

Н.Г. Незнанов

ПСИХИАТРИЯ

УЧЕБНИК

Министерство образования и науки РФ

**Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский
государственный медицинский университет имени
И.М. Сеченова» в качестве учебника по дисциплине
«Психиатрия» для студентов учреждений высшего
профессионального образования, обучающихся
по специальностям 31.05.01 (060101.65) «Лечебное дело»,
31.05.02 (060103.65) «Педиатрия»,
32.05.01 (060104.65) «Медико-профилактическое дело»**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Глава 12

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Нарушения эмоциональных реакций

Физиологический аффект — состояние выраженного аффекта (гнева), не сопровождаемого помрачением сознания, а лишь возможным сужением круга представлений, концентрирующихся на событиях, связанных с возникающим аффектом; эпизод не завершается сном, резким психофизическим истощением и амнезией. В этом состоянии часто совершают противоправные действия. Лица эти признаются вменяемыми, в отличие от перенёсших патологический аффект.

Патологический аффект — кратковременное психическое расстройство с агрессивным поведением и раздражительно-злобным настроением на фоне сумеречного помрачения сознания. Такое состояние возникает в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражается концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следуют общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон. Характеризуется частичной или полной амнезией. Лица, совершившие правонарушения в таком состоянии, признаются невменяемыми.

Расстройства эмоциональных состояний и свойств

Нарушение выраженности (силы) эмоций

Сенситивность (эмоциональная гиперестезия) — повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость. Может быть врождённым личностным свойством, особенно выраженным при психопатиях.

Эмоциональная холодность — нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодного отношения ко всем событиям, независимо от их эмоциональной значимости. Выявляют при психопатиях, шизофрении.

Эмоциональная тупость — слабость, обеднение эмоциональных проявлений и контактов, оскуднение чувств, доходящее до безучастности. Наблюдают в рамках шизофренического дефекта.

Апатия — безразличие, полное отсутствие чувств, при котором не возникают желания и побуждения. Чаще наблюдают чувственное притупление, при котором эмоции становятся тусклыми, бедными. Преимущественная эмоция больных — равнодушие. Наблюдают при шизофрении (дефект) и грубых органических поражениях головного мозга, также может быть ведущим проявлением депрессивного синдрома.

Апатия как проявление депрессии чаще характеризуется чувством безразличия с сужением круга интересов либо их полным исчезновением, уменьшением или потерей желаний, побуждений и потребностей; больные говорят о скуке, лени, безволии, душевной вялости, отсутствии инициативности, что переживается болезненно (недепрессивная же апатия не воспринимается больными как нечто тягостное и, следовательно, не вызывает жалоб).

Нарушение адекватности эмоций

Эмоциональная амбивалентность — одновременное сосуществование антогонистических эмоций, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения. Симптом наблюдают при шизофрении.

Эмоциональная неадекватность — возникновение эмоции, не соответствующей качественно, содержательно вызывающему её раздражителю, парадоксальность эмоций (пациент с грустным лицом повествует о приятных впечатлениях). Наблюдают при шизофрении.

Нарушения устойчивости эмоций

Эмоциональная лабильность — патологически неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации. Патологически неустойчивое настроение характерно для астенического синдрома, кроме того, может возни-

кать в рамках эмоционально-волевых расстройств при патологии личности.

Эксплозивность — повышенная эмоциональная возбудимость, при которой легко возникает переживание досады, гнева, вплоть до ярости, с агрессивными поступками. Может возникнуть по незначительному поводу. Эксплозивность характерна для эмоционально-волевых расстройств при патологии личности, органических (травматических) поражениях головного мозга.

Слабодушие — состояние легко колеблющегося настроения, при котором оно по ничтожному поводу меняется от слезливости до сентиментальности с умилением. Может сопровождаться капризностью, раздражительностью, утомляемостью. Наблюдают при судистых поражениях головного мозга, соматогенной астении.

Расстройства настроения

Патологически повышенное настроение

Гипертимия — болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («весёлость, брызжущая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов. Гипертимия — основной симптом маниакальных синдромов.

Эйфория — болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, что препятствует познавательным процессам. Эйфория возможна при интоксикациях (инфекционной, алкогольной и т.п.).

