

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

### **Диагностика эмоциональных состояний**

**Сборник методических рекомендаций для преподавателя к практическим занятиям по  
направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма  
обучения)**

Красноярск

2022

Диагностика эмоциональных состояний : сборник методических рекомендаций для преподавателя к практическим занятиям по направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения) / сост. Е.И. Алыджи, Ю.В. Живаева. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

**Составители:**

к.пс.н. Е.И. Алыджи  
к.пс.н. Ю.В. Живаева

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2018 по направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 10 от 26 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ  
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Минздрава России, 2022

**1. Тема № 1.** Психология эмоций (Компетенции: УК-1.1)

**2. Разновидность занятия:** комбинированное

**3. Методы обучения:** частично-поисковый (эвристический)

**4. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений понятий эмоций и чувств, знакомство с базовыми типологиями и фундаментальными свойствами, характеризующих динамические особенности протекания эмоций и чувств.

**5. Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** теоретические основания развития эмоциональной сферы, **уметь** проводить клиническую беседу с пациентом, **владеть** навыками сбора и оценки анамнестических данных

**6. Место проведения и оснащение занятия:**

**7. Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	10.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	15.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	35.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

**8. Аннотация** (краткое содержание темы)

В античной философии эмоций рассматривались как особый вид познания, а состояния удовольствия или страдания связывались с представлением о грядущем благе или бедствии (Аристотель и др.). Сходные по своему психологическому интеллектуализму воззрения были развиты в философии Нового времени, особенно у Дж. Локка, Г. Лейбница, Г. Гегеля. Противоположная характеристика Э. основана на признании существования самостоятельной способности чувствования, неотожествимой с процессами познания и воли (И. Тетенс, И. Кант). Сильное влияние на развитие представлений об эмоциях оказали также воззрения Р. Декарта, Н. Мальбранша и особенно Б. Спинозы.

Большое значение в конкретно-научном изучении эмоций имела работа Ч. Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных» (1872), где подчеркнута приспособительная роль сопровождающих Э. выразительных движений. Во многих отношениях близкой к взглядам Ч. Дарвина является т. н. периферическая теория эмоций, выдвинутая У. Джемсом и Г. Ланге (см. Джемса—Ланге теория эмоций), согласно которой возникновение эмоционального переживания обусловлено определенными изменениями в деятельности внутренних органов и двигательной сфере. Несмотря на серьезную критику, периферическая теория эмоций в различных своих вариантах продолжала рассматриваться в психологии вплоть до исследований, проведенных У. Кенноном, Ф. Бардом и др., показавших, что эмоциональные состояния м. б. объяснены специфической активностью ц. н. с.

Эмоции возникли в процессе эволюции как средство, при помощи которого живые существа определяют биологическую значимость состояний организма и внешних воздействий. В ходе эволюционного развития Э. дифференцируются и образуют различные виды, отличающиеся своими психологическими особенностями и закономерностями протекания.

Простейшая форма эмоций — эмоциональный тон ощущений — врожденные гедонические переживания, сопровождающие отдельные жизненно важные воздействия (напр., вкусовые, температурные, болевые). Уже на этом уровне эмоции дифференцируются на 2 полярных класса. Положительные эмоции, вызываемые полезными воздействиями, побуждают субъекта к их достижению и сохранению; отрицательные эмоции стимулируют активность, направленную на избежание вредных воздействий.

В экстремальных условиях, когда субъект не справляется с возникшей ситуацией, развиваются т. н. аффекты — особый вид эмоциональных явлений, отличающихся большой силой, способностью тормозить др. психические процессы и навязывать определенный закрепившийся в эволюции способ «аварийного» разрешения ситуации (напр., бегство, агрессию).

В целом биологические эмоции представляют собой форму поведенческой адаптации, в которой актуализируется видовой (наследственный) опыт: ориентируясь на него, индивид совершает необходимые действия (напр., избегание опасности, продолжение рода), целесообразность которых остается для него скрытой. Эмоции важны и для приобретения индивидуального опыта. Осуществляя функцию положительного и отрицательного, подкрепления, они способствуют приобретению полезных и устранению не оправдавших себя форм поведения.

В множестве эмоциональных (в широком смысле) процессов в настоящее время принято выделять особый вид собственно эмоций. Они могут вызываться не только актуально воспринимаемыми, но и представляемыми и воображаемыми событиями. В силу адеаторного характера они способны предвосхищать ситуации и события, которые реально еще не наступили или произошли в прошлом, причем не только с самим субъектом эмоций. В отличие от аффектов, собственно эмоции иногда лишь слабо проявляются во внешнем поведении. Они имеют также отчетливо выраженный конкретно-ситуативный характер, т. е. выражают оценочное отношение субъекта к складывающимся или возможным ситуациям, к своей деятельности и своим проявлениям в этих ситуациях. Их важнейшая особенность состоит в том, что они могут обобщаться и передаваться; поэтому эмоциональный опыт человека гораздо шире, чем опыт его индивидуальных переживаний, — он формируется также в результате эмоциональных сопереживаний, возникающих в общении с др. людьми и, в частности, вызываемых средствами искусства. Сам способ выражения эмоций приобретает черты социально формирующегося исторически изменчивого «эмоционального языка», о чем свидетельствуют как многочисленные этнографические описания, так и др. факты, напр. своеобразная бедность мимики у врожденно слепых людей. Собственно эмоции находятся в ином отношении к личности и сознанию, чем аффекты: первые воспринимаются субъектом как состояния моего «Я», вторые — как состояния, происходящие «во мне», «навязанные мне». Это отличие ярко выступает в случаях, когда эмоция возникает как реакция на аффект, напр. когда человек тревожится, что его может охватить страх, стыдится проявленного гнева и т. п.

Формирование эмоций человека — важнейшее условие развития его как личности. Только став предметом устойчивых эмоциональных отношений, идеалы, обязанности, нормы поведения превращаются в реальные мотивы деятельности. Чрезвычайное разнообразие эмоций человека объясняется сложностью отношений между предметами его потребностей, конкретными условиями возникновения и деятельностью, направленной на их достижение.

Высший продукт развития эмоций человека — чувства, которые возникают в онтогенезе как результат обобщения ситуативно проявляемых эмоций. Сформировавшиеся чувства становятся главными детерминантами эмоциональной жизни человека, от которых зависит возникновение и содержание ситуативных эмоций и аффектов (напр., чувством любви м. б. обусловлена гордость любимым человеком, ненависть к его соперникам, огорчение из-за постигших его неудач, ревность и т. д.). Проявление сильного, доминирующего чувства называется страстью.

События, сигнализирующие о возможных изменениях в жизни человека, наряду со специфическими эмоциями могут вызывать длительные изменения общего эмоционального фона — т. н. настроения.

Эмоции человека различаются степенью осознанности. Конфликт между осознанными и неосознанными эмоциями чаще всего лежит в основе неврозов. Важную роль эмоций играют в этиологии психических и психосоматических заболеваний.

Проявляясь в ответ на воздействие жизненно значимых событий, эмоции способствуют либо мобилизации, либо торможению внутренней и внешней деятельности в т. ч. они влияют на содержание и динамику познавательных психических процессов: восприятия, внимания, воображения, памяти, мышления (напр., страх перед учителем не способствует достижениям ученика). Одна из регулятивных функций эмоций, состоящая в регуляции уровня энергетической мобилизации (активации) или демобилизации организма, осуществляется через активность вегетативной н. с. и ретикулярной формации, которые находятся во взаимодействии с лимбическими структурами, составляющими центральный нервный субстрат эмоций. Сопровождающие эмоции физиологические процессы (вегетативные, биохимические, электромиографические, электроэнцефалографические) выступают (наряду с мимическими, пантомимическими и речевыми показателями) в психологических экспериментах в качестве объективных индикаторов эмоциональных состояний.

Рассматривая специфические особенности наших чувств, следует прежде всего отметить, что они носят личностный характер. Это означает, что в них отражается значимость предметов и явлений для данного человека в конкретной ситуации. Так, пища, предложенная сытому и голодному человеку, вызовет у них разные чувства. Этим же объясняется и отношение к предметам, которые вызывают воспоминания.

Как правило, предметы, с которыми мы имели дело в радостной, эмоциональной обстановке, и в дальнейшем будут вызывать у нас положительную реакцию. А, например, неприятные или грустные события и позже вряд ли вызовут радость. В связи с этим чувства можно рассматривать как важнейшую характеристику личности. Как писал Ф.Крюгер: «То, что радует человека, что его интересует, повергает в уныние, волнует, что представляется ему смешным, более всего характеризует его сущность, его характер, индивидуальность»

Чувства не только отражают отношение человека к объектам, но и несут информацию о них. В этом смысле можно говорить о познавательном компоненте эмоций. Даже впервые встречая тот или иной объект, того или иного человека, мы испытываем к нему какие-нибудь чувства. И если этим чувством является, например, недоверие или страх, то мы стараемся избежать контакта с ним.

Иногда наши чувства обгоняют наши мысли и подсказывают, как надо себя вести. Если на человека бросается злая собака, то он, не раздумывая, может побежать от нее или влезть на дерево. Таким образом, наши чувства как бы информируют нас: «Будьте осторожны!» Конечно, эта информация носит субъективный характер и зависит от опыта личности.

Чувства тесно связаны с потребностями личности. Мы говорили об этом, когда рассматривали концепцию П.В.Симонова. Действительно, за каждой эмоцией человека стоит конкретная потребность, т.е. нужда в чем-либо. Потребности могут быть материальные и духовные.

Материальные потребности требуют частого удовлетворения и быстро меняются. Так, мы много раз чувствовали себя голодными, и нам казалось, что сможем съесть невообразимо много. Однако, съев обычный обед, мы ощущаем сытость и еда перестает нас интересовать. Не зря говорят: «Запах пищи приятен только голодному». Отсюда можно сделать вывод, что материальные потребности, как и вызываемые ими эмоции, ситуативны, т.е. неустойчивы.

Отметим также, что по своей роли и тем функциям, которые чувства выполняют в удовлетворении потребностей, их можно разделить на две основные группы.

Первую из них составляют переживания, относящиеся к самим предметам потребностей. Делая эти предметы привлекательными или непривлекательными, переживания как бы побуждают нас к определенным действиям. Поэтому, если нам предлагают любимое мороженое или нелюбимую манную кашу, мы поступаем по-разному. Можно сказать, что само отношение к предмету потребности превращает их в мотивы. Для возникновения этих переживаний достаточно обострения некой потребности и наличия отвечающего предмета. Эмоции (от лат. *emovere* — волновать, возбуждать) — особый класс психических процессов и состояний (человека и животных), связанных с инстинктами, потребностями, мотивами и отражающих в форме непосредственного переживания (удовлетворения, радости, страха и т. д.) значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности. Сопровождая практически любые проявления активности субъекта, Э. служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей.

Функции эмоций:

- 1) отражательная - она проявляется в двигательной, речевой ответной реакции организма на события и явления, вызывающие те или иные эмоции;
- 2) оценочная - состоит в определении значимости для субъекта того или иного объекта или ситуации, состояний организма и внешних воздействий;
- 3) регуляторная - заключается в способности эмоций оказывать влияние на состояние организма и поведение человека;
- 4) сигнальная - состоит в способности пережитой эмоции оставлять след в психике человека в результате удачных и неудачных действий;
- 5) функция побуждения - недостаток или неудовлетворенность чего-либо вызывает эмоциональные переживания, такие как гнев, испуг, зависть, ненависть, которые определяют направление поиска, стимулируют его;
- 6) подкрепляющая функция - после достижения результата, способного удовлетворить потребность, возникает состояние удовлетворения, выполняющее роль награды за достижение цели. Эмоциональное подкрепление обучает организм определенному поведению в конкретной ситуации. Эта функция в процессе индивидуального развития предшествует побуждающей;
- 7) дифференцирующая функция - благодаря эмоциональному отношению к происходящему, происходит выбор из бесчисленного множества впечатлений тех, которые отвечают насущным потребностям человека. Она способствует избирательности восприятия, направленности мышления;
- 8) синтезирующая функция - проявляется в совокупности образов, связанных с ситуацией, в которой возникло сильное эмоциональное переживание. Новая встреча с любым из объектов данной ситуации может возбудить пережитую эмоцию;
- 9) функция мобилизации - состоит в том, что возникающие в критических ситуациях сильные эмоциональные

состояния (аффекты) способствуют мобилизации всех сил организма для реализации защитных действий;

10) коммуникативная функция - проявляется в различных выразительных движениях, формирующихся под влиянием социума (улыбка при благожелательном отношении, покашливание при несогласии, крик при испуге).

Выделяют стенические и астенические эмоции:

Стенические эмоции - вызывают подъем сил, возбуждение, бодрость.

Астенические эмоции - уменьшают активность, энергию человека.

Чувства - наиболее устойчивые переживания человека, возникающие при удовлетворении или неудовлетворении социальных потребностей (любовь, гордость, ненависть, мировоззренческие чувства и др.). Отличительными особенностями чувств являются их осознанность, предметность и обобщенность.

Чувства моральные (нравственные) - переживание человеком его отношения к другим людям, к обществу, к правилам и нормам общежития. Возникают при сравнении явлений действительности с общественными нормами после их принятия. К положительным моральным чувствам относят чувства доброжелательности, жалости, нежности, симпатии, дружбы, товарищества, коллективизма, патриотизма, долга и т. д. К отрицательным моральным чувствам относят чувства индивидуализма, эгоизма, вражды, зависти, злорадства, ненависти и т. д.

Чувства интеллектуальные - чувства, связанные с познавательной деятельностью и регулирующие интеллектуальную активность личности. К этим чувствам относят чувства интереса, удовлетворения от интеллектуальной деятельности, любви к истине, сомнения, удивления, юмора и пр. Интеллектуальные чувства позволяют преодолевать трудности, поддерживают стремления к поиску истины. Поэтому так поразительна работоспособность у некоторых ученых.

Чувства эстетические - своеобразная окраска ощущений, характеризующих наше отношение к отдельным качествам предмета. Переживание прекрасного и уродливого в природе, жизни, искусстве, человеке и др. Связаны с пониманием гармонии, возвышенного, трагического, комического. Огромное влияние на эмоциональные состояния человека оказывает искусство. Так, чувство трагического проявляется у человека при сопереживании трагических ситуаций других людей (катарсис).

Катарсис - первоначально понятие катарсиса относилось к состоянию эмоционального потрясения, внутреннего очищения, которое вызывалось у зрителей античных трагедий в результате переживания за судьбу героя, которая, как правило, завершалась смертью. Катарсис - соприкосновение со страданиями людей, сопереживание трагедии.

Чувства практические (практические) (греч. praktikos - деятельный) - чувства, связанные с деятельностью человека (досада, удовольствие, творческий подъем и пр.).

Страсти - абсолютно доминирующие чувства, которые захватывают человека и владеют им. Это, как правило, сильно выраженное увлечение человека чем-либо или кем-либо, сопровождающееся глубокими эмоциональными переживаниями, связанными с соответствующим объектом.

## **9. Вопросы по теме занятия**

1. Что такое биологические эмоции?

Компетенции: УК-1.1

2. Что такое эмоции и чувства?

Компетенции: УК-1.1

3. Эмоции в античной философии?

Компетенции: УК-1.1

4. Виды эмоций?

Компетенции: УК-1.1

5. Формирование эмоций у человека?

Компетенции: УК-1.1

## **10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

1. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЯ В ЖИЗНИ ОРГАНИЗМА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ (И):

- 1) только приспособительную;
- 2) только мобилизационную;
- 3) только приспособительную и интегративную;
- 4) приспособительную, мобилизационную и интегративную;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1.1

2. В ТОМ, ЧТО СТОЙКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ НАПРАВЛЯЮТ НАШЕ ПОВЕДЕНИЕ, ПОДДЕРЖИВАЮТ ЕГО, ЗАСТАВЛЯЮТ ПРЕОДОЛЕВАТЬ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ НА ПУТИ ПРЕГРАДЫ, ВЫРАЖАЕТСЯ ФУНКЦИЯ ЧУВСТВ:

- 1) экспрессивная (выразительная);
- 2) сигнальная;
- 3) регуляторная;
- 4) интерферирующая;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1.1

3. БОЛЕЕ ИЛИ МЕНЕЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ОКРАШИВАЮЩЕЕ ВСЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) собственной эмоцией;
- 2) аффектом;
- 3) настроением;
- 4) чувством;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1.1

4. ВОСХИЩЕНИЕ КРАСОТОЙ ПРИРОДЫ ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ:

- 1) эмоций;
- 2) эстетических чувств;
- 3) нравственных чувств;
- 4) практических чувств;
- 5) интеллектуальных чувств;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1.1

5. ЭМОЦИИ ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОДЪЕМ СИЛ, ВОЗБУЖДЕНИЕ НАЗЫВАЮТСЯ:

- 1) астенические;
- 2) стенические;
- 3) эстетические чувства;
- 4) нравственные чувства;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1.1

### 11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Прочитайте следующие реплики 1) Использование занимательного материала на уроке — фактор, повышающий интерес учащихся к учебному предмету. 2) Б.М.Теплов заметил, что если атмосфера опасности создает атмосферу «боевого возбуждения», то она может усиливать и обострять работу ума. 3) По нахмурившимся бровям и сосредоточенному лицу студента преподаватель сразу понял, что вопрос для молодого человека непрост. 4) Е.А.Громова пишет о воспроизведении эмоционального состояния в ситуации, содержащей некоторые компоненты ранее пережитой ситуации. 5) Возмущенный выходкой ученика, учитель предложил ему покинуть класс. 6) По В. К. Вилюнасу, эмоциональное переключение — универсальный механизм развития мотивации, общий для биологического и социального уровней. 7) Конструктор был уверен в том, что данная сложная техническая задача имеет решение, но предложить его пока не мог. 8) Все ситуации, схожие с пережитыми, вызывают повышенное внимание. 9) В условиях вражеского налета матрос выбросил за борт неразорвавшуюся бомбу, которую никогда не смог бы поднять в обычных условиях. 10). О. Бароян заметил, что именно эмоциональное отношение к проблеме позволяет ученому видеть то, мимо чего проходят другие. 11) Говорят, что хорошие воспитатели получают из тех, кто хорошо помнит себя в детстве.

**Вопрос 1:** Какие функции эмоций угадываются за следующими репликами?;

**Вопрос 2:** Какие ещё функции вы знаете?;

- 1) 1, 5, 6 — функция побуждения; 2, 9 — мобилизация активности в экстремальной ситуации; 4, 8, 11 — следообразования; 7, 10 — компенсации информационного дефицита; 3 — коммуникации;
- 2) Отражательная, оценочная, регуляторная, сигнальная, синтезирующая;

Компетенции: УК-1.1

2. 2. Дж. Вест, «Посвящение собаке»: «Единственным, совершенно бескорыстным другом человека в этом корыстном мире, другом, который никогда не покинет его, который никогда не бывает неблагодарным и не предаст его, является собака. Собака останется рядом с человеком в богатстве и в бедности, в здравии и болезни. Она будет спать на холодной земле, где дуют зимние ветры и яростно метет снег, только бы быть рядом с хозяином. Собака будет целовать ему руку, даже если эта рука не может дать ей еды; она будетлизывать раны и царапины — результаты столкновений с жестокостью окружающего мира. Собака охраняет сон своего нищего хозяина так же ревностно, как если бы он был принцем. Когда уходят все остальные друзья, этот останется. Когда все богатства

улетучатся и все разваливается на куски, собака так же постоянна в своей любви, как солнце, шествующее по небу».

**Вопрос 1:** Можно ли согласиться с мнением автора ?;

**Вопрос 2:** В большинстве от животных мы получаем положительные или индифферентные эмоции?;

1) Да, мнение совершенно верно.;

2) Положительные эмоции;

Компетенции: УК-1.1

3. «Как обычно, захожу в класс, здороваюсь, спрашиваю: — Кто сегодня отсутствует? Впрочем, и так вижу, что двоих нет. Через некоторое время дверь распахнулась, и в класс ворвались запыхавшиеся дети. В руках — ветки сирени. — Это Вам! — сказали они, протягивая мне цветы. — Спасибо, но по какому поводу? — Это Вам в день рождения. — А как вы узнали? — Э-э... это секрет фирмы. Но оказалось, что у "фирмы" есть и еще один секрет. Сирень как-то странно обломана... — Ребята, а где вы ее взяли? — Нарвали. За нами дворник до самой школы гнался!» (Э.Ш.Натанзон).

**Вопрос 1:** Развитие какого профессионально значимого свойства личности изучалось у будущих педагогов с помощью предложенной им задачи?;

**Вопрос 2:** Как вы поступили бы на месте учительницы? Почему?;

1) Речь идет об эмпатии, точнее, о ее особой форме — межвозрастной эмпатии, означающей умение осуществить «поправку на детство»;

2) Поблагодарила детей, за поздравление, однако объяснила им, что так поступать не совсем верно;

Компетенции: УК-1.1

4. 3. Тьмы низких истин нам дороже нас возвышающий обман. (А. С. Пушкин)

**Вопрос 1:** Переведите на научный язык современной психологии эмоциональных состояний ?;

**Вопрос 2:** Дайте пояснение описанному ?;

1) Автор говорит о двух процессах эмоциональных состояний человека;

2) Попытка охарактеризовать проявление ментальности;

Компетенции: УК-1.1

5. 2. ...Так, значит, и впрямь всю жизнь удаляется, а не длится любовь, удивленья мгновенная дань? (Б. Пастернак)

**Вопрос 1:** Переведите на научный язык современной психологии эмоциональных состояний ?;

**Вопрос 2:** Дайте пояснение описанному ?;

1) Печаль;

2) Автор строку находится в сожалении о том, что любовь как состояние удаляется, а не длится;

Компетенции: УК-1.1

## 12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Психологические теории эмоций

2. Роль эмоций в жизни человека.

3. Эмоциональное выгорание

## 13. Рекомендованная литература по теме занятия

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

**1. Тема № 2.** Психология чувств (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-1.6)

**2. Разновидность занятия:** комбинированное

**3. Методы обучения:** частично-поисковый (эвристический)

**4. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений понятий эмоций и чувств, знакомство с базовыми типологиями и фундаментальными свойствами, характеризующих динамические особенности протекания эмоций и чувств.

**5. Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** теоретические основания развития эмоциональной сферы, **уметь** описать психическое состояние пациента с аффективными расстройствами, **владеть** навыками сбора и оценки анамнестических данных

**6. Место проведения и оснащение занятия:**

**7. Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	10.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	15.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	35.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

**8. Аннотация** (краткое содержание темы)

В античной философии эмоций рассматривались как особый вид познания, а состояния удовольствия или страдания связывались с представлением о грядущем благе или бедствии (Аристотель и др.). Сходные по своему психологическому интеллектуализму воззрения были развиты в философии Нового времени, особенно у Дж. Локка, Г. Лейбница, Г. Гегеля. Противоположная характеристика Э. основана на признании существования самостоятельной способности чувствования, неотожествимой с процессами познания и воли (И. Тетенс, И. Кант). Сильное влияние на развитие представлений об эмоциях оказали также воззрения Р. Декарта, Н. Мальбранша и особенно Б. Спинозы.

Большое значение в конкретно-научном изучении эмоций имела работа Ч. Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных» (1872), где подчеркнута приспособительная роль сопровождающих Э. выразительных движений. Во многих отношениях близкой к взглядам Ч. Дарвина является т. н. периферическая теория эмоций, выдвинутая У. Джемсом и Г. Ланге (см. Джемса—Ланге теория эмоций), согласно которой возникновение эмоционального переживания обусловлено определенными изменениями в деятельности внутренних органов и двигательной сфере. Несмотря на серьезную критику, периферическая теория эмоций в различных своих вариантах продолжала рассматриваться в психологии вплоть до исследований, проведенных У. Кенноном, Ф. Бардом и др., показавших, что эмоциональные состояния м. б. объяснены специфической активностью ц. н. с.

Эмоции возникли в процессе эволюции как средство, при помощи которого живые существа определяют биологическую значимость состояний организма и внешних воздействий. В ходе эволюционного развития Э. дифференцируются и образуют различные виды, отличающиеся своими психологическими особенностями и закономерностями протекания.

Простейшая форма эмоций — эмоциональный тон ощущений — врожденные гедонические переживания, сопровождающие отдельные жизненно важные воздействия (напр., вкусовые, температурные, болевые). Уже на этом уровне эмоции дифференцируются на 2 полярных класса. Положительные эмоции, вызываемые полезными воздействиями, побуждают субъекта к их достижению и сохранению; отрицательные эмоции стимулируют активность, направленную на избежание вредных воздействий.

В экстремальных условиях, когда субъект не справляется с возникшей ситуацией, развиваются т. н. аффекты — особый вид эмоциональных явлений, отличающихся большой силой, способностью тормозить др. психические процессы и навязывать определенный закрепившийся в эволюции способ «аварийного» разрешения ситуации

(напр., бегство, агрессию).

В целом биологические эмоции представляют собой форму поведенческой адаптации, в которой актуализируется видовой (наследственный) опыт: ориентируясь на него, индивид совершает необходимые действия (напр., избежание опасности, продолжение рода), целесообразность которых остается для него скрытой. Эмоции важны и для приобретения индивидуального опыта. Осуществляя функцию положительного и отрицательного, подкрепления, они способствуют приобретению полезных и устранению не оправдавших себя форм поведения.

В множестве эмоциональных (в широком смысле) процессов в настоящее время принято выделять особый вид собственно эмоций. Они могут вызываться не только актуально воспринимаемыми, но и представляемыми и воображаемыми событиями. В силу адеаторного характера они способны превосходить ситуации и события, которые реально еще не наступили или произошли в прошлом, причем не только с самим субъектом эмоций. В отличие от аффектов, собственно эмоции иногда лишь слабо проявляются во внешнем поведении. Они имеют также отчетливо выраженный конкретно-ситуативный характер, т. е. выражают оценочное отношение субъекта к складывающимся или возможным ситуациям, к своей деятельности и своим проявлениям в этих ситуациях. Их важнейшая особенность состоит в том, что они могут обобщаться и передаваться; поэтому эмоциональный опыт человека гораздо шире, чем опыт его индивидуальных переживаний, — он формируется также в результате эмоциональных сопереживаний, возникающих в общении с др. людьми и, в частности, вызываемых средствами искусства. Сам способ выражения эмоций приобретает черты социально формирующегося исторически изменчивого «эмоционального языка», о чем свидетельствуют как многочисленные этнографические описания, так и др. факты, напр. своеобразная бедность мимики у врожденно слепых людей. Собственно эмоции находятся в ином отношении к личности и сознанию, чем аффекты: первые воспринимаются субъектом как состояния моего «Я», вторые — как состояния, происходящие «во мне», «навязанные мне». Это отличие ярко выступает в случаях, когда эмоция возникает как реакция на аффект, напр. когда человек тревожится, что его может охватить страх, стыдится проявленного гнева и т. п.

Формирование эмоций человека — важнейшее условие развития его как личности. Только став предметом устойчивых эмоциональных отношений, идеалы, обязанности, нормы поведения превращаются в реальные мотивы деятельности. Чрезвычайное разнообразие эмоций человека объясняется сложностью отношений между предметами его потребностей, конкретными условиями возникновения и деятельностью, направленной на их достижение.

Высший продукт развития эмоций человека — чувства, которые возникают в онтогенезе как результат обобщения ситуативно проявляемых эмоций. Сформировавшиеся чувства становятся главными детерминантами эмоциональной жизни человека, от которых зависит возникновение и содержание ситуативных эмоций и аффектов (напр., чувством любви м. б. обусловлена гордость любимым человеком, ненависть к его соперникам, огорчение из-за постигших его неудач, ревность и т. д.). Проявление сильного, доминирующего чувства называется страстью.

События, сигнализирующие о возможных изменениях в жизни человека, наряду со специфическими эмоциями могут вызывать длительные изменения общего эмоционального фона — т. н. настроения.

Эмоции человека различаются степенью осознанности. Конфликт между осознанными и неосознанными эмоциями чаще всего лежит в основе неврозов. Важную роль эмоций играют в этиологии психических и психосоматических заболеваний.

Проявляясь в ответ на воздействие жизненно значимых событий, эмоции способствуют либо мобилизации, либо торможению внутренней и внешней деятельности в т. ч. они влияют на содержание и динамику познавательных психических процессов: восприятия, внимания, воображения, памяти, мышления (напр., страх перед учителем не способствует достижениям ученика). Одна из регулятивных функций эмоций, состоящая в регуляции уровня энергетической мобилизации (активации) или демобилизации организма, осуществляется через активность вегетативной н. с. и ретикулярной формации, которые находятся во взаимодействии с лимбическими структурами, составляющими центральный нервный субстрат эмоций. Сопровождающие эмоции физиологические процессы (вегетативные, биохимические, электромиографические, электроэнцефалографические) выступают (наряду с мимическими, пантомимическими и речевыми показателями) в психологических экспериментах в качестве объективных индикаторов эмоциональных состояний.

Рассматривая специфические особенности наших чувств, следует прежде всего отметить, что они носят личностный характер. Это означает, что в них отражается значимость предметов и явлений для данного человека в конкретной ситуации. Так, пища, предложенная сытому и голодному человеку, вызовет у них разные чувства. Этим же объясняется и отношение к предметам, которые вызывают воспоминания.

Как правило, предметы, с которыми мы имели дело в радостной, эмоциональной обстановке, и в дальнейшем будут вызывать у нас положительную реакцию. А, например, неприятные или грустные события и позже вряд ли вызовут радость. В связи с этим чувства можно рассматривать как важнейшую характеристику личности. Как писал

Ф.Крюгер: «То, что радует человека, что его интересует, повергает в уныние, волнует, что представляется ему смешным, более всего характеризует его сущность, его характер, индивидуальность»

Чувства не только отражают отношение человека к объектам, но и несут информацию о них. В этом смысле можно говорить о познавательном компоненте эмоций. Даже впервые встречая тот или иной объект, того или иного человека, мы испытываем к нему какие-нибудь чувства. И если этим чувством является, например, недоверие или страх, то мы стараемся избежать контакта с ним.

Иногда наши чувства обгоняют наши мысли и подсказывают, как надо себя вести. Если на человека бросается злая собака, то он, не раздумывая, может побежать от нее или влезть на дерево. Таким образом, наши чувства как бы информируют нас: «Будьте осторожны!» Конечно, эта информация носит субъективный характер и зависит от опыта личности.

Чувства тесно связаны с потребностями личности. Мы говорили об этом, когда рассматривали концепцию П.В.Симонова. Действительно, за каждой эмоцией человека стоит конкретная потребность, т.е. нужда в чем-либо. Потребности могут быть материальные и духовные.

Материальные потребности требуют частого удовлетворения и быстро меняются. Так, мы много раз чувствовали себя голодными, и нам казалось, что сможем съесть невообразимо много. Однако, съев обычный обед, мы ощущаем сытость и еда перестает нас интересовать. Не зря говорят: «Запах пищи приятен только голодному». Отсюда можно сделать вывод, что материальные потребности, как и вызываемые ими эмоции, ситуативны, т.е. неустойчивы.

Отметим также, что по своей роли и тем функциям, которые чувства выполняют в удовлетворении потребностей, их можно разделить на две основные группы.

