

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**Факультет №6
Кафедра соціології та психології**

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «**Основи психіатрії**»
вибіркових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №7 «Розлади емоцій та почуттів»

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 р. №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 р. №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2023 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент
Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А.

План лекції. (4 год)

1. Поняття та функції емоцій.
2. Види емоцій.
3. Фізіологічні основи емоцій та почуттів.
4. Класифікації порушень емоцій та почуттів.
5. Патологічне посилення емоцій.
6. Патологічне ослаблення емоцій.
7. Порушення рухливості емоцій.
8. Неадекватність емоцій.
9. Синдроми емоційних розладів.

Рекомендована література

Основна:

1. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва. К.: ВСВ «Медицина», 2019. 344 с.
2. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва. К.: ВСВ «Медицина», 2019. 344 с.
3. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
4. Психіатрія і наркологія: підручник / Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Н.Ю. Напрєєнко ; за ред. О.К. Напрєєнка. 3-є вид., випр. К. : ВСВ «Медицина», 2017. 424 с.

Допоміжна:

1. Левенець І. В. Судова психіатрія: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. 328 с.
2. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напрєєнка, В. В. Домбровської. *Новини української психіатрії*. Харків, 2013.
3. Кузнєцов В.М. Невідкладна допомога в психіатрії / В кн.: Швидка та невідкладна медична допомога / За ред. проф. І.С. Зозулі, І.С. Чекмана. К: Здоров'я, 2002. С.514 -532.
4. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2016. 368 с.

Текст лекції.

Питання 1. Поняття та функції емоцій.

Емоції - це суб'єктивні переживання, що забарвлюють усю психічну діяльність людини і відображують її ставлення до навколишнього і до самого себе. Це переживання приємного і неприємного, що супроводжують

сприйняття себе і навколишнього світу, розумову діяльність, задоволення потреб, міжособистісні контакти.

Розрізняють такі **функції емоцій**:

- оцінювальна (відображайна або сигнальна);
- переключення або регуляції;
- підкріплювальна;
- компенсаторна (замісна).

З погляду психофізіології - почуття є стійкими умовно-рефлекторними утвореннями, що становлять основу афективних вольових реакцій людини на зовнішнє та внутрішнє середовище.

Емоції людини виражаються одночасно у:

- специфічних суб'єктивних переживаннях;
- поведінці;
- фізіологічних змінах в організмі.

Зовнішнім проявом емоцій є міміка, пантоміміка, вираз очей, темп речі, тембр голосу. Хоча у формуванні емоцій велике значення мають підкіркові утворення, однак більшість емоцій виникає під дією стимулів через кортикальні механізми. Біологічна теорія емоцій (П.К. Анохін) зазначає, що позитивні емоції виникають при задоволенні потреби (нижчої чи вищої), коли зворотна інформація про результати дії збігається з акцептором даної дії; і навпаки, розбіжність аферентних посилянь про результати дії з акцептором дії створює занепокоєння, почуття незадоволення.

Фізіологічні зміни під впливом емоцій виражаються у вигляді різних сомато вегетативних реакцій. Емоційні реакції завжди супроводжуються змінами обміну речовин, серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем організму. У деяких хворих під впливом патогенно-стресових ситуацій виникають психосоматичні хвороби. Крім того, негативні емоції, що супроводжують соматичні захворювання, зумовлюють виникнення так званих функціональних симптомів.

Питання 2. Види емоцій.

Класифікація емоцій.

1. *За суб'єктивним тоном і ступенем задоволення чи незадоволення потреб:*
 - позитивні (задоволення, радість);
 - негативні (туга, тривога, смуток тощо).
2. *За впливом на діяльність людини:*
 - стенічні, що підвищують активність, енергію, впевненість (наприклад, радість, гнів);
 - астенічні, пригнічують діяльність людини, паралізують волю, призводять до безініціативності, схильності до пасивних захисних реакцій (наприклад, тривога, печаль).
3. *За механізмом виникнення:*
 - реактивні, що виникають під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, людина може назвати причину цих емоцій;
 - вітальні, що пов'язані зі зміною біотонусу організму, функціональних систем, які беруть участь у реалізації емоційних

реакцій; хворий при цьому не може зрозуміти причини виникнення цих емоцій.

