

## ПОРУШЕННЯ У СФЕРІ ЕМОЦІЙ

### I. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙ У ВИГЛЯДІ ЕМОЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ:

Емоційні реакції — посмішка, сміх, плач, лють, страх, схвильованість, емоційна імпульсивність — тісно пов'язані з подіями, що їх зумовили.

В екстремальних умовах, коли людина не може оволодіти певною ситуацією, розвиваються так звані афекти — особливий вид емоцій, які супроводжуються сильною, бурхливою реакцією (наприклад, страх, гнів).

## 1.1. ПОРУШЕННЯ ВИРАЗНОСТІ ЕМОЦІЙ

Посилення емоційних реакцій не завжди є патологічним.

### А) Патологічне посилення емоцій

виявляється симптомом емоційної гіперестезії чи сензитивності.

Підвищена чутливість, ранимість, загостреність емоційних реакцій супроводжується дратівливістю, схильністю нерозмірно реагувати на повсякденні подразники, виражаючи в словах і вчинках невдоволення і ворожість до оточуючих. При спостереженні за хворими з *емоційною гіперестезією* і в бесіді з ними звертає на себе увагу надлишок афективного реагування, що супроводжується мімічними й іншими виразними рухами, хоча виразність міміко-жестикуляційних реакцій не завжди відповідає глибині емоцій. *Емоційна гіперестезія* супроводжується суб'єктивним почуттям хворобливості, хворі скаржаться на дратівливість, запальність через незначні події. Властива хворим в астеничному стані, деяким особам з розладами особистості (емоційно нестійкий розлад особистості).

## **Б) Патологічне ослаблення емоцій**

виражається у вигляді емоційної гіпостезії, емоційного збіднення, апатії та хворобливої психічної анестезії.

*Емоційна гіпостезія* - зниження інтересу до оточення, млявість емоційних реакцій - відзначається у деяких астенізованих хворих, зокрема при неврастенії. Для неврастенії характерна зміна в динаміці хвороби емоційної гіперестезії емоційною гіпостезією (гіперстенічна і гіпостенічна форми або стадії захворювання). Перехідна форма - синдром дратівливої слабкості, що виявляється підвищеною збудженістю, яка швидко змінюється млявістю емоційних реакцій. При неврастенії емоційна гіперестезія та гіпостезія супроводжують відповідні порушення відчуттів - гіпер- і гіпостезію. Емоційна гіпостезія характерна для шизоїдного розладу особистості. Для нього характерним є своєрідне сполучення емоційної гіперестезії на зовнішні обставини, що торкаються особистих інтересів та емоційної гіпостезії стосовно оточуючих, у тому числі близьких людей. Хворі на неврастенію з емоційною гіпостезією скаржаться на зниження інтересу до навколишнього середовища, на те, що ніщо їх не радує.

## **В) Емоційне збіднення**

(притуплення, ущільнення емоцій) - втрата афективного відгуку, бідність емоційних проявів, душевна холодність.

Характерна для шизофренії й органічних захворювань головного мозку. Цей стан під час перебігу шизофренії й органічних процесів у головному мозку прогресує, стає усе більш вираженим, ослаблення емоційних проявів починається з вищих емоцій і переходить на нижчі, пов'язані з інстинктами. На початкових стадіях шизофренії хворі відзначають, що вони стали холодні і байдужі, їх обтяжує спілкування з близькими і взагалі з людьми, їх ніщо не хвилює і не цікавить. З розвитком емоційного збіднення ця самооцінка зникає.

Емоційне збіднення при прогресуванні шизофренії переростає в **апатію** - повну байдужість, байдужість до оточення та до себе, коли ніщо не викликає інтересу, емоційних реакцій (емоційна тупість). Як періодично виникаючий розлад апатія буває у структурі астеничних та депресивних станів. Як стійкий прояв - у кінцевих стадіях шизофренії, при органічних ураженнях лобних часток мозку, у структурі різних форм слабоумства.

## **Г) Хвороблива психічна анестезія**

болісна нечутливість, тяжке емоційне спустошення, переживання безповоротної втрати можливості радіти, любити, засмучуватися.

На відміну від апатії такий стан важко переживається хворими. Відзначається при інволюційній депресії, біполярному афективному розладі. Виявлення ґрунтується на скаргах хворих, які усвідомлюють, що позбавилися своїх колишніх почуттів, переживають цю втрату, мучаться від усвідомлення своєї байдужості. Такі хворі схильні до суїцидальних спроб.