Первую из них составляют переживания, относящиеся к самим предметам потребностей. Делая эти предметы привлекательными или непривлекательными, переживания как бы побуждают нас к определенным действиям. Поэтому, если нам предлагают любимое мороженое или нелюбимую манную кашу, мы поступаем по-разному. Можно сказать, что само отношение к предмету потребности превращает их в мотивы. Для возникновения этих переживаний достаточно обострения некой потребности и наличия отвечающего предмета. Эмоции (от лат. *emovere* — волновать, возбуждать) — особый класс психических процессов и состояний (человека и животных), связанных с инстинктами, потребностями, мотивами и отражающих в форме непосредственного переживания (удовлетворения, радости, страха и т. д.) значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности. Сопровождая практически любые проявления активности субъекта, Э. служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей.

Функции эмоций:

- 1) отражательная - она проявляется в двигательной, речевой ответной реакции организма на события и явления, вызывающие те или иные эмоции;
- 2) оценочная - состоит в определении значимости для субъекта того или иного объекта или ситуации, состояний организма и внешних воздействий;
- 3) регуляторная - заключается в способности эмоций оказывать влияние на состояние организма и поведение человека;
- 4) сигнальная - состоит в способности пережитой эмоции оставлять след в психике человека в результате удачных и неудачных действий;
- 5) функция побуждения - недостаток или неудовлетворенность чего-либо вызывает эмоциональные переживания, такие как гнев, испуг, зависть, ненависть, которые определяют направление поиска, стимулируют его;
- 6) подкрепляющая функция - после достижения результата, способного удовлетворить потребность, возникает состояние удовлетворения, выполняющее роль награды за достижение цели. Эмоциональное подкрепление обучает организм определенному поведению в конкретной ситуации. Эта функция в процессе индивидуального развития предшествует побуждающей;
- 7) дифференцирующая функция - благодаря эмоциональному отношению к происходящему, происходит выбор из бесчисленного множества впечатлений тех, которые отвечают насущным потребностям человека. Она способствует избирательности восприятия, направленности мышления;
- 8) синтезирующая функция - проявляется в совокупности образов, связанных с ситуацией, в которой возникло сильное эмоциональное переживание. Новая встреча с любым из объектов данной ситуации может возбудить

пережитую эмоцию;

9) функция мобилизации – состоит в том, что возникающие в критических ситуациях сильные эмоциональные состояния (аффекты) способствуют мобилизации всех сил организма для реализации защитных действий;

10) коммуникативная функция – проявляется в различных выразительных движениях, формирующихся под влиянием социума (улыбка при благожелательном отношении, покашливание при несогласии, крик при испуге).

Выделяют стенические и астенические эмоции:

Стенические эмоции – вызывают подъем сил, возбуждение, бодрость.

Астенические эмоции – уменьшают активность, энергию человека.

Чувства – наиболее устойчивые переживания человека, возникающие при удовлетворении или неудовлетворении социальных потребностей (любовь, гордость, ненависть, мировоззренческие чувства и др.). Отличительными особенностями чувств являются их осознанность, предметность и обобщенность.

Чувства моральные (нравственные) – переживание человеком его отношения к другим людям, к обществу, к правилам и нормам общежития. Возникают при сравнении явлений действительности с общественными нормами после их принятия. К положительным моральным чувствам относят чувства доброжелательности, жалости, нежности, симпатии, дружбы, товарищества, коллективизма, патриотизма, долга и т. д. К отрицательным моральным чувствам относят чувства индивидуализма, эгоизма, вражды, зависти, злорадства, ненависти и т. д.

Чувства интеллектуальные – чувства, связанные с познавательной деятельностью и регулирующие интеллектуальную активность личности. К этим чувствам относят чувства интереса, удовлетворения от интеллектуальной деятельности, любви к истине, сомнения, удивления, юмора и пр. Интеллектуальные чувства позволяют преодолевать трудности, поддерживают стремления к поиску истины. Поэтому так поразительна работоспособность у некоторых ученых.

Чувства эстетические – своеобразная окраска ощущений, характеризующих наше отношение к отдельным качествам предмета. Переживание прекрасного и уродливого в природе, жизни, искусстве, человеке и др. Связаны с пониманием гармонии, возвышенного, трагического, комического. Огромное влияние на эмоциональные состояния человека оказывает искусство. Так, чувство трагического проявляется у человека при сопереживании трагических ситуаций других людей (катарсис).

Катарсис – первоначально понятие катарсиса относилось к состоянию эмоционального потрясения, внутреннего очищения, которое вызывалось у зрителей античных трагедий в результате переживания за судьбу героя, которая, как правило, завершалась смертью. Катарсис – соприкосновение со страданиями людей, сопереживание трагедии.

Чувства практические (практические) (греч. *praktikos* – деятельный) – чувства, связанные с деятельностью человека (досада, удовольствие, творческий подъем и пр.).

Страсти – абсолютно доминирующие чувства, которые захватывают человека и владеют им. Это, как правило, сильно выраженное увлечение человека чем-либо или кем-либо, сопровождающееся глубокими эмоциональными переживаниями, связанными с соответствующим объектом.

## **9. Вопросы по теме занятия**

1. Что такое биологические эмоции?

Компетенции: УК-1.6

2. Что такое эмоции и чувства?

Компетенции: УК-1.6

3. Эмоции в античной философии?

Компетенции: УК-1.6

4. Виды эмоций?

Компетенции: УК-1.6

5. Формирование эмоций у человека?

Компетенции: УК-1.6

## **10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

1. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЯ В ЖИЗНИ ОРГАНИЗМА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ (И):

1) только приспособительную;

- 2) только мобилизационную;
- 3) только приспособительную и интегративную;
- 4) приспособительную, мобилизационную и интегративную;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1.6

2. В ТОМ, ЧТО СТОЙКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ НАПРАВЛЯЮТ НАШЕ ПОВЕДЕНИЕ, ПОДДЕРЖИВАЮТ ЕГО, ЗАСТАВЛЯЮТ ПРЕОДОЛЕВАТЬ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ НА ПУТИ ПРЕГРАДЫ, ВЫРАЖАЕТСЯ ФУНКЦИЯ ЧУВСТВ:

- 1) экспрессивная (выразительная);
- 2) сигнальная;
- 3) регуляторная;
- 4) интерферирующая;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1.6

3. БОЛЕЕ ИЛИ МЕНЕЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ОКРАШИВАЮЩЕЕ ВСЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) собственной эмоцией;
- 2) аффектом;
- 3) настроением;
- 4) чувством;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1.6

4. ВОСХИЩЕНИЕ КРАСОТОЙ ПРИРОДЫ ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ:

- 1) эмоций;
- 2) эстетических чувств;
- 3) нравственных чувств;
- 4) практических чувств;
- 5) интеллектуальных чувств;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1.6

5. ЭМОЦИИ ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОДЪЕМ СИЛ, ВОЗБУЖДЕНИЕ НАЗЫВАЮТСЯ:

- 1) астенические;
- 2) стенические;
- 3) эстетические чувства;
- 4) нравственные чувства;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1.6

### 11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Прочитайте следующие реплики 1) Использование занимательного материала на уроке — фактор, повышающий интерес учащихся к учебному предмету. 2) Б.М.Теплов заметил, что если атмосфера опасности создает атмосферу «боевого возбуждения», то она может усиливать и обострять работу ума. 3) По нахмурившимся бровям и сосредоточенному лицу студента преподаватель сразу понял, что вопрос для молодого человека непросто. 4) Е.А.Громова пишет о воспроизведении эмоционального состояния в ситуации, содержащей некоторые компоненты ранее пережитой ситуации. 5) Возмущенный выходкой ученика, учитель предложил ему покинуть класс. 6) По В. К. Вилюнасу, эмоциональное переключение — универсальный механизм развития мотивации, общий для биологического и социального уровней. 7) Конструктор был уверен в том, что данная сложная техническая задача имеет решение, но предложить его пока не мог. 8) Все ситуации, схожие с пережитыми, вызывают повышенное внимание. 9) В условиях вражеского налета матрос выбросил за борт неразорвавшуюся бомбу, которую никогда не смог бы поднять в обычных условиях. 10). О. Бароян заметил, что именно эмоциональное отношение к проблеме позволяет ученому видеть то, мимо чего проходят другие. 11) Говорят, что хорошие воспитатели получаются из тех, кто хорошо помнит себя в детстве.

**Вопрос 1:** Какие функции эмоций угадываются за следующими репликами?;

**Вопрос 2:** Какие ещё функции вы знаете?;

- 1) 1, 5, 6 — функция побуждения; 2, 9 — мобилизация активности в экстремальной ситуации; 4, 8, 11 — следообразования; 7, 10 — компенсации информационного дефицита; 3 — коммуникации;
- 2) Отражательная, оценочная, регуляторная, сигнальная, синтезирующая;

Компетенции: УК-1.6

2. «Как обычно, вхожу в класс, здороваюсь, спрашиваю: — Кто сегодня отсутствует? Впрочем, и так вижу, что двоих нет. Через некоторое время дверь распахнулась, и в класс ворвались запыхавшиеся дети. В руках — ветки сирени. — Это Вам! — сказали они, протягивая мне цветы. — Спасибо, но по какому поводу? — Это Вам в день рождения. — А как вы узнали? — Э-э... это секрет фирмы. Но оказалось, что у "фирмы" есть и еще один секрет. Сирень как-то

странно обломана... — Ребята, а где вы ее взяли? — Нарвали. За нами дворник до самой школы гнался!» (Э.Ш.Натанзон).

**Вопрос 1:** Развитие какого профессионально значимого свойства личности изучалось у будущих педагогов с помощью предложенной им задачи?;

**Вопрос 2:** Как вы поступили бы на месте учительницы? Почему?;

1) Речь идет об эмпатии, точнее, о ее особой форме — межвозрастной эмпатии, означающей умение осуществить «поправку на детство»;

2) Поблагодарила детей, за поздравление, однако объяснила им, что так поступать не совсем верно;

Компетенции: УК-1.6

3. Большую роль в активации эмоциональных реакций играет ретикулярная формация ствола мозга

**Вопрос 1:** Какое влияние оказывает ретикулярная формация на кору ГМ?;

**Вопрос 2:** Тонизирующее влияние характеризуется?;

1) Тонизирующее влияние;

2) Активации или подавлении деятельности коры, регулирующей наше поведение;

Компетенции: УК-1.6

4. Астенические чувства-это чувства, вызывающие пассивность.

**Вопрос 1:** Насколько значимы стенические и астенические чувства ?;

**Вопрос 2:** Стенические и астенические чувства, в чем разница ?;

1) Одинаковая значимость;

2) Стенические чувства , активизирующие деятельность;

Компетенции: УК-1.6

5. Интеллектуальные чувства - чувства, связанные с познавательной деятельностью.

**Вопрос 1:** В процессе какой работы проявляются интеллектуальные чувства ?;

**Вопрос 2:** Искусство, наука и техника, является проявлением интеллектуальных чувств?;

1) Учебной, научной.;

2) Да;

Компетенции: УК-1.6

## 12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Психологические теории эмоций

2. Роль эмоций в жизни человека.

3. Эмоциональное выгорание

## 13. Рекомендованная литература по теме занятия

### - электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. **Тема № 3. Эмоциональные типы** (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-2.1)

2. **Разновидность занятия:** комбинированное

3. **Методы обучения:** частично-поисковый (эвристический)

4. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Вопрос о психологических особенностях личности вообще и больного в частности является самым главным в медицинской психологии. Определение степени сохранности личности больного и структуры ее изменений важно как для интерпретации данных о состоянии отдельных сторон психической деятельности и о возможностях компенсации выявленных нарушений, так и особенно в связи с задачами реабилитации. При этом возникает не только ряд вопросов теоретической подготовки, но и необходимость владения практическими навыками и приемами исследования личности пациента. Групповая дискуссия позволяет сформировать представление о применении теоретического материала на практике.

5. **Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** проблемную ситуацию для выявления ее составляющих, **уметь** описать психическое состояние пациента с аффективными расстройствами, **владеть** навыками сбора и оценки анамнестических данных

6. **Место проведения и оснащение занятия:**

7. **Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	15.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5.00	Инструктаж обучающихся преподавателем
5	Текущий контроль в форме групповой дискуссии	20.00	Студенты отвечают на вопросы преподавателя в формате аподиктической или эвристической дискуссии
6	Самостоятельная работа	25.00	Работа в парах. Создание интеллектуальной карты (или кроссворда) по вопросам темы занятия
7	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
8	Рефлексия. Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. **Аннотация** (краткое содержание темы)

**В психологической науке категория «личность» относится к числу базовых понятий. Но понятие «личность» не является сугубо психологическим и изучается всеми общественными науками, в том числе философией, социологией, педагогикой и др.**

Характер содержит качества, определяющие отношение человека к другим людям.

**Способности** - это психологические особенности личности, обеспечивающие успех в деятельности и общении и легкость овладения ею. Обратим внимание на важнейшие стороны этого определения. Это:

- индивидуальные особенности, т. е. то, что отличает одного человека от другого;
- не физиологические (высокий рост, длинные пальцы и т. п.), а именно психологические особенности;
- не всякие индивидуально-психологические особенности, а лишь те, которые соответствуют требованиям определенной деятельности, потому что не существует отвлеченного от вида деятельности понятия способностей.

Следовательно, оценивать способности надо всегда в связи с деятельностью, с процессом овладения ею и достигнутыми результатами.

Отсутствие частной способности можно возместить также упорным трудом, настойчивостью, напряжением сил.

**Виды и уровни способностей.** Виды способностей по их направленности, или специализации, можно разделить на общие и специальные, теоретические и практические, учебные, межличностные и предметно-деятельностные. Общие способности являются предпосылкой всестороннего развития личности.

Под *общими* способностями понимается система индивидуально-психологических особенностей личности, которая объясняет относительную легкость и продуктивность в овладении и осуществлении различных видов деятельности и общения. Это умственная активность, высокий уровень аналитико-синтетической деятельности, сосредоточенность внимания, развитые память и речь, точность и тонкость движений рук, высокая обучаемость, работоспособность и т. п.

Под *специальными* способностями понимается система индивидуально-психологических особенностей личности, определяющая успехи человека в специальных видах деятельности и общения, где необходимы особого рода задатки и их развитие. Это способности лингвистические, математические, технические, литературные, сценические, спортивные, музыкальные и т. п.

*Теоретические* способности определяют склонность человека к абстрактно-логическому мышлению (ученые-теоретики, философы), а *практические* лежат в основе склонности к конкретно-практическим действиям.

*Учебные* способности влияют на успешность педагогических воздействий, формирования качеств личности, усвоение знаний, умений и навыков.

*Межличностные* способности – это способности к общению, взаимодействию с людьми, а *предметно-деятельностные* связаны с взаимодействием людей с природой, техникой, знаковыми системами, художественными образами и т. п.

Структура способностей личности зависит от уровня ее развития. По продуктивности деятельности выделяют репродуктивный и творческий уровни способностей:

**репродуктивный** уровень связан с высоким умением усваивать уже известные способы выполнения деятельности, приобретения знаний, умений, навыков, овладения сложившимися образцами деятельности и общения;

**творческий** – с созданием нового, оригинального продукта, нахождением новых способов выполнения деятельности. Очевидно, что оба уровня тесно взаимосвязаны: репродуктивный уровень включает элементы творческого, и наоборот.

По *уровню (степени) совершенства* способностей выделяют способных, одаренных, талантливых и гениальных людей.

**Характер** — индивидуальное сочетание наиболее устойчивых, существенных особенностей личности, проявляющихся в поведении человека в определенном **отношении**:

- **к себе** (степень требовательности, критичности, самооценки);
- **к другим людям** (индивидуализм или коллективизм, эгоизм или альтруизм, жестокость или доброта, безразличие или чуткость, грубость или вежливость, лживость или правдивость, и т. п.);
- **к порученному делу** (лень или трудолюбие, аккуратность или неряшливость, инициативность или пассивность, усидчивость или нетерпеливость, ответственность или безответственность, организованность и т. п.);
- **волевые качества:** готовность преодолевать препятствия, душевную и физическую боль, степень настойчивости, самостоятельности, решительности, дисциплинированности.

Какова связь темперамента с характером?

**Характер** человека — это сплав врожденных свойств высшей нервной деятельности с приобретенными в течение жизни индивидуальными чертами. Правдивыми, добрыми, тактичными или, наоборот, лживыми, злыми, грубыми бывают люди с любым типом темперамента. Однако при определенном темпераменте одни черты приобретаются легче, другие труднее. Например, организованность, дисциплинированность легче выработать флегматику, чем холерику; доброту, отзывчивость — меланхолику. Быть хорошим организатором, общительным человеком проще сангвинику и холерику. Однако недопустимо оправдывать дефекты своего характера врожденными свойствами, темпераментом. Отзывчивым, добрым, тактичным, выдержанным можно быть при любом темпераменте.

Отдельные свойства характера зависят друг от друга, связаны друг с другом и образуют целостную организацию, которую называют **структурой характера**. В структуре характера выделяют две группы черт. Под **чертой характера** понимают те или иные особенности личности человека, которые систематически проявляются в различных видах его деятельности и по которым можно судить о его возможных поступках в определенных

условиях. **К первой группе** относят черты, выражающие направленность личности (устойчивые потребности, установки, интересы, склонности, идеалы, цели), систему отношений к окружающей действительности и представляющие собой индивидуально-своеобразные способы осуществления этих отношений. **Ко второй группе** относят интеллектуальные, волевые и эмоциональные черты характера.

### **Акцентуации характера**

Как считает известный немецкий психиатр К. Леонгард, у 20—50% людей некоторые черты характера столь заострены (акцентуированы), что это при определенных обстоятельствах приводит к однотипным конфликтам и нервным срывам. **Акцентуация характера** — преувеличенное развитие отдельных свойств характера в ущерб другим, в результате чего ухудшается взаимодействие с окружающими людьми. Выраженность акцентуации может быть различной — от легкой, заметной лишь ближайшему окружению, до крайних вариантов, когда приходится задумываться, нет ли болезни — психопатии. Психопатия — болезненное уродство характера (при сохранении интеллекта человека), в результате резко нарушаются взаимоотношения с окружающими людьми, психопаты могут быть даже социально опасны для окружающих.

**Краткая характеристика особенностей поведения в зависимости от типов акцентуации:**

- 1) гипертонический** (гиперактивный) — чрезмерно приподнятое настроение, всегда весел, разговорчив, очень энергичен, самостоятелен, стремится к лидерству, рискам, авантюрам, не реагирует на замечания, игнорирует наказания, теряет грань дозволенного, отсутствует самокритичность;
- 2) дистимичный** - постоянно пониженное настроение, грусть, замкнутость, немногословность, пессимистичность, тяготеет к шумному обществу, с сослуживцами близко не сходит. В конфликты вступает редко, чаще является в них пассивной стороной;
- 3) циклоидный** — общительность циклически меняется (высокая в период повышенного настроения и низкая в период подавленности);
- 4) эмотивный** (эмоциональный) — чрезмерная чувствительность, ранимость, глубоко переживает малейшие неприятности, излишне чувствителен к замечаниям, неудачам, поэтому у него чаще печальное настроение;
- 5) демонстративный** — выражено стремление быть в центре внимания и добиваться своих целей любой ценой: слезы, обморок, скандалы, болезни, хвастовство, наряды, необычное увлечение, ложь. Легко забывает о своих неблагоприятных поступках;
- 6) возбудимый** - повышенная раздражительность, несдержанность, агрессивность, угрюмость, «занудливость», но возможны лстивость, услужливость (как маскировка). Склонность к хамству и нецензурной брани или молчаливости, замедленности в беседе. Активно и часто конфликтует;
- 7) застревающий** — «застревает» на своих чувствах, мыслях, не может забыть обид, «сводит счеты», служебная и бытовая несговорчивость, склонность к затяжным склокам, в конфликтах чаще бывает активной стороной;
- 8) педантичный** — выраженная занудливость в виде «переживания» подробностей, на службе способен замучить посетителей формальными требованиями, изнуряет домашних чрезмерной аккуратностью;
- 9) тревожный** (психастенический) — пониженный фон настроения, опасения за себя, близких, робость, неуверенность в себе, крайняя нерешительность, долго переживает неудачу, сомневается в своих действиях;
- 10) экзальтированный** (лабильный) — очень изменчивое настроение, эмоции ярко выражены, повышенная отвлекаемость на внешние события, словоохотливость, влюбчивость;
- 11) интровертированный** (шизоидный, аутистический) — малая общительность, замкнут, в стороне от всех, общение по необходимости, погружен в себя, о себе ничего не рассказывает, свои переживания не раскрывает, хотя свойственна повышенная ранимость. Сдержанно холодно относится к другим людям, даже к близким;
- 12) экстравертированный** (конформный) — высокая общительность, словоохотливость до болтливости, своего мнения не имеет, очень не самостоятелен, стремится быть как все, неорганизован, предпочитает подчиняться.

**Направленность личности** - это совокупность устойчивых мотивов, взглядов, убеждений, потребностей и устремлений, ориентирующих человека на определенное поведение и деятельность, достижение относительно сложных жизненных целей.

Направленность всегда социально обусловлена и формируется в онтогенезе в процессе обучения и воспитания, выступает как свойство личности, проявляющееся в мировоззренческой, профессиональной направленности, в деятельности, связанной с личным увлечением, занятием чем-либо в свободное от основной деятельности время.

Во всех этих **видах человеческой активности направленность** проявляется в особенностях интересов личности: целях, которые ставит перед собой человек, потребностях, пристрастиях и установках, осуществляемых во влечениях, желаниях, склонностях, идеалах и др.:

- влечение - недостаточно полное осознанное стремление к достижению чего-либо.
- склонность - проявление потребностно-мотивационной сферы личности, выражающееся в эмоциональном предпочтении того или иного вида деятельности или ценности;
- идеал - образ, являющийся воплощением совершенства и образцом высшей цели в стремлениях индивида.
- мировоззрение - система взглядов и представлений о мире, на отношении человека к обществу, природе, самому себе.
- убеждение - высшая форма направленности личности, проявляющаяся в осознанной потребности действовать в

соответствии со своими ценностными ориентациями на фоне эмоциональных переживаний и волевых устремлений;

- установка - готовность индивида к определенной деятельности, актуализирующаяся в создавшейся ситуации. Она проявляется в устойчивой предрасположенности к определенному восприятию, осмыслению и поведению индивида. Установка выражает позицию человека, его взгляды, ценностные ориентации по отношению к различным фактам быта, общественной жизни и профессиональной деятельности. Она может быть позитивной, негативной или нейтральной.

- позиция - устойчивая система отношений человека к определенным сторонам действительности, проявляющаяся в соответствующем поведении. Она включает в себя совокупность мотивов, потребностей, взглядов и установок, которыми индивид руководствуется в своих действиях.

- цель - желаемый и представляемый результат конкретной деятельности человека или группы людей. Она может быть близкой, ситуационной или отдаленной, общественно ценной или вредной, альтруистической или эгоистической.

Знание содержания и структуры направленности человека дает представление о преобладающей ориентации его мыслей и стремлений. Позволяет верно оценивать и, что очень важно, прогнозировать поступки, поведение человека в определенных ситуациях, предупреждать отклонения от общепринятых правил, эффективно оказывать на него воспитательные воздействия.

**Самооценка** - отношение к себе к своему образу "Я". Это устойчивая система представлений о себе, на основе которых строятся взаимоотношения с другими.

Самооценка - это оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Самооценка играет важную роль в регуляции поведения человека. Завышенная самооценка приводит к тому, что человек склонен переоценивать себя в ситуациях, которые не дают для этого повода. В результате он нередко сталкивается с противодействием окружающих, отвергающих его претензии. Все это может привести к озлобленности, проявлениям мстительности или нарочитого высокомерия в поведении. Чрезмерно низкая самооценка лежит в основе комплекса неполноценности, устойчивой неуверенности в себе и самообвинений.

### **Я»- концепция**

«Я»- концепция - это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Описательную составляющую «Я»- концепции часто называют образом «Я» или картиной «Я». Составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, называют самооценкой или принятием себя. В сущности, «Я»-концепция определяет не просто то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает и как смотрит на свои настоящие возможности и возможности развития в будущем.

Образ своего «Я», можно рассмотреть и как совокупность установок, направленных на самого себя и включающих следующие основные компоненты:

*когнитивный* - образ своих качеств, способностей, внешности и социальной значимости (самосознание);

*эмоциональный* - аффективная оценка «Я»- образа, которая проявляется в самоуважении, себялюбии или самоуничижении;

*оценочно-волевой* - потенциальная поведенческая реакция, т.е. конкретные действия, которые могут быть вызваны образом «Я» и самооценкой (это и стремление повысить свою самооценку, завоевать уважение).

«Я»- концепция играет, по существу, тройную роль: она способствует внутренней согласованности личности, определяет интерпретацию опыта и является источником ожиданий. Стремление защитить «Я» - концепцию, оградить ее от разрушающих воздействий является одним из основополагающих мотивов всякого нормального поведения (Бернс Р., 1986).

Субъективно переживание наличия собственного «Я» выражается в следующих его главных функциях:

- 1) самоидентичности, т.е. целостности «Я» с чувством непрерывности, сохранения и понимания тождественности самому себе в настоящем, прошлом и будущем;
- 2) активности «Я» с чувством собственной автономности и независимости от других;
- 3) защиты «Я» с чувством собственного достоинства;
- 4) самосовершенствования «Я» с чувством определенного рода линии надежды, направленности на цели, реализация которых мыслится как будущее личной жизни.

**В «Я»- концепции можно выделить следующие «Я»- образы:**

«Я»- реальное, т.е. представление о себе в настоящем, текущем времени. Если человек говорит или думает в какой-то момент времени о себе с презрением, то это не должно восприниматься как стабильная характеристика его «Я»-образа. Более чем вероятно, что его представление о себе сменится через некоторое время на противоположное.

«Я»- идеальное - можно противопоставить «Я»- реальному представлению о себе. «Я»- идеальное - это представления о том, каким бы хотел быть индивид в данных конкретных условиях. «Я» -идеальное выступает как необходимый ориентир самовоспитания личности.

Иногда в «Я»- концепции выделяют еще и «Я»- фантастическое, т.е. то, каким бы субъект пожелал стать, даже если невероятное оказалось возможным. Фантастический образ своего «Я» имеет большое значение у детей, особенно у подростков, в связи с их склонностью строить планы на будущее, создание которых невозможно без фантазии и мечты. Однако преобладание в структуре личности фантастических представлений о себе, которые не сопровождаются осуществлением желаемого, не всегда положительное явление, т.к. очевидное несовпадение желаемого и действительного могут дезорганизовать самосознание и травмировать человека.

Во всем множестве «Я»- образов следует упомянуть и о «Я»- зеркальном, т.е. собственных представлений человека о том, каким он воспринимается глазами окружающих его людей. Этот компонент «Я»- образа является существенным для формирования личностной значимости и самооценки.

### **Как формируется «Я-концепция»?**

Связи каждого человека с окружающим миром предельно широки и богаты. Именно в комплексе этих связей человек вынужден функционировать в разных ролях и качествах, являясь субъектом всевозможных видов деятельности.

Любое взаимодействие с материальным миром позволяет человеку создавать образ собственного Я. Посредством самоанализа и разделения разных образов себя на отдельные образования (как внешние, так и внутренние) осуществляется так называемое исследование человеком своей натуры и её «обсуждение». По мнению советского психолога и философа Сергея Леонидовича Рубинштейна, образ личного Я постоянно интегрируется во всё новые связи, благодаря чему начинает выступать в новых качествах, фиксирующихся в новых понятиях. Этот образ, так сказать, постоянно показывает свою новую сторону, каждый раз проявляя всё новые свойства.

Таким образом и формируется со временем обобщённое представление о своём Я, являющееся как бы «сплавом» отдельных элементов, который образуется в процессе самовосприятия, самопознания, самонаблюдения и самоанализа. Данное обобщённое представление о собственном Я, формируясь из разрозненных образов, обусловленных ситуативно, включает в себя основные представления и черты человека о своей натуре, что и выражается, собственно говоря, в «Я-концепции». А «Я-концепция», в свою очередь, формирует у индивида чувство самоощущенности.

Наряду со всем вышесказанным, «Я-концепцию», сформированную в процессе познания человеком самого себя, можно назвать также чем-то, для чего характерны постоянные внутренние перемены - она не перманентна и не является тем, что дано человеку раз и навсегда. По мере практики, т.е. реальной жизни, меняется и её адекватность, и её зрелость. Исходя из этого, «Я-концепция» оказывает огромное воздействие на психику индивида и его мировосприятие, а также служит базовым фактором формирования его поведенческого типа.

Воздействие «Я-концепции» на личность.

В первую очередь, «Я-концепция» обеспечивает внутреннюю согласованность личности и относительную поведенческую устойчивость. В случае, когда новый опыт, который получает человек, не расходится с его видением себя, он легко принимается «Я-концепцией». Но если этот опыт не согласуется с имеющимся образом и противоречит ему, активизируются механизмы психологической защиты, помогающие человеку либо как-то объяснить отрицательный опыт, либо просто отвергнуть его. Благодаря этому, «Я-концепция» остаётся уравновешенной, причём, даже если реальный опыт ставит её под угрозу. Согласно идее Роберта Бернса, такое стремление личности защититься и избежать разрушительного влияния можно назвать одной из основ нормального поведения.

Второй функцией «Я-концепции» можно назвать определение характера понимания человеком получаемого опыта. Видение себя является специфическим внутренним фильтром, определяющим особенности восприятия индивидом любого события и любой ситуации. Когда события и ситуации проходят через этот фильтр, они подвергаются переосмыслению и им придаются значения, которые соответствуют «Я-концепции».

Третьим в этом списке является то, что «Я-концепция» служит основой ожиданий человека, проще говоря, его представлений о том, что должно случиться. Люди, которые уверены в своей значимости, всегда ожидают, что и окружающие будут относиться к ним соответствующим образом, а те, кто сомневается в своей ценности, склонны

считать, что они никому не нужны и никому не нравятся и, как следствие, стараются максимально ограничить свои социальные контакты.

**Саморегуляция** - это совокупность приемов и методов коррекции психофизиологического состояния, благодаря которым достигается оптимизация психических и соматических функций.

### **Эвристическая дискуссия (как интерактивная форма)**

Основные признаки: организация изучения учебного материала в форме эвристической беседы; постановка проблемных вопросов; учебные проблемы ставятся и решаются студентами с помощью педагога.

Определение: **эвристический метод** - это обусловленная принципами обучения система регулятивных правил подготовки учебного материала и проведения эвристической беседы с осознанием материала.

**Основные функции:** самостоятельное усвоение знаний и способов действий; развитие творческого мышления (перенос знаний и умений в новую ситуацию; видение новой проблемы в традиционной ситуации; видение новых признаков изучаемого объекта; преобразование известных способов деятельности и самостоятельное создание новых); развитие качеств ума, мыслительных навыков, формирование познавательных умений; обучение учащихся приемам активного познавательного общения; развитие мотивации учения, мотивации аффилиации, мотивации достижения.

**Правила:** 1) формирование новых знаний происходит на **основе эвристической беседы и должно сочетаться с самостоятельной работой учащихся** (участие в эвристической беседе - задавание учащимися встречных, проблемных вопросов, ответы на проблемные вопросы, решение познавательных задач); 2) педагог преднамеренно создает проблемные ситуации, студенты должны их анализировать и ставить проблемы, выдвигать и доказывать гипотезы, делать выводы; 3) оценка ставится в основном за умение применять ранее полученные знания, за умение выдвигать и обосновывать гипотезы, доказывать их, за овладение способами деятельности.

