

## Лекція 5-6. Порушення емоційної сфери

1. Причини емоційних порушень.
2. Порушення емоційних реакцій.
3. Емоційна сфера при різних патологіях.

*СР. Патологічні емоційні стани.*

### 1. Причини емоційних порушень

У багатьох випадках причинами емоційних розладів є різні органічні і психічні захворювання, ці причини носять індивідуальний характер. Є навіть причини, які торкаються цілих шарів суспільства і навіть нації. А.Б. Холмогорова і Н.Г. Гаранян вважають такими причинами особливі цінності і установки, що встановлюються в соціумі. Вони можуть створити психологічну схильність до емоційних розладів, у тому числі до переживань негативних емоцій і депресивних і тривожних станів.

К. Хорни, створивши соціокультурну теорію неврозів, звернула увагу на той соціальний ґрунт, який сприяє росту тривожних розладів. Це глобальне протиріччя між християнськими цінностями, що проповідують любов і партнерські рівні стосунки, і реально існуючою жорсткою конкуренцією і культом сили. Результатом ціннісного конфлікту стають витіснення власної агресивності і перенесення її на інших людей (ворожий і агресивний не я, а ті, хто мене оточує). Придушення власної ворожості веде, на думку Хорни, до різкого росту тривоги через сприйняття навколишнього світу як небезпечного і як нездатного протистояти цій небезпеці внаслідок заборони суспільства на агресію, тобто на активну протидію небезпеці. Цьому сприяє й культ сили та раціоналізму, що призводить до заборони на переживання й вираження негативних емоцій. У результаті відбувається їхнє постійне нагромадження й психіка працює за принципом «парового котла без клапана».

Кількість депресивних порушень вища в тих культурах, де особливо значущі індивідуальні досягнення й успіхи та відповідність найвищим стандартам і зразкам. Особливо це характерно для США, де депресія виявилася бичем американського суспільства, що пропагує успіх й благополуччя. За даними Комітету з психічного здоров'я США, кожен десятий житель цієї країни страждає або страждав тривожним

розладом у вигляді генералізованого тривожного розладу, агарофобії, паніки чи соціальної фобії.

### ***Патологічні зміни емоційних властивостей особистості.***

***До патологічних змін емоційних властивостей особи відноситься афективна збудливість, слабкість, в'язкість, виснажуваність.***

***1. Афективна збудливість*** - це схильність до надмірно легкого виникнення бурхливих емоційних спалахів, неадекватних щодо їхньої причини. Вона виявляється в нападах гніву, люті, запальності, які супроводжуються руховим порушенням, необдуманими, часом небезпечними діями. Діти й підлітки з афективною збудливістю примхливі, вразливі, конфліктні, часто надмірно рухливі, схильні до витівок. Вони багато кричать, легко озлоблюються. Будь-які заборони зумовлюють у них бурхливі реакції протесту зі злостивістю й агресією. Афективна збудливість характерна для психопатії, неврозів, психопатоподібного варіанта психоорганічного синдрому, епілепсії й астенії. При психопатії збудливого типу, яка формується, й при епілепсії афективна збудливість виявляється у сполученні з переважним похмурим настроєм, жорстокістю, мстивістю.

***Роздратованість*** є однією з форм вияву афективної збудливості. Це схильність до легкого виникнення надмірних негативних емоційних реакцій, що за своєю виразністю не відповідають силі подразника. Дратівливість може бути властивістю патологічної особистості (наприклад, при психопатії збудливого, астенічного, мозаїчного типу) або в сукупності з іншими симптомами є ознакою астенії різного генезису (ранньої резидуально-обмеженої церебральної недостатності, черепно-мозкової травми, важких соматичних захворювань). Дратівливість може бути й властивістю дистимії.

***2. Афективна слабкість*** характеризується надмірною емоційною чутливістю (*гіперестезією*) до всіх зовнішніх подразників. Навіть невеликі зміни ситуації або ненавмисне слово викликають у хворого непереможні й некориговані бурхливі емоційні реакції: плач, ридання, гнів та ін. Афективна слабкість найбільш характерна для важких форм органічної церебральної патології атеросклеротичного й інфекційного походження. У дитячому віці вона трапляється в основному при вираженому астенічному стані після важких інфекційних захворювань.