4. *За складністю:*

- вищі емоції (почуття) — емоційні переживання, що формуються в процесі соціального життя, суспільних стосунків і трудової діяльності і залежать від соціального середовища, культури і виховання людини. Це почуття моральні (товариськості, патріотизму, обов'язку, чесності тощо), естетичні (виникають під час сприйняття прекрасного чи потворного) і пізнавально-інтелектуальні (почуття допитливості, нового тощо);
- нижчі емоції, що пов'язані із задоволенням чи незадоволенням біологічних потреб, інстинктів.

5. *За тривалістю і силою емоції* поділяють на:

- настрій,
- пристрасть;
- афект.

Питання 3. Фізіологічні основи емоцій та почуттів.

Доведено, що емоційні переживання супроводжуються збудженням підкіркових центрів та фізіологічними процесами у вегетативній нервовій системі, що спричинює зміни в діяльності органів та систем організму. Зокрема, змінюється ритм дихання, серцебиття, травлення, пульс, тиск, розширюються чи звужуються зіниці, активуються процеси потовиділення, почервоніння або збліднення обличчя і т. п.

Звичайно важливу роль в перебігу емоцій та їх виникненні відіграє кора великих півкуль. Тобто емоційна реакція та її перебіг залежить від психічних особливостей індивіда (темперамент, характер, інтелект, система та ієрархія цінностей, переконань, світогляду і т.п.).

Емоційний настрій і емоційна орієнтація в навколишньому середовищі істотною мірою визначається функціями таламуса, гіпоталамуса і лімбічної системи. Деякими дослідженнями було встановлено існування центрів позитивних і негативних емоцій, що дістали назву "центрів насолоди" і "страждання". Цікавим є те, що центри насолоди становлять майже 70% всіх центрів, а тільки 30 % відносяться до страждання.

Велике значення у виникненні емоцій належить ретикулярній формації, яка активно впливає на емоційне життя. Відомо, що збудження від рецепторів в зону відповідного аналізатора поширюється специфічним шляхом. У ході електрофізіологічних досліджень було встановлено, що є ще й інший, неспецифічний шлях — через ретикулярну формацію, в яку із різних органів відчуття надходять нервові стимули. Після перероблення сигнали посилюють у великі півкулі головного мозку. Ретикулярна формація, яка є акумулятором енергії, здатна знижувати і підвищувати активність мозку, посилювати, ослаблювати і гальмувати відповіді на подразники.

Питання 4. Класифікації порушень емоцій та почуттів.

Класифікація порушень емоцій:

1. Патологічне посилення емоцій (гіпертимія; ейфорія; морія; екстаз;

гіпотимія; депресія; тривога; гнівливість).

2. Патологічне ослаблення емоцій (параліч емоцій; апатія; емоційне сплюснення; емоційна тупість).

3. Порушення рухливості емоцій (слабкодухість (нетримання емоцій); лабільність; інертність (застрягання) емоційних переживань; експлозивність).

4. Порушення адекватності емоцій (неадекватність; амбівалентність; фобії; дисфорії; дистимії; патологічний афект).

Синдроми порушення емоцій:

- депресивний (меланхолійний) синдром,
- маніакальний синдром,
- генералізований тривожний розлад, а також
- панічний розлад;
- фобічний розлад.

Питання 5. Патологічне посилення емоцій.

Гіпертимія - веселий, радісний настрій із підвищеною бадьорістю, прекрасним фізичним самопочуттям, легкістю у вирішенні проблем. Супроводжується живою, мінливою мімікою, яка відображає картину емоцій, які швидко з'являються або зникають. Прояви мімічних реакцій часто перебільшені, надмірно бурхливі та яскраві. Дії хворого посилені, прискорені, швидко змінюються, досягаючи в деяких випадках маніакального збудження.