Применяется эвристический метод при изучении нового материала, имеющего противоречивый характер, или при совершенствовании ранее усвоенных знаний с целью обобщения полученных ранее впечатлений, стимулирования многоаспектного осмысления явлений, самостоятельного поиска учащимися новых способов деятельности, которым их ранее не обучали. В большой степени применение этого метода зависит от уровня обученности и развития учащихся, особенно от сформированности их познавательных умений. Эвристический метод применяется в форме эвристической беседы во время семинара, дискуссии, учебной конференции. Учитель сочетает частичное объяснение нового с постановкой проблемных заданий. Учащиеся выполняют самостоятельные работы поискового типа: анализируют проблемные ситуации, ставят проблемы и решают их, находят новые знания и способы действий.

### **9. Вопросы по теме занятия**

1. Какие, на ваш взгляд, факторы способствуют формированию личности?

Компетенции: ПК-2.1

2. Как вы считаете, в чем различие понятий личность и индивидуальность?

Компетенции: ПК-2.1

3. Как формируется характер человека?

Компетенции: ПК-2.1

4. Что такое акцентуации характера?

- 1) Это крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим;

Компетенции: ПК-2.1

5. Дайте определение мировоззрению

Компетенции: ПК-2.1

### **10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

1. БЫСТРЫЙ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ, ПОРЫВИСТЫЙ, ДОВОЛЬНО ВСПЫЛЬЧИВЫЙ И ЛЕГКО ВОЗБУДИМЫЙ ЧЕЛОВЕК ПО ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТА:

- 1) холерик;
- 2) флегматик;
- 3) сангвиник;
- 4) меланхолик;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.1

2. В ЧЕМ СВОЕОБРАЗИЕ ПСИХИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:

- 1) свойства личности – это убеждения, идейные мотивы;
- 2) свойства личности – это сила возбудительного и тормозного процесса, как уравновешенность, подвижность;
- 3) свойства личности – это соотношение и связь органических и духовных потребностей, интересов, убеждений и других духовных мотивов.;
- 4) свойства личности организованы в сложную систему, являясь индивидуально своеобразными, они обеспечивают активное участие человека в жизни коллектива и могут быть оценены как полезные, так и вредные для общества;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.1

### 3. ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ – ЭТО:

- 1) сочетание психологических особенностей человека, составляющих его разнообразие;
- 2) совокупность личностного и социального;
- 3) совокупность всех представлений человека о самом себе;
- 4) верно 2), 4);

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.1

### 4. ТИП ЛИЧНОСТИ, ПО КОНЦЕПЦИИ К.ЮНГА, КОТОРОМУ СВОЙСТВЕННА ОБРАЩЕННОСТЬ В СЕБЯ В ПОИСКАХ ПРИЧИН, ОБЪЯСНЯЮЩИХ СОВЕРШАЕМЫЕ ПОСТУПКИ:

- 1) экстраверт;
- 2) интроверт;
- 3) сангвиник;
- 4) холерик;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.1

### 5. НАЗОВИТЕ ФОРМЫ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:

- 1) стремления, интересы, идеалы, убеждения;
- 2) идеалы, конформность, коллективизм;
- 3) уровень притязаний личности, фрустрация, стресс;
- 4) уровень притязаний, самооценка, мировоззрение;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.1

## 11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У Наташи Ростовской («Война и мир» Л.Н. Толстой) были следующие черты: Эмоциональность, чувственность, тревожность, болтливость, боязливость, впечатлительность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность. В любви ранима

**Вопрос 1:** Определите акцентуацию характера Наташи Ростовской;

**Вопрос 2:** Охарактеризуйте данную акцентуацию характера человека;

- 1) Эмотивная;
- 2) Эмотивный (эмоциональный) тип акцентуации характера — чрезмерная чувствительность, ранимость, глубоко переживает малейшие неприятности, излишне чувствителен к замечаниям, неудачам, поэтому у него чаще печальное настроение;

Компетенции: ПК-2.1

2. Для Скарлетт О, Хара («Унесенные ветром» М. Митчелл) было характерно: Стремление быть в центре внимания, выраженная эмоциональная неустойчивость, артистизм, склонность к фантазированию.

**Вопрос 1:** Определите акцентуацию характера;

**Вопрос 2:** Охарактеризуйте данную акцентуацию характера человека;

- 1) Демонстративный;
- 2) Демонстративный тип характеризуется стремлением быть на виду, жаждой внимания к своей персоне, желанием слышать похвалы в свой адрес. Ему свойственны высокая приспособляемость к людям и эмоциональная лабильность (подвижность). Из неприятных черт назовем их некое непостоянство: сегодня они могут быть согласны с вами, а завтра — с вашим оппонентом, причем оба раза совершенно искреннее.;

Компетенции: ПК-2.1

3. Большая Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. Очень мнительна. Постоянно сомневается в правильности поставленного диагноза, в грамотности назначенного лечения. Читает много специальной литературы, проявляет выраженный интерес к результатам анализов и обследований. Требуется все новых и новых консультаций. Беспокоится из-за возможных осложнений. Считает, что у нее рак желудка. Тревожна, подавлена. Определите тип отношения к болезни у данной больной

**Вопрос 1:** Определите тип отношения к болезни у больной ?;;

**Вопрос 2:** Дайте краткую характеристику тревожно-мнительного типа;

- 1) Тревожно-мнительный тип, фобический вариант.;

2) При обсессивно-фобическом варианте этого типа - тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.;

Компетенции: ПК-2.1

## **12. Примерная тематика НИРС по теме**

## **13. Рекомендованная литература по теме занятия**

### **- дополнительная:**

Астапов, В. М. [Эмоциональные нарушения в детском и подростковом возрасте. Тревожные расстройства](#) : учебное пособие для вузов / В. М. Астапов, Е. Е. Малкова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 273 с. - Текст : электронный.

Подольский, А. И. [Психология развития. Психоэмоциональное благополучие детей и подростков](#) : учебное пособие для вузов / А. И. Подольский, О. А. Идобаева. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 124 с. - Текст : электронный.

Китаев-Смык, Л. А. [Психология стресса. Психологическая антропология стресса](#) / Л. А. Китаев-Смык. - Москва : Академический проект, 2020. - 943 с. - Текст : электронный.

### **- электронные ресурсы:**

Российское общество психиатров (<http://psychiatr.ru/education/1>)

Электронный учебник Психиатрия и наркология  
(<http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyj-po-psihiat>)

**1. Тема № 4.** Модальностные профили (типы) эмоциональности (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-2.1, УК-1.6)

**2. Разновидность занятия:** комбинированное

**3. Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, частично-поисковый (эвристический), исследовательский

**4. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Наличием тесной связи между эмоциональным состоянием человека и его соматическим благополучием определяется актуальность данной темы для студентов ВУЗа медицинского профиля определяется . Хорошо известно благотворное действие некоторых эмоций на течение болезни, так же как и отрицательное, которое способно привести к осложнениям или переходу болезни в хроническую форму. Медицинский работник должен обладать психологическими знаниями, чтобы понять переживания пациентов, а также уметь редуцировать отрицательные переживания больных. Умение правильно оценить и контролировать собственные эмоции поможет в ситуациях, требующих принятия быстрого, неординарного решения. Групповая дискуссия позволяет сформировать представление о применении теоретического материала на практике.

**5. Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** основы критического анализа и оценки эмоционального состояния личности, **уметь** проводить клиническую беседу с пациентом, **владеть** методикой проведения экспериментально-психологического исследования

**6. Место проведения и оснащение занятия:**

**7. Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	15.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5.00	Инструктаж обучающихся преподавателем
5	Текущий контроль в интерактивной форме - группой дискуссии	20.00	Студенты отвечают на вопросы в виде эвристической или аподиктической дискуссии
6	Самостоятельная работа	25.00	Работа в парах. Создание интеллектуальной карты (или кроссворда) по вопросам темы занятия
7	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
8	Рефлексия. Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

**8. Аннотация** (краткое содержание темы)

**Эмоции и чувства** - процесс отражения субъективного отношения человека к объектам и явлениям окружающего мира, другим людям и самому себе в форме непосредственного переживания. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту. Эмоции отличаются от познавательных психических процессов и имеют определенные отличительные признаки.

Во-первых, они характеризуются **полярностью**, то есть обладают положительным или отрицательным знаком: веселье - грусть, радость - печаль; счастье - горе и т.д. В сложных человеческих чувствах эти полюсы часто выступают как противоречивое единство (любовь к человеку сочетается с тоской и беспокойством за него).

Второй отличительной характеристикой эмоций является их **энергетическая насыщенность**. Именно в связи с эмоциями Фрейд ввел в психологию понятие энергии. Энергетика эмоций проявляется в противоположностях напряжения и разрядки. Различают эмоции:

- **стенические**, характеризующиеся повышением активности (восторг, гнев);

- **астенические**, - сопровождающиеся понижением активности (грусть, печаль).

Еще одной важнейшей характеристикой эмоций является их **интегральность, целостность**: в эмоциональном переживании участвуют все психофизиологические системы человека и его личность, они моментально охватывают

весь организм и придают переживаниям человека определенную окраску. Поэтому индикаторами эмоционального состояния могут служить **психофизиологические изменения**: сдвиги частоты пульса, дыхания, температуры тела, кожно-гальваническая реакция и пр.

Особенность эмоций - **неотделимость** их от других психических процессов. Эмоции взаимосвязаны с психической жизнью, они сопровождают все психические процессы. В ощущениях они выступают как эмоциональный тон ощущений (приятное - неприятное), в мышлении - как интеллектуальные чувства (вдохновение, интерес и пр.).

Эмоции не являются познавательным процессом в собственном смысле этого слова, так как не отражают свойства и характеристики внешней среды, в них отражается субъективная значимость объекта для человека.

#### **Систематика видов эмоций:**

1. По характеру влияния на общее психофизическое состояние человека эмоции делятся на *стенические* и *астенические*.
2. По характеру переживаний и субъективной значимости для человека - на *положительные*, *нейтральные* и *отрицательные*.
3. По выраженности и продолжительности эмоций выделяют *эмоциональный фон*, *эмоциональные состояния*, *эмоциональные реакции*.
4. По уровню эмоции подразделяются на более простые, глубинные (витальные) - *протопатические*, и более тонкие, дифференцированные - *эпикритические*.

#### **Функции эмоций**

Чтобы понять роль эмоций психической организации человека нужно рассмотреть ее главные функции и связь с другими психическими процессами. Вопрос о функциях является ключевым и пронизывающим всю психологию эмоций.

1. **Экспрессивная** - мы лучше понимаем друг друга, можем не пользуясь речью судить о состояниях друг друга.
2. **Отражательно-оценочная**. Эмоция есть деятельность, оценивающая поступающую в мозг информацию о внешнем и внутреннем мире, которую ощущение и восприятие кодируют в форме его субъективных образов. Эмоция есть отражение мозгом человека и животных какой-либо актуальной потребности (его качества и величины) и вероятности (возможности) его удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического ранее приобретенного опыта.
3. **Побуждающая** - полное отстранение эмоций от функций побуждения в значительной мере обесмысливает и производимую ими функцию оценки .
4. **Следообразование** - она указывает на способность эмоций оставлять следы в опыте индивида, закрепляя в нем те воздействия и удавшиеся - неудавшиеся действия, которые их возбудили. Особенно ярко следообразующая функция проявляется в случаях экстремальных эмоциональных состояний. Но сам по себе след не имел бы смысла, если не было бы возможности использовать его в будущем, происходит фиксация следа в памяти.
5. **Предвосхищающая эвристическая** - подчеркивает значительную роль в актуализации закрепленного опыта, поскольку актуализация следов опережает развитие событий и возникающие при этом эмоции сигнализируют о возможном приятном или неприятном их исходе.
6. **Синтезирующая** - мы воспринимаем не набор пятен или звуков а пейзаж и мелодию, не множество интроцептивных впечатлений, а свое тело, потому что эмоциональный тон ощущений, воспринимаемых одновременно или непосредственно друг за другом, сливается по определенным законам. Таким образом, эмоциональные переживания выступают синтезирующей основой образа, обеспечивающей возможность целостного и структурированного отражения разнообразных действующих раздражений.
7. **Организирующая** (дезорганизационная). Эмоции, прежде всего, организуют некоторую деятельность, отвлекая на нее силы и внимание, что естественно может помешать нормальному протеканию проводимой в тот же момент другой деятельности. Нарушение деятельности является не прямым, а побочным проявлением эмоций.
8. **Компенсаторная** (замещающая). Будучи активным состоянием системы специализированных мозговых структур, эмоции оказывают влияние на другие церебральные системы, регулирующие поведение, процессы восприятия внешних сигналов, дальнейшее извлечение этих сигналов из памяти. Примером компенсаторной функции может служить подражательное поведение столь характерное для эмоционально возбужденной популяции.
9. **Переключающая**. Эта функция обнаруживается как в сфере врожденных форм поведения, так и при осуществлении условно-рефлекторной деятельности. Оценка вероятности удовлетворения потребности может

происходить у человека не только на осознаваемом, но и на не осознаваемом уровне. Ярким примером неосознаваемого прогнозирования служит интуиция.

10. Функция (аварийного) **разрешения ситуаций** - возникает в экстренной, критической ситуации, когда уровень адреналина в крови, повышается. Например, чувство страха.

11. Функция **активации и мобилизации организма**. Эмоции, которые обеспечивают успешное какой-нибудь задачи, приводят организм в возбужденное состояние. Иногда слабая тревога играет роль мобилизирующего фактора, проявляясь беспокойством за исход дела, она усиливает чувства ответственности.

Взаимодействие всех функций необходимо, так как отсутствие какой-либо влияет на развитие личности. В комплексе они взаимосвязаны и отражают эмоции.

Эмоции выполняют функции такой обработки первичной информации о мире, в результате которой мы оказываемся способными формировать свое мнение о нем: эмоциям принадлежит роль в определении ценности предметов и явлений.

**Эмоции - сложный психический процесс, который включает в себя три основных компонента.**

1. Физиологический - представляет изменения физиологических систем, возникающие при эмоциях (изменение частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, сдвиги в обменных процессах, гормональные и др.).

2. Психологический - собственно переживание (радость, горе, страх и др.).

3. Поведенческий - экспрессия (мимика, жесты) и различные действия (бегство, борьба и пр.).

Первые два компонента эмоций - это внутренние их проявления, которые «замыкаются» внутри организма. Выход вовне и разрядка чрезмерной эмоциональной энергии осуществляется благодаря третьему компоненту - поведению.

Так как культурные нормы современного общества, как правило, требуют сдержанности в проявлении чувств, для физического и душевного здоровья человека необходим отсроченный во времени сброс излишней энергии. Он может происходить в виде любых приемлемых для самого человека и для общества движений и действий.

## **Эмоциональные феномены**

Эмоции представлены в психике человека в виде четырех основных феноменов: **эмоциональные реакции, чувства, эмоциональные состояния, эмоциональные свойства.**

**Эмоциональные реакции** - непосредственное переживание, протекание какой-либо эмоции. Они базируются на первичных потребностях, как правило, связаны с действующими обстоятельствами, кратковременны и обратимы (например, испуг в ответ на резкий звук, радость при встрече).

**Чувства** житейское понимание слова «чувство» настолько широко, что теряет конкретное содержание. Это обозначение ощущений (боль), возвращение сознания после обморока («прийти в чувство») и т.п. Нередко и эмоции называют чувствами. В действительности же строго научное использование этого термина ограничивается лишь случаями выражения человеком своего положительного или отрицательного, то есть оценочного отношения к каким-либо объектам. При этом, в отличие от эмоций, отражающих кратковременные переживания, чувства долговременны и могут порой оставаться на всю жизнь. Например, можно получить удовольствие (удовлетворение) от выполненного задания, т.е. испытать положительную эмоцию, а можно быть удовлетворенным своей профессией, иметь к ней положительное отношение, то есть испытывать чувство удовлетворенности.

Чувства выражаются через определенные эмоции в зависимости от того, в какой ситуации оказывается объект, по отношению к которому данный человек проявляет чувство.

Прямого соответствия между чувствами и эмоциями нет: одна и та же эмоция может выражать разные чувства, и одно и то же чувство может выражаться в разных эмоциях. Доказательством их нетождественности является и более позднее появление чувств в онтогенезе по сравнению с эмоциями.

Особо выделяют так называемые **высшие чувства**, которые отражают духовный мир человека и связаны с анализом, осмыслением и оценкой происходящего. Человек сознает, почему он ненавидит, гордится, дружит. Высшие чувства отражают социальную сущность человека и могут достигать большой степени обобщенности (например, любовь к Родине). Исходя из того, какая сфера социальных явлений становится объектом высших чувств, их делят на нравственные (моральные) и эстетические.

К **нравственным чувствам** относятся в первую очередь чувства товарищества, дружбы, любви, отражающие

различную степень привязанности к определенным людям, потребность в общении с ними. Отношение к своим обязанностям, принятым на себя человеком по отношению к другим людям, к обществу, называется чувством долга. Несоблюдение этих обязанностей приводит к возникновению отрицательного отношения к себе, выражающегося в чувстве вины, стыда и в угрызениях совести. К нравственным чувствам также относятся чувство жалости, зависти, ревности и другие проявления отношения к человеку или животному.

**Эстетические чувства** - это отношение человека к прекрасному и уродливому, связанное с пониманием красоты, гармонии, возвышенного и трагического. Эти чувства реализуются через эмоции, которые по своей интенсивности простираются от легкого волнения до глубокой взволнованности, от простой эмоции удовольствия до чувства настоящего эстетического восторга. К этой группе относят и чувство юмора (чувство смешного). При этом, по выражению К.К. Платонова, юмор за шуткой скрывает серьезное отношение к предмету, а ирония за серьезной формулой скрывает шутку. И шутка, и ирония носят обвиняющий, обличительный, но не злобный характер, в отличие от насмешки, и лишены горького смысла, присущего сарказму.

**Эмоциональные состояния** более длительны и устойчивы, чем эмоциональные реакции. Они согласовывают потребности и устремления человека с его возможностями и ресурсами в каждый конкретный момент времени. Для эмоциональных состояний характерно изменение нервно-психического тонуса.

**Эмоциональные свойства** - наиболее устойчивые характеристики человека, характеризующие индивидуальные особенности эмоционального реагирования, типичные для конкретного человека. К ним относится целый ряд особенностей, таких как эмоциональная возбудимость, эмоциональная лабильность, эмоциональная вязкость, эмоциональная отзывчивость и эмпатия, эмоциональное огрубление, алекситимия.

**Эмоциональная лабильность** - изменчивость эмоций и настроения, по разным, зачастую самым незначительным причинам. Эмоции колеблются в очень широком диапазоне от сентиментальности и умиления до слезливости и слабодушия.

**Эмоциональная монотонность** характеризуется однообразием, неподвижностью эмоциональных реакций, отсутствием эмоционального отзвука на события.

При **эмоциональной вязкости** реакции сопровождаются фиксацией аффекта и внимания на каких-либо значимых объектах. (Вместо того, чтобы отреагировать, личность сосредоточивается на обидах, неудачах, волнующих темах).

**Эмоциональная ригидность** - негибкость, жесткость и ограниченный диапазон эмоционального реагирования.

**Эмоциональное огрубление** - неспособность определять уместность и дозировать эмоциональные реакции. Проявляется в том, что личность утрачивает сдержанность, деликатность, такт, становится назойливой, расторможенной, хвастливой.

**Эмоции различаются по интенсивности и длительности, а также по степени осознанности причины их появления. В связи с этим выделяют настроения, собственно эмоции и аффекты.**

**Настроение** - это слабо выраженное устойчивое эмоциональное состояние, причина которого человеку может быть не ясна. Оно постоянно присутствует у человека в качестве эмоционального тона, повышая или понижая его активность в общении или работе.

Собственно эмоции - это более кратковременное, но достаточно сильно выраженное переживание человеком радости, горя, страха и т.п. Они возникают по поводу удовлетворения или неудовлетворения потребностей и имеют хорошо осознаваемую причину появления.

**Аффект** - быстро возникающее, очень интенсивное и кратковременное эмоциональное состояние, вызываемое сильным или особо значимым для человека стимулом. Чаще всего аффект является следствием конфликта. Он всегда проявляется бурно и сопровождается снижением способности к переключению внимания, сужением.

Состояние аффекта характеризуется значительным нарушением сознательной регуляции действий человека, поведение человека регулируется не сознательно обдуманной целью, а тем чувством, которое полностью захватывает личность и вызывает импульсивные, подсознательные действия. В состоянии аффекта нарушается важнейший механизм деятельности - избирательность в выборе поведенческого акта, резко изменяется привычное поведение человека, деформируются его установки, жизненные позиции, нарушается способность к установлению взаимосвязей между явлениями, в сознании начинает доминировать какое-либо одно, часто искаженное, представление.

**Фрустрация** - психическое состояние нарастающего внутреннего напряжения, психологическая реакция, связанная с разочарованием, неудачей в попытке достичь какой-либо цели. Если конструктивные пути выхода из

фрустрирующей ситуации не приводят к достижению цели, напряжение продолжает усиливаться. В конце концов оно достигает уровня, при котором его эффект уже не способствует деятельности, направленной на достижение цели, а носит разрушительный характер.

Положительная роль эмоций не связывается прямо с положительными эмоциями, а отрицательная - с отрицательными. Последние могут служить стимулом для самосовершенствования человека, а первые - явиться поводом для самоуспокоения, благодушествования. Многое зависит от целеустремленности человека, от условий его воспитания.

Как мы уже отметили, эмоция в широком смысле слова - это психофизиологический феномен, поэтому о переживаниях человека можно судить как по самоотчету человека о переживаемом им состоянии, так и по характеру изменения психомоторики и физиологических параметров: мимике, пантомиме (позе), двигательным реакциям, голосу и вегетативным реакциям (частоте сердечных сокращений, артериальному давлению, частоте дыхания). Наибольшей способностью выражать различные эмоциональные оттенки обладает лицо человека. Еще Леонардо да Винчи говорил, что брови и рот по-разному изменяются при различных причинах плача, а Л.Н. Толстой описывал 85 оттенков выражения глаз и 97 оттенков улыбки, раскрывающих эмоциональное состояние человека.

## **Патология эмоциональной сферы**

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны, но можно выделить пять основных типов патологического эмоционального реагирования:

*кататимный тип* - обычно возникает в стрессовых ситуациях, патологические эмоциональные реакции относительно кратковременны, изменчивы, психогенно обусловлены (неврозы и реактивные психозы);

*голотимный тип* - характерна эндогенная обусловленность (первично нарушение настроения, которое проявляется полярностью эмоциональных состояний, их устойчивостью и периодичностью появления);

*паратимный тип* - характеризуется диссоциацией нарушением единства эмоциональной сферы между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности;

*эксплозивный тип* - отличается сочетанием инертности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью (признаки пароксизмальности) доминирует злобно-тоскливое или экстатически-приподнятое настроение (эпилепсия, органические заболевания мозга);

*дементный тип* - сочетается с нарастающими признаками слабоумия не критичности, расторможенности низших влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, безразличия. Колебания фона настроения в нормальном диапазоне, т.е. отсутствие депрессивного или приподнятого настроения, обычно обозначается термином «эутичное настроение». В патологии важное практическое значение имеют:

Гипотимия - сниженное настроение, переживание подавленности, тоски безысходности. Внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

Гипертимия - повышенное веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей.

Маниакальный синдром (мания) характеризуется маниакальной триадой: гипертимией, ускорением мышления и двигательным возбуждением со стремлением к деятельности. Настроение у больных приподнятое, радостное (маниакальный аффект). Они много говорят, жестикулируют, переоценивают свои возможности.

Эйфория - другая форма болезненно-повышенного настроения. Для него характерно благодушие и беспечность, которые сочетаются с пассивностью (тихая радость). Она чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия.

Мория - эйфория с дурашливым двигательным возбуждением, склонность к грубым шуткам. Наблюдается при поражении лобных отделов мозга на фоне слабоумия.

Экстаз-переживание восторга и необычного счастья со своеобразным (погружением).

В себя, в свой внутренний мир. При некоторых психических заболеваниях экстаз связан со зрительными галлюцинациями приятного содержания.

Экзальтация - приподнятое настроение, где более заметен не сам аффект, а ощущение прилива энергии, бодрости и повышения активности.

Паратимия - неадекватный аффект, извращение аффективности, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот. Возможно также сосуществование противоположных аффектов - так называемая *амбивалентность чувств*. При этом одно и то же представление сопровождается и приятными и неприятными чувствами, т.е. больной одновременно и огорчается, и радуется.

## Волевая деятельность

**Воля** — одно из наиболее сложных понятий в психологии. Воля рассматривается и как самостоятельный психический процесс, и как аспект других важнейших психических явлений, и как уникальная способность личности произвольно контролировать свое поведение.

Воля является психической функцией, которая буквально пронизывает все стороны жизни человека. В содержании волевого действия обычно выделяются три основных признака:

Воля обеспечивает целенаправленность и упорядоченность человеческой деятельности. Но определению С.Р. Рубинштейна, «Волевым действием — это сознательное, целенаправленное действие, посредством которого человек осуществляет поставленную перед ним цель, подчиняя свои импульсы сознательному контролю и изменяя окружающую действительность в соответствии со своим замыслом».

Воля как способность человека к саморегуляции делает его относительно свободным от внешних обстоятельств, по-настоящему превращает его в активного субъекта.

Воля — это сознательное преодоление человеком трудностей на пути к поставленной цели. Сталкиваясь с препятствиями, человек либо отказывается от действия в выбранном направлении, либо увеличивает усилия, чтобы преодолеть возникшие трудности.

**Функции воли**, волевые процессы выполняют три основные функции

: иницилирующую, или **побудительную**, обеспечивающую начало того или иного действия в целях преодоления возникающих препятствий;

**стабилизирующую**, связанную с волевыми усилиями по поддержанию активности на должном уровне при возникновении внешних и внутренних помех;

**тормозную**, которая состоит в том, чтобы сдерживать другие, зачастую сильные желания, не согласующиеся с главными целями деятельности.

**В структуре волевого акта выделяются следующие основные составляющие:**

побуждение к совершению волевого действия, вызываемое той или иной потребностью. Причем степень осознания этой потребности может быть разной: от смутно осознаваемого влечения и до четко осознанной цели;

наличие одного или нескольких мотивов и установление очередности их выполнения;

«борьба мотивов» в процессе выбора того или иного из противоречивых побуждений;

принятие решения в процессе выбора того или иного варианта поведения. На данном этапе может возникнуть или чувство облегчения, или состояние беспокойства, связанное с неуверенностью в правильности принятого решения;

реализация принятого решения, осуществление того или иного варианта действий.

На каждом из этих **этапов волевого акта** человек проявляет волю, контролирует и корректирует свои действия. В каждый из этих моментов он сличает полученный результат с идеальным образом цели, который был создан заранее.

**По своей структуре волевое поведение распадается на принятие решения и его реализацию.** При несовпадении цели волевого действия и актуальной потребности принятие решения часто сопровождается тем, что в психологической литературе называют борьбой мотивов (акт выбора). Принятое решение реализуется в разных психологических условиях, начиная от таких, в которых достаточно принять решение, а действие после этого осуществляется как бы само собой (например, действия человека, увидевшего тонущего ребенка), и кончая такими, в которых реализации волевого поведения противостоит какая-либо сильная потребность, что порождает необходимость в специальных усилиях для ее преодоления и осуществления намеченной цели (проявление силы воли).

**Волевым действием** - это в итоге сознательное, целенаправленное действие, посредством которого человек планомерно осуществляет стоящую перед ним цель, подчиняя свои импульсы сознательному контролю и изменяя окружающую действительность в соответствии со своим замыслом. Волевым действием - это специфически человеческое действие, которым человек сознательно изменяет мир.

**Сложное волевым действием** - наиболее совершенная форма деятельности человека, требующая очень большого

участия в нем мышления и внимания.

**Простое волевое действие** отличается от сложного тем, что оно требует не специального осмысления, но постоянного внимания при его выполнении, ибо образовалось оно в силу частого повторения сложного, т.е. в свое время достаточно обдуманного и прошедшего все этапы волевого акта. Простое волевое действие по своей структуре ничем не отличается от сложного - его «прародителя», ибо уход из сферы сознания» не означает «уход из коры».

### **Волевые качества личности.**

Р.С. Рубинштейн выделяет следующие качества личности: **инициативность** - «умение легко взяться за дело по собственному почину, не дожидаясь стимуляции извне. В противоположность инициативным, **инертные** люди с трудом делают первый шаг. Они редко способны сами что-то задумать и предпринять без стимуляции извне, по собственной инициативе.

Существенным волевым качеством является также **самостоятельность**, независимость, а ее противоположностью - подверженность чужим влияниям, **внушаемость**.

От самостоятельности необходимо отличать **решительность** - качество, проявляющееся в самом принятии решения. Решительность выражается в быстроте и, главное, уверенности, с которой принимается решение, и твердости, с которой оно сохраняется. **Нерешительность** же может проявляться как в длительных колебаниях до принятия решения, так и в неустойчивости самого решения.

Наряду с решительностью особенно существенным волевым качеством воли выступает **настойчивость**. Настойчивость проявляется в способности в течение длительного времени преодолевать трудности и препятствия на пути к достижению цели.

Когда говорят о сильной воле, не дифференцируя различных сторон, то обычно имеют в виду решительность и настойчивость - то, как человек принимает решение и как он его исполняет. И точно так же, когда говорят о **безволии**, то имеют в виду прежде всего неумение принять решение и неумение бороться за его исполнение.

Поскольку в волевом действии для достижения цели приходится сталкиваться не только с внешними препятствиями, но и с внутренними затруднениями и противодействиями, возникающими при принятии и затем исполнении принятого решения, существенными волевыми качествами личности являются **самоконтроль, выдержка, самообладание**. Эти качества обеспечивают в процессе принятия решения господство высших мотивов над низшими, общих принципов над мгновенными импульсами и минутными желаниями, а в процессе исполнения - необходимое самоограничение, пренебрежение усталостью и прочее ради достижения цели.

### **Интенсивность волевого усилия зависит от следующих качеств (факторов):**

мировоззрение личности;

моральная устойчивость личности;

степень общественной значимости поставленных целей;

установки по отношению к деятельности;

уровень самоуправления и самоорганизации личности.

### **Способы активизации воли.**

Переоценка значимости мотива.

Привлечение дополнительных мотивов.

Предвидение и переживание последующих событий/действий.

Актуализация мотива (через воображение ситуации).

Через мотивационно-смысловую сферу.

Стойкое мировоззрение и убеждения.

**Базовые волевые качества (на личностном уровне):** сила воли; энергичность; настойчивость; выдержка.

**Патология волевой сферы представлена усилением, ослаблением, отсутствием и извращением волевой активности.**

Гипербулия – болезненно повышенная волевая активность. Больные обнаруживают болезненно облегченную решимость, при которой любая идея немедленно реализуется, возможность правильного обсуждения снижена, а действия скоропалительны. Гипербулия – характерный симптом маниакального синдрома. Кроме того, гипербулию могут обнаруживать бредовые больные при реализации своих бредовых идей.