Крайнім виявом афективної слабості є **афективна нестриманість**. Воно свідчить про важку органічну церебральну патологію (ранні інсульти, важкі черепно-мозкові травми, інфекційні захворювання головного мозку). У дитячому віці трапляється рідко.

Різновидом афективної слабості є **гнівливість**, тобто схильність до швидкого виникнення афекту гніву, що супроводжується мовними і руховими порушеннями, руйнівнo-агресивною поведінкою. Вона виявляється у хворих з астенічними й церебрастенічними розладами, пов'язаними із соматичними захворюваннями й резидуально-органічними ураженнями центральної нервової системи. При епілепсії й посттравматичній енцефалопатії гнівливість значно триваліша й супроводжується брутальною поведінкою.

3. При деяких патологіях (епілепсії, енцефаліті) може спостерігатися **афективна в'язкість** (інертність, ригідність) у поєднанні зі схильністю до концентрації насамперед на неприємних переживаннях. При епілепсії афективна в'язкість поєднується з афективною збудливістю, схильністю до бурхливих неадекватних емоційних реакцій. У дитячому віці афективна в'язкість виявляється в надмірній вразливості, фіксації на неприємностях, злопам'ятності, мстивості.

**Патологічна злопам'ятність** - пов'язана із психічними розладами (наприклад, при епілепсії), неадекватно тривале переживання суб'єктом ситуації, що травмувала, з уявленням про заподіяння помсти. Однак, на відміну від мстивості, таке переживання не обов'язково реалізується в дії, але може зберігатися впродовж багатьох років, часом усе життя, перетворюючись іноді на нав'язливу мету.

**4. Афективна виснажуваність** характеризується короткочасністю яскравих емоційних проявів (гніву, злості, горя, радості і так далі), після яких настають слабкість і байдужість. До неї відноситься садизм, мазохізм, садомазохізм.

**Садизм** - патологічна емоційна властивість особистості, що виражається в переживанні задоволення від жорстокості стосовно інших людей. Діапазон садистських актів дуже широкий: від докорів і словесних образ до жорстокого побиття із завданням важких тілесних ушкоджень. Можливо навіть убивство із хтивих спонукань. **Мазохізм** - схильність до отримання сексуального задоволення лише при приниженнях і фізичному стражданні (побиття, укуси тощо), яких заподіює сексуальний партнер. **Садомазохізм** - поєднання садизму й мазохізму.

## 2. **Порушення емоційних реакцій**

Як відмічає В. В. Бойко, різні патології призводять до багатьох видів порушення емоційних реакцій :

1. Емоційна неадекватність (емоційні реакції стають неадекватними) : аутизм; емоційні автоматизми; емоційна парадоксальність; парамімія; паратимія; амбивалентність; ехоламія.

2. Ідіосинкразія - хвороблива відраза до певних подразників.

3. Емоційна лабільність - нестійкість емоційного фону.

4. Емоційне огрублення - втрата тонких емоційних диференціювань.

5. Поверхня емоційних переживань - неглибокі переживання.

6. Гіпомімія - рухове пригноблення, що розвивається в мімічній мускулатурі.

7. Емоційна тупість - душевна холодність, безсердечність.

8. Амімія - вища міра гіпомімії.

9. Гіпермімія - не обумовлена переживанням емоцій.

10. Алекситимія - понижена здатність або ускладненість у вербалізації емоційних станів.

**Емоційна неадекватність.** При низці патологій (шизофренії, патологічний пубертатній кризі, епілепсії, деяких психопатіях) емоційні реакції стають неадекватними тій ситуації, у якій перебуває людина. У цих випадках можуть спостерігатися *аутизм, емоційна парадоксальність, паратимія, парамімія, емоційна подвійність (амбивалентність), емоційні автоматизми й ехомімія.*

**Аутизм** - це відхід від дійсності з фіксацією на своєму внутрішньому світі, на афективних переживаннях. Як психопатологічний феномен - це хворобливий варіант інтроверсії. Виявляється в емоційній і поведінковій відгородженості від реальності, згортанні або повному припиненні спілкування, «зануренні в себе».