## 1.2. ПОРУШЕННЯ СТІЙКОСТІ ЕМОЦІЙ

### **А) Експлозивність (емоційна вибуховість)**

реакція гніву, ненависті з агресивним поведінням. Спостерігається при непорушеній свідомості. Виникає з незначного приводу, тобто неадекватно.

Характерними є підвищена афективність, дратівливість, запальність, незначний привід може викликати у хворого бурхливу емоційну реакцію з вегетативно-рухомими компонентами: хворі можуть виявити агресію, сваритися, шпурляти предмети, що потрапили під руку, але заспокоюються досить швидко і часто усвідомлюють хворобливість виявленої реакції, відзначаючи, що не змогли стриматися. Відзначається у хворих на епілепсію, емоційно-нестійкий розлад особистості, при психопатоподібних синдромах.

## **Б) Афект**

інтенсивна, короткочасна, бурхлива емоційна реакція. Для неї характерні: швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжуються істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків. Афекти властиві усім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями.

Стан афекту характеризується значним порушенням свідомої регуляції дій людини.

Поведінка людини при афекті регулюється не заздалегідь обдуманною метою, а тим почуттям, яке повністю охоплює особу і викликає імпульсивні, підсвідомі дії.

У стані афекту порушується найважливіший механізм діяльності – вибірковість у виборі поведінкового акту, різко змінюється звична поведінка людини, деформуються її установки, життєві позиції, порушується здатність до встановлення взаємозв'язків між явищами, у свідомості починає домінувати яке-небудь одне, часто спотворене, уявлення.

Стан афекту впливає на кваліфікацію злочину і міру покарання, цей стан підлягає доведенню і для його встановлення потрібно проведення судово-психіатричної експертизи.

**Фізіологія афекту.** Початок перебігу афекту супроводжується змінами з боку вегетативних реакцій (зміна пульсу і дихання, спазм периферичних кровоносних судин, прояв поту та інші), різко вираженими змінами у довільно-рухової сфері (гальмування, збудження або перезбудження, порушення координації рухів). На цьому ефекті ґрунтується принцип роботи детектора брехні, що реєструє безліч фізіологічних показників організму.

Сильний афект зазвичай порушує нормальний перебіг вищих психічних процесів – сприйняття і мислення, іноді викликає звуження свідомості або її затьмарення.



## ГОЛОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АФЕКТІВ:

<b>інтенсивність</b> (сила)	від найбільш слабких і контрольованих свідомо до <u>патологічних</u> , які повністю виключають можливість свідомого контролю;
<b>валентність</b>	афекти бувають позитивними чи негативними, вони не бувають <u>амбівалентними</u> ;
<b>стенічність</b>	у залежності від впливу на <i>активність</i> , афекти поділяються на <i>стенічні</i> та <i>астенічні</i> ;
<b>стенічні</b> афекти спонукають до активної діяльності, мобілізують сили людини ( <u>гнів</u> , <u>лють</u> );	<b>астенічні</b> афекти розслаблюють або паралізують сили ( <u>безсилля</u> , <u>жах</u> та ін.);
<b>зміст</b>	афекти навіть однієї валентності можуть відрізнятися за змістом. Наприклад: <u>гнів</u> , <u>захват</u> , <u>переляк</u> ;
<b>афективні сліди</b>	стан афекту залишає у <u>довготривалій пам'яті</u> сильні стійкі «афективні сліди» та визначає вибірковість наступної поведінки по відношенню до ситуацій та їх елементів, які раніше викликали афект.

Комплекси таких слідів («афективні комплекси») справляють істотний вплив на розвиток і функціонування психіки, особистості і її поведінку – навіть відносно далекі за змістом слова-подразники викликають за асоціацією елементи афективних комплексів. Повторення ситуацій, що викликає той чи інший негативний афективний стан, веде до акумуляції афекту, що може розрядитися в бурхливій, некерованій афективній поведінці («афективний вибух», «кумулятивний афект»).

## ВИДИ АФЕКТУ:

### ***ПРОСТИЙ***

є короткочасним розладом психічної діяльності непсихотичного рівня, який виникає раптово під впливом зовнішніх факторів, виявляється емоціями гніву, страху, звуженням свідомості, руховим збудженням і діями, спрямованими проти подразника.