Гипобулия – болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удерживание какой-либо цели. Больные ничем не занимаются, вялы, пассивны, длительно сидят или лежат в одной позе с безразличным выражением лица. Крайняя степень гипобулии называется абулией (отсутствие воли) и проявляется отсутствием побуждений, утратой желаний, полной безучастностью и бездеятельностью, почти полным ограничением общения. Снижение воли часто сочетается с оскудением эмоций (вплоть до апатии) и определяет клинику апатоабулического синдрома (например при шизофрении). Абулия встречается так же при сенильных психозах, депрессии, астении.

Парабулии – извращение воли, представлены различными кататоническими симптомами:

ступор – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими;

мутизм – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;

негативизм – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);

стереотипии – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – вербигерации);

пассивная подчиняемость – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;

эхопраксия – больной полностью повторяет все действия другого человека;

эхолалия – повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращенный к нему, больной отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса;

катаlepsия (восковая гибкость) – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам больной не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.

## **Расстройства влечений**

Эти нарушения, так же как характерологические аномалии, проявляются главным образом поведенческими

расстройствами. Чаще всего они представлены в качестве симптомов какого-либо психического заболевания, однако могут быть рассмотрены и как самостоятельная данность. Общей чертой импульсивных действий и влечений является то, что они характеризуются повторяющимися поступками без ясной рационализации мотивации, которые в целом противоречат интересам самого больного и других людей.

Импульсивные действия чаще всего представляют собой симптом тяжелого психического заболевания. Они характеризуются внезапностью, возникают спонтанно и не контролируются сознанием. Больные совершают немотивированные агрессивные и аутоагрессивные поступки, пытаются куда-то бежать или совершать какие-либо иные неадекватные действия.

Импульсивные влечения также характеризуются не контролируемым рассудком стремлением к совершению действий, поведению, не вытекающему из установок личности и часто не только не совместимыми с интересами больного, но и опасными своими последствиями.

Патологическая склонность к азартным играм (F63.0) последнее время встречается наиболее часто. Пациенты испытывают неодолимое влечение к посещению казино, залов игровых автоматов и т.п., где из раза в раз проигрывают имеющуюся наличность. Неконтролируемое чувство азарта заставляет делать это вновь и вновь, в ущерб работе, учебе, семье, другим интересам. Чтобы расплатиться с долгами или добыть деньги для игры, пациенты не останавливаются ни перед чем вплоть до откровенной лжи и правонарушений.

Патологические поджоги (пиромания) – неодолимое и неосознанное стремление к поджогам собственности или других объектов без очевидных мотивов.

Патологическое воровство (клептомания) – неодолимое влечение к краже предметов, что не связано с необходимостью в них или материальной выгодой.

Дромомания – стремление к бродяжничеству. Без какой-либо осознанной цели больные оставляют семью, работу и, часто даже не имея необходимых средств, уходят из дома, отправляются в поездку и т.п.

Дипсомания – неодолимое влечение к употреблению алкоголя. Обычно носит запойный приступообразный характер. В межприступные периоды может наблюдаться абсолютное воздержание и отсутствие даже психической зависимости от спиртных напитков (в отличие от запойного пьянства и алкоголизма).

**Дискуссия в педагогике** — метод группового обучения, обеспечивающий активное вовлечение учащихся в обмен мнениями, идеями и соображениями о способах разрешения какой-либо проблемы. — публичное обсуждение спорной проблемы, используемое для целенаправленного влияния на сознание и формирование социально ценных убеждений.

Эвристическая дискуссия

Основные признаки: организация изучения учебного материала в форме эвристической беседы; постановка проблемных вопросов; учебные проблемы ставятся и решаются студентами с помощью педагога.

Определение: **эвристический метод** - это обусловленная принципами обучения система регулятивных правил подготовки учебного материала и проведения эвристической беседы с осознанием материала.

**Основные функции:** самостоятельное усвоение знаний и способов действий; развитие творческого мышления (перенос знаний и умений в новую ситуацию; видение новой проблемы в традиционной ситуации; видение новых признаков изучаемого объекта; преобразование известных способов деятельности и самостоятельное создание новых); развитие качеств ума, мыслительных навыков, формирование познавательных умений; обучение учащихся приемам активного познавательного общения; развитие мотивации учения, мотивации аффилиации, мотивации достижения.

**Правила:** 1) формирование новых знаний происходит на **основе эвристической беседы и должно сочетаться с самостоятельной работой учащихся** (участие в эвристической беседе - задавание учащимися встречных, проблемных вопросов, ответы на проблемные вопросы, решение познавательных задач); 2) педагог преднамеренно создает проблемные ситуации, студенты должны их анализировать и ставить проблемы, выдвигать и доказывать гипотезы, делать выводы; 3) оценка ставится в основном за умение применять ранее полученные знания, за умение выдвигать и обосновывать гипотезы, доказывать их, за овладение способами деятельности.

**Применяется эвристический метод** при изучении нового материала, имеющего противоречивый характер, или при совершенствовании ранее усвоенных знаний с целью обобщения полученных ранее впечатлений, стимулирования многоаспектного осмысления явлений, самостоятельного поиска учащимися новых способов деятельности, которым их ранее не обучали. В большой степени применение этого метода зависит от уровня обученности и развития учащихся, особенно от сформированности их познавательных умений. Эвристический метод применяется в форме эвристической беседы во время семинара, дискуссии, учебной конференции. Учитель сочетает частичное объяснение нового с постановкой проблемных заданий.

## 9. Вопросы по теме занятия

1. Дайте основную характеристику эмоций. Значение эмоций в жизни человека.

Компетенции: ПК-2.1

2. В чем состоит регулирующая функция эмоций?

Компетенции: ПК-2.1

3. Что относится к внутренним проявлениям эмоций?

Компетенции: ПК-2.1

4. Понятие о воле. Основные признаки воли как психологического явления. Значение воли в организации деятельности и общения человека. Первичные, вторичные и третичные волевые качества личности.

Компетенции: ПК-2.1

5. В чем разница между эмоциональным состоянием и эмоциональной реакцией?

Компетенции: ПК-2.1

## 10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СТРАХ, ГНЕВ, РАДОСТЬ ОТНОСЯТСЯ К:

- 1) установкам;
- 2) эмоциям;
- 3) чувствам;
- 4) способностям;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.1

2. НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИЕ ЭМОЦИЙ ОТ ЧУВСТВ:

- 1) чувства возникают раньше эмоций;
- 2) чувства не заметны для постороннего лица;
- 3) чувства возникли на базе эмоций при взаимодействии с разумом;
- 4) чувства основаны на ощущениях;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-2.1

3. ЭМОЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С ВОЛЕЙ, СПОСОБСТВУЮЩАЯ ВНУТРЕННЕМУ ПОДЪЕМУ, ПОЯВЛЕНИЮ АКТИВНОСТИ:

- 1) стеническая;
- 2) астеническая;
- 3) настроение;
- 4) страсть;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.1

4. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ И НЕУКЛОННО РЕАЛИЗОВЫВАТЬ ИХ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ЕГО:

- 1) настойчивость;
- 2) самостоятельность;
- 3) принципиальность;
- 4) решительность;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.1

5. САМАЯ СТАРАЯ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ И НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ СРЕДИ ЖИВЫХ СУЩЕСТВ ФОРМА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ:

- 1) любовь, ненависть;
- 2) спокойствие, паника;
- 3) удовольствие, неудовольствие;
- 4) восторг, отвращение;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-2.1

## 11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной Ж., 42г., недостаточно активен, малоподвижен и малоразговорчив, залеживается в постели при отсутствии необходимости соблюдать постельный режим. В общении с психологом ограничивается только конкретными ответами на вопросы, скудно и невыразительно излагает жалобы, мало интересуется результатами исследования. При расспросе отмечает утрату прежних интересов, отсутствие внутренней активности, желания действовать

**Вопрос 1:** Определите тип нарушения воли больного;

**Вопрос 2:** Оцените волевой потенциал больного;

- 1) У больного ослабление воли (гипобулия);
- 2) У больного недостаток энергии, побуждений, интересов;

Компетенции: ПК-2.1

2. Студент на экзамене испытывает чувство неуверенности, психическую скованность из-за страха перед преподавателем. В результате отвечает ниже своих возможностей, несмотря на то, что материал ему знаком.

**Вопрос 1:** Укажите, какой психологический феномен имеет место;

**Вопрос 2:** С чем связан данный феномен?;

- 1) Студент находится в состоянии эмоциональной напряженности, что мешает ему сосредоточиться и нарушает продуктивность его деятельности;
- 2) Данный феномен связан с тормозящим действием аффекта на интеллектуальную деятельность;

Компетенции: ПК-2.1

3. Больная М., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования. Определите тип реакции на болезнь

**Вопрос 1:** Определите тип реакции на болезнь?;;

**Вопрос 2:** Дайте краткую характеристику ипохондрического типа ?;го типа ?;;

- 1) Ипохондрический;
- 2) Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур; ▲;

Компетенции: ПК-2.1

4. Больная Н., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями. Определите тип реакции на болезнь

**Вопрос 1:** Дайте краткую характеристику тревожного типа ?;;

**Вопрос 2:** Психологическая зависимость ?;;

- 1) Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.;
- 2) Синдром психической зависимости — часть синдрома зависимости, включающая навязчивое влечение к психоактивному веществу и способность достижения состояния психического комфорта в предмете влечения. Появлению синдрома психической зависимости предшествует синдром изменённой реактивности;

Компетенции: ПК-2.1

5. За время экспериментально-психологического исследования настроение испытуемого несколько раз менялось от грустного до несколько повышенного по незначительному поводу

**Вопрос 1:** Оцените эмоциональное состояние респондента ?;

**Вопрос 2:** Для каких заболеваний оно характерно ?;

- 1) Эмоциональная лабильность;
- 2) Астенические состояния или это общая черта характера эмоционально-лабильных личностей;

Компетенции: ПК-2.1

## 12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Функциональное назначение различных эмоций у человека
2. Сравнительный анализ различных теорий эмоций
3. Эмоции и современное художественное творчество
4. Эмоциональный интеллект
5. Эмоциональный интеллект и способы его развития

## 13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Бурлачук, Л. Ф. [Психодиагностика](#) : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Питер, 2021. - 384 с. - Текст : электронный.

**- дополнительная:**

Васильева, И. В. [Психодиагностика](#) : учебное пособие / И. В. Васильева. - 3-е изд., стер. - М. : Флинта , 2019. - 252 с. - Текст : электронный.

Китаев-Смык, Л. А. [Психология стресса. Психологическая антропология стресса](#) / Л. А. Китаев-Смык. - Москва : Академический проект, 2020. - 943 с. - Текст : электронный.

Мандель, Б. Р. [Психология стресса](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - Москва : ФЛИНТА, 2019. - 252 с. - Текст : электронный.

**- электронные ресурсы:**

Российское общество психиатров (<http://psychiatr.ru/education/1>)

Электронный учебник Психиатрия и наркология  
(<http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiat>)

**1. Тема № 5. Аффективные расстройства. Классификации аффективных расстройств** (Компетенции: ПК-3.1)

**2. Разновидность занятия:** комбинированное

**3. Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

**4. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Циклотимия и дистимия относятся к хроническим аффективным расстройствам. Своевременная диагностика и лечение в значительной степени определяют адаптацию и качество жизни данных пациентов.

**5. Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** основные принципы организации диагностики эмоциональных состояний, **уметь** провести дифференциальную диагностику с другими психическими заболеваниями, **владеть** навыками проведения психодиагностического изучения эмоционального состояния личности

**6. Место проведения и оснащение занятия:**

**7. Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	5.00	Тестирование, индивидуальный устный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5.00	Инструктаж обучающихся преподавателем.
5	Самостоятельная работа** обучающихся (текущий контроль): а) курация под руководством преподавателя; б) запись результатов обследования в истории болезни; в) разбор курируемых пациентов; г) выявление типичных ошибок	60.00	Работа: а) с пациентами; б) с историями болезни; в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	5.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

**8. Аннотация** (краткое содержание темы)

**Циклотимия** — аутохтонно возникающие персистирующие состояния патологически измененного аффекта с чередованием периодов гипомании и неглубокой депрессии в виде отдельных или сдвоенных эпизодов (фаз), разделенных интермиссиями или развивающихся континуально.

**Дистимия** — хронические (длительностью не менее 2 лет) депрессии, развивающиеся (как и циклотимические) на непсихотическом уровне при минимальной выраженности аффективного расстройства.

Циклотимии бывают трех видов:

1. Собственно циклотимия
2. Циклотимоподобные расстройства
3. Соматореактивная циклотимия

Собственно циклотимия относится к заболеваниям биполярного спектра (субдепрессивные фазы перемежаются с гипоманиакальными). В течении циклотимии четко определяется тенденция к цикличности, но выраженность эпизодов болезненно сниженного и болезненно повышенного настроения соответствует уровню субдепрессий и гипоманий; таким образом, циклотимия представляет собой достаточно гармоничные, порой едва заметно выраженные сочетания «подъемов» и «спадов» во всех сферах психической и физической активности. Аффективные циклотимические фазы могут прерываться периодами ремиссий или иметь сдвоенный характер. Иногда циклотимия переходит в континуальное течение, что является предиктором неблагоприятного прогноза. Наследственно-генетическая природа циклотимии является определяющей, хотя в патогенезе и патокинезе заболевания могут проявляться привходящие средовые влияния и провоцирующие факторы. При субдепрессивных проявлениях заболевания поводом для обращения являются неадекватно сниженное угнетенное настроение, пониженная самооценка, пессимистичные представления о будущем, снижение работоспособности и трудности сосредоточения,

которые носят монотонный характер и не связаны с актуальной ситуацией. В клинической симптоматике присутствует компонент витальности, а эмоциональные переживания носят аффект-зависимый, а не ситуационно-зависимый, характер. Кроме того, у этих пациентов диссомнические расстройства имеют витальный оттенок (нарушения заключаются в трудности засыпания и носят характер прерывистого и поверхностного сна, с ранними пробуждениями, без чувства отдыха по утрам), с отсутствием некоторых характерных для невротических пациентов феноменов. Имеет место соматизация депрессивного аффекта в виде дисфункций различных органов и систем. Наблюдаемые соматовегетативные нарушения и неспецифические астенические проявления впервые в русскоязычной литературе были описаны Д. Д. Плетневым как особый вариант циклотимии («циклосомия»), характеризующийся фазоподобным течением соматических расстройств с их доминированием над собственно аффективной симптоматикой. При этом само депрессивное настроение нередко имеет суточную динамику с сохраненной реактивностью на внешние обстоятельства. Возникающая на этом фоне ипохондрическая симптоматика носит нестойкий, невыраженный характер без формирования конкретных ипохондрических идей и определяется степенью сомато-вегетативных и алгических нарушений в структуре депрессивного синдрома. Тревожная симптоматика имеет неспецифический характер.

Гипоманиакальные состояния, встречающиеся во врачебной практике гораздо реже субдепрессивных, характеризуются устойчиво повышенным настроением, несколько ускоренным, хотя и достаточно продуктивным, мышлением, укорочением сна, облегченным отношением к своим проблемам, повышением деятельности.

### **Циклотимоподобные расстройства.**

Критериям гипоманического или гипотимического эпизода с (или без) промежуточных периодов нормального настроения соответствуют варианты аффективных циклотимоподобных расстройств:

- сезонные субдепрессии (фазы), если сезонность сохраняется на протяжении нескольких лет;
- депрессивные эпизоды легкой степени, т. е. сниженное настроение до уровня, определяемого как явно аномальное для пациента, представленное почти ежедневным аффективным сдвигом и захватывающее большую часть дня, которое в основном не зависит от ситуации (или оказывается чрезмерным по выраженности или продолжительности относительно связанной с их возникновением причины) и имеет продолжительность в течение не менее двух недель;
- гипомания — повышенное или раздражительное настроение, которое является явно аномальным для данного индивидуума, сохраняясь, по меньшей мере, 4 дня подряд;
- смешанные состояния (фазы) или циклотимические колебания аффекта, которые в наиболее благоприятных случаях (при минимизации проявлений аффективных фаз) смыкаются с другими конституциональными аномалиями аффективного круга (гипотимией), а в наименее — представляют собой смешанные гипоманиакально-гипотимические аффективные эпизоды (или быструю смену в течение нескольких часов одного аффективного полюса на проявления другого) при общей продолжительности фазы не менее двух недель.

В данную категорию расстройств не следует включать текущий эпизод легких депрессивных расстройств, протекающий в рамках уже диагностированного биполярного аффективного расстройства или рекуррентного депрессивного расстройства и текущий гипоманиакальный эпизод в рамках уже диагностированного биполярного аффективного расстройства.

**Соматореактивная циклотимия** как особый вариант биполярного расстройства. Соматореактивная циклотимия манифестирует при воздействии сложного патогенного комплекса, включающего не только психогенно-реактивные, но и соматогенные воздействия. Последние выступают в качестве триггера аффективных фаз/эпизодов (как на начальных этапах заболевания, так и в процессе его дальнейшего течения) и подчиняются в своем развитии не аутохтонным механизмам психического расстройства, а ритму соматического заболевания. При этом аффективная патология ограничивается не только развитием депрессивной симптоматики при обострении течения соматического заболевания, но и формированием гипоманиакальных фаз на фоне стойких ремиссий болезни. Соматореактивная циклотимия — психическое расстройство, сопутствующее соматической патологии, для которой свойственно хроническое рецидивирующее течение (язвенная болезнь, псориаз и др.). Анализируя случаи одновременной манифестации биполярного аффективного расстройства и язвы двенадцатиперстной кишки, не только подтверждается соучастие соматической патологии в манифестации/экзацербации и клинической картине аффективных биполярных расстройств, но и имеется прямая зависимость выраженности аффективных нарушений от динамики соматической патологии.

В рамках **дистимии** рассматриваются:

1. Собственно дистимия
2. Соматизированная дистимия
3. Эндореактивная дистимия

Собственно дистимия — хронические депрессивные состояния, при которых баланс между отдельными эпизодами легкой депрессии и периодами относительно нормального состояния очень вариабельный. У этих больных бывают периоды (дни или недели), которые они сами расценивают как хорошие. Но большую часть времени (часто месяцами) они чувствуют усталость и сниженное настроение. Все становится трудным и ничто не доставляет удовольствия. Они склонны к мрачным размышлениям и жалуются, что плохо спят, чувствуют себя дискомфортно, но в целом справляются с основными требованиями повседневной жизни. Для регистрации дистимии в качестве диагностической единицы длительность такого состояния должна быть не менее 2-х лет. Таким образом, эту патологию характеризует тенденция к развитию хронического течения. Психопатологическая структура дистимии может быть весьма вариабельна, зачастую она имеет сходные черты с атипичной депрессией и в большей мере определяется астенической симптоматикой, «перекрывающей» собственно аффективную. Пациенты отмечают повышенную сонливость (часто и в дневное время), усиление аппетита, нарастание массы тела. Для них свойственна низкая толерантность к физическим нагрузкам. Вегетативные нарушения чаще смешанные либо непостоянные, отражают скорее дисбаланс симпатико- и вазотонии. Эта группа пациентов очень чувствительна к психогенным факторам, тяжело реагируют на критические замечания. Даже в обыденной жизни они нуждаются в постоянном одобрении их поступков со стороны близких или коллег по работе. Поэтому дистимия имеет много общего с депрессивным неврозом или невротической депрессией. До сих пор некоторые исследователи расценивают концепцию дистимии как альтернативную концепции невротической депрессии, а «дистимию» рассматривают как отражение конфликта между психиатрами биологического и психодинамического направлений. В действительности же «интерперсональный конфликт отнюдь не очевиден при дистимии, в то время как признаки анергии, трудно отличимой от истощаемости, невыносимости к психическим и физическим нагрузкам, практически неизменно присутствуют в ее клинической картине».

Эпидемиологические исследования последних лет показали, что дистимия представляет собой неоднородную группу заболеваний, в структуре которых кристаллизируются как личностные особенности, так и биологический базис, свойственный большому депрессивному расстройству. В научной литературе представлено много работ, свидетельствующих о высокой связи дистимии с личностной патологией. Но в то же время существует доказательства связи дистимии с большим депрессивным расстройством. Во-первых, частая наследственная отягощенность большим депрессивным расстройством. Во-вторых, у большой части пациентов, расцененных как страдающие дистимией, в течение жизни развивается большое депрессивное расстройство. Этот феномен в современной литературе получил название «двойная депрессия». Подтверждением биологических механизмов в формировании дистимии может служить также эффективность применения в этих случаях антидепрессантов (СИОЗС).

### **Соматизированная дистимия.**

Соматизированная дистимия — сочетание аффективных проявлений с соматоформными расстройствами (вегетативные кризы, тахикардия, головокружение, тремор, алгопатии, телесные ощущения) или превалирование физикального оттенка психопатологической симптоматики (жжение в области груди или гортани, «ледяной холод» под ложечкой и т.д.), когда собственно аффективные проявления слабо выражены и не достигают полной психопатологической завершенности. Соматизированная дистимия всегда имеет тенденцию к формированию затяжных фаз. Как правило, ее формирование происходит на фоне имеющейся соматической патологии, которая (а иногда и эпизодическое кратковременное неблагополучие) выступает как триггер, запускающий аффективную патологию с преобладающим сомато-вегетативным компонентом. В некоторых случаях на этом фоне имеет место возникновение «ипохондрической дистимии».

В ряде случаев соматизированная дистимия может быть фоном, который скрывает маскированную депрессию. При этом аффективные проявления отступают на второй план («маскируются»), уступая место соматоформным расстройствам. В ряду клинических проявлений маскированных депрессий преобладают вегетативные нарушения и патологические телесные ощущения. Несмотря на своеобразие клинической картины, маскированные депрессии сохраняют базисные проявления аутохтонности, такие как суточный ритм, сезонные обострения.

**Эндореактивная дистимия.** Клинический опыт показал, что выделение эндореактивной дистимии как самостоятельного аффективного заболевания недостаточно обосновано, поскольку симптомы болезни не выходят за рамки нарушений при аутохтонной депрессии, и такая «дистимия» может наблюдаться в позднем возрасте как атипичная затяжная аффективная фаза. Тем не менее, традиционно под названием «эндореактивная дистимия» выделяются депрессивные состояния, возникающие чаще в возрасте после 40 лет у лиц быстро истощающихся и склонных к затяжным депрессивным реакциям на психогению. Очень часто дебюту заболевания предшествуют: соматическое истощение, дистрофия, затянувшееся выздоровление после инфекционного заболевания, острая психическая травма или длительная психотравмирующая ситуация. Большинство психиатров эндореактивные дистимии рассматривают как атипичный по клиническим проявлениям вариант большого депрессивного расстройства, спровоцированного стрессовой ситуацией. Эндореактивной дистимии свойственно сочетание стертых и атипичных симптомов депрессии в виде угрюмо-раздражительного, подавленного настроения с тревогой и дисфорией (раздражительностью, недовольством, нередко ворчливостью), с выраженными вегетативными,

сосудистыми расстройствами и ипохондрическими жалобами и сверхценными опасениями (опасение болезни, смерти), фобиями (нозофобии), реже — с чувством покорности. Настоящая витальная тоска отсутствует, как и чувство вины, бред самообвинения и обвинения. Больные винят в своих страданиях судьбу, обстоятельства прежней жизни, но не себя. Имеется сознание болезни, чувство неполноценности. Это депрессивное состояние, характеризующееся наличием нечетко очерченных фаз. Суточные колебания настроения неотчетливы, нет выраженной депрессивной деперсонализации и дереализации. В картине депрессии значительно большее место, чем при типичном аффективном расстройстве, занимают мысли о неудачной судьбе, о жизненных трудностях, имевших место перед развитием болезни неприятностях. Иногда наблюдаются и отдельные истерические симптомы. Заболевание протекает только в виде депрессий с четкой тенденцией к хронизации аффективных состояний. Даже при достижении ремиссионных состояний при тщательном опросе удается выявить остаточную симптоматику, как правило, представленную тревогой и раздражительностью. Дистимия развивается медленно, продолжается обычно больше года и медленно проходит. Во много раз чаще среди этих больных, чем при типичном аффективном расстройстве, встречаются личности патологически замкнутые, с психастеническим характерологическим радикалом, сенситивные. Наследственная отягощенность аффективными нарушениями в группе больных эндореактивной дистимией значительно ниже, а шизофренией выше, чем при большом депрессивном расстройстве.

## **9. Вопросы по теме занятия**

1. Перечислите признаки циклотимического снижения настроения.

Компетенции: ПК-3.1

2. С какими психическими расстройствами необходимо дифференцировать дистимию?

Компетенции: ПК-3.1

3. Дайте характеристику соматореактивной циклотимии.

Компетенции: ПК-3.1

4. Чем характеризуются гипоманиакальные состояния?

Компетенции: ПК-3.1

5. Чем проявляются смешанные состояния при циклотимоподобных расстройствах?

Компетенции: ПК-3.1

6. Какими расстройствами проявляется соматизированная дистимия?

Компетенции: ПК-3.1

7. Какова длительность дистимии?

Компетенции: ПК-3.1

## **10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

1. АУТОХТОННО ВОЗНИКАЮЩИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОГО АФФЕКТА С ЧЕРЕДОВАНИЕМ ПЕРИОДОВ ГИПОМАНИИ И НЕГЛУБОКОЙ ДЕПРЕССИИ В ВИДЕ ОТДЕЛЬНЫХ ИЛИ СДВОЕННЫХ ЭПИЗОДОВ (ФАЗ), РАЗДЕЛЕННЫХ ИНТЕРМИССИЯМИ, НАЗЫВАЮТСЯ:

- 1) циклотимией;
- 2) лабильностью;
- 3) ригидностью;
- 4) фрустрацией;
- 5) атипичной депрессией;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-3.1

2. ХРОНИЧЕСКИЕ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ 2 ЛЕТ, ДЕПРЕССИИ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НА НЕПСИХОТИЧЕСКОМ УРОВНЕ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА, НАЗЫВАЮТСЯ:

- 1) фрустрацией;
- 2) дистимией;
- 3) циклотимией;
- 4) гипотимией;
- 5) ригидностью;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.1

3. СТОЙКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ Понижение настроения называется:

- 1) гипотимия;
- 2) циклотимия;
- 3) эмоциональная лабильность;
- 4) эмоциональная ригидность;
- 5) фрустрация;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-3.1

4. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГИПОМАНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 2-х дней;
- 2) 4-х дней;
- 3) 2-х недель;
- 4) месяца;
- 5) 3-х месяцев;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.1

5. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С:

- 1) циклотимией;
- 2) дистимией;
- 3) депрессивным бредом;
- 4) сверхценными идеями;
- 5) контрастными навязчивостями;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-3.1

6. СЕЗОННОСТЬ ЦИКЛОТИМОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ СОХРАНЯЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ:

- 1) 4-х дней;
- 2) 2-х недель;
- 3) месяца;
- 4) 3-х месяцев;
- 5) нескольких лет;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ПК-3.1

7. ПРИ МАСКИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЯХ ПРЕОБЛАДАЮТ:

- 1) иллюзии и галлюцинации;
- 2) ипохондрические бредовые идеи;
- 3) выраженное снижение настроения;
- 4) вегетативные нарушения и патологические телесные ощущения;
- 5) депрессивный ступор;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.1

8. ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЗИТИВНОЙ АФФЕКТИВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) апатия;
- 2) тревога;
- 3) сенситивность;
- 4) амбивалентность;
- 5) фрустрация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.1

9. МАКСИМАЛЬНАЯ ВЫРАЖЕННОСТЬ ИДЕОМОТОРНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ПРИ ДИСТИМИИ ПРИХОДИТСЯ НА:

- 1) ночное время;
- 2) ранние утренние часы;
- 3) дневное время;
- 4) вечер;
- 5) не зависит от времени суток;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.1

10. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЦИКЛОТИМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) страх;
- 2) растерянность;
- 3) депрессивный ступор;
- 4) аффективное оцепенение;
- 5) субдепрессия;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ПК-3.1

**11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

1. Пациент В. 29 лет был направлен к врачу своей девушкой, которая заподозрила у него наличие аффективного расстройства, хотя сам он не хотел этого признать. Он сообщил, что с 14-летнего возраста у него появились чередующиеся постоянно циклы, которые он характеризует словами «хорошие и плохие времена». В течение «плохого» периода, обычно продолжающегося от 4 до 7 дней, он слишком много спал - по 10-14 часов в сутки, у него было мало энергии, уверенности в себе и побуждений к чему-либо - «просто растительная жизнь», как он назвал это состояние. Часто у него наблюдались резкие изменения, преимущественно когда он просыпался рано утром, на 3 или 4 дня в виде повышенной самоуверенности, осознания своей социальной значимости, неразборчивости в связях и обостренного мышления - «мысли вспыхивали в моем мозге». Иногда «хорошие периоды» длились по 7-10 дней, но завершались вспышками раздражительности и враждебности, которые часто были предвестниками возвращения к «плохим временам». Хотя во многих кругах он считался очаровательным, но отдалялся от друзей, когда бывал раздражителен и враждебен, пренебрегал правилами общественной жизни в «плохие» дни и сразу же начинал выполнять их в «хорошие периоды».