Випадки, які характеризують **емоційну парадоксальність**, описано й обговорено ще на початку ХХ ст. О.Ф. Лазурський пов'язував їх з перевагою асоціацій за контрастом, характерним для душевнохворих. Це прагнення завдати шкоди або заподіяти неприємність тим істотам, яких людина особливо любить, і саме в ту

хвилину, коли вони найбільше дорогі. Це поява в щиро релігійної людини під час богослужіння непереборного бажання вимовити блюзнірську лайку або якоюсь нестримною витівкою порушити врочисту церемонію. Сюди ж Лазурський зараховує і своєрідну насолоду від сильного зубного болю або від свідомості крайньої ганьби й приниження.

Усі вияви емоційної парадоксальності можна зарахувати до двох груп. В одному разі це виникнення у хворого переживань, не адекватних ситуації. Такий розлад має назву **паратимії**. Наприклад, про неприємну подію повідомляють із усмішкою, а про радісну - зі слізьми. Така зміна дій спостерігається при органічних ушкодженнях кори півкуль головного мозку. В іншому разі для емоційної парадоксальності характерне ослаблення адекватних емоційних реакцій на важливі події при одночасному посиленні реакції на незначні супутні події. Така неадекватність пов'язується із **психоестетичною пропорцією**. Це «копирсання у дрібницях» або «коли з мухи роблять слона». Емоційні реакції хворого при цьому важко передбачувати.

Виявом неадекватності вираження емоцій є **гримаси**. Під ними розуміють перебільшені, швидкомінливі мімічні рухи. За своєю експресивністю або емоційному наповненні гримаси не відповідають ситуації, внаслідок чого міміка хворого дістає «дивне» забарвлення.

**Парамімія** - це невідповідність мімічних виявів емоційному стану хворого. Виявляється як патологічне рухове порушення в мімічних м'язах. При цьому може зберігатися певна довільність мімічних виразів, їх односпрямованість у зовнішньому вираженні певної емоції. Іншим виявом парамімії є **дисонована міміка**, коли в процес порушення з різною інтенсивністю залучаються окремі групи мімічних м'язів, і при цьому втрачається їх скоординованість, синергізм. Внаслідок цього спостерігається поєднання різних, часто суперечливих один одному мімічних рухів. Наприклад, радісні очі можуть поєднуватися із щільно стиснутим «злим» ротом, або, навпаки, переляканий запитливий погляд - з ротом, що сміється. Парамімія характерна для дефіцитарних станів при ендогенних психозах і при органічних захворюваннях головного мозку. Вона входить до кататонічного синдрому при ураженні підкіркових ядер.

**Емоційна подвійність (амбівалентність)** виявляється в тому, що людина стосовно того самого об'єкта відчуває різні емоції: «робота смертельно набридла,

треба б піти, але без неї буде нудно». Амбівалентність типова для невротичної особистості. У своєму крайньому вираженні емоційна подвійність свідчить про глибокий ступінь розщеплення особистості.

«**Нестримність емоцій**» виявляється у хворих, які страждають на прогресивний параліч або старече слабоумство, і думають лише про те, що відповідає їхнім емоціям, потягу. Афекти спалахують, але швидко зникають. Дрібниця може ошчасливити таких хворих або ж довести до відчаю. Це пов'язано з ослабленням гальмівного впливу кори на підкіркові центри емоцій.

**Емоційні автоматизми** виявляються у відчутті, що ніби власні почуття й настрої належать не хворому, а викликаються ззовні.

Для **ехомімії** характерний автоматизм відтворення виразних засобів партнера. Підсвідомо копіюються вирази обличчя, інтонація, жести. Ехомімію спричиняє брак психічної енергії, необхідної для гальмування автоматизму відповідних реакцій. Її прикладом є лемент у відповідь на лемент, сміх - на сміх, злість - на злість. Якщо обидва партнери схильні до ехомімії, то їхні емоції розгойдуються як маятник, весь час збільшуючи свою силу.