***Основними відмінностями*** (які, до речі, свідчать про меншу вираженість (глибину)) ***простого афективного стану*** є:

- а) збереженість здатності особи, що перенесла афективний стан, описати, ідентифікувати емоцію, яку вона зазнала (пережила) на висоті афекту (тобто констатацію у себе на той час емоції гніву, страху, злості, люті тощо);
- б) відсутність окресленої 3-ї фази афективного стану, тобто відсутність вираженого психофізичного виснаження.

## ***АНОМАЛЬНИЙ***

афективний стан, що виникає у особи із наявним непсихотичним психічним розладом.

Введення у наукову літературу поняття – «аномальний афект» передбачало звуження меж визначення фізіологічного афекту, із виключенням із нього афективних реакцій, що характеризуються зміненими закономірностями розвитку та аномальними механізмами перебігу у залежності від біологічного та психологічного «ґрунту», на якому виникає афективна реакція.

## ***ФІЗІОЛОГІЧНИЙ***

короткочасний хворобливий розлад психічної діяльності непсихотичного рівня, що виникає раптово під впливом зовнішніх факторів, виявляється недиференційованою емоцією, звуженням свідомості, руховим збудженням і діями, спрямованими проти подразника.

### ***Характерними ознаками фізіологічного афекту є:***

надзвичайність реакції особи; фазність перебігу близька до патологічного афекту; раптовість виникнення (несподіваність для суб'єкта), яка має об'єктивні ознаки і відчувається суб'єктивно; звуження свідомості із розладом цілісності сприймання, обмеженням здатності керувати своїми діями, їх агресивність; невідповідність характеру і результату цих дій причині, що їх викликала, тобто їх неадекватність; зв'язок дій і афективних переживань із психотравмуючим фактором; раптовість виходу внаслідок психічного виснаження; часткова амнезія вчиненого.

## ***ПАТОЛОГІЧНИЙ***

короткочасний хворобливий розлад психіки (гострий афективний психоз), що виникає раптово під впливом зовнішніх факторів і виявляється у глибокому затьмаренні свідомості, бурхливому руховому збудженні і діях, спрямованих проти подразника та має певну фазність перебігу (підготовчу, вибухову та заключну стадії афективного стану).

Наявність у особи на період скоєння злочину стану патологічного афекту, тобто гострого психотичного розладу, який віднесено до виключних станів, виключає здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними. Характеризується також порушенням орієнтації, надмірною жестикуляцією, мовною розгальмованістю; закінчується появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій і глибоким сном. Після пробудження людина виглядає розгубленою.

під час *фізіологічного афекту* частково зберігається психічний зв'язок між об'єктом і суб'єктом суспільно небезпечних дій. Афект фізіологічний встановлюється судово-психіатричною експертизою і є медичною підставою для *визнання особи обмежено осудною*. Під *обмеженою осудністю* треба розуміти такий стан психіки, при якому під час вчинення злочину здатність усвідомлювати свої дії – бездіяльність (усвідомлювати фактичну сторону та суспільну небезпечність діяння) та (або) керувати ними була суттєво обмежена внаслідок хронічного або тимчасового хворобливого розладу психічної діяльності, який проявляється переважно розумовою недостатністю, афективними або вольовими розладами.

Оскільки при афекті спостерігається не тільки порушення в емоційній сфері, а й порушення свідомості і волі особи, що виявляються у втраті здатності правильно сприймати реальну дійсність, об'єктивно оцінювати обставини і контролювати власні дії, можна говорити про афекти не тільки як про психологічну, а й про психічну аномалію. Виходячи з цього, правильніше стан афекту встановлювати в процесі не психологічної, а психолого-психіатричної експертизи [14]. При діагностиці афекту в процесі психолого-психіатричної експертизи дуже важливо не тільки встановлювати початок афекту, його ознаки, а й виділяти його етапи.

## **II. ПОРУШЕННЯ У СФЕРІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ:**

Основне порушення емоцій полягає у зміні емоційного стану в бік гноблення або підйому. Порушення в емоційній сфері включають в себе: **гіпотимію, гипертимію, паратимію**, а також порушення динаміки та адекватності емоційних станів.

## 2.1. ГІПОТИМІЯ

хронічне зниження емоційності по всім трьом компонентам (афект, когніція, експресія), що виражається в пригніченні всіх психічних процесів, зниженні загальної активності людини і його байдужості до внутрішніх і зовнішніх стимулів.

**Крайнім проявом гіпотимії є депресія.**

### Депресія

хронічно знижений настрій, який характеризується яскраво вираженим відчуттям неадекватності, почуттям відчаю, песимізмом. Може спостерігатись багато днів і місяців.