Ейфорія - патологічно підвищений настрій, нерідко виникає поза зв'язком із навколишньою дійсністю, фізичним станом самого хворого. Як правило, відзначається у разі маніакальних станів, а також деяких важких захворювань (туберкульоз, хвороби серця). За наявності органічних процесів ейфорія нерідко має безглуздий характер (моріоподібний і гебефренічний стан). Входить до структури маніакального, маніакально-маревного, онейроїдного, парафренного синдромів, алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння.

Морія - характерне поєднання підвищення настрою із розгальмуванням потягу, пустотливістю, плоскими безглуздими жартами, іноді на тлі обнубіляції свідомості. Спостерігається частіше за умов ураження лобових відділів мозку.

Екстаз - почуття захоплення, незвичайного щастя, іноді в поєднанні з порушеннями свідомості. Спостерігається у разі епілепсії, психопатій.

Гіпотимія - знижений настрій, переживання пригніченості, тужливості, безвихідності. Увага фіксована тільки на негативних подіях сьогодення, минуле і майбутнє сприймаються тільки в похмурих тонах.

Депресія - патологічно пригнічений, меланхолійний, тужливий настрій, глибокий сум, смуток. Нерідко супроводжується різними фізичними тяжкими відчуттями, почуттям стиснення, важкістю в області серця (передсерцева туга). Спостерігається у разі депресивної фази афективного розладу, пресенільного психозу, реактивних психозів, шизофренії. У деяких випадках хворі втрачають почуття, стають байдужими до людей і подій, що раніше викликали у них виражені емоції. Така відсутність звичних емоцій спричинює болісне відчуття спустошеності, важко переживається хворими, викликає у них пригнічений настрій (хвороблива анестезія психіки). Хвороблива анестезія спостерігається у разі афективного розладу, інволюційної депресії, шизоафективного

психозу. Іноді болісне відчуття безвихідної туги супроводжується збудженням (ажитована депресія або меланхолійне збудження).

Тривога - переживання внутрішнього занепокоєння, очікування неприємності, лиха, катастрофи. Почуття тривоги може супроводжуватися руховим занепокоєнням, вегетативними реакціями. Тривога може перерости у паніку, за якої хворі не знаходять собі місця, застигають у жаху, очікують на катастрофу. Входить до структури невротичних, тривожно-депресивних, мктрих маревних, афективно-маревних синдромів і синдромів потьмареннясвідомості.

Гнівливість - вищий ступінь дратівливості, злостивості, незадоволення оточуючими зі схильністю до агресії, руйнівних дій. Входить до структури дисфорії, сутінкових станів свідомості, психоорганічного синдрому.

Питання 6. Патологічне ослаблення емоцій.

Параліч емоцій - короткочасне почуття повної спустошеності, байдужості, що виникає під дією раптових важких психічних травм (шокових - стихійне лихо, катастрофа, важка звістка). Людина не може емоційно відреагувати на ситуацію. При цьому стані спостерігається також уповільнення рухової активності.

Апатія - ослаблення емоцій, байдужість до свого становища, що іноді хворобливо переживається. Хворі не цікавляться навколишнім, не висловлюють ніяких бажань. байдуже ставлення до себе, оточуючих, рідних, близьких і т.д. Як правило, апатія поєднується з вольовими розладами - ослабленням спонукань, інтересів, бездіяльністю, зниженням вольової активності. У цих випадках говорять про апатико-абулічний синдром. Зустрічається при впливі хронічного тривалої дії психотравмуючого фактора, при хронічних інфекційних і соматичних захворюваннях, інтоксыкацій, органічних ураженнях головного мозку.

Емоційне сплющення - втрата тонких диференційованих емоційних реакцій: зникає делікатність, здатність до співчуття. Хворі стають настирливими, безцеремонними. Супроводжується розгальмуванням потягів, брутальністю, неохайністю, зниженням інтересу до роботи і навчання.

Спостерігається у разі алкоголізму, наркоманій.

Емоційне сплющення також може бути одним з перших ознак розвитку шизофренічного процесу. Спостерігається також при органічних ураженнях головного мозку, пухлинах, розладах особистостей (шизоїдний тип).

Емоційна тупість - стійка і повна байдужість, особливо до страждань інших людей. Ослаблення емоційних проявів стосується як вищих, так і нижчих емоцій, пов'язаних з інстинктами. Такі хворі байдужі до хвороби, вони не переживають з приводу хвороби і смерті батьків, дітей. Характерна для шизофренії.