Це явище спостерігається як у здорових, так і хворих людей.

У деяких людей різко виражений почуттєвий (емоційний) тон, який набуває характеру **ідеосинкразії**, тобто хворобливої відрази до певних подразників, нейтральних або навіть приємних для інших людей. Такі люди не терплять дотики до м'яких, пухнастих речей, оксамиту, запаху риби, різких звуків тощо.

При **емоційній монотонності** емоційні реакції позбавлені гнучкості, природної залежності від зовнішніх і внутрішніх впливів. Емоції одноманітні, мова суха, позбавлена мелодійності, образності, тональність голосу приглушена. Міміка бідна, жестикуляція вбога, однотипна.

**Емоційне огрубіння** - це втрата тонких емоційних диференціацій, тобто здатності визначати доречність тих чи інших емоційно забарвлених реакцій і дозувати їх. Людина втрачає властиві їй раніше делікатність, тактовність, стриманість, вона стає настирливою, хвалькуватою. У неї втрачається прихильність до близьких, губиться інтерес до навколишнього. Емоційне огрубіння спостерігається при органічних порушеннях, що знижують інтелект (алкоголізм, наркоманія, патологічні вияви, старіння).

**Емоційній тупості, холодності** (іноді позначається як «моральна ідіотія», *олотимія*) властива холодність, безсердечність, спустошеність. Емоційний репертуар особистості різко обмежений, у ньому немає реакцій, які включають моральні, естетичні почуття.

**Гіпомімія** - це рухове пригнічення, яке розвивається у мимічній мускулатурі. Воно виявляється в уповільненні темпу, зниженні інтенсивності й розмаїтості довільних і мимовільних виразних рухів обличчя. Зменшення тільки розмаїтості мимічних рухів має назву *збідніння міміки*.

**Амімія** - це вищий ступінь гіпомімії, якому притаманна нерухомість мускулатури обличчя, «застигання» певного виразу обличчя («маскоподібне обличчя»), що зберігається при зміні ситуації, у якій перебуває хворий.

Відомі «псевдоафективні реакції» з імітацією зовнішнього вираження афектів, які виникають, як думають, у результаті розгальмовування безумовного рефлексу. Хворі вдаються до гримас, інтенсивно жестикулюють, непристойно лаються.

Мимовільний плач, регіт спостерігаються при істерії - «ридаю й не можу зупинитися». Хворий може гірко ридати вранці, після чого відчуває полегшення. Так само мимоволі виникає сміх, усмішка.

Пожвавлення експресії спостерігається й у маніакальному стані.

**Алекситимія** (буквально: «без слів для почуттів») - це знижена здатність або складнощі у вербалізації емоційних станів. Усім відомо, як важко буває виразити свої переживання словами.

Алекситимія виявляється у:

- складності ідентифікації й опису власних переживань;
- складності проведення розбіжностей між емоціями й тілесними відчуттями;
- зниженні здатності до символізації, про що свідчить збідненість уяви, фантазії;
- фокусованості більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

### 3. *Емоційна сфера при різних патологіях*

Емоційні порушення в дітей *із затримкою психічного розвитку і порушенням інтелекту*. При ранніх розладах шизофренічного характеру, вираженому психічному недорозвиненні спостерігають емоційну незрілість (недорозвинення). Їй властива відсутність або недостатність емоційних реакцій на довкілля. У ранньому віці ослаблений або відсутній «комплекс поживлення» (емоційна реакція на матір, іграшки), млявість, сонливість. У дошкільному віці відсутній або знижений інтерес до навколишнього, до ігор. У старшому віці відсутні жаль, співчуття, почуття прихильності, слабо виражені емоції й інтереси. Поряд із загальною емоційною незрілістю при різних формах затримки психічного розвитку спостерігають специфічні емоційні порушення.

При *психічному інфантилізмі* емоційна сфера дітей перебуває на більш ранньому щаблі розвитку, відповідаючи психічному складу дитини більш раннього віку.