Причини депресії різноманітні. **Виділяють делька видів депресії і у кожного виду свої причини:**

- 1) *психогенна депресія* (реакція на стресову психотравмуючу ситуацію);
- 2) *ендогенна депресія* (органічні ураження головного мозку; шизофренія; як слідство наявності тяжких захворювань, наприклад, онкологічних).



## **Дістимія**

хронічно знижений, пригнічений настрій, коли все стає важким і ніщо не доставляє задоволення (ангедонія - втрата людиною почуття радості, задоволення). Це стан характеризується наявністю сумнівів, зниженою самооцінкою, почуттям безнадійності, поганим сном. Людина втрачає інтерес до подій повсякденного життя, відчуває труднощі в концентрації уваги, часто втомлюється, але інших порушень психічної і соціальної діяльності немає.

## 2.2. ГІПЕРТИМІЯ

являє собою стійке емоційне збудження, надмірну емоційність. Для позначення крайнього вияву неадекватно підвищеного настрою використовується термін «манія».

*Маніакальні стани* характеризуються підвищеним настроєм, збільшенням обсягу і темпу психічної та фізичної активності, емоційний підйом найвищої виразності. Спостерігається тривале й інтенсивне підвищення настрою з підсиленням потягів, невтомною діяльністю. Відбувається загострення пам'яті, прискорення мислення і мови, поверхневність суджень, переоцінка власних можливостей. Із супутніх вегетативних розладів характерні скорочення чи відсутність сну (безсоння), прискорення пульсу. При невеликій інтенсивності маніакального афекту говорять про гіпоманію.

**Основний емоційний стан при гіпертимії це ейфорія.**

## Ейфорія

відчуття дуже сильного душевного підйому, що супроводжується відчуттям нестримного оптимізму, благополуччя та підвищеної моторною активністю.

### Ейфорія може бути в наступних випадках:

- при маніакальному синдромі в рамках маніакально-депресивного психозу;
- при зниженому інтелекті;
- при шизофренії;
- при пухлинах головного мозку, особливо в лобових долях.

Ейфорія проявляється як безпричинна веселість, супроводжується ідеомоторним і руховим збудженням, метушливістю, хворі постійно відволікаються, не можуть продуктивно працювати, знижене критичне ставлення до себе і всього оточуючого. Нерідко значно розгальмовані нижчі потяги, що призводить до ненажерливості, пияцтва, сексуальних ексцесів.

## Екстаз

піднесений настрій, але без радості, переживання захвату, піднесення, захоплення; інколи супроводжується високими думками і промовами, Хворі схильні до довгих урочистим висловлювань. Характерно для епілепсії.

### 2.3. ПАРАТИМІЯ

являє собою одночасне співіснування двох протилежних за модальністю емоційних станів або невідповідність емоційної реакції та приводу, що її викликав (емоційна неадекватність). Найбільш часто паратимія проявляється в симптомі «скла і дерева», який є поєднанням зниженою емоційності з підвищеною ранимою, чутливістю до окремих аспектів реальності, при цьому сила і якість емоційної реакції не відповідають значущості подразника. Виявляється парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних — тужливий. Тобто це емоційна реакція, що не відповідає приводу, який її викликав (хворий сміється, розповідаючи про смерть родича). Ще цей стан називають — неадекватний афект, який кількісно і якісно не відповідає причині, яка його спричинила. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію.

## 2.4. ПОРУШЕННЯ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ

пов'язані з станами емоційної лабільності чи ригідності. Емоційна лабільність являє собою швидку і часту зміну настрою. Емоційна ригідність полягає в уповільненні емоційної реакції, застрягання на якійсь одній емоції навіть у відсутності подразника, який її викликав.

Основними розладами динаміки емоцій є **біполярний афектний розлад, циклотимія.**

<b>Біполярний афективний розлад</b>	характеризується повторними епізодами зміни настрою і значного порушення активності (чергування станів манії і депресії), коли підйом настрою і активності змінюється зниженням настрою і активності.
<b>Циклотимія</b>	менш виражений стан хронічної нестабільності настрою з численними епізодами легкої депресії і легкої піднесеності. Часом настрої може бути нормальним. Зміни настрою при циклотимії зазвичай сприймаються людиною як не пов'язані з поточними життєвими подіями.