Мория — весёлое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения при глобальной деменции.

Экстаз — гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до иступленного восхищения, чувства прозрения, озарения. Часто сочетается с растерянностью, кататоническими проявлениями, онейроидным помрачением сознания.

Патологически пониженное настроение

Гипотимия — болезненно пониженное настроение, переживаемое как грусть, печаль, уныние, угнетённость, подавленность,

скорбь, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности, беспомощности, суицидными мыслями и поступками. Такой тип расстройства настроения характерен для депрессивных синдромов.

Дисфория — болезненно пониженное настроение, сопровождающееся раздражительно-тоскливо-злым, мрачным чувством. Возникает и оканчивается внезапно. Может длиться часами или днями. Во время дисфории больные склонны к агрессивным действиям. Дисфории наблюдают преимущественно у больных с неблагоприятно текущей эпилепсией, при травматических и других органических поражениях головного мозга.

Тревога — гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством томительного ожидания грядущей беды, отчаянием. Иногда тревога ощущается телесно в форме внутренней дрожи. Часто сочетается с двигательным (психомоторным) возбуждением. Как патологическое состояние тревога иррациональна и вызвана болезненными психическими переживаниями, а не реальными событиями (к примеру, пациент пытается объяснить свое беспокойство тем, что «в мире что-то должно случиться»). Наблюдают при многих острых психозах (острые параноидные психозы, синдромы помрачения сознания), при депрессии (тревожная депрессия). Тревожная окраска переживаний характерна для психопатологических состояний в пожилом возрасте. При неврозах (тревожные расстройства) тревога носит менее выраженный характер, отсутствует выраженное психомоторное возбуждение; как правило, она сопровождается выраженными вегетативными проявлениями (вегетативная тревога).

Страх (как патологическое состояние) — переживание сиюминутной опасности с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания. Субъективно переносится тяжело. Возникает как в рамках острых психозов (бредовые психозы, синдромы помрачения сознания), так и при неврозах, навязчивых состояний в рамках фобий.

Синдромы, связанные с расстройством эмоций

Депрессивный синдром

Депрессия — одно из наиболее распространённых расстройств как в психиатрической, так и в общесоматической практике (3–6% в популяции).

Основу депрессивного синдрома составляет депрессивная триада, включающая болезненно пониженное настроение, идеаторные и психомоторные нарушения в форме общей заторможенности.

- Болезненно пониженное настроение представляет собой структурно неоднородное образование. Можно выделить три основных компонента эмоционального звена депрессивного синдрома: тоскливый, тревожный и апатический. Они находятся в динамической связи друг с другом, но, как правило, на определённом отрезке времени или в отдельных случаях преобладает один из них. Весьма характерна суточная ритмика депрессивных расстройств. Тоска и апатия достигают обычно максимальной выраженности в утренние часы, тревога более переменчива и нередко усугубляется к вечеру.
- В общем виде идеаторные расстройства при депрессивном синдроме характеризуются известной фиксированностью переживаний на определённой тематике, сужением объёма свободных ассоциаций и изменением их темпа (чаще замедлением). В отдельных тяжёлых случаях осмысление ситуации, нарушения памяти и внимания настолько выражены, что состояние напоминает картину слабоумия. В зависимости от характера пониженного настроения возможны некоторые особенности идеаторных расстройств (см. ниже).
- Психомоторные депрессивные расстройства в ещё большей степени, чем идеаторные, связаны с доминирующим настроением, что особенно наглядно прослеживается в экспрессии. Общая поведенческая и волевая активность обычно понижена (гипобулия).

Наряду с основными «триадными» признаками в структуру депрессивного синдрома входят психопатологические феномены, тесно связанные с собственно эмоциональными расстройствами.

- Одно из наиболее частых расстройств при депрессиях — соматопсихические и соматовегетативные нарушения. По своим

клиническим проявлениям они разнообразны, изменчивы и тесно связаны с ведущим гипотимным состоянием. Они могут выступать в виде первых признаков начинающейся депрессии или, при недостаточно выраженной гипотимии, играть роль так называемых соматических эквивалентов. Депрессивный синдром включает в себя разнообразные соматоневрологические расстройства, основным проявлением которых (особенно в остром периоде) является так называемая триада Протопопова: тахикардия, мидриаз, запоры, по существу, указывающая на нарушение деятельности вегетативной нервной системы в виде симпатикотонии. Соматические проявления депрессии также включают аменорею, похудение, диспепсию, различной локализации боли и др.