При *затримці психічного розвитку церебрально-органічного генезису* з'являються порушення в емоційній сфері: відсутня жвавість і яскравість емоцій, спостерігають схильність до ейфорії, що зовні створює враження їхньої життєрадісності. Прихильності й емоційні переживання менш глибокі й диференційовані. У дітей переважає негативне емоційне тло, характерна схильність дитини до боязкості, страхів.

При *затримці психічного розвитку соматогенного походження* спостерігають боязкість, пов'язану з відчуттям своєї неповноцінності.

При *затримці психічного розвитку психогенного походження* спостерігають боязкість, сором'язливість при спілкуванні з дорослими через психотравмуючі умови виховання. Зазначають тривожність і знижений настрій.

За даними І.П. Бучкіної, між підлітками із *затримкою психічного розвитку* спостерігають взаємність антипатій; своїх однокласників ці підлітки сприймають як менш привабливих й очікують, що і їх самих сприймають так само. Є.С. Штепа зазначає, що для цих дітей характерні тривожність, напруженість й емоційна нестійкість. Провідними емоційними характеристиками в них є вразливість, підозрілість і почуття провини.



**При локальних ураженнях мозку** можливі як постійні емоційні розлади (аж до «емоційного паралічу»), так і пароксизмальні (тимчасові) афективні порушення, які виникають або спонтанно без усякого зовнішнього приводу, або у відповідь на реальну причину, але неадекватні їй.

Для *гіпофізарно-гіпоталамічної* локалізації вогнища порушення, за даними Т.О. Доброхотової, характерне поступове збідніння емоцій, зникнення експресивних засобів їхнього вираження на тлі зміни психіки загалом. Для *скроневих* порушень характерні стійкі депресії та яскраві пароксизмальні афекти на тлі зберігання властивостей особистості. Для порушень *лобових відділів* мозку характерне збідніння емоцій, наявність «емоційних паралічів» або ж ейфорії в поєднанні із грубими змінами особистості хворого. При цьому насамперед страждають соціальні емоції.

О.Р. Лурія розглядав емоційно-особистісні зміни (емоційна байдужність, тупість, ейфорія, благодушність тощо) як найважливіші симптоми порушень лобових частин мозку. Відбуваються зміни в емоційних порушеннях при порушеннях правої й лівої півкуль головного мозку.

**Емоційні порушення в душевнохворих.** С. Вандерберг і М. Маттісон з'ясовували, наскільки порушені впізнання емоцій за виразом обличчя в душевнохворих. Було виявлено, що хворі параноїдною формою шизофренії дають вищий відсоток адекватного визначення емоцій, ніж інші шизофреніки.

У працях психіатрів зазначено, що на фоні алкогольної деградації виникають характерні зміни в емоційній сфері хворих. Емоційні переживання стають неглибокими, поверховими, виявляється деяка ейфоричність.

### ***Патологічні емоційні стани***

Для патологічного афективного стану характерна сильна стійкість ідей, які виникають у людини. При патологічних афектах це виявляється у виникненні **маячних ідей**, які пов'язані, як правило, з найінтимнішими сторонами особистості хворого, тому викликають у нього живе до них емоційне ставлення. Манія величі в прогресивних паралітиків, марення, самозвинувачення в меланхоліків завдячують своїм походженням особливостям їхньої емоційної сфери.

Чим сильніше придушення, тим інтенсивніший афект, який проковує виникнення психічного травматичного стану. Терапія, заснована на цій теорії,

спрямована на повернення у свідомість події або пов'язаної з нею витиснутої ідеї разом із супутнім почуттям. Це повернення зумовлює розрядку почуття (катарсису) і зникнення симптомів травматичного стану.

3. Фройд пов'язував виникнення психічного травматичного стану із придушенням енергії потягів, які викликають у суб'єкта тривогу; розрядка напруги спричиняє різноманітні, в основному приємні емоції.

**Страхи (фобії).** У психопатичних особистостей спостерігають безпричинні страхи, які не підлягають жодним логічним доводам і опановують свідомості настільки, що робить болісним життя цих людей. Такі страхи також є в тих, хто страждає на психостенію, невроз страху й невроз очікування.