**Вопрос 1:** Перечислите основные симптомы;

**Вопрос 2:** Установите предположительный диагноз;

**Вопрос 3:** Обоснуйте диагноз;

**Вопрос 4:** Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

**Вопрос 5:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

1) Гипоманиакальные и субдепрессивные состояния;

2) Быстрые циклы при циклотимии;

3) Эпизоды гипомании и субдепрессии, длящиеся не более 7-10 дней; раннее начало заболевания;

4) Стационарное лечение в психиатрической больнице не показано;

5) Оснований для недобровольной госпитализации нет;

Компетенции: ПК-3.1

2. Пациентка К. 39 лет обратилась за консультацией к психотерапевту в связи ухудшением самочувствия. Замужем 20 лет, брак единственный. Имеет двух детей 17-ти и 19-ти лет, отношения с ними теплые, доверительные. Рассказала, что с молодого возраста отмечает у себя сезонные колебания состояния. Обычно лучше чувствует себя в весенне-летний период. Хорошая работоспособность, физическая активность, легкие, радостные отношения с близкими ухудшаются в осенне-зимний период. Отмечает, что зимой больше испытывает затруднений в работе, хуже сосредотачивается, допускает больше ошибок, появляются эпизоды напряжённых отношений с начальством. Дома все раздражает, перестаёт радоваться, так как раньше. В результате, легко срывается на близких и друзьях. Длительность таких эпизодов не превышает двух недель, к весне полностью проходят. Ежегодно проходит на работе мед. осмотр, соматически и неврологически без выраженной патологии.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Поставьте клинический диагноз;

**Вопрос 3:** Обоснуйте поставленный диагноз;

**Вопрос 4:** Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

**Вопрос 5:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

1) Снижение трудоспособности, внимательности, раздражительность, сезонный характер расстройств;

2) Сезонная субдепрессия;

3) Состояния невыраженной депрессии в осенне-зимний период;

4) Стационарное лечение в психиатрической больнице не показано;

5) Оснований для недобровольной госпитализации нет;

Компетенции: ПК-3.1

3. Мужчина 36 лет обратился к психиатру для профосмотра. Больным себя не считает. Настроение считает хорошим. Сменил государственную работу на свой бизнес грузоперевозок. Охотно рассказывает о планах на будущее, легко заводит новые знакомства и необходимые связи. Ранее трижды менял место работы, в связи с желанием развиваться дальше. Результаты оценивает оптимистично. В тоже время отмечает у себя 3-4 раза в год состояния, когда «все не ладится», раздражает, кажется однообразным, надоевшим, монотонным. В такие периоды уходит на охоту или рыбалку далеко в тайгу один или с отцом. Женат, двое детей, родные и друзья характеризуют его общительным, надежным, ответственным.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Поставьте диагноз;

**Вопрос 3:** Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

**Вопрос 4:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

**Вопрос 5:** Определите тактику лечения;

1) Общителен, активен, успешен; однако несколько раз в год отмечается снижение настроения, раздражительность, нежелание общаться;

2) Циклотимия;

3) Стационарное лечение в психиатрической больнице не показано;

4) Показаний для недобровольной госпитализации нет.;

5) Возможна психотерапия;

Компетенции: ПК-3.1

4. Мужчина 40 лет обратился для профосмотра. Самочувствие оценивает удовлетворительным, жалоб на предъявляет. Рассказал о себе, что не очень общительный, поддерживает достаточно стабильно только прежние связи. К новым знакомствам относится скептически: «Старый друг – лучше новых двух». Родные и близкие называют его пессимистом, ценят в нем способность к «черному юмору». О своей жизни отзывается саркастически, так как ему всего приходится добиваться своими усилиями, даже там, где у других получается само собой. Работает много лет на одном месте, женат, детей нет.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Поставьте диагноз;

**Вопрос 3:** Обоснуйте диагноз;

**Вопрос 4:** Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

**Вопрос 5:** Определите терапевтическую тактику;

1) Пессимистичный, необщительный, склонный к черному юмору;

2) Дистимия;

3) В течение длительного времени (многих лет) склонен к гипотимии;

4) Не показано;

5) Возможно проведение психотерапии;

Компетенции: ПК-3.1

5. У больного впервые развилось немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Двигательно заторможен. Мышление замедлено, высказывает идеи самоуничтожения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Установите диагноз заболевания;

**Вопрос 4:** Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

**Вопрос 5:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

1) Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, идеи самоуничтожения, суицидальные мысли;

2) Депрессивный синдром;

3) Депрессивный эпизод тяжелый;

4) Показано в связи с выраженностью депрессивного состояния;

5) Оснований для недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли;

Компетенции: ПК-3.1

## 12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Возрастные особенности аффективной патологии
2. Соматизированные и соматогенные аффективные расстройства
3. Юношеские депрессии.

## 13. Рекомендованная литература по теме занятия

### - обязательная:

Бурлачук, Л. Ф. [Психодиагностика](#) : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Питер, 2021. - 384 с. - Текст : электронный.

### - дополнительная:

Китаев-Смык, Л. А. [Психология стресса. Психологическая антропология стресса](#) / Л. А. Китаев-Смык. - Москва : Академический проект, 2020. - 943 с. - Текст : электронный.

Мандель, Б. Р. [Психология стресса](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - Москва : ФЛИНТА, 2019. - 252 с. - Текст : электронный.

[Подростковые девиации: психодиагностика факторов риска](#) : практикум / сост. И. Ф. Шиляева, Л. Ф. Зайнуллина. - Уфа : БГПУ, 2019. - 138 с. - Текст : электронный.

### - электронные ресурсы:

Российское общество психиатров (<http://psychiatr.ru/education/1>)

Электронный учебник Психиатрия и наркология (<http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyj-po-psihiat>)

1. **Тема № 6.** Симптомы и синдромы эмоциональных расстройств (Компетенции: ПК-3.2)

2. **Разновидность занятия:** комбинированное

3. **Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный

4. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Эмоции - психические процессы, в которых человек переживает своё отношение к тем или иным явлениям окружающей среды и к самому себе. Своевременное распознавание и коррекция эмоциональных расстройств имеет большое значение как в лечении, так и в профилактике обострений при различных психических и соматических заболеваниях.

5. **Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** основные принципы организации диагностики эмоциональных состояний, **уметь** описать психическое состояние пациента с аффективными расстройствами, **владеть** навыками проведения психодиагностического изучения эмоционального состояния личности

6. **Место проведения и оснащение занятия:**

7. **Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	5.00	Тестирование, индивидуальный устный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5.00	Инструктаж обучающихся преподавателем
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	60.00	демонстрация куратором практических навыков по осмотру, обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	5.00	Тесты по теме
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. **Аннотация** (краткое содержание темы)

**ЭМОЦИИ** - психические процессы, в которых человек переживает свое субъективное отношение к тем или иным явлениям окружающей среды и к самому себе. Это своеобразный механизм, при помощи которого внешние раздражители превращаются в мотивы поведения. Благодаря эмоциям включаются двигательные и поведенческие реакции, направленные на восстановление нарушенного равновесия.

Низшие эмоции вызываются элементарными (витальными) раздражителями (плохая или хорошая погода, сытость, усталость), отражают степень удовлетворения различных инстинктов. Высшие эмоции филогенетически являются более молодыми, отражают степень эстетического, этического, нравственного удовлетворения.

#### Классификация эмоций

Существует условное деление эмоций на положительные и отрицательные. Эмоции обычно отличаются полярностью, т.е. обладают *положительным* или *отрицательным* знаком: удовольствие-неудовольствие, веселье-грусть, радость-печаль. Эмоции делятся также на *стенические* - повышающие активность и жизнедеятельность человека (гнев или радость) и *астенические* - понижающие жизнедеятельность и активность (печаль). Кроме того, выделяют т.н. четыре «фундаментальные эмоции»: радость, печаль, гнев и страх.

Психологически эмоции представлены в психике человека в виде трех основных феноменов: это **эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные свойства**. Эмоциональные реакции связаны, преимущественно, с действующими обстоятельствами, они кратковременны и адекватны ситуации, например, реакция испуга на крик. При эмоциональных состояниях, более длительных, более устойчивых, может не отмечаться явной связи с действующими раздражителями, для них характерно изменение нервно-психического тонуса в соответствии с содержанием эмоции.

К эмоциональным состояниям относятся **настроение** (относительно слабо выраженное состояние, захватывающее в течении некоторого времени всю личность и отражающееся на деятельности, поведении человека) и **страсть** (сильная, стойкая, всеохватывающая эмоция, определяющая направление мыслей и поступков. Эмоциональные

свойства – наиболее устойчивые характеристики человека, такие как *эмоциональная возбудимость, эмоциональная лабильность, эмоциональная ригидность, эмоциональная реактивность*.

*Эмоциональная возбудимость* – быстрота эмоционального «включения» – повышается, например, у больных атеросклерозом, неврозами, гипертериозом. Сочетание избыточной возбудимости и недостатка торможения формирует импульсивность.

*Эмоциональная лабильность* – колебания эмоционального тонуса, эмоциональная подвижность, быстрая смена одних эмоций другими в зависимости от меняющейся ситуации

Свойство, противоположное лабильности – *эмоциональная ригидность*, вязкость, патологическая стойкость эмоций.

*Эмоциональная реактивность* – быстрота эмоционального отреагирования, скорость «ответа».

*Внешними признаками* эмоций являются их телесные (моторные) проявления – мимика, поза и выразительные движения (пантомимика).

## **ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ**

### **Нарушение 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 перенесших 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.**

1. *Сензитивность* (эмоциональная гиперестезия) – повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость. Может быть врожденным личностным свойством, особенно выраженным при психопатиях.
2. *Эмоциональная холодность* – нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодного отношения ко всем событиям, независимо от их эмоциональной значимости. Выявляется у психопатов, при шизофрении.
3. *Эмоциональная тупость* – слабость, обеднение эмоциональных проявлений и контактов, оскуднение чувств, доходящее до безучастности. Встречается в рамках шизофренического дефекта.
4. *Апатия* – безразличие, полное отсутствие чувств, при котором не возникают желания и побуждения. Чаще наблюдается чувственное притупление, при котором эмоции становятся тусклыми, бедными. Преимущественной эмоцией больных является равнодушие. Встречается при шизофрении (дефект) и грубых органических поражениях головного мозга, а 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, безынициативности, что переживается болезненно.

#### **Нарушение адекватности эмоций**

1. *Эмоциональная амбивалентность* – одновременное сосуществование антагонистических эмоций, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения. Встречается при шизофрении.
2. *Эмоциональная неадекватность* – возникновение эмоции, не соответствующей качественно, содержательно вызывающему ее раздражителю, парадоксальность эмоций (пациент с грустным лицом повествует о приятных впечатлениях). Также встречается при шизофрении.

#### **Нарушения устойчивости эмоций.**

1. *Эмоциональная лабильность* – патологически неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации. Патологически неустойчивое настроение характерно для астенического синдрома, может встречаться в рамках эмоционально-волевых расстройств при патологии личности.
2. *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.
3. *Слабодушие* – состояние легко колеблющегося настроения по ничтожному поводу от слезливости до сентиментальности с умильностью. Может сопровождаться капризностью, раздражительностью, утомляемостью. Наблюдается при сосудистом поражении головного мозга, при соматогенной астении.

## **Расстройства настроения.**

### **Патологически повышенное настроение.**

1. *Гипертимия* – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («веселость, брызжущая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов. Гипертимия – основной симптом маниакальных синдромов.
2. *Эйфория* – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, препятствует познавательным процессам. Эйфория встречается при интоксикациях (инфекционного, алкогольного и т.п. характера).
3. *Мория* – веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения. Встречается при тотальной деменции.
4. *Экстаз* – гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до исступленного восхищения, чувства прозрения, озарения. Часто сочетается с растерянностью, кататоническими проявлениями, онейроидным помрачением сознания.

### **Патологически пониженное настроение.**

1) *Гипотимия* – болезненно пониженное настроение, переживаемое как, грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, ущемление, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности, беспомощности, суицидальными мыслями и поступками. Такой тип расстройства настроения характерен для депрессивных синдромов.

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

3) *Тревога* – гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством томительного ожидания грядущей беды, отчаянием, опасениями за судьбу родных. Иногда тревога ощущается телесно с витальным оттенком (как зуд, внутренняя дрожь). Часто сочетается с двигательным (психомоторным) возбуждением. Как патологическое состояние тревога иррациональна и вызвана болезненными психическими переживаниями, а не реальными событиями. Встречается 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 и сопровождается обильными вегетативными проявлениями (вегетативная тревога).

4) *Страх* как патологическое состояние – переживание сиюминутной опасности, с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания. Субъективно тяжело переносится. Встречается 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 распространенных расстройств, встречающихся как в психиатрической, так и в общесоматической практике.

Основу депрессивного синдрома составляет **депрессивная триада**, включающая: а) *болезненно пониженное настроение*, б) *идеаторные* и в) *психомоторные* нарушения в виде общей заторможенности.

Выделяют три основных компонента эмоционального звена депрессивного синдрома: *тоскливый, тревожный и апатический*. Они находятся в динамической связи друг с другом, но, как правило, на определенном отрезке времени или в отдельных случаях преобладает один из них.

Характерна суточная ритмика депрессивных расстройств. Тоска и апатия достигают обычно максимальной выраженности в утренние часы, тревога более вариабельна и нередко усугубляется к вечеру.

*Идеаторные* расстройства при депрессивном синдроме характеризуются известной фиксированностью переживаний на определенной тематике, сужением объема свободных ассоциаций и изменением их темпа (замедлением). *Психомоторные* депрессивные расстройства также связаны с доминирующим настроением. Общая поведенческая и волевая активность имеет тенденцию к снижению (гипобулия).

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

**Соматопсихические и соматовегетативные нарушения** занимают одно из первых мест по частоте встречаемости в картине депрессии. 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 *триада Протопопова*: *тахикардия, мидриаз, запоры*, что по существу указывает на нарушение деятельности автономной нервной системы в виде *симпатикотонии*. Соматическими проявлениями депрессии являются также аменорея, похудание, диспепсии, алгии и пр.

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 распространенными и, как правило, наиболее значимыми для больных, являются переживания утраты естественных чувств к близким. Отмечаются также чувство утраты: эмоционального отношения к окружающему вообще с безразличием к работе, к деятельности, к развлечениям; способности радоваться (*ангедония*), откликаемости на печальные события, способности к состраданию и пр. Особо мучительны переживания угнетения «витальных эмоций»: чувства голода, жажды, насыщения и удовольствия при приеме 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», «речь без мыслей», «отрешенности» в общении, «бездушности» и пр. Наибольшая представленность деперсонализации такого рода присуща обычно депрессиям умеренной глубины, без выраженной заторможенности.

Одним из характерных признаков депрессии являются **идеи малоценности и самообвинения**. В зависимости от тяжести и клинического варианта депрессии, они могут проявляться в виде: а) психологически понятных переживаний заниженной самооценки и идей малоценности, которые могут быть нестойкими, изменчивыми, чаще зависят от ситуации, б) сверхценных идей, которые уже отличаются стойкостью, малой изменчивостью, потерей прямой связи с ситуацией, в) бредовых идей. По содержанию это могут быть идеи малоценности, самоуничтожения, самообвинения, греховности, ипохондрии и пр.

Важное значение в диагностике депрессий имеют разнообразные **нарушения сна**, характер которых тесно связан с характером гипотимии. При тоске – укорочение сна, раннее пробуждение, ощущение неполного «бодрствования» в утренние часы. При тревоге – затруднено засыпание, бессонница, сочетается с частыми пробуждениями среди ночи. При апатии – повышенная сонливость, поверхностный ночной сон.

**Расстройства влечений** также характерно для депрессивного синдрома. Проявления зависят от ведущего аффекта. При тоскливом и апатическом аффекте отмечается угнетение аппетита (часто в совокупности с отвращением к пище или отсутствием вкусовых ощущений), полового влечения (вплоть до полного угнетения). При тревожном же состоянии, напротив, может иметь место усиление влечений.

Одной из частых причин совершения **суицида** являются депрессии (до 15% депрессий завершаются суицидом).

Суицидальные тенденции при депрессии имеют разную степень оформленности, стойкости и интенсивности в зависимости от характера депрессии. Суицидальный риск выше в случаях депрессий легкой и средней степени выраженности, «открытых» для влияния средовых воздействий и личностных установок больных, в ранние

предутренние часы, при начале и окончании депрессивной фазы. Преобладают мотивы, обусловленные реальными конфликтами, переживаниями собственной измененности, депрессивной деперсонализацией, ощущением душевной боли. В 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, сензитивными и истероидными чертами личности в преморбиде.

Депрессивные состояния могут проявляться в различной степени - от легких (субдепрессия) до тяжелых состояний в виде психоза. В зависимости от сочетания и/или доминирования в клинической картине разных компонентов самой «триады» и «нетриадных» проявлений выделяют разнообразные клинические варианты депрессивного синдрома. Наиболее распространены следующие варианты.

**а) Меланхолическая (тоскливая, «классическая», эндогенная) депрессия** включает в себя триаду в виде:

- а) болезненно пониженного настроения в виде тоски;
- б) замедленного темпа мышления;
- в) 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, все утрачивает смысл, актуальность. Стремление к деятельности отсутствует. Моторные расстройства при тоскливой депрессии предстают в виде грустного или даже застывшего взгляда, страдальческой мимики («*маска горя*»), понурой позы, застывшей позы (*депрессивный ступор*), опущенных рук и головы, взгляда, устремленного в пол. По своему внешнему виду эти больные выглядят сильно постаревшими (для них характерно понижение тургора кожи, что делает кожу морщинистой). Могут наблюдаться суточные колебания состояния - вечером легче, чем утром. Характерны идеи (вплоть до бредовых) самоуничтожения, виновности, греховности, ипохондрические. Могут возникать *суицидальные* 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. Меланхолическая депрессия включает в себя разнообразные соматоневрологические расстройства, основным проявлением которых (особенно в остром периоде) является *триада Протопопова*. Также могут встречаться нарушение сердечного ритма, выраженное похудание (до 15-20 кг за короткий срок), алгии, у женщин - нарушение менструального цикла, часто аменорея. Выражено угнетение сферы влечения: 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, расцарапать лицо, выпрыгнуть в окно и т.п.

**б) 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 малоразборчивой 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 напряженности, мимика изменчива, напряженная сидячая поза, с покачиванием, потиранием пальцев рук, при выраженной тревоге - неусидчивость. На высоте тревожных и ажитированных депрессий особенно высок риск совершения суицидальных попыток. Ажитированная и тревожная депрессии не имеют нозологической специфичности, но у больных пожилого возраста они встречаются чаще.

**в) При апатической депрессии** на первый план выступают отсутствие или снижение уровня побуждений, интереса к окружающему (в тяжелых случаях к жизни вообще), эмоционального реагирования на происходящие события, безразличие, снижение жизненного тонуса или *анергия* (*анергическая депрессия*), недостаточность волевых импульсов с невозможностью преодолеть себя, сделать усилие над собой, принять определенное решение (*абулический вариант*). У таких больных в состоянии доминирует психическая инертность, «душевная слабость», «жизнь по инерции». Идеаторные расстройства при апатическом варианте депрессии характеризуются обеднением ассоциаций, снижением их яркости и чувственной окраски, нарушением способности фиксации и произвольной направленности внимания и мышления. Идеи малоценности или вины наблюдаются не часто, доминирует чувство жалости к себе и зависти к окружающим. Экспрессия при апатической депрессии: взгляд равнодушный, спокойный, малоподвижный, сонливый, замедлена игра лицевых мышц, мимика скуки, равнодушия, безразличия, движения вялые, расслабленные, замедленные. Сомато-вегетативные симптомы выражены слабо. Суицидальные тенденции редки. У некоторых из этих больных отмечается еще и психомоторная заторможенность с замедлением движений, речевой продукции, они перестают следить за собой, залеживаются в постели, иногда наблюдается полная

обездвиженность (ступор). Такие депрессии обозначают как **динамическую (заторможенную) депрессию**.

**г) Астено-депрессивный синдром** - характеризуется неглубоко выраженными симптомами депрессивной триады и выраженными астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости и истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии. Астено-депрессивные синдромы встречаются при очень широком круге заболеваний непсихотического уровня.

**д) При депрессивно-ипохондрическом синдроме** триада депрессивных симптомов выражена неярко, больше представлены соматические симптомы депрессии. Больные высказывают убеждения в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым соматическим заболеванием, в связи с чем активно посещают врачей и обследуются в медицинских учреждениях. Депрессивно-ипохондрические синдромы встречаются при широком круге заболеваний.

**е) Депрессивно-параноидный синдром** - депрессивные симптомы могут иметь разную степень выраженности, вплоть до глубокой заторможенности, при этом больные переживают тревогу, высказывают бредовые идеи преследования, отравления, которые имеют склонность к систематизации. Этот синдром не обладает нозологической специфичностью.

**ж) Синдром Котара (меланхолическая парафрения)** - это сложный депрессивный синдром, включающий депрессивные переживания и ипохондрические идеи, имеющие характер громадности и отрицания. Больные считают себя великими грешниками, 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 пр. Синдром Котара встречается редко, преимущественно, в клинике шизофрении, инволюционной меланхолии.

**з) Депрессивно-деперсонализационный синдром** («скорбное бесчувствие») - вариант депрессивного синдрома, в клинической картине которого, ведущее место занимает *депрессивная деперсонализация*.

**к) Основное место в картине т.н. атипичных («маскированных», «ларвированных», «вегетативных», «соматизированных», скрытых) депрессий** занимают соматопсихические, соматовегетативные нарушения или же другие психопатологические «маски». При этих вариантах депрессий собственно пониженное настроение присутствует в стертом виде или вовсе отсутствует (тогда говорят о «**депрессии без депрессии**»). Наибольшее значение имеют проявления в виде соматических «масок». Эти состояния чаще всего наблюдаются в амбулаторной практике врачей других специальностей с предъявлением только соматических жалоб. О принадлежности этих состояний к депрессиям можно судить по:

- фазности течения, сезонным, весенне-осенним возобновлением;
- суточным колебаниям симптоматики;
- наследственной отягощенности аффективными расстройствами;
- наличию аффективных (маниакальных и депрессивных) фаз в анамнезе;
- отсутствию органических причин страдания, подтвержденных объективным обследованием («негативная» диагностика);
- многолетнее наблюдение у врачей другой специальности с отсутствием терапевтического эффекта от длительного лечения соматотропными препаратами;
- положительному терапевтическому эффекту от применения антидепрессантов.

Чаще встречаются в практике депрессии с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Реже встречаются «маски» желудочно-кишечной патологии в виде разнообразных диспепсических проявлений и болей в области живота. Также в рамках таких депрессий описываются периодическая бессонница, люмбаго, зубная боль, сексуальные дисфункции, алопеция, экземы и др.

В зависимости от преобладания тех или иных проявлений выделяют следующие варианты маскированных депрессий: *алгически-сенестопатический, абдоминальный, кардиалгический, цефалгический, паналгический, агрипнический (стойкая бессонница), диэнцефальный (вегето-висцеральный, вазомоторно-аллергический, псевдоасматический), наркоманический*.

В случае же отсутствия выраженного гипотимного компонента и при наличии идеаторной и психомоторной заторможенности употребляют понятие о **скрытой депрессии**.

## **МАНИКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ.**

Маниакальный синдром представлен следующей триадой симптомов:

- а) болезненно повышенное настроение (гипертимия);
- б) болезненно ускоренное мышление;
- в) психомоторное возбуждение.

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: живая мимика, гиперемированное лицо, быстрые движения, неусидчивость, выглядят моложе своих лет. Пациентам свойственны переоценка собственной личности, своих способностей, вплоть до формирования бредовых идей величия. Оживление сферы влечений и побуждений – усиление аппетита (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 пациенты производят впечатление веселых, компанейских, деловитых, хотя и несколько разбросанных в своей деятельности людей.

*Гневливая мания* – к триаде маниакальных симптомов присоединяется раздражительность, придиричивость, гневливость, склонность к агрессии.

*Заторможенная и непродуктивная мании* – отличаются отсутствием одного из основных признаков маниакального синдрома, в первом случае – двигательной активности, во втором – ускоренного мышления.

## 9. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение эмоций.

Компетенции: ПК-3.2

2. Какие нарушения эмоций Вы знаете?

Компетенции: ПК-3.2

3. Назовите триаду депрессивного синдрома.

Компетенции: ПК-3.2

4. Назовите триаду маниакального синдрома.

Компетенции: ПК-3.2

5. Назовите разновидности депрессивного синдрома.

Компетенции: ПК-3.2

6. Перечислите особенности «маскированных» депрессий.

Компетенции: ПК-3.2

7. Чем опасны депрессивные больные?

Компетенции: ПК-3.2

8. Назовите нарушения выраженности (силы) эмоций.

Компетенции: ПК-3.2

## 10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДВИЖНОСТЬ, БЫСТРАЯ СМЕНА ОДНИХ ЭМОЦИЙ ДРУГИМИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕНЯЮЩЕЙСЯ СИТУАЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ:

- 1) возбудимость;
- 2) лабильность;
- 3) реактивность;
- 4) реакция;
- 5) холодность;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2

2. НАРУШЕНИЕМ АДЕКВАТНОСТИ ЭМОЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) эмоциональная амбивалентность;

- 2) апатия;
- 3) сензитивность;
- 4) эксплозивность;
- 5) слабодушие;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-3.2

3. ГИПЕРТИМИЯ - ОСНОВНОЙ СИМПТОМ СИНДРОМА:

- 1) депрессивного;
- 2) астено-депрессивного;
- 3) депрессивно-ипохондрического;
- 4) маниакального;
- 5) депрессивно-деперсонализационного;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2

4. СЛОЖНЫЙ ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ДЕПРЕССИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ И ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ ИДЕИ, ИМЕЮЩИЕ ХАРАКТЕР ГРОМАДНОСТИ И ОТРИЦАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ СИНДРОМ:

- 1) Павлова;
- 2) Протопопова;
- 3) Котара;
- 4) Кандинского-Клерамбо;
- 5) Капгра;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-3.2

5. ДИСФОРИЯ - ЭТО:

- 1) эмоциональная неустойчивость;
- 2) резкое снижение выраженности эмоций;
- 3) тоскливо-злобное настроение;
- 4) неясное ощущение опасности;
- 5) «предсердная тоска»;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-3.2

6. АПАТИЯ - ЭТО:

- 1) тоскливо-злобное настроение;
- 2) отсутствие или резкое снижение выраженности эмоций;
- 3) ожидание несчастья и чувство внутреннего напряжения;
- 4) болезненно пониженное настроение;
- 5) эмоциональная неуравновешенность;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2

7. ПЕРЕЖИВАНИЕ СИЮМИНУТНОЙ ОПАСНОСТИ, С ОЩУЩЕНИЕМ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗЫ ЖИЗНИ, БЛАГОПОЛУЧИЮ, ВЫЗВАННОЕ БОЛЕЗНЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ БЕЗ РЕАЛЬНОГО ОСНОВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) тревога;
- 2) дисфория;
- 3) печаль;
- 4) страх;
- 5) гипотимия;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2

8. К ДЕПРЕССИВНОЙ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ:

- 1) скорбное бесчувствие;
- 2) дисфория;
- 3) тревога;
- 4) печаль;
- 5) апатия;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-3.2

9. ХАРАКТЕРНЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ АСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сензитивность;

- 2) апатия;
- 3) дисфория;
- 4) гипертимия;
- 5) амбивалентность;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-3.2

#### 10. ХАРАКТЕРНЫМ НАРУШЕНИЕМ ЭМОЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) эмоциональная лабильность;
- 2) эмоциональная ригидность;
- 3) дисфория;
- 4) амбивалентность;
- 5) болезненная психическая анестезия;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2

#### 11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У больной немотивированно веселое настроение, все воспринимается ей «в розовом цвете». Оптимистична, на отрицательные аффекты не реагирует, переоценивает свои возможности. Речь быстрая, громкая, в беседе легко отвлекаема. Гиперактивна, однако деятельность ее непродуктивна. Требует от окружающих беспрекословного себе подчинения, при невыполнении – легко раздражается, конфликтует.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Какое заболевание можно предположить?;

**Вопрос 4:** Показана ли госпитализация в психиатрический стационар?;

**Вопрос 5:** Есть ли основания для недобровольной госпитализации?;

- 1) Гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность;
- 2) Маниакальный синдром;
- 3) Биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод;
- 4) Показана;
- 5) Показания для недобровольной госпитализации имеются – опасность для окружающих (конфликтность), ухудшение состояния без оказания помощи (ст. 29, пункт 1,3 «Закона о психиатрической помощи»);

Компетенции: ПК-3.2

2. У больного немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Двигательно заторможен. Мышление замедлено, высказывает идеи самоуничужения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Какое заболевание можно предположить?;

**Вопрос 4:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

**Вопрос 5:** Обоснуйте ответ на 4 вопрос;

- 1) Гипотимия, двигательная и идеаторная заторможенность, депрессивный бред (идеи самоуничужения), суицидальные мысли;
- 2) Депрессивный синдром;
- 3) Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, или рекуррентное депрессивное расстройство;
- 4) Показания для недобровольной госпитализации имеются;
- 5) Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи».

Компетенции: ПК-3.2

3. Больная 35 лет в пятый раз в течение последних 3-х лет поступает в терапевтическое отделение в связи с выраженными диспептическими расстройствами, потерей веса на 5 кг. При обследовании значимой патологии со стороны пищеварительной системы не выявлено, назначение спазмолитиков и прокинетиков в сочетании с ферментными препаратами неэффективно. Обращает на себя внимание повышенная тревожность, выраженные нарушения сна, сниженный фон настроения, сезонный характер обращений (осень-весна).

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Установите диагноз заболевания;

**Вопрос 4:** Каковы рекомендации данной пациентке?;

**Вопрос 5:** Показана ли психотерапия?;

- 1) Тревожность, нарушения сна, сниженный фон настроения, сезонный характер обострений, соматические маски депрессии (диспептические нарушения, потеря веса).;
- 2) Депрессивный синдром;
- 3) Соматизированная (маскированная) депрессия;

- 4) Обратиться к психиатру, психотерапевту.;
- 5) Показана.;

Компетенции: ПК-3.2

4. К невропатологу направлен больной по поводу нарушений сна. При осмотре сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но, несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на "ты" и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей. Подвижен, с трудом удерживается на одном месте, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Установите диагноз заболевания;

**Вопрос 4:** Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

**Вопрос 5:** Каков прогноз?;

- 1) Гипертимия, двигательная и мыслительная активность, бессонница, конфликтность;
- 2) Маниакальный синдром;
- 3) Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод;
- 4) Показано в связи с выраженностью маниакального состояния;
- 5) При лечении благоприятный;

Компетенции: ПК-3.2

5. В поликлинику обратилась больная с жалобами на общее плохое состояние, похудание, отсутствие аппетита, запоры, сердцебиение. Отмечает стойкое снижение настроения, которое несколько смягчается к вечеру, кратковременный сон с ранними пробуждениями, мысли о своей бесперспективности, чувство тоски и тяжести в области груди. Периодически приходят мысли о нежелании жить.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Установите диагноз заболевания;

**Вопрос 4:** Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице?;

**Вопрос 5:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

- 1) Гипотимия с суточным ритмом, нарушение сна, предсердная тоска, пессимизм, суицидальные мысли, соматические симптомы депрессии (общее плохое состояние, похудание, отсутствие аппетита, запоры, сердцебиение);
- 2) Депрессивный синдром;
- 3) Депрессивный эпизод тяжелый с соматическими симптомами;
- 4) Показано в связи с тяжестью депрессивного состояния;
- 5) Имеются - наличие суицидальных мыслей.;

Компетенции: ПК-3.2

## 12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Трудности социальной адаптации людей с аффективными расстройствами.
2. Соматизированные и соматогенные аффективные расстройства
3. Особенности аффективных расстройств при психических заболеваниях

## 13. Рекомендованная литература по теме занятия

### - обязательная:

Бурлачук, Л. Ф. [Психодиагностика](#) : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Питер, 2021. - 384 с. - Текст : электронный.

### - дополнительная:

Китаев-Смык, Л. А. [Психология стресса. Психологическая антропология стресса](#) / Л. А. Китаев-Смык. - Москва : Академический проект, 2020. - 943 с. - Текст : электронный.

Мандель, Б. Р. [Психология стресса](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - Москва : ФЛИНТА, 2019. - 252 с. - Текст : электронный.

### - электронные ресурсы:

Российское общество психиатров (<http://psychiatr.ru/education/1>)

Электронный учебник Психиатрия и наркология (<http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiat>)

**1. Тема № 7.** Возрастные особенности аффективных расстройств (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-2.2)

**2. Разновидность занятия:** комбинированное

**3. Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

**4. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Аффективные расстройства могут возникать при самых различных психических заболеваниях. Знание возрастных особенностей аффективных расстройств имеют важное значение для организации полноценного обследования и лечения пациентов.

**5. Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** основных требований в разработке программ для разных возрастных групп с учетом овз, **уметь** описать психическое состояние пациента с аффективными расстройствами, **владеть** навыками проведения психодиагностического изучения эмоционального состояния личности

**6. Место проведения и оснащение занятия:**

**7. Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	5.00	Тестирование, индивидуальный письменный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5.00	Инструктаж обучающихся преподавателем.
5	Самостоятельная работа** обучающихся (текущий контроль): а) курация под руководством преподавателя; б) запись результатов обследования в истории болезни; в) разбор курируемых пациентов; г) выявление типичных ошибок	60.00	Работа: а) с пациентами; б) с историями болезни; в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	5.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

**8. Аннотация** (краткое содержание темы)

Психопатологические симптомы и клинические проявления депрессии имеют существенные отличия у больных разного возраста. Эти особенности необходимо учитывать при выявлении, диагностике, назначении адекватной терапии и ведении больных депрессией.