- Значительное место в структуре депрессии может занимать депрессивная деперсонализация, основным проявлением которой следует считать «болезненную психическую анестезию», переживаемую как «скорбное бесчувствие», «чувство утраты чувств», обеднение, ущербность эмоциональной жизни. Наиболее распространёнными и, как правило, наиболее значимыми для больных являются переживания утраты естественных чувств к близким. Также возможны чувства утраты эмоционального отношения к окружающему с безразличием к работе, к деятельности, к развлечениям; способности радоваться (ангедония); откликаемости на печальные события; способности к состраданию и др. Особо мучительны переживания угнетения «витальных эмоций»: чувства голода, жажды, насыщения и удовольствия при приёме пищи, полового удовлетворения, чувства телесного комфорта, «мышечной радости» и утомления при физической нагрузке; естественного отрицательного эмоционального тона болевых ощущений. Часто присутствуют переживания утраты чувства сна, «обезличенности», «чувства отсутствия мыслей», «речи без мыслей», «отрешённости» в общении, «бездушности» и т.п. Наибольшая представленность деперсонализации такого рода присуща обычно депрессиям умеренной глубины, без выраженной заторможенности.
- Один из характерных признаков депрессии — идеи малоценности и самообвинения. В зависимости от тяжести и клинического варианта депрессии они могут проявляться в виде психологически понятных переживаний заниженной самооценки

и идей малоценности, которые могут быть нестойкими, изменчивыми, чаще зависят от ситуации; сверхценных идей, которые уже отличаются стойкостью, малой изменчивостью, потерей прямой связи с ситуацией; бредовых идей. По содержанию это могут быть идеи малоценности, самоуничижения, самообвинения, греховности, ипохондрии и пр.

- Важное значение в диагностике депрессий могут иметь разнообразны нарушения сна, характер которых тесно связан с характером гипотимии. При тоске отмечают укорочение сна, раннее пробуждение, ощущение неполного «бодрствования» в утренние часы; при тревоге — затруднение засыпания, бессонницу, сочетающуюся с частыми пробуждениями среди ночи; при апатии — повышенную сонливость, поверхностный ночной сон.
- Расстройства влечений также относятся к характерным для депрессивного синдрома нарушениям. Их проявления зависят от ведущего аффекта. Так, например, при тоскливом и апатическом аффекте отмечают угнетение аппетита (часто в совокупности с отвращением к пище или отсутствием вкусовых ощущений), полового влечения (вплоть до полного угнетения). При тревожном состоянии, напротив, может иметь место усиление влечений.
- Особо следует остановиться на суицидальных проявлениях при депрессии. По последним данным ВОЗ, суициды как причина смерти занимают одно из первых мест, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими болезнями и несчастными случаями. Одной из частых причин совершения суицида являются депрессии (до 15% депрессий завершаются попытками суицида). Суицидальные тенденции при депрессии имеют разную степень оформленности, стойкости и интенсивности в зависимости от характера депрессии. Суицидальный риск выше в случаях депрессий лёгкой и средней степени выраженности, а также у «открытых» для влияния средовых воздействий и личностных установок больных. Попытки суицида чаще отмечают в ранние предутренние часы, а также в начале и окончании депрессивной фазы. Преобладают мотивы, обусловленные реальными конфликтами, переживаниями собственной изменчивости, депрессивной деперсонализацией, ощущением душевной боли. При глубоких

депрессиях суицидогенными являются бредовые идеи вины и ипохондрический мегаломанический бред (синдром Котара). На высоте развития депрессивного состояния возможны импульсивные суициды. Суицидальные попытки чаще совершаются при тревожно-тоскливом аффекте, на начальных этапах развития депрессивных фаз, у больных с астеническими, сенситивными и истероидными чертами личности в преморбиде.

Выраженность депрессивных состояний значительно варьирует — от лёгких (субдепрессия) до тяжелейших, протекающих в виде психоза. В зависимости от сочетания и/или доминирования в клинической картине разных компонентов депрессивной «триады» и «нетриадных» проявлений выделяют разнообразные клинические варианты депрессивного синдрома, наиболее распространённые из которых следующие.