Осіб з неврозом страху поділяють на «тиміків», які страждають невизначеними страхами, й «фобіків», які страждають певним острахом.

Також виокремлюють різні фобії:

- агарофобія - острах відкритого простору, площ;
- айхмофобія - острах гострих предметів;
- соціальна фобія - острах особистих контактів;
- ерейтофобія - острах почервоніти тощо.

П. Жані зазначає наявність у психопатів страху перед активністю, перед життям.

У дитячому віці (найчастіше дошкільному) страхи можуть бути ознаками патологічної особистості (аутистичної, невропатичної, психастенічної тощо).

**Недиференційований (безпредметний) страх** є протопатичним страхом із переживанням дифузійної, не конкретизованої загрози. Він поєднується із загальним руховим занепокоєнням, соматовегетативними симптомами (тахікардією, почервонінням або зблідненням обличчя, пітливістю тощо).

**Нічний страх** трапляється в основному в дітей дошкільного (з п'яти років) і молодшого шкільного віку. Дитина починає боятися темряви, боїться спати одна, просинається вночі з криком і тремтить від страху, потім довго не може заснути. Виникненню нічного страху можуть передувати реальні переживання в денний час - переляк, психотравмуючі ситуації при перегляді фільмів жахів. При депресивних станах у сновидіннях часто виникають сюжети, пов'язані зі смертю. Нічний страх присутній також у дорослих. Уночі вони стають більш недовірливими. У деяких він виявляється у вигляді *страху перед безсонням*. У серцево-судинних і депресивних

хворих *страх перед сном* часто виникає через острах заснути «безпробудно». У цих випадках хворі змушують себе не спати.

**Невроз очікування**, за Е. Крепеліном, полягає в тому, що особи, які страждають на нього, боячись невдачі у виконанні якоїсь функції, приходять у стан такого боязкого очікування, що відчують постійне утруднення у виконанні певної функції (статевої, сечовипускання тощо). У душевнохворих виникає безпричинний страх переслідування, вони бояться, що їх уб'ють, задушать, відберуть житлову площу тощо.

При гіпертимічних психопатіях, псевдопсихопатіях, ендогенних захворюваннях може спостерігатися підвищений настрій, що має різні відтінки.

- **БЛАГОДУШНІСТЬ** виникає при олігофренії й органічних ураженнях центральної нервової системи. Хворі живуть у безхмарному сьогодні, переживаючи почуття достатку, з байдужістю до зовнішньої ситуації, настрою й ставлення до довкілля і своєї долі, з безтурботністю, незлобивістю, слабкими або повністю відсутніми реакціями на неприємні події. Вони задовольняються неробством, байдужі до зауважень й осуду.

- **ЕКЗАЛЬТОВАНІСТЬ**, тобто підвищений настрій з надмірною натхненністю, переоцінкою властивостей своєї особистості, зовнішності, можливостей, є основним розладом при багатьох маніях амбулаторного рівня в підлітків. Характерна також для психопатичних особистостей й акцентуєваних особистостей гіпертимного та істеричного типу.

- **ЕЙФОРІЯ** - це підвищений безтурботно-веселий настрій, який поєднується із благодушністю і достатком за відсутності прагнення до діяльності. Для ейфорії характерне пригноблення розумової діяльності із украй бідною мовною продукцією. Її часто спостерігають при олігофренії й органічних захворюваннях центральної нервової системи, що призводять до слабоумства.

В основі **екстатичного афекту** лежить надзвичайна гострота пережитих емоцій з відтінком щастя, захвату, замилювання. Його супроводжує, як правило, дереалізація, і він характерний для шизоафективних психозів, що мають перебіг із зворотньо-почуттєвим маренням та онейроїдним потьмаренням свідомості, а також для деяких видів емоційних аур при епілепсії. Може виявлятися в психопатичних й акцентуєваних особистостей.

**Морія** становить собою поєднання маніакального порушення, веселості, безтурботності, пустотливості зі слабоумством. Виявляється при органічних захворюваннях центральної нервової системи.