#### Аффективные расстройства у детей

К аффективным расстройствам у детей относят нарушения настроения (его подъем или спад), занимающие основное место в клинической картине болезни, имеющие признаки фазности в их течении, а также характеризующиеся возвратом к прежнему состоянию здоровья после приступа.

В настоящее время аффективные расстройства у детей и подростков рассматриваются в рамках аффективного психоза и его мягких форм — циклотимии, шизофрении, реактивных состояний, а также при органических поражениях мозга.

*Клиническая картина аффективных расстройств у детей:*

- Характеризуется изменением настроения в виде снижения, подавленности или повышения, что соответственно сопровождается снижением или повышением активности в речевой и моторной сферах с изменениями в соматической сфере.
- Часто у детей аффективные расстройства сочетаются с психопатическими чертами в поведении, тиками, навязчивостями, а в возрасте после 3 лет могут наблюдаться деперсонализационные, кататонические и галлюцинаторные явления.
- Аффективные расстройства могут быть монополярными и биполярными. Течение в целом фазное, с

достаточно хорошо очерченными приступами — однократными, повторяющимися или серийными.

- Положение о полном возврате к преморбидному уровню в детской психиатрии относительное, т.к. выход из фазы у ребенка соотносится не только с исчезновением собственно аффективных расстройств, но и с иным возрастным периодом, на который приходится выход из болезни.
- Особую значимость приобретает совпадение аффективной фазы с критическими периодами онтогенеза. Это наиболее опасно в период жизни ребенка от 12 до 20 мес. Совпадение с ним аффективного приступа нередко приводит к тяжелому регрессу всех функционирующих систем ребенка по типу «психического истощения» или «анаклитической депрессии».

*Типы депрессивных синдромов у детей:*

- Меланхолическая депрессия
- Адинамическая депрессия
- Астеническая депрессия
- Тревожная (ажитированная) депрессия
- Депрессия с идеями вины
- Депрессия с дисфорией
- Депрессии с навязчивостями
- Депрессии с деперсонализационными расстройствами

*Гипомании у детей.* Характеризуются повышенным настроением с чертами веселости, двигательным беспокойством. Движения становятся размахистыми, неточными, оживляются мимические реакции, гримасничанье. Глаза становятся блестящими, выражение лица радостным. Идеаторное возбуждение проявляется в виде многоречивости, речь ускорена, постоянны перескакивания с одной темы на другую. Внимание становится поверхностным, с чертами гиперметаморфоза. В высказываниях отражаются переоценка своей силы, удовлетворенность «своими» достижениями. Дети кривляются, паясничают, утрачивают стыдливость. При этом они как бы не испытывают усталости. Интерес к сверстникам не пропадает, но общение с ними в силу перечисленных особенностей поведения затруднено. У таких детей оживлены инстинкты и влечения. Засыпание затруднено, длительность ночного сна снижена, от дневного сна дети отказываются. Аппетит может быть нормальным.

### **Особенности депрессий юношеского возраста**

Аффективные нарушения являются одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии в подростковом и юношеском возрасте, хотя только небольшая часть больных попадает в поле зрения психиатров. Столь высокая частота манифестации аффективных расстройств во многом обусловлена особыми, свойственными только пубертатному периоду, психическими проявлениями, к которым относятся выраженная эмоциональная неустойчивость, повышенная реактивность с особой выраженностью и подвижностью эмоциональных реакций, так называемая пубертатная лабильность настроения и большая полюсность чувств. В связи с этим пубертатный период получил название "возраста настроений" или "периода юношеского смятения". Возникновению аффективных расстройств в этом возрастном периоде в значительной мере способствуют и некоторые социальные сдвиги (изменение учебного, семейного и трудового статуса, начало самостоятельной жизни). Это зачастую ведет к срыву адаптации и конфликтам со средой у недостаточно зрелой личности. Влияние возрастного фактора находит свое отражение как в особенностях клинической картины эндогенных депрессивных и маниакальных состояний, так и в формах течения аффективного психоза в целом.

Могут быть отмечены следующие клинические особенности:

- 1) атипичность тимического компонента аффективного синдрома. При депрессиях преобладают безразличие, апатия, скука или угрюмо-раздражительный фон настроения при отсутствии жалоб на чувство тоски, подавленности. При маниакальных состояниях отсутствует чувство радости, веселья при наличии взбудораженности и гневливости;
- 2) как при депрессивном, так и при маниакальном синдроме в юношеском возрасте обращают на себя внимание невыраженность классического витального компонента, малая выраженность и частая инверсия суточных колебаний настроения;
- 3) атипичность идеаторных проявлений аффективных расстройств. При депрессиях вместо выраженной идеаторной заторможенности наблюдаются идеаторные расстройства особого рода, поражающие ценностно-смысловую сферу с доминированием рационалистических размышлений о неизбежности смерти, бесцельности существования, утрате смысла учебы, работы, проявлением особого депрессивного мировоззрения (экзистенциальная депрессия), увлечением мистицизмом, "бегством в религию" или когнитивные нарушения с жалобами на снижение памяти, нарушение умственной работоспособности, наиболее отчетливо проявляющееся на фоне учебных нагрузок, — состояния "юношеской астенической несостоятельности". В маниакальных состояниях вместо ускорения течения ассоциативных процессов наблюдается снижение продуктивности и творческой активности в реальной деятельности

при усиливающейся тенденции к формированию сверхценных интересов к политике, философии с попыткой реформаторства;

4) особая выраженность как при депрессиях, так и при маниях психопатоподобных проявлений с конфликтностью, грубостью, склонностью к противоправному делинквентному поведению и оппозиции к родным, злоупотреблению алкоголем и лекарственными препаратами. В формировании этих особенностей принимают участие наряду с аффективными нарушениями личностные сдвиги в виде стремления к самостоятельности, игнорирование авторитетов и т.п. Несмотря на внешне сходный характер психопатоподобных проявлений при депрессиях и маниях имеются и различия. Так, если при эндогенных депрессиях нарушение поведения связано в основном с недовольством собой и окружающими, чувством неприкаянности, обиды при наличии проекции чувства вины вовне (прежде всего на родителей), то при маниях отмечается истинное растормаживание влечений с чувством внутреннего дискомфорта и напряжения. Крайним выражением этих состояний являются ауто- и гетероагрессивные намерения и поступки. Здесь речь идет прежде всего о суицидах, высокая частота которых в рассматриваемом возрастном периоде обусловлена как легкостью возникновения чувства отчаяния, так и низким суицидальным порогом. Кроме того, при маниакальных и гипоманиакальных состояниях у детей чаще, чем у лиц зрелого возраста, наблюдается асоциальное и делинквентное поведение (кражи, драки, алкогольные эксцессы);

5) наличие особых аффективных синдромов, отражающих повышенный интерес и озабоченность подростков по поводу своего внешнего облика и физического развития тела. При депрессиях это дисморфобические (дисморфоманические) синдромы с депрессивными идеями собственной малоценности и самоуничтожения, при маниакальных состояниях — сверхценный интерес и внимание к своему физическому Я с утрированным стремлением к самоутверждению (в виде, например, упорных занятий спортом).

Как правило, дебютированию эндогенных депрессий и маний в юношеском возрасте предшествует этап субклинических расстройств, выражающийся в усилении лабильности настроения вплоть до возникновения стертых гипоманиакальных и субдепрессивных фаз. Манифестация аффективной фазы в 77% случаев бывает психогенно спровоцированной, причем у 36% больных аффективные расстройства возникают в ответ на перегрузки в учебе, а в остальных случаях наблюдаются тяжелые психотравмирующие события (смерть одного из родителей и т.п.). Связанные с психотравмой переживания определяют клиническую картину манифестной фазы на первых этапах, но по мере развития психоза аффективные расстройства постепенно приобретают витальный характер с особой тоской и суточными колебаниями настроения. Приблизительно в одной трети случаев длительность аффективных фаз не превышает 3 месяцев, и практически в таком же числе наблюдений они длятся 4-6 и 7-12 мес.

Свойственный юношескому возрасту специфический психобиологический фон является патопластическим и патогенетическим фактором, определяющим появление особых, не зависящих от нозологии, феноменологических проявлений депрессивных нарушений, а также определяет атипичность их клинической картины и течения по сравнению с депрессиями зрелого возраста. В не меньшей степени это обуславливает и особые формы реагирования больных юношеского возраста на психофармакотерапию. В силу выраженной атипичности клинических проявлений депрессий в юношеском возрасте, повышенного риска суицидального поведения эти больные требуют особого внимания и бдительности при диагностике и медицинском ведении. Показатели частоты завершенных суицидов (55,1%) и повторных суицидальных попыток (40,6%) значительно выше, чем при эндогенных депрессиях у взрослых. Для этого возрастного периода характерны так называемая «пубертатная лабильность настроения» и резкие перемены эмоциональных полюсов. В юношеском возрасте чрезвычайно редко встречаются классические меланхолические депрессии. Обращает на себя внимание рудиментарность (стертость) собственно тимического компонента, почти полное отсутствие витальной окраски депрессивных переживаний по сравнению с депрессиями зрелого возраста. Витальные расстройства ограничиваются здесь преимущественно жалобами на падение "жизненного тонуса" или ощущением тягостного душевного дискомфорта, сходного с диффузным витальным состоянием напряжения. Тимический компонент депрессии в юношеском возрасте представлен в основном двумя видами аффекта - апатическим и дисфорическим. Преобладают депрессии с вялостью, апатией, жалобами на безразличие, сопровождающиеся снижением энергии и инициативы. Вместо отчетливого моторного торможения при юношеских депрессиях выступает адинамический компонент. Такие больные часто жалуются на усталость, их неправомерно обвиняют в излишней лени, часто создается впечатление апатобулического дефекта, что приводит к неверной диагностической и терапевтической тактике в отношении данных состояний. Часто доминирующее положение в структуре депрессивного синдрома здесь занимают атипичные по отношению к классической депрессии идеаторные расстройства. Наряду с идеаторным торможением значительное место в картине юношеской депрессии занимают когнитивные нарушения разной психопатологической структуры от легкой рассеянности внимания, «забывчивости», трудностей сосредоточения до истинных расстройств мышления в виде «наплывов», «обрывов», параллельности мыслей и невозможности осмысления даже простого учебного материала (депрессии по типу «юношеской астенической несостоятельности»). При доминировании в картине тимического компонента дисфорической окраски в состоянии больных преобладают раздражительность, взрывчатость и даже агрессивная настроенность, преимущественно к близким, что придает поведению больных внешнее сходство с психопатоподобными расстройствами. При этом нарушения поведения у больных связаны, в основном, не с расстройством влечений, а с недовольством собой и окружающими, с чувством неприкаянности, пустого протеста,

оппозиции, бравады, «фрондерства» и проекцией чувства вины вовне, на лиц из ближайшего окружения (т.н. «гебоидные депрессии»). Существенной особенностью юношеских депрессий является нестабильность и полиморфизм аффективных проявлений с многократной сменой на протяжении одного приступа (фазы) или даже суток, нередко с сосуществованием аффектов разного вида: апатии и дисфории, тревоги и скуки, страха и безразличия. Для юношеского возраста характерна значительная выраженность соматовегетативных компонентов в картине депрессии. Наиболее часто среди них встречаются вегетативно-сосудистые и сердечнососудистые расстройства в виде выраженных колебаний и подъемов артериального давления, что служит нередко основанием для ошибочного диагноза "ювенильной гипертонии", как правило, резистентной даже к серьезной гипотензивной терапии, но поддающейся лечению антидепрессантами. Нередко картина юношеских депрессий протекает с преобладанием в их структуре проявлений психической анестезии (*anaesthesia psychica dolorosa*). Для этих состояний характерна утрированная рефлексия, «депрессивная умственная жвачка», а также картина сложных и полиморфных по структуре деперсонализационных феноменов в виде расстройств самосознания, состояний дереализации, отчуждения идеаторных функций. Больные жалуются на то, что больше не воспринимают прочитанное, речь окружающих, «поглупели», «отупели» (т.н. «юношеские деперсонализационные депрессии»). Свойственная депрессиям юношеского возраста заниженная самооценка, идеи самоуничтожения часто приобретают у юношей фабулу дисморфофобии с недовольством своей внешностью, строением тела и/или фиксацией на функционировании своего организма (т.н. «дисморфофобические депрессии»). Идеи самообвинения и осуждения нередко оказываются тесно связанными с повышенным сосредоточением на сексуальных проблемах (мастурбация и др.) Характерно, что депрессивная оценка собственной личности и окружающего в юношеском возрасте легко перерастает в пессимистические абстрактные размышления о бессмысленности собственного существования и человеческой цивилизации в целом, с формированием т.н. депрессивного метафизического мировоззрения. Оно включает аутодеструктивные тенденции вплоть до суицидального поведения с оправданием правомочности самоубийства. В ряде случаев при юношеских депрессиях наблюдаются особого рода идеаторные построения, касающиеся ценностно-смысловой сферы с доминированием чисто рационалистических размышлений о неизбежности смерти, бессмысленности учебы, работы и вообще существования. Все это способствует формированию особого депрессивного мировоззрения, сверхценного увлечения мистицизмом, нигилистической философией, экзистенциализмом, уходом из реальности в религию, (т.н. «рационалистические», «экзистенциальные», «метафизические депрессии»). В картине «психастеноподобных» депрессий на первый план выступают несвойственные ранее пациентам нерешительность, неверие в свои силы, болезненная рефлексия, жалобы на потерю способности самостоятельно выбирать и принимать решения, сомнения в правильности собственных поступков, знаний, мыслей, повышенную застенчивость и скованность в присутствии посторонних и при любых необходимых социальных контактах. Необходимо отметить длительный, подчас затяжной и ундулирующий характер течения и клинических проявлений юношеских депрессий, с размытостью границ. Нередко эти депрессии оказываются растянутыми на многие годы и совпадают по времени со сроками пубертатно-юношеского возраста.

### **Особенности депрессий позднего возраста.**

Процессы старения оказывают существенное влияние на психопатологические проявления аффективных фаз, частоту их и общее течение заболевания. Фактор возраста влияет и на частоту возникновения моно- и биполярных форм аффективного психоза. Монополярное течение аффективного психоза более часто наблюдается в возрастном периоде инволюции и старости. Синдромальная картина этих фаз характеризуется широким диапазоном клинических проявлений. В этих случаях встречаются практически все клинические разновидности аффективных фаз, наблюдающиеся в более ранние возрастные периоды. Это связано с тем, что отдельным клиническим разновидностям аффективных психозов свойственна высокая устойчивость клинических проявлений на протяжении всей жизни, особенно при наиболее типичных случаях БАР. Однако более часто поздний и старческий возраст оказывает модифицирующее влияние на проявления аффективных психозов. В этих случаях в клинической картине депрессивных фаз наряду с такими типичными депрессивными симптомами, как общая подавленность, упадок побуждений и инициативы, мрачные размышления, чувство вины, расстройство сна, снижение массы тела и др., возникает характерный для позднего возраста комплекс симптомов: тревога, ипохондрия и бред. Доминирование перечисленных возрастных симптомов определяет появление особых разновидностей депрессивных фаз. Характерными для позднего возраста являются три основных типа депрессивных психозов. Наиболее простой синдромальный вариант — тревожно-ажитированная депрессия, в клинической картине которой симптомы подавленности сочетаются с переживанием страха и явлениями двигательного возбуждения. Другая разновидность депрессивного психоза — ипохондрическая депрессия, характеризующаяся тревожно-депрессивными расстройствами и ипохондрическими опасениями. Содержание ипохондрических переживаний бывает различным. Чаще всего внимание больных фиксировано на соматоформных проявлениях самого депрессивного синдрома, особенно на нарушениях функции кишечника, расстройствах аппетита, снижении массы тела. Эти симптомы обычно становятся содержанием канцерофобии. Ипохондрические опасения также могут быть связаны с симптомами реально существующих хронических соматических заболеваний, а также сочетаться с различными патологическими ощущениями и алгиями. Характерной особенностью этих клинических разновидностей депрессии является тенденция к быстрой трансформации сверхценных ипохондрических опасений в нигилистический бред. Наконец, наиболее сложная психопатологическая структура депрессивного психоза наблюдается при развитии

меланхолической парафрении. Депрессивные идеи (идеи виновности, осуждения) в этих случаях приобретают фантастический характер. Они сопровождаются яркими образными сценopodobными представлениями устрашающего характера. Развиваются зрительные и слуховые иллюзии. Двигательное беспокойство достигает степени выраженной ажитации, чередующейся с эпизодами двигательного оцепенения. Одной из важных особенностей депрессивных фаз, особенно в более позднем возрастном периоде, является наличие психоорганических симптомов в виде снижения памяти, обеднения речи, трудности ориентировки, эпизодических состояний спутанности в ночное время. В большинстве случаев эти расстройства обратимы, они редуцируются при снижении интенсивности депрессивной симптоматики. Маниакальные состояния в позднем возрасте изучены меньше, что связано с традиционными представлениями о том, что мании в позднем возрасте редки. Выделен ряд клинических типов маниакальных состояний, наиболее часто встречающихся в позднем возрасте. К их числу относятся веселая мания, при которой наряду с характерными для маниакального синдрома проявлениями наблюдаются атипичные, связанные с возрастной модификацией признаки; отсутствие ускорения темпа речи даже при непрерывном речевом возбуждении, чрезмерная обстоятельность и персеверативность речевых оборотов, сочетание гиперамнезии на прошлое с мнестической слабостью на текущие события. Указанные признаки обычно резко усиливаются при возрастании маниакального возбуждения. Другой клинический тип — гневливая мания, характеризуется сочетанием маниакального возбуждения со стойким раздражительно-гневливым фоном настроения. Особенности таких маниакальных состояний являются выраженная аффективная лабильность, легкость присоединения тревожного аффекта, готовность к возникновению параноических идей с типичной для позднего возраста ущербной тематикой, а также появление психоорганических симптомов, степень выраженности которых зависит от интенсивности маниакального возбуждения. В позднем возрасте наблюдается также особый тип мании, напоминающий по клиническим особенностям состояние деменции старческого возраста — сенильноподобная мания, которая отличается выраженными возрастными атипичиями. При общей веселой возбужденности, говорливости и горделивости высказываний отчетливо выступают благодушно-эйфорический фон настроения, полная беспечность и нескритичность к ситуации в целом. Поведение носит нелепо-дурашливые черты с эротичностью и грубой циничностью высказываний. Эти особенности придают статусу больного сходство с таковым при прогрессирующем параличе. Аффективные психозы в позднем возрасте имеют менее благоприятный прогноз. При монополярном развитии психоза наблюдается тенденция к учащению депрессивных фаз и сокращению продолжительности циклов вследствие укорочения длительности ремиссий. Наряду с этим происходит ухудшение качества ремиссий. Основная роль в этом принадлежит резидуальной депрессивной симптоматике, а также стойким соматовегетативным расстройствам. Анализ рекуррентно протекающего депрессивного психоза показал, что с возрастом частота таких неполных ремиссий возрастает. Ухудшение прогноза в позднем возрасте наблюдается при биполярном аффективном психозе. Это связано прежде всего с тенденцией к безремиссионному чередованию депрессивных и маниакальных приступов, т.е. континуальному течению заболевания. При этом происходит утяжеление как депрессивных, так и маниакальных проявлений. Кроме того, наблюдается изменение ритма чередования аффективных фаз. Учащение фаз при уменьшении их продолжительности и сокращении межприступных интервалов приводит к формированию так называемого быстрого цикла с частой сменой противоположных аффективных расстройств.

Несмотря на высокую распространенность, депрессии позднего возраста часто «пропускаются» или диагностируются с большим опозданием, что приводит к их затягиванию и даже хронификации. Данная ситуация связана не только с недостаточностью знаний клиницистов в этой области и распространенностью представлений о «естественности» депрессивного мироощущения у стариков (так называемый «эйджизм»), но и с реальными отличительными особенностями депрессивных состояний позднего возраста. Основными из них являются размытость и незавершенность психопатологической картины депрессии и наличие симптоматики недепрессивного ряда. В основе первого феномена лежит тенденция к «стиранию» четкости и ослаблению выраженности клинических проявлений психической патологии в позднем возрасте. Это не значит, что в старости не могут встречаться классические формы депрессий, однако их удельный вес значительно ниже частоты депрессивных состояний, в которых «витальная» тоска заменена апатией, диффузным ощущением подавленности или даже отрицанием наличия сниженного настроения, а вместо заторможенности преобладают явления астении, анергии или адинамии. В структуре депрессий с такой картиной сравнительно редко идеи самообвинения и депрессивная переоценка прошлого. В большинстве случаев вектор виновности направлен в сторону окружающего мира, а прошлое воспринимается разительным контрастом по сравнению с «прискорбным» настоящим и «пугающим» будущим. Незначительной глубине депрессивной симптоматики соответствует сохранение в структуре фазы многочисленных расстройств невротического и психопатического уровня. В поведении и манере держаться в этих случаях проявляются демонстративность, назойливость, требование особого внимания и т.п. Характерна тенденция к легкому возникновению реактивных переживаний. Второй отличительной особенностью поздних депрессий является частое сочетание депрессивной симптоматики с тревожными, соматизированными, ипохондрическими, бредовыми и когнитивными расстройствами. Наиболее часто в структуре поздних депрессий встречаются разнообразные симптомы тревоги, отмечающиеся в 56 - 84% случаев. По степени выраженности проявления тревоги могут достигать психотического уровня и являться основным компонентом депрессивного состояния («витальная» тревога, тесно спаянная с чувством тоски, тревожная ажитация, вербигирация). В других случаях неглубокие невротические расстройства ограничиваются тревожными опасениями и переживаниями, суетливостью, реактивной тревожной лабильностью. Нередко при поздних депрессиях встречаются ипохондрические и

соматизированные расстройства. Признается, что наличие большого количества соматических жалоб является основной клинической особенностью депрессии старческого возраста. Ипохондрические расстройства при поздних депрессиях могут проявляться как изолированно, так и в сочетании с соматизированными и соматоформными расстройствами. В первом случае они могут ограничиваться ипохондрической фиксацией на соматических компонентах депрессии (отсутствие аппетита, похудание, слабость, нарушения сна и т.п.) или проявлениях реально существующих хронических соматических заболеваний. Во втором случае преобладают разнообразные патологические ощущения - от элементарных ощущений и алгий, диффузных или кризовых вегетативных расстройств до более сложных сенестопатических нарушений. При этом на фоне снижения витального тонуса и анестезии витальных чувств либо сама депрессия приобретает оттенок физического страдания, либо ее клинические проявления "скрываются" за массивными соматоформными расстройствами (ларвированные, соматизированные, маскированные депрессии). Такие больные трудны для диагностики и до обращения к психиатру долго "блуждают" по медицинским учреждениям, составляя от 1/2 до 2/3 первичных обращений к врачам общей практики. Бредовые расстройства встречаются в клинической картине поздних депрессий гораздо реже и обычно наблюдаются в структуре классических психотических депрессий, соответствующих описаниям "инволюционной меланхолии". Помимо собственно депрессивного бреда виновности, бредовые нарушения включают в себя широкий спектр характерных для позднего возраста идей ущерба, обнищания, греховности, наказания, вплоть до мегаломанических нигилистических и меланхолических переживаний (гниение внутренних органов, гибель родных, мира и т.п.). Сочетание "мелкомасштабных" бредовых идей с гиперболическими бредовыми представлениями является одной из характерных особенностей поздних бредовых депрессий. Важнейшей особенностью поздних депрессий является частое присутствие когнитивных расстройств. Следует отметить, что незначительные и не выходящие за рамки возрастной нормы когнитивные нарушения встречаются практически у всех пожилых депрессивных больных. Так же широко распространены субъективные жалобы на снижение памяти, в большинстве своем связанные с тревожными опасениями и не подтверждающиеся психометрическими оценками. Однако, примерно у 1/3 больных пожилого возраста на фоне депрессии наблюдается развитие реальных, хотя и обратимых когнитивных расстройств. Тяжесть их колеблется от нарушений концентрации внимания, скорости реакции, воспроизведения, счета, трудностей решения комплексных задач до более редкой (5-7%) выраженной познавательной дисфункции с элементами фиксационной амнезии, дезориентировки и даже спутанности, трудно отличимой от состояний органического происхождения и получившей название "депрессивной псевдодеменции" или "обратимой деменции". Причинами возникновения когнитивных нарушений при поздних депрессиях являются: тяжесть самого депрессивного состояния, усиление на фоне депрессии возрастных нарушений памяти или декомпенсация ранее скрытого органического процесса. Особая роль отводится побочным действиям антидепрессивной терапии. Основными критериями отличия депрессивной псевдодеменции от истинных деменций считаются обратимость когнитивных расстройств (параллельно редукции депрессивной симптоматики) и отсутствие достаточно выраженных структурно-морфологических изменений мозга при КТ или МРТ обследованиях. Своевременная идентификация когнитивных расстройств важна не только для дифференциальной диагностики депрессий от деменций, но и для подбора соответствующей терапии и оценки прогноза последующего течения заболевания. Такие больные отличаются замедлением развития терапевтического ответа, значительным повышением риска развития лекарственных осложнений, тенденцией к затягиванию депрессивных фаз и ухудшению качества последующей за ней ремиссии. Исходы депрессий в позднем возрасте так же имеют возрастную специфику. Частота полного выхода из депрессии в позднем возрасте уменьшается, по сравнению со средним возрастом, в 2-3 раза. Этот показатель значительно снижается с увеличением возраста больных. Собственно хронические депрессии с «застывшей многолетней монотонной клинической картиной без признаков ремиссии» (преимущественно тревожно-ипохондрические бредовые депрессии), встречаются в старости примерно с той же частотой, что и в среднем возрасте. В отличие от этого, частота «неполных ремиссий» при поздних депрессиях необычайно высока. Формирование "неполных" ремиссий в позднем возрасте обычно сопровождается ухудшением дальнейшего прогноза заболевания с переходом к практически непрерывному течению по типу "двойных депрессий". Все эти особенности требуют всестороннего гериатрического подхода к ведению больных депрессией в позднем возрасте, включающего в себя не только лечение самой депрессии, но и больного в целом с учетом его соматических заболеваний, органического фона и социально-стрессовой ситуации.

## 9. Вопросы по теме занятия

1. Какие клинические особенности характерны для депрессий позднего возраста?

Компетенции: ПК-2.2

2. Перечислите клинические варианты депрессий позднего возраста.

Компетенции: ПК-2.2

3. Дайте определение депрессии.

Компетенции: ПК-2.2

4. Перечислите клинические особенности аффективных расстройств у детей.

Компетенции: ПК-2.2

5. Назовите типы депрессивных синдромов у детей.

Компетенции: ПК-2.2

6. как проявляются гипомании у детей?

Компетенции: ПК-2.2

7. Перечислите признаки, характерные для юношеской депрессии.

Компетенции: ПК-2.2

8. Дайте характеристику аффективных нарушений подросткового возраста.

Компетенции: ПК-2.2

9. Опишите особенности психопатоподобных нарушений при юношеских депрессиях.

Компетенции: ПК-2.2

10. С какими психическими расстройствами необходимо дифференцировать юношеские депрессии?