Меланхолическая (тоскливая, классическая, эндогенная) депрессия представлена триадой в виде болезненно пониженного настроения с тоскливым компонентом; замедленного темпа мышления; психомоторной заторможенности (вплоть до депрессивного ступора). Гнетущая, безысходная тоска переживается как душевная боль, сопровождающаяся тягостными физическими ощущениями в области сердца, эпигастрия («предсердечная тоска»). Настоящее, будущее и прошлое видятся мрачными, всё утрачивает смысл, актуальность. Стремление к деятельности отсутствует. Моторные расстройства при тоскливой депрессии представлены в виде грустного или даже застывшего взгляда, страдальческой мимики («маска горя»), понурой или застывшей позы (депрессивный ступор), опущенных рук и головы, взгляда, устремлённого в пол. По внешнему виду эти больные выглядят сильно постаревшими (характерно понижение тургора кожи, что делает её морщинистой). Возможны суточные колебания состояния (вечером легче, чем утром). Характерны идеи (вплоть до бредовых) самоуничтожения, виновности, греховности, ипохондрические. Могут возникать суицидные мысли и тенденции, которые свидетельствуют о крайней тяжести депрессии. Расстройства сна проявляются бессонницей, неглубоким сном с частыми пробуждениями в первой половине ночи, нарушением чувства сна. Для меланхолической депрессии типичны разнообразные соматоневрологические расстройства, основным проявлением которых (особенно в остром периоде) является триада Протопопова. Кроме того, возможны нарушения сердечного рит-

ма, выраженное похудение (до 15–20 кг за короткий срок), боли, у женщин — нарушение менструального цикла, часто аменорея. Выражено снижение влечений: отсутствие аппетита и/или вкуса пищи, угнетение половой функции, понижение инстинкта самосохранения (суицидальные тенденции). Иногда ступор сменяется внезапно приступом возбуждения — взрыв тоски (меланхолический раптус). В этом состоянии больные могут биться головой о стенку, вырывать себе глаза, царапать лицо, выпрыгивать в окно и т.п. Меланхолический синдром характерен для клинической картины МДП, аффективных приступов при шизофрении.

Тревожная депрессия характеризуется депрессивной триадой с переживанием тревоги и двигательным беспокойством, вплоть до двигательного возбуждения (ажитированная депрессия). Идеаторные расстройства при тревоге характеризуются ускорением темпа мышления с неустойчивостью внимания, постоянными сомнениями, прерывистой, иногда плохо разборчивой речью (вплоть до вербигераций), беспорядочными, хаотическими мыслями. Больные высказывают идеи самообвинения, каются в «неправильных» поступках прошлого, мечутся, стонут. Переживания в большей степени ориентированы на будущее, которое представляется ужасным, опасным, тягостным. При тревожной депрессии взгляд беспокойный, бегающий, с оттенком напряжённости, мимика изменчива, типичны напряжённая сидячая поза с покачиванием, при выраженной тревоге — неусидчивость. На высоте тревожных и ажитированных депрессий особенно высок риск суицидных попыток. Ажитированная и тревожная депрессии не имеют нозологической специфичности, хотя следует отметить, что у больных пожилого возраста они возникают чаще.

Апатическая депрессия: на первый план выступают отсутствие или снижение уровня побуждений, интереса к окружающему (в тяжёлых случаях — к жизни вообще), эмоционального реагирования на происходящие события, безразличие, снижение жизненного тонуса (анергическая депрессия), недостаточность волевых импульсов с невозможностью преодолеть себя, сделать усилие над собой, принять определённое решение (абулический вариант). Доминирует психическая инертность («душевная слабость», «жизнь по инерции»). Идеаторные расстройства при апатическом варианте характеризуются обеднением ассоциаций, снижением их яркости и чувственной окраски, нарушением способности фиксации

и произвольной направленности внимания и мышления. Идеи малоценности или вины наблюдают редко, доминируют чувство жалости к себе и зависть к окружающим. При апатической депрессии взгляд равнодушный, спокойный, малоподвижный, сонливый; замедлена игра лицевых мышц, типичны мимика скуки, равнодушия, безразличия; движения вялые, расслабленные, замедленные. Соматовегетативные симптомы выражены слабо. Суицидальные тенденции наблюдают редко. У некоторых больных отмечают и психомоторную заторможенность с замедлением движений, речевой продукции; они перестают следить за собой, залёживаются в постели, возможна полная обездвиженность (ступор). Такие варианты называют адинамической (заторможенной) депрессией.