**Гіпотимія** - це знижений настрій різних відтінків. Вона виникає при дистимічних особистісних акцентуаціях, психопатіях типу «уродженого песимізму», постпроцесуальних псевдопсихопатіях, після суїцидної спроби, при наркоманії. Гіпотимія є ядром депресивного синдрому й виявляється в поєднанні зі сповільненістю мислення, руховою загальмованістю, песимістичними ідеями й соматовегетативними порушеннями.

**Депресія** може мати й непатологічне походження, наприклад, у разі невдоволення дівчини своїм тілом, обличчям. Імовірність виникнення депресії в осіб юнацького віку підвищується за таких чинників:

- підвищена здатність до критичного осмислення розвитку своєї особистості й свого майбутнього, особливо при фіксації на можливих негативних явищах;
- проблеми в родині, економічні труднощі, здоров'я батьків;
- низька популярність серед однолітків;
- низька шкільна успішність.

Середня й важка форма депресії у віці від 13 до 19, років трапляється досить рідко, хоча кількість випадків її вияву з віком збільшується при піках у 16 і 19 років. Однак її симптоми можуть бути небезпечними для життя.

Восени або взимку в багатьох людей виникає сильна депресія, яка дістала назву «сезонного афективного розладу». З приходом весни ця депресія минає.

Одним із виявів гіпотимії є **дисфорія**. Це патологічний афект, для якого характерні похмурість, дратівливість хворого. Виявляється в невдоволенні всім, у недобррозичливості, схильності до злості й агресії («патологічна злостивість», ворожість до всього світу), в брутальності, цинічності.

**Нудьга** теж характеризує гіпотимію, оскільки є малодиференційованим депресивним афектом.

**Туга** - це депресивний емоційний стан, який виявляється в переживанні глибокого суму, безвихідності, серцевому болю. У класичному вигляді тугу супроводжують хворобливі фізичні відчуття: почуттям стиснення й важкості у грудях або болю за грудиною. У дітей і підлітків з ендогенною депресією скарги на тугу

вкрай рідко трапляються; найчастіше вони визначають свій настрій як «сум», «пригніченість», «нудьгу». Про їхній тужливий настрій можна судити лише за непрямими ознаками: наявності скарг на важкість і біль у ділянці серця, правій половині грудей, в епігастральній ділянці; особливою жестикуляцією із притисканням рук до грудей; чергуванні періодів пригніченості із психомоторним порушенням; уривчастих висловленнях про нестерпність страждань.

**Астенія** (від грецьк. - безсилля, слабкість) виникає при різних захворюваннях, а також при надмірній розумовій і фізичній напрузі, тривалих конфліктах і негативних переживаннях. Їй притаманна не лише слабкість, підвищена стомлюваність, а й істотні зміни в емоційній сфері. З'являється емоційна нестійкість, часта зміна настрою, дратівливість, слізливість. Людина переживає власну малоцінність, сором, боязкість. Ці переживання можуть зненацька змінюватися протилежними стеничними переживаннями.

**Патологічна сором'язливість.** В.Л. Леві і Л.З. Волков виокремили три типи патологічної сором'язливості підлітків.

- **ШИЗОЇДНО-ІНТРОВЕРТОВАНИЙ** (конституціональний). Пов'язаний з ізолюваністю підлітка в групі, його неконформною поведінкою, явищами дисморфофобії, скороченням спілкування з людьми («втеча від оцінок»). Ця форма, досить близька до аутистичності, є стійкою й найбільш несприятливою в терапевтичному прогнозі.

- **ПСЕВДОШИЗОЇДНИЙ.** Виникає в закомплексованої людини через наявність у неї фізичних дефектів, фізичної чи соціальної неповноцінності (ожиріння, косоокість, заїкання, від неблагозвучного імені чи прізвища). Виявляється лише з незнайомими людьми. Намагаючись побороти сором'язливість, підлітки часто виявляють розв'язність.

- **ПСИХАСТЕНІЧНИЙ.** Його характеризує знижений рівень домагань у старшому віці, відсутність прагнення до лідерства, конформне поводження. Запущена сором'язливість може набувати різних форм «втечі», у тому числі й пристрасті до алкоголю, наркотиків.