## **2.5. ПОРУШЕННЯ АДЕКВАТНОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ**

виражаються у вигляді емоційної неадекватності, амбівалентності емоцій, страху, тривоги, патологічного афекту.

### **Легко-духість**

зниження здатності коригувати зовнішні прояви емоцій (хворі розчулюють, плачуть, навіть якщо це їм неприємно, характерно для церебрального атеросклерозу)

### **Слабо-духість**

підвищена виснажливність емоцій, їх нетримання. Досить якогось небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості.

### **Емоційна амбівален- тність**

одночасне співіснування протилежних почуттів, подвійність, дісоцірованість емоцій (при шизофренії).

**Тривога** — стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій (тривога частіше не проектується назовні — тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій і т.д.).

**Страх** — емоційна реакція тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). Це відчуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій (страх проектується назовні — страх гострих предметів, тварин...).

**Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:**

*адекватності*

*інтенсивності*

*тривалості*

*міри  
контрольовано  
сті*

## ПАТОЛОГІЧНІ ФОРМИ СТРАХУ:

<i>нав'язливий</i> чи <i>фобія</i>	іноді у зв'язку з визначеною ситуацією, але завжди з усвідомленням абсурдності;
<i>іпохондричний</i>	виникає в ситуації, що пов'язана з іпохондричними переживаннями, без критичного відношення;
<i>психотичний</i>	з'являється у зв'язку з депресивно-параноїдними переживаннями чи галюцинаціями або як дифузний страх.

Якщо страх стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як фобія.

### **Вчені поділяють фобій на три основні види:**

1. Соціальні фобії — острах соціальних ситуацій.
2. Агорафобія — страх відкритого простору й натовпу, страх виявитися в пастці в неминучому місці або ситуації.
3. Специфічні фобії — страх перед конкретним об'єктом (наприклад, страх змій).

### ***Специфічні в свою чергу поділяються на:***

1. Природного середовища — острах блискавок, води, шторму...
2. Побоювання тварин — страх перед зміями, гризунами, павуками й т.д.
3. Медичне побоювання — пов'язані з острахом крові, одержання ін'єкції, відвідування лікаря й т.д.
4. Ситуативні — острах мостів, залишення будинку, водіння...



## Список деяких фобій:

<b>Агарофобія</b>	страх відкритих просторів.
<b>Клаустрофобія</b>	страх закритих приміщень.
<b>Соціофобії</b>	страхи, у яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати газу, розсміятись у незручний для цього час.
<b><u>Дромофобія</u></b>	страх переходити вулицю.
<b><u>Психофобія</u></b>	страх психічної хвороби та психічно хворих.
<b><u>Скопофобія</u></b>	страх бути побаченим.
<b><u>Кафізофобія</u></b>	страх сидіти.
<b><u>Андрофобія</u></b>	боязнь чоловіків.
<b><u>Гаптофобія</u></b>	(афефобія, гафефобія, гафофобія, гапнофобія, гаптефобія, тиксофобія) — боязнь торкання оточуючих людей.

**2.6. Виділяють варіанти розладів настрою – посилення та ослаблення емоційності. Відповідно до цього визначають і РОЗЛАДИ НАСТРОЮ:**

**Дисфорія**

стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів. Цей розлад почуття поєднується з подразливістю, сварливістю, агресивністю і може передувати епілептичному нападowi чи бути його психічним еквівалентом. Дисфорія частіше зустрічається при епілепсії, при похмільних станах або деяких соматичних захворюваннях.

**Меланхолія**

тужливий, похмурий настрій, який супроводжується намаганнями усамітнитися.

<b>Морія</b>	веселе збудження і підвищений настрій поєднується з потягом до клоунади, пустощів дитячого типу, безглузвих жартів при наявності відчутної інтелектуальної слабкості. Найчастіше виникає при грубому органічному ураженні головного мозку (особливо лобових часток). Нерідко спостерігається в олігофренів.
<b>Раушманія</b>	піднесений настрій поєднується з легкою зміною свідомості – обнубіляцією (від лат. <i>nubile</i> – хмаринка, затуманення); зовні хворі подібні на легко сп'янілих.
<b>Туга</b>	відчуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

Порушення в емоційній сфері можуть виступати як самостійні розлади, як компонент інших психічних розладів і як наслідки станів значною фрустрації.

Ті чи інші емоційні стани визнаються патологічними, коли їх зміст, частота виникнення, інтенсивність і стійкість визнаються людьми неадекватними з соціальної або індивідуальної точок зору.