Компетенции: ПК-2.2

#### **10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

1. КЛАССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) сниженным настроением, двигательным торможением, идеаторным торможением;
- 2) абулией, гипобулией, гипербулией;
- 3) бредовым настроением, бредовым восприятием, кристаллизацией бреда;
- 4) повышенным настроением, ускорением ассоциаций, двигательным возбуждением;
- 5) сниженным настроением, отсутствием аппетита, суицидальными мыслями;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.2

2. РЕЗКИЕ КОЛЕБАНИЯ НАСТРОЕНИЯ ОТ ПОВЫШЕНИЯ ДО ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ПОНИЖЕНИЯ, ОТ СЕНТИМЕНТАЛЬНОСТИ К СЛЕЗЛИВОСТИ, НАЗЫВАЮТСЯ:

- 1) апатия;
- 2) эмоциональная лабильность;
- 3) дисфория;
- 4) мория;
- 5) аффект;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.2

3. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) нарушение памяти и внимания;
- 2) чувство повышенной утомляемости;
- 3) наличие чувства необъяснимой тревоги;
- 4) наличие чувства тревоги в связи с состоянием своего здоровья;
- 5) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.2

4. У ДЕТЕЙ ПОВЫШЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ С ЧЕРТАМИ ВЕСЕЛОСТИ, ДВИГАТЕЛЬНЫМ БЕСПОКОЙСТВОМ, ГРИМАСНИЧАНЬЕМ, МНОГОРЕЧИВОСТЬЮ, ОЖИВЛЕНИЕМ ВЛЕЧЕНИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) депрессии с навязчивостями;
- 2) депрессии с деперсонализационными расстройствами;
- 3) тревожной (ажитированной) депрессии;
- 4) мании с психотическими симптомами;
- 5) гипомании;

Компетенции: ПК-2.2

5. ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕПРЕССИЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) большой удельный вес тревожно-ажитированных депрессий;
- 2) регресс по типу «психического истощения»;
- 3) малая выраженность классического витального компонента;
- 4) наличие бредовой ипохондрии;
- 5) коморбидные соматические расстройства;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-2.2

6. ЧАСТЫЕ ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ДЕЛИНКВЕНТНЫЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ ДЕПРЕССИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВОЗРАСТА:

- 1) дошкольного;
- 2) школьного;
- 3) подростково-юношеского;
- 4) зрелого;

5) позднего;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-2.2

7. НЕСТАБИЛЬНОСТЬ АФФЕКТА С МНОГОКРАТНОЙ СМЕНОЙ ЕГО НА ПРОТЯЖЕНИИ ОДНОГО ПРИСТУПА (ФАЗЫ) И ДАЖЕ СУТОК ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИСУТСТВИИ АФФЕКТОВ РАЗНОГО ПОЛЮСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- 1) детей;
- 2) подростков;
- 3) взрослых;
- 4) пожилых людей;
- 5) пациентов позднего возраста;

Компетенции: ПК-2.2

8. МАНИЯ СО СПУТАННОСТЬЮ И КАТАТОНО-РЕГРЕССИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- 1) детей;
- 2) подростков;
- 3) взрослых;
- 4) пациентов пожилого возраста;
- 5) пациентов старческого возраста;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.2

9. РЕАЛЬНАЯ МНЕСТИКО-ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, ВОЗНИКАЮЩАЯ НА ФОНЕ ДЕПРЕССИИ И ИСЧЕЗАЮЩАЯ ПРИ РЕДУКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) депрессивная псевдодеменция;
- 2) деменция;
- 3) когнитивный дефицит;
- 4) депрессивная гипомнезия;
- 5) психогенная псевдодеменция;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.2

10. «СТИРАНИЕ» ЧЕТКОСТИ И ОСЛАБЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) детей;
- 2) подростков;
- 3) взрослых пациентов;
- 4) пациентов позднего возраста;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.2

### 11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Девушке 15 лет. Физическое телосложение характеризовалось излишней полнотой, что, начиная с 14-летнего возраста, стало вызывать у девушки кратковременные депрессивные реакции. Часто смотрелась в зеркало, задавала вопросы матери о полноте, избавлении от нее. Затем мать заметила, что девушка не ест мучные и жирные блюда, думая, что ее не видят, выбрасывает их. Стала худеть, за два месяца потеряла в весе 9 кг.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Поставьте диагноз;

**Вопрос 3:** Имеются ли показания для недобровольной госпитализации?;

**Вопрос 4:** Обоснуйте ответ на 3 вопрос.;

**Вопрос 5:** Какова терапевтическая тактика?;

- 1) гипотимия, дисморфомания;
- 2) нервная анорексия;
- 3) показания для недобровольной госпитализации имеются;
- 4) опасность для своего здоровья и ухудшение состояния без специализированной помощи – ст. 29, пункт 1, 3 Закона «О психиатрической помощи »);
- 5) психофармакотерапия, психотерапия;

Компетенции: ПК-2.2

2. У подростка 17-ти лет немотивированно подавленное настроение, испытывает чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Моторика заторможена. Мышление замедленно, высказывает идеи самоунижения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль и тоску.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Установите диагноз заболевания;

**Вопрос 4:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

**Вопрос 5:** Обоснуйте ответ на 4 вопрос.;

- 1) гипотимия, моторная и идеаторная заторможенность, тоска, идеи самоунижения, суицидальные мысли,;
- 2) Депрессивный синдром;
- 3) Депрессивный эпизод, вероятно, в рамках биполярного аффективного расстройства;
- 4) основания для недобровольной госпитализации имеются;
- 5) опасность для себя - наличие суицидальных мыслей;

Компетенции: ПК-2.2

3. У больного 55 лет немотивированно подавленное настроение. Отмечает у себя кратковременный сон с ранними пробуждениями, отсутствие радости, мысли о своей бесперспективности, чувство тоски и тяжести в области груди. Периодически приходят мысли о нежелании жить. Лицо выражает глубокую печаль.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Установите диагноз заболевания;

**Вопрос 4:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

**Вопрос 5:** Обоснуйте ответ на 4 вопрос.;

- 1) Гипотимия, инсомния, ангедония, пессимизм, предсердная тоска, суицидальные мысли;
- 2) Депрессивный синдром;
- 3) инволюционная депрессия;
- 4) основания для недобровольной госпитализации имеются;
- 5) Опасность для себя (суицидальные мысли) – ст. 29, пункт 1 «Закона о психиатрической помощи ».;

Компетенции: ПК-2.2

4. Родственники больной А., 53-х лет стали слышать от нее жалобы на резкое снижение настроения, особенно в утренние часы. Пациентка жаловалась на гнетущую тоску, чувство безысходности, нежелание жить. Причиной возникновения подобного чувства считает то, что она «напрасно прожила свою жизнь, ничего стоящего не сделала», «всем всегда была в тягость». Считает себя никчемным, недостойным жизни человеком. Также отмечает, что все вокруг перестало радовать, пища стала безвкусной, краски тусклыми, «как будто все подернуто пеленой». Жаловалась на чувство тяжести за грудиной, «как будто положили камень». Во время беседы с врачом речь замедлена, отвечает после длительных пауз. Выражение лица скорбное. Движения также замедлены, дома большую часть времени проводит в постели. Призналась врачу, что восприняла бы смерть с облегчением.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Установите диагноз заболевания;

**Вопрос 4:** Имеются ли основания для недобровольной госпитализации?;

**Вопрос 5:** Какова терапевтическая тактика?;

- 1) Гипотимия, ангедония, идеи самоунижения, предсердная тоска, соматические проявления депрессии, суицидальные мысли, моторная и идеаторная заторможенность;
- 2) Депрессивный синдром;
- 3) Инволюционная депрессия;
- 4) Показания для недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли (опасность для себя – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи »).;
- 5) Психотерапия – назначение антидепрессантов;

Компетенции: ПК-2.2

5. Больной 60 лет, инженер. На протяжении последних двух лет стал «забывчивым», нарастает снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры – «чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к невропатологу за помощью по поводу снижения памяти и ухудшения внимания.

**Вопрос 1:** Перечислите психопатологические симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите синдром;

**Вопрос 3:** Какое аффективное нарушение имеется у пациента?;

**Вопрос 4:** 4. Какие причины могли привести к данному заболеванию?;

**Вопрос 5:** Какова терапевтическая тактика?;

- 1) Гипомнезия, снижение абстрагирования, эмоциональная лабильность;
- 2) Психоорганический синдром;
- 3) эмоциональная лабильность;
- 4) Органические, преимущественно сосудистые, заболевания головного мозга;
- 5) Контроль за АД, глюкозой крови, холестерином, ноотропные препараты, нейропротекторы;

Компетенции: ПК-2.2

## 12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные принципы ухода и наблюдения за депрессивными больными
2. Юношеские депрессии.
3. Особенности судебной и военной экспертизы лиц с аффективными расстройствами

### **13. Рекомендованная литература по теме занятия**

#### **- обязательная:**

Бурлачук, Л. Ф. [Психодиагностика](#) : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Питер, 2021. - 384 с. - Текст : электронный.

#### **- дополнительная:**

Китаев-Смык, Л. А. [Психология стресса. Психологическая антропология стресса](#) / Л. А. Китаев-Смык. - Москва : Академический проект, 2020. - 943 с. - Текст : электронный.

Мандель, Б. Р. [Психология стресса](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - Москва : ФЛИНТА, 2019. - 252 с. - Текст : электронный.

[Подростковые девиации: психодиагностика факторов риска](#) : практикум / сост. И. Ф. Шилаева, Л. Ф. Зайнуллина. - Уфа : БГПУ, 2019. - 138 с. - Текст : электронный.

#### **- электронные ресурсы:**

Российское общество психиатров (<http://psychiatr.ru/education/1>)

Электронный учебник Психиатрия и наркология  
(<http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiat>)

**1. Тема № 8. Диагностика аффективных расстройств (Компетенции: ПК-3.2)****2. Разновидность занятия:** комбинированное**3. Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, частично-поисковый (эвристический)**4. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Аффективные расстройства являются неотъемлемыми для пациентов с болезнями зависимости от психоактивных веществ. При алкогольной зависимости тревожно-аффективные расстройства входят в структуру соответствующего патологического влечения. Депрессивные и тревожные расстройства являются самыми частыми причинами парасуицидов и суицидов у пациентов с синдромом зависимости от ПАВ.**5. Цели обучения****- обучающийся должен знать** основных психодиагностических и патопсихологических методов в оценке эмоциональных состояний и аффективных нарушений, **уметь** провести дифференциальную диагностику с другими психическими заболеваниями, **владеть** навыками проведения патопсихологического исследования аффективных состояний личности**6. Место проведения и оснащение занятия:****7. Структура содержания темы** (хронокарта)**Хронокарта**

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	5.00	Тестирование.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5.00	Инструктаж обучающихся преподавателем.
5	Самостоятельная работа** обучающихся (текущий контроль): а) курация под руководством преподавателя; б) запись результатов обследования в истории болезни; в) разбор курируемых пациентов; г) выявление типичных ошибок	60.00	Работа: а) с пациентами; б) с историями болезни; в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	5.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	<b>ВСЕГО</b>	<b>90</b>	

**8. Аннотация** (краткое содержание темы)

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих перед современной медициной. Известно, что зависимость от ПАВ тесно связана с аффективной патологией. Аффективные расстройства имманентно присущи всем этапам формирования и течения зависимости от ПАВ: в период предболезни, в структуре патологического развития личности, в структуре патологического влечения к ПАВ, в период, предшествующий приёму ПАВ, во время приёма ПАВ, в состоянии отмены, в структуре «протрагированного астенического синдрома отмены», на стадии токсической энцефалопатии и в период ремиссии. По данным литературы, аффективные расстройства сочетаются с зависимостью от ПАВ в 32,5–85,0% случаев.

О значении такого сочетания можно судить по тому, что употребление ПАВ повышает риск развития аффективных расстройств, а они, в свою очередь, увеличивают риск возникновения зависимости. Аффективные расстройства могут быть непосредственным следствием употребления ПАВ или состояния их отмены. Кроме того, они негативно влияют на эффективность терапии зависимости, поскольку такие пациенты чаще выбывают из процесса лечения и имеют более высокий риск рецидива. И наконец, со временем симптомы аффективного расстройства и симптомы зависимости становятся настолько взаимосвязанными, что невозможно определить, что первично, а что вторично. При этом рассматриваемые расстройства могут развиваться и независимо друг от друга, в разные периоды времени.

При хронической зависимости от алкоголя тревожно-аффективные расстройства часто могут входить в структуру соответствующего патологического влечения. Депрессивные и тревожные расстройства являются самыми частыми причинами парасуицидов и суицидов у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. При депрессии, в рамках синдрома зависимости от алкоголя, риск суицида повышается до 15%. При алкогольной зависимости с депрессивными расстройствами риск совершения попыток суицида в течение жизни составляет до 76%.

## **Аффективные нарушения при алкоголизме**

Аффективные нарушения при алкоголизме могут носить как первичный (существовать преморбидно), так и вторичный (формироваться в процессе лечения алкоголизма) характер.

Первичные аффективные нарушения наблюдаются при акцентуациях характера, психопатиях, неврозах, маскированных (скрытых, ларвированных) депрессиях. В этих случаях злоупотребление алкоголем возникает вслед за нарушениями в аффективной и соматовегетативной сферах, как бы формируясь при их участии. Аффективные нарушения у этих больных просматриваются на всех стадиях алкогольной болезни по мере прогрессирования заболевания, наряду с заострением преморбидной аффективной патологии отмечается ее качественное видоизменение.

Первые нарушения, возникающие после прекращения приема алкоголя, это тревога и сниженное настроение. После купирования неврологических и соматовегетативных симптомов алкогольного абстинентного нарушения еще долго не исчезают и проходят примерно через 2-4 недели после того, как человек перестал употреблять алкоголь. Как правило, в периоды ремиссии депрессивные нарушения являются проявлением различных первичных патологических влечений. Более чем у 50% пациентов тяга к алкоголю почти полностью проходит после терапии, а у других – уменьшается в течение длительного времени. Так же тяга к алкоголю может варьировать под влиянием различных ситуаций, например при отсроченном алкогольном абстинентном синдроме. При этом пациенты подавлены, тоскливы и безразличны к окружающим. Иногда преимущественно отмечается тревога или дисфорические проявления с угрюмостью, внутренним дискомфортом, недовольством, агрессивностью и взрывчатостью. Алкоголизация приводит к усилению пассивности, подавлению социального интереса, увеличению негативных аффектов (тревоги и депрессии). Проявляется негативная концепция «Я» с недостаточностью психосоциального уровня.

У большинства больных аффективные нарушения формируются после становления алкогольного абстинентного синдрома. На ранних этапах этой стадии болезни по миновании симптомов ААС они редуцируются, но с утяжелением клинической картины алкоголизма аффективные нарушения теряют свою обратимость по миновании признаков интоксикации и похмелья, и как бы включаются в структуру личности больного. Особенностью этих расстройств у больных алкоголизмом помимо их тесной связи с патологическим влечением к алкоголю является наличие во всех вариантах аффективных нарушений со сниженным настроением - тревожного компонента.

По мере прогрессирования заболевания наблюдается трансформация сравнительно легких аффективных нарушений в более выраженные, когда аффективные расстройства невротического регистра уступают место более грубой аффективной патологии, сопровождающей алкогольную деградацию личности в переходной II-III и III стадиях болезни.

Аффективные расстройства при алкоголизме отличаются полиморфизмом и изменчивостью. Снижение настроения, тревога, повышенная раздражительность, реже апатия часто сочетаются с другими психопатологическими расстройствами. У подавляющего большинства больных аффективные нарушения включаются в рамки сложных синдромов (астено-депрессивного, тревожно-ипохондрического и др.). Наиболее частыми вариантами аффективных состояний у больных алкоголизмом являются депрессивный и дисфорический синдромы.

Депрессивный синдром характеризуется пониженным настроением с падением работоспособности, снижением интереса к окружающему и к своим проблемам. Отмечается ухудшение сна и снижение аппетита. Колебания настроения могут носить как циклоидный характер ("хуже по утрам", отсутствие облегчения и отдыха после сна), так и протекать по астеническому типу (ухудшение настроения и падение тонуса к вечеру). В эту симптоматику вкрапляются эпизоды тревоги с чувством внутреннего напряжения и ожидания чего-то неприятного.

При тревожно-депрессивном синдроме эти расстройства (внутреннее беспокойство, напряжение, ожидание неприятностей, невозможность отключиться от мыслей о плохом исходе любых актуальных ситуаций) носят постоянный характер.

Дисфорический синдром определяется сочетанием пониженного настроения с раздражительностью, а в некоторых случаях со злобностью, затрудняющими контакты больного с окружающим, провоцирующими постоянные конфликтные ситуации вокруг больного как дома, так и в служебной обстановке.

По мере течения алкоголизма возможна и нередко происходит трансформация аффективных расстройств у данного больного, например, переход депрессивных эпизодов и реакций в дисфорические.

Для аффективных расстройств с преобладанием астенических нарушений характерны снижение общего тонуса, работоспособности, быстрая истощаемость при умственной и физической нагрузке, обидчивость, ранимость, неуверенность в себе. Наряду с этим в клинической картине выступают признаки раздражительной слабости, гневливости, суетливости, снижение внимания, памяти, апатия. На фоне алкогольной астении отчетливо выступают

вегетативно-сосудистые нарушения — колебания артериального давления, боль в области сердца, сердцебиение, одышка и др. В начале заболевания астенический синдром носит обратимый характер, а в последующем, при прогрессировании заболевания, астения становится свойством личности больного, т. е. развиваются изменения личности по астеническому типу. Эмоциональные нарушения с превалированием дисфории, недержанием аффекта по типу взрывчатости, злобности, гневливости, застреваемости и вязкости аффекта, с постоянными конфликтами больных с окружающими их лицами, асоциальным поведением встречаются на различных этапах течения алкоголизма. Характерно сочетание дисфорических расстройств со сниженным настроением, эмоциональной неустойчивостью.

Среди аффективных нарушений в период ремиссии важное место занимает также астенический симптомокомплекс. Выраженность и характер астенических проявлений у больных в период ремиссии в значительной мере зависят от стадии алкоголизма. Так, в период ремиссии астенический симптомокомплекс возникает лишь у 20-25% больных алкоголизмом I стадии и проявляется утомляемостью, снижением работоспособности, агрипническими нарушениями, преобладанием пониженного настроения, неприятными ощущениями в разных частях тела, вегетативными расстройствами. Эти нарушения носят преимущественно функциональный характер и сочетаются с алкогольной анозогнозией и патологическим обсессивным влечением к спиртным напиткам. Клиника ремиссии при алкоголизме II стадии характеризуется наличием у большинства больных устойчивых астенических нарушений. Чрезвычайно устойчивым и развернутым выступает психотический компонент астении. Гиперастенические проявления астении чередуются с гипостеническими и сопровождаются эмоциональной лабильностью, вследствие чего больные не способны переносить даже незначительные эмоциональные нагрузки. Астеническая симптоматика сочетается с алкогольными изменениями личности — «заострением» характерологических особенностей, деградацией личности с интеллектуально-мнестическим снижением и др. На фоне астении увеличивается патологическое влечение к спиртным напиткам, которое носит спонтанный и постоянный характер. В структуре псевдоабстинентного синдрома отмечается также усиление первичного или вторичного влечения к алкоголю под влиянием пьющих знакомых, при различных соматических заболеваниях, при декомпенсациях, обусловленных психопатоподобными и другими изменениями личности алкогольного генеза.

### **Аффективные нарушения при наркоманиях**

В процессе наркотизации у больных нарастают аффективные расстройства. В течение длительного времени у них преобладает неустойчивый, часто сниженный фон настроения, сопровождающийся дисфорией. Отмечаются повышенная возбудимость, преобладание истеро-возбудимых форм реагирования, эмоциональная лабильность.

Периодически возникает чувство враждебности и агрессивности по отношению к окружающим, в том числе к близким. Иногда возникают страх перед будущим из-за отсутствия уверенности в том, что они смогут удержаться перед соблазном очередного употребления наркотического вещества, боязнь негативной реакции родителей, опекунов, страх покончить с собой – вскрыть вены, повеситься, выпрыгнуть через окно и т.д. (суицидофобия).

Расстройства аффективной сферы наиболее выражены в постабстинентный период: в это время чаще наблюдается дисфорическая депрессия, реже тоскливая и апатическая. Длительно сохраняются аффективная лабильность, ипохондричность, астения, бездеятельность.

В период ремиссии также наблюдаются своеобразные аффективные расстройства: дисфорический симптомокомплекс постепенно сменяется тоскливым, а в дальнейшем (через 2-4 месяца и более) – апатико-абулическим. При этом, чем меньше времени проходит после купирования абстинентных явлений, тем более выражена дисфория, эксплозивность, и, наоборот, чем «дальше» от абстиненции – тем меньше взрывчатость, но в большей степени проявляются тоска, апатия, безволие, неспособность к труду. Больные становятся совершенно бездеятельными, они беззаботны, легкомысленны, развязны, порой неуправляемы, с неустойчивыми намерениями. Обращает на себя внимание, что на фоне постоянного желания быть независимыми и стремления к получению материальных благ, больные ничего не предпринимают, чтобы что-нибудь заработать. У них четко выявляется, как уже указывалось выше, склонность к праздному образу жизни, тунеядству.

У ряда больных наблюдается ипохондричность, не свойственная им ранее. Они высказывают тревожные опасения по поводу того, что в результате наркотизации могут заболеть неизлечимыми болезнями, просят показать их тем или иным специалистам. Наряду с этим критика к злоупотреблению наркотиками отсутствует, а частота рецидивов у этих больных остается такой же, как у остальных пациентов. Можно утверждать, что их ипохондрические высказывания идут как бы в разрез с их поведением и отношением к наркотизации в целом. Такая своеобразная ипохондричность чаще всего встречается у больных полинаркоманией.

В структуре личности у больных наркоманиями нередко формируются эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность, ранимость, своеобразная «мимозоподобность». Больные становятся чрезвычайно чувствительными к состоянию даже малейшего душевного дискомфорта. У них развивается склонность неадекватно реагировать на всевозможные, большей частью незначительные психотравмирующие моменты. В этих случаях сразу же снижается настроение, что, в свою очередь, способствует актуализации патологического влечения к наркотикам

и нередко приводит к рецидиву. Эта так называемая «нажитая аффективная лабильность» наиболее отчетливо выступает в период ремиссии.

Таким образом, в структуре заболевания на всех этапах его течения (особенно в постабстинентном периоде и при становлении ремиссии) у больных отмечается и дисфорическая, апатико-абулическая, астеническая и даже ипохондрическая симптоматика, а также сочетание симптомов, характерных как для тоскливой, так и для апатико-абулической депрессии. Параллельно с этим у больных нарастает психосоциальная дисфункция в виде постепенного угасания интересов, нарушений в эмоционально-волевой сфере, расстройств сферы влечения или сексуальной расторможенности. Выраженность и длительность аффективных и других психопатологических расстройств зависит от вида наркотика, длительности наркотизации, характера изменений личности и периода времени, прошедшего от последних острых проявлений абстинентного синдрома.

Аффективные расстройства могут иметь пароксизмальный, периодический характер. По суточным колебаниям аффекта, его лабильности можно судить о характере влечения к наркотикам и его тяжести, поскольку аффективные нарушения зачастую маскируют патологическое влечение к наркотикам.

У многих больных даже на фоне терапии наблюдается психопатоподобное поведение. У них периодически отмечается повышенная двигательная активность, сопровождающаяся гневливостью, расторможенностью, чувством тревоги, ускорением речи, ажитацией, истерическими стигмами, – что нередко приводит к усилению влечения до степени брутальности и требует срочного дополнительного медикаментозного вмешательства. В целом уровень патологического влечения к наркотикам соответствует тяжести аффективной и другой психопатологической симптоматики.

У наркозависимых преобладают персональные и патологические мотивы потребления наркотиков, из которых наиболее выражены, во-первых, атактические мотивы, отражающие желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания (напряжение, тревогу, страх) с помощью наркотиков и, во-вторых, аддиктивные мотивы болезненного влечения к наркотику, отражающие осознанное желание употреблять наркотики. У большинства наркозависимых (90%) выявлен низкий уровень волевого самоконтроля, что характеризует их как чувствительных, эмоционально неустойчивых и неуверенных в себе людей. Кроме того, свойственные им низкий уровень рефлексивности и активности, при импульсивности и неустойчивости намерений проявляется в непоследовательности поведения.

В процессе наркотизации настроение у больных становится неустойчивым, лабильным. Когда больные не находятся под действием наркотиков, они легко дают дисфорические реакции, раздражаются по каждому пустяку. Уже через несколько часов после последнего употребления ПАВ у них меняется настроение, появляются неосознанная тревога, беспокойство, раздражительность, лишь затем присоединяются характерные признаки абстинентного синдрома. В остром периоде абстинентного синдрома аффективные расстройства тесно связаны с соматовегетативными проявлениями синдрома лишения.

Существуют особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых больных в зависимости от срока употребления психоактивных веществ. При употреблении психоактивных веществ до 5 лет особых изменений в эмоциональном плане не наблюдается, уровень депрессии, и тревожности не изменяется. Они характеризуются отсутствием или незначительным уровнем непродуктивной нервно-психической напряженности, пациенты активны, разнообразны в действиях, с оптимистичным эмоциональным настроением, развитым волевым самоконтролем. При употреблении наркотиков от 5 до 10 лет отмечается ухудшение воспроизведения слов и замедление ассоциирования, наблюдается снижение настроения, самочувствия, активности. Возрастает уровень ситуативной тревожности. Наркозависимые становятся нервными, напряженными, скрытными. При употреблении наркотиков более 10 лет у больных наблюдается скрытность, лживость, вспыльчивость, подозрительность. У них нарушается воспроизведение слов, возможно с ухудшением когнитивных процессов. Нарушается ассоциативность процессов. Чаще отмечается состояние депрессии, повышенная тревожность. Больные характеризуются повышенной утомляемостью, отвлекаемостью, застреваемостью на эмоциональных переживаниях. Отсутствие устойчивой иерархии мотивов делает наркозависимых реактивными и нецеленаправленными. Настроение в кратчайшее время может колебаться между экзальтацией и подавленностью, возбуждением и бессилием. В эмоциональном состоянии преобладает тревога, предчувствие неприятностей, бессилие и отсутствие желания что-либо делать.

Аффективные нарушения всегда сопровождаются расстройствами сна. Они разнообразны. В равной степени встречаются трудности засыпания, частые пробуждения, поверхностный сон, ранние пробуждения. Субъективно наиболее тяжело переносятся пробуждение среди ночи и невозможность заснуть в дальнейшем. Жалобы на плохой сон и бессонницу являются самыми распространенными среди больных.

## **9. Вопросы по теме занятия**

1. Какие аффективные расстройства являются самыми частыми причинами парасуицидов и суицидов у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя?

Компетенции: ПК-3.2

2. Какие нарушения возникают первыми после прекращения приема алкоголя?

Компетенции: ПК-3.2

3. Что характерно для аффективных расстройств с преобладанием астенических нарушений ?

Компетенции: ПК-3.2

4. Под влиянием каких факторов может меняться тяга к алкоголю?

Компетенции: ПК-3.2

5. Как проявляется астенический симптомокомплекс у больных алкоголизмом I стадии?

Компетенции: ПК-3.2

6. Как проявляется астенический симптомокомплекс у больных алкоголизмом II стадии?

Компетенции: ПК-3.2

7. С чем связаны аффективные расстройства в остром периоде абстинентного синдрома?

Компетенции: ПК-3.2

8. Каковы эмоциональные особенности у зависимых при употреблении психоактивных веществ сроком до 5 лет?

Компетенции: ПК-3.2

9. Каковы эмоциональные особенности у зависимых при употреблении психоактивных веществ сроком от 5 до 10 лет?

Компетенции: ПК-3.2

10. Каковы эмоциональные особенности у зависимых при употреблении психоактивных веществ сроком более 10 лет?

Компетенции: ПК-3.2

#### **10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

1. ВАРИАНТ АФФЕКТИВНЫХ (ДЕПРЕССИВНЫХ) РАССТРОЙСТВ С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ И ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ (НЕ МЕНЕЕ ГОДА) НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) эйфория;
- 2) депрессия;
- 3) дисфория;
- 4) дистимия;
- 5) смешанное аффективное состояние;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2

2. РЕЗКИЕ КОЛЕБАНИЯ НАСТРОЕНИЯ ОТ ПОВЫШЕНИЯ ДО ЗНАЧИТЕЛЬНОГО Понижения, ОТ СЕНТИМЕНТАЛЬНОСТИ К СЛЕЗЛИВОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) апатия;
- 2) эмоциональная лабильность;
- 3) дисфория;
- 4) аффект;
- 5) мория;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2

3. ПЕРЕЖИВАНИЕ ВОСТОРГА, НЕОБЫЧАЙНОЙ РАДОСТИ, ВДОХНОВЕНИЯ, СЧАСТЬЯ, ВОСХИЩЕНИЯ, ПЕРЕХОДЯЩЕЕ В ИССТУПЛЕНИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) экстаз;
- 2) мория;
- 3) паника;
- 4) патологический аффект;
- 5) настроение;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-3.2

4. СТОЙКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ Понижение НАСТРОЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) влечением;
- 2) фрустрацией;
- 3) гипотимией;
- 4) лабильностью;
- 5) ригидностью;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-3.2

5. ВНЕЗАПНО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ТОСКЛИВО-ЗЛОБНОЕ НАСТРОЕНИЕ - ЭТО:

- 1) раздражение;
- 2) экстаз;
- 3) дисфория;
- 4) депрессия;
- 5) апатия;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-3.2

6. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ МАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) повышенное настроение;
- 2) повышенное настроение, ускорение идеаторных процессов, повышенная двигательная активность;
- 3) повышенное настроение и бредовые идеи величия;
- 4) повышенное настроение и двигательное возбуждение;
- 5) повышенное настроение и ускорение идеаторных процессов;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2

7. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АСТЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) чувство общей соматической слабости и необъяснимой усталости;
- 2) нарушения со стороны двигательной сферы;
- 3) измененность восприятия окружающего;
- 4) чувство бессилия и безволия;
- 5) утрата интересов и удовольствия;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-3.2

8. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДВИЖНОСТЬ, БЫСТРАЯ СМЕНА ОДНИХ ЭМОЦИЙ ДРУГИМИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕНЯЮЩЕЙСЯ СИТУАЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ:

- 1) возбудимость;
- 2) лабильность;
- 3) реактивность;
- 4) реакция;
- 5) холодность;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2

9. ПЕРЕЖИВАНИЕ СИЮМИНУТНОЙ ОПАСНОСТИ, С ОЩУЩЕНИЕМ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗЫ ЖИЗНИ, БЛАГОПОЛУЧИЮ, ВЫЗВАННОЕ БОЛЕЗНЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ БЕЗ РЕАЛЬНОГО ОСНОВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) тревога;
- 2) дисфория;
- 3) печаль;
- 4) страх;
- 5) гипотимия;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-3.2

10. АПАТИЯ - ЭТО:

- 1) эмоциональная неустойчивость;
- 2) отсутствие или резкое снижение выраженности эмоций;
- 3) тоскливо-злобное настроение;
- 4) неясное ощущение опасности;
- 5) «предсердная тоска»;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-3.2

**11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

1. Женщина 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательно-беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

**Вопрос 1:** Назовите описанные симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите описанные синдромы;

**Вопрос 3:** Поставьте диагноз;

**Вопрос 4:** Каков прогноз расстройства;

**Вопрос 5:** Рекомендуемое лечение;

- 1) психомоторное возбуждение, гипотимия;
- 2) синдром зависимости, абстинентный;
- 3) Зависимость от алкоголя, 2 стадия;
- 4) неблагоприятный;
- 5) дезинтоксикационная терапия;

Компетенции: ПК-3.2

2. Больной злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет. В период воздержания появляется раздражительность, снижается настроение, испытывает сильную тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, он является инициатором употребления алкоголя в компании. Часто забывает отдельные события предыдущего «застолья».

**Вопрос 1:** Назовите описанные симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите описанные синдромы;

**Вопрос 3:** Поставьте диагноз;

**Вопрос 4:** Каков прогноз расстройства;

**Вопрос 5:** Рекомендуемое лечение;

- 1) Гипотимия, патологическое влечение, повышение толерантности;
- 2) синдром психической зависимости, синдром измененной реактивности;
- 3) Алкогольная зависимость 1 стадия;
- 4) Относительно благоприятный;
- 5) Фармакотерапия, психотерапия;

Компетенции: ПК-3.2

3. «Стаж» алкоголизации у больного Н. около 20 лет. Длительность запоев составляет примерно одну неделю. В период запоя по утрам возникает сердцебиение, боли в области сердца, потливость, нарушения перистальтики, колебания артериального давления, беспокойство, снижение аппетита

**Вопрос 1:** Назовите описанные симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите описанные синдромы;

**Вопрос 3:** Поставьте диагноз;

**Вопрос 4:** Каков прогноз расстройства;

**Вопрос 5:** Рекомендуемое лечение;

- 1) Гипотимия, вегето-сосудистые нарушения, псевдозапой;
- 2) синдром зависимости, абстинентный;
- 3) Зависимость от алкоголя 2 стадия;
- 4) неблагоприятный;
- 5) психофармакотерапия;

Компетенции: ПК-3.2

4. Подросток 17 лет, в течение 3 лет систематически употребляет алкоголь. Стремится собрать компанию, постоянно ищет повод выпить. Порой забывает моменты прошедшей выпивки. Дозы алкоголя постоянно увеличиваются.

**Вопрос 1:** Назовите описанные симптомы;

**Вопрос 2:** Назовите описанные синдромы;

**Вопрос 3:** Поставьте диагноз;

**Вопрос 4:** Каков прогноз расстройства;

**Вопрос 5:** Рекомендуемое лечение;

- 1) Тяга, повышение толерантности;
- 2) синдром психической зависимости;
- 3) Зависимость от алкоголя 1 стадия;
- 4) Относительно благоприятный;
- 5) психофармакотерапия, психотерапия;

Компетенции: ПК-3.2

5. У больного злоупотребляющего психоактивным веществом, с внутривенным введением, через несколько месяцев регулярного применения при отмене препарата возникли: боль в желудке и крупных суставах, инсомния, ажитация, дисфория с приступами агрессии, ознобы и профузный пот, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, эпилептиформные припадки

**Вопрос 1:** Назовите описанные симптомы;

**Вопрос 2:** Какими синдромами определяется состояние;

**Вопрос 3:** При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина;

**Вопрос 4:** Каков прогноз расстройства;

**Вопрос 5:** Каковы лечебные рекомендации;

- 1) Алгии, инсомния, дисфория, эпилептиформные припадки;
- 2) синдром зависимости, абстинентный;

- 3) синдром зависимости от барбитуратов;
- 4) неблагоприятный;
- 5) Психофармакотерапия, психотерапия, активная ресоциализация;

Компетенции: ПК-3.2

## **12. Примерная тематика НИРС по теме**

1. Общие принципы диагностики аффективных расстройств.
2. Основные принципы ухода и наблюдения за депрессивными больными
3. Особенности аффективных расстройств при психических заболеваниях

## **13. Рекомендованная литература по теме занятия**

### **- обязательная:**

Бурлачук, Л. Ф. [Психодиагностика](#) : учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Питер, 2021. - 384 с. - Текст : электронный.