Астенодепрессивный синдром характеризуется умеренно выраженными симптомами депрессивной триады и выраженными астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости и истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии. Астенодепрессивные синдромы наблюдают при очень широком круге заболеваний непсихотического уровня.

Депрессивно-ипохондрический синдром характеризуется доминированием соматических симптомов депрессии при умеренной выраженности депрессивной триады. Кроме того, больные высказывают убеждения в том, что они страдают тяжёлым, неизлечимым соматическим заболеванием, в связи с чем активно посещают и проходят обследование в медицинских учреждениях. Депрессивно-ипохондрические синдромы наблюдают при широком круге заболеваний.

Депрессивно-параноидный синдром: депрессивные симптомы выражены в различной степени, вплоть до глубокой заторможенности; при этом больные переживают тревогу, формулируют бредовые идеи преследования, отравления, которые имеют склонность к систематизации. Этот синдром не обладает нозологической специфичностью.

Синдром Котара (меланхолическая парафрения) — сложный депрессивный синдром, включающий депрессивные переживания и ипохондрические идеи, имеющие характер громадности и отрицания. Больные считают себя великими грешниками, им нет оправдания на земле, из-за них страдает все человечество и т.п. При нигилистическом бреде Котара больные высказывают ипохондрический бред (у них гниют все внутренности, кости, от них

ничего не осталось, они заражены «страшной» болезнью и могут заразить весь мир и др.). Синдром Котара наблюдают редко, преимущественно при шизофрении, инволюционной меланхолии.

Депрессивно-деперсонализационный синдром — вариант депрессивного синдрома, при котором в клинической картине ведущее место занимает депрессивная деперсонализация (см. выше).

Атипичные («маскированные», «ларвированные», «вегетативные», «соматизированные», скрытые) депрессии характеризуются доминированием соматопсихических, соматовегетативных нарушений или других психопатологических «масок». При этих вариантах депрессий собственно пониженное настроение присутствует в стёртом виде или вовсе отсутствует («депрессия без депрессии»). Наибольшее значение имеют проявления в виде соматических «масок». Эти состояния чаще всего наблюдают в практике врачей других специальностей (до 60–80% таких пациентов не попадают в поле зрения психиатров). По данным разных авторов, на пациентов с такими депрессиями приходится около 10–30% всех хронических больных общей медицинской практики. О принадлежности этих состояний к депрессиям свидетельствуют следующие признаки: фазность течения с сезонными (весенне-осенними) рецидивами; суточные колебания симптоматики; наследственная отягощённость аффективными расстройствами; наличие аффективных (маниакальных и депрессивных) фаз в анамнезе; отсутствие органических причин страдания, подтверждённых объективным обследованием («негативная» диагностика); многолетнее наблюдение у врачей другой специальности при отсутствии терапевтического эффекта от длительного лечения; положительный терапевтический эффект антидепрессантов. Чаще наблюдают депрессии с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной систем, часто квалифицируемые терапевтами как «вегетативно-сосудистая дистония» или «нейроциркуляторная дистония». Реже наблюдают «маски» в форме желудочно-кишечной патологии (разнообразные диспептические проявления и боли в области живота). Кроме того, в рамках таких депрессий описывают периодическую бессонницу, люмбаго, зубную боль, никтурию, сексуальные дисфункции и др.

В зависимости от преобладания тех или иных проявлений выделяют алгически-сенестопатический, абдоминальный, кардиалгический, цефалгический, паналгический, агриппнический (стойкая бессонница), диэнцефальный (вегетовисцеральный, вазомоторно-

аллергический, псевдоасматический), наркоманический варианты маскированных депрессий. В случае же отсутствия выраженного гипотимного компонента и при наличии идеаторной и психомоторной заторможенности констатируют скрытую депрессию.

