости, шутовства, неадекватных ситуации, то говорят о гебеф-ренности.

Симптом «стекла и дерева» — сочетание эмоционального притупления с повышенной ранимостью, чувствительностью, душевной хрупкостью. При этом сила и качество эмоциональной реакции не соответствуют значимости раздражителя.

Входит в структуру начальных негативных личностных расстройств при шизофрении.

Нарушения динамики эмоций

Эмоциональная лабильность — быстрая и частая смена полярности эмоций, возникающая без достаточного основания, порой беспричинно.

Характерна для синдромов астенического, абстинентных, помрачения сознания, истерических проявлений, делирия.

Тугоподвижнооть (инертность, ригидность) — протрагирование эмоциональной реакции, проявляющееся длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез.

Входит в структуру эпилептических изменений личности, психоорганического синдрома.

Слабодушие — невозможность сдержать внешние, контролируемые волевым усилием, проявления эмоциональных реакций.

Входит в структуру невротических и психоорганического синдромов, истерических проявлений.

Негативные эмоциональные расстройства.

Имеются следующие варианты:

Негативные расстройства, оцениваемые по экстенсивности эмоциональных проявлений

Сужение эмоционального резонанса — уменьшение экстенсивности (распространенности) эмоциональных реакций, сужение их спектра, проявляющиеся в уменьшении набора объектов, ситуаций, потребностей, видов деятельности, на которые субъект ранее эмоционально реагировал.

Эмоциональная патологическая инверсия — крайняя степень сужения эмоционального резонанса с направленностью реагирования на внутренние утилитарно-гедонические потребности.

Негативные расстройства, оцениваемые по интенсивности эмоциональных проявлений

Эмоциональная нивелировка — исчезновение дифференцированного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту. Оно проявляется в уравнивании выраженности эмоциональных реакций на объекты, события, ситуации, потребности, виды деятельности различной значимости.

Побледнение эмоций — снижение интенсивности (силы) эмоциональных проявлений, сопровождающееся уменьшением выразительности (экспрессивности) мимики и жестов.

Эмоциональная тупость — бесчувственность, безразличие, полная эмоциональная опустошенность («паралич эмоций») с исчезновением адекватных эмоциональных реакций.

Все вышеописанные негативные расстройства, оцениваемые и по экстенсивности, и по интенсивности проявлений, встречаются при апатико-абулическом синдроме различной степени выраженности.

***2. Первичная (генуинна) и вторичная (симптоматическая) эпилепсия. Пароксизм, его клиническая характеристика.***

Классификация по этиологическими признакам выделяет 3 типа эпилепсии идиопатическая (Генуинна), основная причина которой - наследственность; симптоматическая - гетерогенное заболевания с установленной этиологии (болезнь головного мозга) и криптогенная, по которой генетический фактор отсутствует и не выявлен любое заболевание головного мозга.

Клинической характеристикой эпилептического припадка (пароксизма) являются: а) внезапное появление (в любое время суток, неожиданно,независимо от ситуации); б) кратковременность (как правило, пароксизм длится от нескольких секунд до нескольких минут) в) самостоятельное устранение (приступ прекращается самопроизвольно) г)повторяемость с тенденцией к учащению; д) "фотографическая" сходство нападений (Клинические проявления каждого следующего пароксизма практически полностью совпадают с предыдущими нападениями).

***3. Медицинская помощь при алкогольном абстинентном состоянии.***

Лечение

Схема лечения абстинентного синдрома включает в себя внутривенное капельное вливание солевых растворов, витаминотерапию, дезинтоксикационную терапию. Также больным назначаются средства для восстановления функций различных органов и улучшения деятельности нервной системы. Больным назначают бензодиазепины – препараты, которые уменьшают тревожность, обладают успокоительным, снотворным и противосудорожным действием, а также устраняют вегетативные нарушения. Для предупреждения возникновения последующих запоев таким больным проводят лечение алкогольной зависимости и назначают психотерапевтическое лечение.