Питання 7. Порушення рухливості емоцій.

Лабільність емоцій - легка зміна емоцій, швидкий перехід від однієї емоції до іншої, поєднується зі значним вираженням емоційних реакцій.

Зустрічається при деяких розладах особистості (істеричному), у судинних хворих. У нормі - у дітей і підлітків.

Малорухомість (інертність, ригідність) - характеризується тривалим застряганням на одній емоції, привід для якої вже зник. в'язкість, тугорухливість, погане переключення емоцій, тривала затримка на будь-яких емоційних переживаннях, частіше - негативних. Зустрічається при епілепсії, психоорганічному синдромі, при деяких розладах особистості (обсесивно-компульсивному, параноїдному).

Слабкодушність, емоційна слабкість — характеризується підвищеною емоційною чутливістю, реактивністю і виснаженням. Виявляється нестійкістю настрою, «нетриманням» емоцій, коли послаблюється здатність людини керувати своїми почуттями. Такі люди легко емоційно відгукуються на будь-які життєві події. Особливо важко хворим стримати сльози в хвилини розчулення, сентиментального настрою. Коливання настрою, перехід від негативних до позитивних емоцій і навпаки відбувається під впливом незначного приводу, що свідчить про підвищену емоційну чуттєвість.

Зустрічається при церебральному атеросклерозі (особливо часто), органічних ураженнях головного мозку (ЧМТ, прогресивному паралічі), при астеничних станах, у період одужання після соматичних хвороб.

Експлозивність (англ. *explosive* - вибуховий) - нетримання афекту. Виявляється у разі дисфорій і виражається сильними, неадекватними приводу, що їх спричинив, емоційними, а іноді і руховими реакціями.

Питання 8. Неадекватність емоцій

Неадекватність емоцій - невідповідність емоційних реакцій зовнішнім ситуаціям, що їх спричинили, чи висловленням самого хворого. Виявляється знаковою парадоксальністю емоцій, при якій людина на позитивну подію реагує негативними емоціями, а на негативну - позитивними. Найчастіше спостерігається у разі шизофренії.

Амбівалентність - виникнення одночасно двох протилежних почуттів (наприклад, любові і ненависті) по відношенню до одного і того самого суб'єкта. Звичайно спостерігається у разі шизофренії.

Патологічні тривога і страх. Спостерігаються в структурі багатьох психічних розладів.

Розрізняють такі види патологічних страхів:

- *іпохондричний страх* - виникає в ситуації, пов'язаної з іпохондричними переживаннями, без критичного ставлення;

- *психотичний страх* - з'являється в структурі психозу у зв'язку з галюцинаторно-маячними переживаннями або як дифузний страх

- *фобії*- нав'язливі страхи, що характеризуються критичним ставленням хворого до них, прагненням їх позбутися. Іноді вони виникають в зв'язку з певною ситуацією. Частіше за все фобії спостерігаються за наявності інших нав'язливих станів (думки, потяги, дії) у хворого на невроз нав'язливості, іноді на початкових стадіях атеросклерозу, у разі шизофренії.

Дистимія - це короткочасний (протягом декількох годин чи днів) розлад настрою у вигляді депресивно-тривожного стану із гнівливістю, невдоволенням, дратівливістю.

Питання 9. Синдроми емоційних розладів.

Найбільш частими є депресивний і маніакальний синдроми, для яких характерна тріада, що складається з розладів настрою, рухових порушень і змін перебігу асоціативних процесів. Характерні також порушення уваги, сну, апетиту.

Депресивний синдром характеризується депресивною тріадою:

- пригніченим, смутним, тужливим настроєм,
- уповільненням мислення і
- руховою загальмованістю.

Вираженість зазначених розладів різна. Діапазон гіпотимічних розладів широкий - від легкої пригніченості, смутку до глибокої туги, за якої хворі відчувають тяжкість, біль у грудях, безперспективність, нікчемність існування. Усе сприймається в темних фарбах - сьогодення, майбутнє, минуле. Туга в деяких випадках сприймається не тільки як душевний біль, але й як тяжке фізичне відчуття в області серця, у грудях - «передсерцева туга».