Маниакальный синдром

Маниакальный синдром, как и депрессивный, представлен триадой симптомов: болезненно повышенным настроением (гипертимией), болезненно ускоренным мышлением и психомоторным возбуждением. Больные оптимистично оценивают настоящее и будущее, ощущают необычайную бодрость, прилив сил, не утомляются, стремятся к деятельности, почти не спят, но из-за крайней изменчивости когнитивных процессов с выраженной отвлекаемостью внимания их деятельность носит беспорядочный и непродуктивный характер. Повышение активности может достигать беспорядочного возбуждения (спутанная мания). Внешний вид больных манией характеризуется живой мимикой, гиперемией лица, быстрыми движениями, неусидчивостью. Больные часто выглядят моложе своих лет. Им свойственна переоценка собственной личности и способностей, вплоть до формирования бредовых идей величия. Типично повышение влечений и побуждений: усиление аппетита (больные едят с жадностью, быстро глотают, плохо пережевывают пищу), полового влечения (легко вступают в беспорядочные половые связи, легко дают необоснованные обещания, женятся).

В зависимости от выраженности тех или иных компонентов различают несколько клинических вариантов мании:

- гипомания — слабо выраженная мания. В этом состоянии больные производят впечатление весёлых, компанейских, деловитых, хотя и несколько разбросанных в своей деятельности людей;
- гневливая мания — к триаде маниакальных симптомов присоединяются раздражительность, придирчивость, гневливость, склонность к агрессии;
- заторможенная и непродуктивная мании отличаются отсутствием одного из основных признаков маниакального синдрома, в первом случае — повышенной двигательной активности, во втором — ускоренного мышления.

Маниакальный синдром наблюдают при МДП, аффективных приступах при шизофрении, других психозах

Аффективная патология при соматических заболеваниях

Депрессивные и астенодепрессивные синдромы — самые распространённые патологические состояния при различных соматических заболеваниях. Соматические признаки депрессии нередко ошибочно рассматривают как симптомы соматического заболевания.

При депрессивно-ипохондрических синдромах жалобы больных, даже при наличии соматического заболевания, не соответствуют данным объективного обследования.

Депрессивные синдромы опасны суицидными тенденциями, которые могут диссимулироваться больными, что обуславливает необходимость их лечения в условиях непрерывного наблюдения.

Поскольку эмоциональные расстройства ухудшают течение соматического заболевания и определяют неадекватные установки, они должны быть своевременно купированы соответствующими психиатрическими методами лечения.

Больные депрессией с двигательной заторможенностью и идеями самообвинения могут не давать анамнестических сведений, не проявлять активности в лечении своего заболевания, отказываться от приёма лекарств и пищи. Больные с выраженными депрессивными расстройствами должны в обязательном порядке осматриваться психиатром.

Особого внимания требуют больные с дисфориями и эксплозивностью, поскольку любое негативное замечание может вызвать взрыв аффекта с грубой агрессией. Последнее имеет особое значение в работе врача-стоматолога, так как эти больные (особенно с эпилепсией, последствиями ЧМТ) нередко обращаются к ним за специализированной помощью в связи с косметическими и функциональными дефектами.

Маниакальные больные могут недооценивать тяжесть своего соматического заболевания, не выполнять назначения врача, нарушать больничный режим.

Эмоциональные расстройства могут быть обусловлены как реакцией на болезнь, так и общими с основным заболеванием па-

тогенетическими механизмами. В обоих случаях эмоциональные расстройства осложняют течение соматического заболевания, окрашивая его дополнительными, субъективно тяжело переживаемыми, симптомами и удлиняя его течение. Следовательно, своевременное распознавание и коррекция эмоциональных расстройств имеют большое значение как в лечении, так и в профилактике обострений при целом ряде соматической патологии.

Контрольные вопросы

1. Как классифицируют расстройства эмоциональной сферы?
2. Какова общая характеристика депрессивного синдрома?
3. Какие основные варианты депрессивного синдрома вы знаете?
4. В чём заключаются особенности «маскированных», «соматизированных» депрессий?
5. Каковы дифференциально-диагностические критерии «соматизированных» депрессий и соматической патологии?
6. В чём заключается особая опасность депрессивных состояний?