Уповільнення асоціативного процесу виявляється у збідненні мислення, думок мало, вони течуть повільно, увага прикута до неприємних подій: хвороби, ідей самозвинувачення. Жодні приємні події не можуть змінити спрямованості думок. Відповіді на запитання у таких хворих носять односкладовий характер, між запитанням і відповіддю часто тривалі паузи.

Рухова загальмованість виявляється в уповільненні рухів, мови, мова тиха, повільна, міміка скорботна, рухи сповільнені, одноманітні, хворі тривалий час можуть залишатися в одній позі. У деяких випадках рухова загальмованість досягає повної безрухомості (депресивний ступор).

Трапляється, що в цій тріаді один із симптомів змінюється (наприклад, замість рухової загальмованості є моторне пожвавлення).

Для психотичного варіанту депресивного синдрому характерні маревні ідеї самозвинувачення, самоприпинення, гріховності, винуватості, що теж можуть формувати думки про самогубство.

Депресивний синдром звичайно супроводжується вираженими вегетативно-соматичними порушеннями: тахікардією, неприємними відчуттями в області серця, коливаннями артеріального тиску з тенденцією до гіпертензії, порушеннями з боку травного тракту, втратою апетиту, зниженням маси тіла, запорами, ендокринними розладами.

Маніакальний синдром. Характерна маніакальна тріада:

- ейфорія (неадекватно підвищений настрій),
- прискорення асоціативних процесів,
- рухове збудження з прагненням до діяльності.

Для маніакального синдрому характерно відволікання уваги, у зв'язку з чим хворі не можуть довести почату справу до кінця, послідовно повідомити про себе анамнестичні дані. Незважаючи на те, що хворий безупинно говорить та охоче розмовляє з лікарем, бесіда ця непродуктивна: він відволікається на різні зовнішні події чи виникаючі в нього асоціації. Ці асоціації звичайно носять поверхневий характер.

Хворі у маніакальному стані звичайно не пред'являють соматичних скарг, вони відчувають не тільки «душевний підйом», але й приплив фізичних сил. У цьому стані вони схильні до переоцінки своїх здібностей і можливостей.

Статевий потяг буває посиленим, хворі легко вступають у контакти, заводять сексуальні зв'язки, одружуються, дають необґрунтовані обіцянки.

Легкі варіанти маніакальних станів прийнято називати гіпоманіями.

Генералізований тривожний розлад виявляється скаргами на внутрішнє напруження, тривогу, передчуття лиха, які не пов'язані з якимись певними обставинами. Характерне занепокоєння і непосидючість, труднощі зосередження, м'язове напруження, тремтіння, різноманітні вегетативні порушення.

Панічний розлад - епізодична пароксизмальна тривога, що виникає раптово, переважно в нічний час, напади болісної тривоги зі страхом смерті, відчуттям нестачі повітря, тахікардією, нудотою, почуттям оніміння кінцівок, жара чи холоду, холодним потом, що триває протягом години і більше.

Фобічні розлади - періодично виникаючі напади страху, що мають конкретно-почуттєвий зміст: раптову зупинку серця, втрату свідомості, нещасний випадок та ін. У фобічних розладах виявляється психологічний захист від неусвідомлюваного хворим конфлікту особистості. Напади бувають зумовлені певною ситуацією: перебування на самоті, у замкненому просторі, у натовпі, під час переходу вулиці, поїздки в громадському транспорті та ін., але рідко виникають у медичному закладі, у присутності лікаря. Супроводжуються вегетативними симптомами.

Методи дослідження емоцій.

Враховується суб'єктивний звіт хворого про його настрій, спостереження за його мімікою і пантомімікою, стан вегетативних функцій. Слід звернути увагу на якість сну, апетиту, величину зіниць, вологість шкіри і слизових оболонок, частоту пульсу, рівень артеріального тиску.

Крім клінічного обстеження, використовуються результати експериментально-психологічних обстеження (методики ТАТ, Роршаха, Розенцвейга, Бека, Янга та ін.).