### **- дополнительная:**

Китаев-Смык, Л. А. [Психология стресса. Психологическая антропология стресса](#) / Л. А. Китаев-Смык. - Москва : Академический проект, 2020. - 943 с. - Текст : электронный.

Мандель, Б. Р. [Психология стресса](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - Москва : ФЛИНТА, 2019. - 252 с. - Текст : электронный.

### **- электронные ресурсы:**

Российское общество психиатров (<http://psychiatr.ru/education/1>)

Электронный учебник Психиатрия и наркология  
(<http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiat>)

**1. Тема № 9.** Экспертная оценка аффективных расстройств и реактивных состояний. Зачет (Компетенции: ПК-2.2, ПК-2.3, ПК-3.2)

**2. Разновидность занятия:** комбинированное

**3. Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, исследовательский

**4. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Проблема общественной опасности лиц с психическими расстройствами остается наиболее актуальной в современной психиатрии. Принято считать, что наличие психического заболевания способствует вовлечению психически больных людей в криминальные действия. Диагностические навыки и приемы, используемые при выявлении психической патологии и асоциальных тенденций, имеют важное значение для организации полноценного обследования пациента и профилактики противоправных действий.

**5. Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** основных требований в разработке программ для разных возрастных групп с учетом овз, основных требований к рекомендациям психолого-медико-педагогической комиссии, компетентное распределение специалистов, работающих с обучающимися с овз, возможность применения разработанных программ и оценка реализации программ, **уметь** выявить синдромы аффективных расстройств, провести дифференциальную диагностику с другими психическими заболеваниями, **владеть** навыками проведения психодиагностического изучения эмоционального состояния личности, навыками проведения патопсихологического исследования аффективных состояний личности

**6. Место проведения и оснащение занятия:**

**7. Структура содержания темы** (хронокарта)

#### Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	5.00	Тестирование, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	10.00	Инструктаж обучающихся преподавателем.
5	Самостоятельная работа** обучающихся (текущий контроль): а) курация под руководством преподавателя; в) разбор курируемых пациентов; г) выявление типичных ошибок	60.00	Работа: б) с историями болезни
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	5.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
	ВСЕГО	90	

**8. Аннотация** (краткое содержание темы)

Действующее уголовное законодательство устанавливает, что лица, совершившие противоправные действия в состоянии невменяемости, обусловленной психической болезнью, не являются преступниками и не подлежат наказанию. К ним по определению суда могут быть применены различные меры медицинского характера.

По своим задачам меры медицинского характера отличаются от наказания. Они направлены, с одной стороны, на лечение психически больных, а с другой - имеют цель защитить общество от общественно опасных действий, совершаемых этими лицами

Общественная опасность больного определяется как риск совершения больным повторного общественно опасного деяния. Опасность может быть обусловлена наличием у больного бредовых идей, расстройств влечений, тяжелых аффективных расстройств и иных болезненных расстройств психики. Предотвращение совершения больным общественно опасного деяния есть одна из задач, решаемых с помощью мер медицинского характера.

В отношении лиц, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц в психоневрологических учреждениях социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством РФ о здравоохранении.

*Необходимо отметить различную значимость для практики судебной психиатрии эндогенных и психогенных депрессий. При эндогенных депрессиях чаще совершаются суициды, в том числе расширенные - когда больной сначала убивает членов семьи, а потом кончает жизнь самоубийством, что может послужить поводом для*

возбуждения уголовного дела и назначения посмертной судебно-психиатрической экспертизы. Тогда как тяжелые психогенные расстройства обычно развиваются у обвиняемых уже после совершения правонарушения, в период производства по делу либо у лиц, уже осужденных, в связи с резким изменением жизненного стереотипа, сенсорной депривацией, жестким ограничительным режимом и прочими психотравмирующими факторами. Все это, в рамках уголовного процесса, определяет и различные правовые последствия диагностики и судебно-психиатрической оценки указанных расстройств.

При легком, непсихотическом уровне появляются соматовегетативные расстройства и нарушения самочувствия – ухудшение сна с ранними и ночными пробуждениями, снижение аппетита, общая вялость, задержка стула. Эти признаки сочетаются с "поворотом к пессимизму" в виде гипогедонии, неясности перспективы, снижения творческой активности с сохранением способности к выполнению привычных действий, что имеет характерные суточные колебания (максимально выраженные утром). В дальнейшем наступает заметное снижение настроения, появляются чувство вины и собственной неполноценности, тягостные ощущения в загрудинной области – давление, сжатие, тяжесть, "камень на душе"; реже – тоска, чувство необъяснимой тревоги, смутного беспокойства, неуверенность, нерешительность, склонность к сомнениям, мучительный самоанализ, мысли о бесцельности и бессмысленности жизни. У больных с психотическим уровнем нарушений исчезает критическое отношение к болезненным переживаниям, нарастает глубина депрессивного аффекта с ощущением "тоски" в загрудинной области, которое может достигать степени мучительной физической боли. Им кажется, что время течет медленно или как бы останавливается; исчезает вкус, часты неприятные ощущения, исходящие из внутренних органов. Пациенты вспоминают "неблаговидные" поступки, незначительные обиды, нанесенные окружающим, на основании чего высказывают с бредовой непоколебимостью самообвинения в аморальности, нечистоплотности, преступности. Сочувственное отношение родственников и медицинского персонала они расценивают как следствие ошибки, заблуждения; характерны просьбы изменить это отношение на резко отрицательное. Мышление у больных обычно замедленно, ассоциации скудны, речь монотонна, бедна, с паузами, тихая. Инстинктивная сфера угнетена, сужен объем целенаправленной деятельности, двигательная заторможенность сопровождается ощущением скованности. Возможно развитие депрессивного ступора. На глубоких психотических стадиях депрессии могут отмечаться отдельные обманы восприятий в форме слуховых иллюзий и бредовые идеи отношения. Выход из депрессии медленный, с постепенным затуханием суточных колебаний настроения. В этот период возможно появление критического отношения к своему заболеванию; становятся заметными личностные реакции на заболевание, что требует психотерапевтической коррекции.

Ниже приведен клинический случай посмертной судебно-психиатрической экспертизы лица с тяжелым депрессивным эпизодом по факту расширенного самоубийства.

*Подэкспертная П., на момент смерти возраст 33 года. Экспертиза проводилась по факту убийства П. двух своих малолетних детей и последующего самоубийства. Сведения о наследственной отягощенности психическими заболеваниями отсутствуют. Раннее развитие протекало без особенностей. Перенесла детские инфекции без осложнений. Вышла замуж в возрасте 24 лет. От брака имела двоих детей – девочку 7 лет и мальчика 5 лет. П. работала диспетчером, а затем находилась дома и занималась воспитанием детей. Но показаниям соседней И. была хорошей женщиной, по характеру волевой, настойчивой, жили они с мужем в достатке, ни в чем себе не отказывали. Никаких психических отклонений у П. соседи не замечали. С мужем отношения были нормальные, но иногда возникали ссоры, поскольку он употреблял спиртные напитки. Последние три года она не работала, так как считала, что ее должен содержать муж. К своим детям П. относилась хорошо, заботилась о них. По показаниям мужа П. брак у них был счастливым, были общие интересы, привязанности, жена была очень сильная, волевая женщина, к жизни относилась всегда с оптимизмом. По его показаниям, примерно за 4 месяца до случившегося она говорила, что нужно устроиться на работу, а то все дорожает, однажды примерно за 1,5 месяца до того она сказала мужу, что он человек мягкий и бесхарактерный и если с ней что-то случится, то она не представляет, как он будет ухаживать за детьми. Муж отмечает, что примерно за 2 недели до случившегося П. часто плакала, говорила, что у нее появился страх за детей, за мужа, за себя. Якобы она не знает, как жить дальше, так как не хватает денег и грядет повышение цен, стала часто молиться, чтобы в семье все было хорошо. Перестала спать по ночам, будила мужа, говорила, что все время думает и молится, что ей страшно жить и что она так жить не будет. Муж П. полагает, что постепенно в ее душе накапливались негативные моменты из жизни, неприятности. Одна из этих неприятностей имела отношение к ее отцу, который женился против их воли, и П. переживала, а также ее беспокоило всеобщее подорожание. По характеру она была склонна все копить в себе, и плохое накопилось до критического предела и вылилось в такие действия. Никаких психических отклонений он у нее никогда не замечал. По показаниям соседки по квартире П. просила устроить ее на работу, говорила, что нет денег, что она не знает, как дальше жить, что нужно куда-то устроить детей, что ее жизнь напоминает ей "состояние между жизнью и смертью".*

Как видно из материалов уголовного дела, П. в своей комнате задушила двух своих малолетних детей, а затем покончила жизнь самоубийством. По показаниям соседки, она постучала к ней в комнату, но дверь никто не открыл. Соседка слышала в ее комнате какой-то приглушенный звук, затем шаги на кухне, звук открываемого окна, вскоре позвонила по телефону соседка из другой квартиры и сказала, что П. выбросилась из окна. После случившегося П.

была доставлена в больницу с диагнозом: "Тяжелая сочетанная травма, закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, множественные переломы ребер слева, закрытый перелом левой плечевой кости, переломы костей таза, закрытый перелом левого бедра, открытый перелом левой голени, закрытая травма живота, травматический шок третьей-четвертой степени". Указывалось, что смерть П. наступила от травматического шока в результате тупой травмы груди и живота. По показаниям мужа П. жена в день самоубийства написала и отдала ему письмо, адресованное ее отцу, просила его отправить это письмо. Никаких странностей в поведении жены в этот день он не заметил. В письме отцу П. писала, что стало тяжело жить, что нет денег, что она загубила себя и своих детей, просила ее простить и просталась с отцом. В предсмертной записке мужу П. просила простить ее, писала о том, что во всем виновата она одна, проклинала Ельцина и демократов, так как они ее "довели". По заключению судебно-медицинской экспертизы смерть обоих детей – девочки 7 лет и мальчика 5 лет – наступила от механической асфиксии, развившейся в результате закрытия отверстий носа и рта мягким предметом – подушкой.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что у П. во время совершения расширенного суицида обнаруживались клинические признаки депрессивного психоза (тяжелого депрессивного эпизода) неясной этиологии. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о том, что П. примерно за две недели до случившегося была подавлена, тревожна, много плакала, молилась по ночам, у нее нарушился сон, появился страх за свою дальнейшую жизнь, выраженное снижение настроения, беспокойство за судьбу детей, фиксированность на отрицательно эмоционально окрашенных переживаниях с суицидальными мыслями. Во время совершения агрессивных действий и суицидального поступка указанные болезненные проявления у П. были выражены столь значительно, что лишали ее возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По заключению психолога в период, непосредственно предшествовавший совершению суицида, у П. отмечались выраженное снижение настроения – подавленность, угнетенность, тревожность, обеспокоенность, страх, фиксированность на отрицательно окрашенных эмоциональных переживаниях, ощущение бесперспективности дальнейшей жизни, идеи самообвинения, самоуничтожения, стойкие суицидальные мысли.

Данное наблюдение – достаточно типичный пример посмертной СПЭ по уголовным делам. Его особенностью является полное отсутствие прижизненной медицинской психиатрической документации – подэкспертная никогда не наблюдалась и не осматривалась психиатром. Однако свидетельские показания и предсмертная письменная продукция позволяют реконструировать клиническую картину с достаточной полнотой. У личности со своеобразным складом (по-видимому, на уровне акцентуации – личностной дисгармонии субклинического характера) возникает невротическая симптоматика, не свойственная ей ранее, в виде депрессивных нарушений, которые постепенно нарастают до психотического уровня. Появляются идеи самообвинения, ипохондрические переживания ("нет здоровья"), суицидальные высказывания. Убийство детей связано с болезненными "альтруистическими" мотивами ("чтобы не мучились").

**Суицидальное поведение (СП)** – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

С точки зрения клинической практики суицидальное поведение принято подразделять на внутренние и внешние формы.

#### Внутренние формы:

- Антивитальные переживания — размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти.
- Пассивные суицидальные мысли — фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни.
- Суицидальные замыслы — разработка плана суицида.
- Суицидальные намерения — решение к выполнению плана.

#### Внешние формы:

- Самоубийство (суицид) — намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.
- Суицидальная попытка (парасуицид) — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.
- Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, прервали акт самоповешения и т. п.).
- Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид) — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

В настоящее время считается рискованным деление СП на «истинное, «демонстративно-шантажное» вследствие высокой вероятности гиподиагностики серьезных суицидальных намерений и принятия их за манипулятивные. Объективная оценка степени суицидальных интенций часто затрудняется следующими обстоятельствами:

- диссимуляция пациентом истинных намерений поступка (например, из-за опасения госпитализации в психиатрическую больницу или социального осуждения);
- защитное поведение пациента (неосознаваемые психологические защиты), например, диссоциативная амнезия обстоятельств поступка и его мотивов; декларация манипулятивных намерений при явно противоречащих им тяжелых последствиях попытки и др.;
- неадекватные представления пациента (завышенные или заниженные) о степени летальности избранного способа парасуицида. Это характерно для действий детей, подростков или лиц с тяжелыми психическими расстройствами;
- недоучет пациентом случайных внешних обстоятельств (например, вмешательство посторонних).

Аффективное суицидальное поведение - суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций относятся к аффективному типу. В таких случаях пациент действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции - обида, гнев, - затмевают собой реальное восприятие действительности и больной, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека. У всех суицидентов обнаруживались объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности,

А также внутренняя или внешняя конфликтная ситуация.

Можно выделить 5 наиболее часто встречающихся типов личностных реакций, которые обладают потенциальной суицидоопасностью:

1 Эгоцентрическое переключение. Как правило, это остро возникающие, кратковременные реакции на конфликты, которые начинаются с аффективных переживаний, но быстро генерализуются, охватывая все уровни психической деятельности;

2 Душевная боль. Суть этих аффективных реакций состоит в ощущении «душевной боли», при этом не происходит никаких трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений, сохраняется способность к дифференциации внешних стимулов. Наблюдается сужение мотивационной сферы и ограничение общения. Своеобразно изменяется проживание времени. Характерно стеничное поведение, поиск или переход к новым стратегиям поведения, направленным на избавление от страдания. Соответственно модальности аффекта, психалгии делятся на тоскливые, тревожные, раздражительные.

3 Негативные интерперсональные отношения. Состояния, которые сопровождаются мучительной сосредоточенностью на представлениях и суждениях, направленных резко изменившимся отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него лиц. Данные реакции появляются в ситуации межличностных конфликтов с фиксацией на —значимом «другом». Возникает, так называемая, цепная реакция, когда стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему.

4 Отрицательный баланс. Это пресуицидальные состояния, содержанием которых является рациональное подведение жизненных итогов, оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования,

сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности.

5 Реакции смешанные и переходные.

Среди суицидентов различаются две категории:

1 Лица с низким уровнем социализации. Для них характерна не только социально-психологическая дезадаптация, но и социальная неприспособленность к требованиям общества, которая проявляется в неумении или нежелании строить свое поведение в соответствии с социальными нормами. Социальный статус их, как правило, невысок. Суицид часто является последним шансом в ряду других форм девиантного поведения, свойственного лицам этой группы.

2 Лица с достаточно высоким уровнем социализации. Многие из них достигли высокого социального статуса, поведение их в анамнезе не выходило за рамки соблюдения конвенциональных норм. Лишь с момента совершения суицидального поступка такие лица попадают в разряд «девиантов». В генезе совершаемого ими суицида лежит, прежде всего, социально-психологическая дезадаптация. Суицидальное поведение строится на основе

внутриличностного конфликта. Для этого необходима особая личностная предрасположенность, вследствие которой индивид оказывается не в состоянии справиться с актуальной проблемой.

### **Индивидуально-психологические факторы риска**

Данные факторы отражают не столько риск СП, сколько вероятность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам. К ним относят следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в т. ч. в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); импульсивность; эмоциональная зависимость; заниженная или завышенная самооценка; максимализм и категоричность; сильно выраженное желание достижения целей; низкая способность к вытеснению травмирующего фактора; тревожность и гипертрофированное чувство вины.

### **ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА**

Основным «инструментом» оценки суицидального риска является клиническое интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации. Процесс общения с пациентом, как и любое социальное взаимодействие, носит двунаправленный характер: специалист не просто «объективно» и беспристрастно оценивает состояние пациента, но эмоционально реагирует на его вербальные и невербальные послания, что неизбежно вносит элемент «субъективизма» в оценку риска и дальнейшие действия врача. В диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты:

- Особенности клинического интервью и отслеживание собственных эмоций врача при его проведении.
- Объективная клиническая оценка врачом состояния и поведения пациента.
- Неоднократное прояснение информации. По ходу интервью некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, тема суицидальных мыслей и намерений. Вопросы об этом должны задаваться несколько раз по ходу беседы в разных формулировках. Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и дает возможность пациенту говорить о негативных чувствах. Следует обязательно задать вопросы, касающиеся суицидальных намерений. Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

1 Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?

2 Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?

3 Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?

4 Бывают ли у Вас фантазии о смерти?

5 Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?

6 Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы, необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Имеется ли доступ к избранному способу (медикаменты, яды, оружие, др.)?
- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

### **Клиническая оценка**

Включает в себя анализ ФР суицида и клиническую оценку психического статуса и суицидальных намерений пациента.

- Относительные ФР СП указывают на принадлежность к группе риска и вероятность суицидальной дезадаптации. Риск увеличивается при интеграции ряда факторов. Например, пожилой человек, проживающий в одиночестве, страдающий хроническим соматическим заболеванием и депрессией принадлежит к группе высокого суицидального риска.
- Факторы текущего состояния. В отличие от ФР эти факторы описывают актуальное поведение и психический статус человека и непосредственно указывают на степень суицидального риска. Следует оценить:

- 1 Суицидальные намерения.
- 2 Наличие депрессии, тревоги и других психопатологических симптомов.
- 3 Степень безнадежности и импульсивности.
- 4 Тяжесть психосоциального стрессора.
- 5 Наличие социальной поддержки.
- 6 Желание пациента принимать помощь.

Указанные параметры представляются наиболее важными, находятся в неразрывной связи друг с другом и оцениваются в совокупности.

### **Судебно-психологическая экспертиза аффекта**

Аффект как особое эмоциональное состояние обладает рядом специфических признаков, которые проявляются в том, что это явление само по себе представляет бурное эмоциональное реагирование, вызывающее поведенческую дезорганизацию у человека, а также нарушающее ряд психических процессов, протекающих в сознании и организме индивида.

Среди главных признаков аффекта следует выделить:

1. кратковременность (может исчисляться минутами или даже секундами);
2. наименее осознанное эмоциональное состояние (человек не способен осознанно контролировать свои действия);
3. относится к состояниям с доминированием эмоций («чувства преобладают над разумом», то есть эмоции преобладают над сознанием и обуславливают совершение того или иного действия).

Несмотря на то что аффект характеризуется как чрезвычайно стремительный эмоциональный процесс, он выполняет ряд конкретных функций. На сегодняшний день их в психологии выделяют две: накопление опыта и защитная функция.

Под накоплением опыта понимается определенное «отложение» следов аффекта в бессознательном, то есть работа «аффективной памяти». Она «включается» в похожих между собой ситуациях, находясь в которых человек испытал аффект. Если такое состояние периодически повторяется, вызывая при этом сильные негативные эмоции, что способствует возникновению состояния аффекта у человека, то может произойти так называемая аккумуляция аффекта. Другими словами, человек способен вновь пережить аффект, однако в таком случае конкретный раздражитель будет отсутствовать. Подобный аккумулярованный аффект в психологии именуется аффективным взрывом, возникающим не в критический момент, а спустя какой-то определенный временной промежуток.

Что касается защитной функции, то многие ученые-психологи сходятся во мнении, что аффект выступает в качестве одного из средств защиты человеческого организма и психики в случае, если это не ведет к возникновению невротических расстройств. Обуславливается это тем, что состояние сильного душевного волнения может возникать в качестве защитной реакции организма человека на какую-либо экстремальную ситуацию. Другими словами, аффект служит неким толчком к мобилизации действий, а также обеспечивает быстрое реагирование человека в тех или иных конкретных условиях. Находясь в данном состоянии, лицо не осознает характер своих действий, что может создавать опасность для окружающих, причем подобные аффекты возникают наиболее часто, сопровождаясь резким повышением степени возбужденности нервной системы человека, что пагубно сказывается на психических процессах, протекающих в организме. Человек теряет над собой контроль, у него резко снижается способность к рациональному взвешенному мышлению, что в итоге зачастую приводит к неадекватному поведению, которое может в той или иной степени угрожать находящимся рядом людям.

Характерной особенностью аффекта выступает то, что данная форма эмоционального проявления характеризуется более примитивным и более интенсивным, по сравнению с нормальным адекватным, поведением человека, которое, в свою очередь, обуславливается конкретными правилами и нормами, принятыми в его социальной среде. Кроме того, он оказывает специфическое воздействие на психику лица, что выражается в навязывании ему стереотипных действий, выступающих в качестве привычных форм реакции в схожих по силе и воздействию ситуациях неаффективного характера (например, агрессия, оцепенение и пр.).

Аффект не возникает случайно. Всегда есть конкретная ситуация или событие, которое послужило толчком для возникновения состояния сильного душевного волнения. При этом в качестве такового может быть как сильная травмирующая ситуация, так и простая негативная эмоция, например после разговора с неприятным человеком.

Виды аффекта:

**Аффект простой** – кратковременное расстройство психической деятельности непсихотического уровня, возникающее внезапно (не только для окружающих, но и для самого субъекта) под влиянием внешних факторов.

Характерные признаки глубины аффективного состояния: сохранность у подэкспертного способности идентифицировать и описать эмоцию, которую он пережил на высоте аффекта (констатация эмоций гнева, злости, ненависти и др.); возможность смены орудия нанесения повреждений и модификации поведения в соответствии с обстоятельствами; отсутствие выраженного психофизического истощения (астении); попытки рационализации противоправного поведения.

**Аффект физиологический** – не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, которое представляет собой кратковременную, стремительно и бурно протекающую эмоциональную реакцию взрывного характера, сопровождающуюся резкими, но не психотическими, изменениями психической деятельности: сужением сознания, выраженными вегетативными проявлениями и двигательным возбуждением, направленным против раздражителя.

Характерные признаки глубины изменения психической деятельности: внезапность возникновения; фазность течения, близкая к патологическому аффекту; выраженность реакций (типичные сосудисто-вегетативные проявления и моторные нарушения); сужение сознания. Высокая напряженность в сочетании с интенсивной реализацией физических и психических ресурсов человека во многом объясняет тот факт, что в состоянии аффекта человек слабо реагирует на сторонние внешние воздействия, не обращает внимания на свои ранения и вид крови, а физически слабые люди способны одним ударом выбить тяжелую дверь, нанести жертве большое количество смертельных телесных повреждений или вступить в борьбу с человеком, который во много раз их сильнее. Отличительные черты «сужения» сознания: концентрация внимания целиком на предмете насилия (связь действий и аффективных переживаний с психотравмирующим объектом); ограничение целостности поля восприятия (его фрагментарность), вследствие чего орудие преступления может стать первый подходящий предмет, оказавшийся в плоскости внимания нападавшего; резкое снижение интеллектуального и волевого контроля поведения (нарушение способности к прогнозу последствий своего поведения, импульсивность и стереотипность действий, доминирование автоматизмов), специфические изменения коммуникативной функции (нарушение речи, изменение интонации голоса, хрипы, возгласы. Аффект сменяется астенией (резким и стремительным спадом эмоционального возбуждения, нарастанием состояния опустошения, крайней усталости), постепенным осознанием содеянного, часто сопровождающимся чувством раскаяния, растерянности и жалости к потерпевшему. Нередко обвиняемые сами пытаются оказать помощь жертве, сообщают о случившемся правоохранительным органам, реже – убегают с места происшествия, но не делают попыток скрыть следов преступления.

Особенности физиологического аффекта:

– он воспринимается виновным как необычная, парадоксальная и чуждая ему форма реагирования. Зачастую подследственный положительно характеризуется по месту работы и в быту, имеет позитивные социальные установки, высокий самоконтроль поведения. А вот его взаимоотношения с потерпевшим отличаются конфликтностью, которые глубоко затрагивают значимые потребности виновного, угрожая системе его ценностей;

– сложившаяся ситуация переживается субъектом как безвыходная, неразрешимая. Такое восприятие может быть обусловлено как объективными причинами (реальная угроза со стороны жертвы, дефицит времени на принятие решения и пр.), так и субъективными (индивидуально психологическими) особенностями личности подследственного (повышенная ранимость, сензитивность, обидчивость, склонность к застреванию на психотравмирующих моментах, ригидность поведения и др.).

**Аффект патологический** – кратковременное болезненное расстройство психики (острый аффективный психоз), возникающее внезапно под влиянием психогенного раздражителя, имеющее определенную фазность течения (подготовительная, взрывная, заключительная) и проявляющееся в глубоком помрачении сознания (расстройство сознания сумеречного типа), бурном двигательном возбуждении и действиях, направленных против раздражителя и полной (или почти полной) амнезией (в постаффективной стадии наблюдается глубокий сон). Наличие у подэкспертного на период совершения правонарушения состояния патологического аффекта отнесено к таким эмоциональным состояниям, которые исключают его способность осознать свои действия и руководить ими. Экспертная оценка патологического аффекта осуществляется врачом-психиатром.

Преступные действия, совершенные под влиянием аффекта, имеют свои особые причины и условия, способствующие их возникновению. Таковыми являются аффектогенная ситуация, личностные особенности, предрасполагающие к аффективному срыву, некоторые ослабляющие организм факторы. Квалифицированная оценка всех этих моментов требует применения специальных психологических познаний, и поэтому научно обоснованная диагностика состояния аффекта возможна в рамках судебно-психологической экспертизы.

При проведении экспертизы необходимо учитывать, что эмоциональная неустойчивость в сложных конфликтных

ситуациях может быть во многом связана с возрастными особенностями. Так, в подростковом возрасте психологические трудности взросления нередко проявляются в повышенной возбудимости, негативизме, прямолинейности и бескомпромиссности. Сказанное в значительной степени относится и к юношескому возрасту: бурные эмоциональные реакции обусловлены повышенной обидчивостью, ранимостью в отношении оценок окружающими достоинств и недостатков. Особенно тяжело переживаются обиды, насмешки, оскорбления.

Следует особо подчеркнуть эмоциональную неустойчивость, свойственную пожилым людям. В этом возрастном периоде нередко повышается возбудимость и раздражительность, склонность к острым эмоциональным переживаниям, что может способствовать возникновению физиологического аффекта.

При проведении судебно-психологической экспертизы аффекта необходимо исследовать и возможное наличие факторов, временно ослабляющих организм. Это — усталость, физическое и психическое перенапряжение в результате тяжелой физической работы или интеллектуальных перегрузок и бессонных ночей, некоторые соматические заболевания, беременность. Все они значительно облегчают возникновение резко выраженных аффективных реакций и снижают способность человека управлять своим поведением.

## **9. Вопросы по теме занятия**

1. Перечислите и охарактеризуйте фазы патологического аффекта.

Компетенции: ПК-2.2

2. Дайте определение и перечислите критерии невменяемости.

Компетенции: ПК-2.2

3. Дайте определение и перечислите критерии недееспособности.

Компетенции: ПК-2.2

4. Назовите аффективные расстройства, исключающие вменяемость.

Компетенции: ПК-2.2

5. Перечислите факторы, провоцирующие суицидальное поведение.

Компетенции: ПК-2.2

6. Дайте определение постсуицидального состояния.

Компетенции: ПК-2.2

7. Какие признаки предшествуют суициду?

Компетенции: ПК-2.2

8. Перечислите типы личностных реакций, которые обладают потенциальной суицидоопасностью.

Компетенции: ПК-2.2

9. Дайте определение суицидального поведения.

Компетенции: ПК-2.2

10. Перечислите внутренние и внешние формы суицидального поведения.

Компетенции: ПК-2.2

## **10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

1. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О:

- 1) признании недействительной сделки, совершенной недееспособным лицом;
- 2) признании брака недействительным;
- 3) назначении опеки над недееспособным лицом;
- 4) вменяемости и невменяемости лиц в момент совершения правонарушения;
- 5) лишения родительских прав;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.2

2. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О (ОБ):

- 1) гражданской недееспособности лиц и назначении над ними опеки;
- 2) ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения;
- 3) освобождении от наказания в связи с болезнью;
- 4) назначении принудительных мер медицинского характера;
- 5) ответственности лиц, совершивших преступление в связи с болезненным психическим состоянием;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.2

3. ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ НЕВМЯЕМОСТИ:

- 1) неспособность удовлетворять основные жизненные потребности;
- 2) неспособность анализировать свои поступки;
- 3) неспособность использовать свои права и свободы, выполнять свои гражданские обязанности;
- 4) неспособность нести ответственность за свои поступки;
- 5) неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ПК-2.2

4. ЛИЦО, НАХОДЯЩЕЕСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В ПНД, СЧИТАЕТСЯ:

- 1) недееспособным;
- 2) дееспособным, пока обратного не установил суд;
- 3) ограниченно дееспособным;
- 4) дееспособным при наличии критики к заболеванию;
- 5) дееспособным при согласии пройти стационарное лечение;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ПК-2.2

5. К ВНУТРЕННИМ ФОРМАМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ (ОТНОСЯТСЯ):

- 1) Пассивные суицидальные мысли;
- 2) Суицидальная попытка;
- 3) Прерванная суицидальная попытка;
- 4) Абортивная суицидальная попытка;
- 5) парасуицид;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.2

6. К ВНЕШНИМ ФОРМАМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ (ОТНОСЯТСЯ):

- 1) Антивитальные переживания;
- 2) Пассивные суицидальные мысли;
- 3) Суицидальные замыслы;
- 4) Суицидальные намерения;
- 5) Самоубийство (суицид);

Правильный ответ: 5

Компетенции: ПК-2.2

7. РАЗМЫШЛЕНИЯ ОБ ОТСУТСТВИИ ЦЕННОСТИ ЖИЗНИ БЕЗ ЧЕТКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СВОЕЙ СМЕРТИ - ЭТО:

- 1) Антивитальные переживания;
- 2) Пассивные суицидальные мысли;
- 3) Суицидальные замыслы;
- 4) Суицидальные намерения;
- 5) Абортивная суицидальная попытка;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ПК-2.2

8. СУИЦИДАЛЬНЫЕ ЗАМЫСЛЫ - ЭТО:

- 1) размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти;
- 2) фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни;
- 3) разработка плана суицида;
- 4) решение к выполнению плана;
- 5) не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-2.2

9. КРАТКОВРЕМЕННОЕ РАССТРОЙСТВО ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ВНЕЗАПНО ПОД ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ - ЭТО АФФЕКТ:

- 1) физиологический;
- 2) патологический;
- 3) простой;
- 4) непсихотический;
- 5) неврологический;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ПК-2.2

10. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ В ПСИХИАТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) депрессивный эпизод;
- 2) мания с психотическими симптомами;
- 3) умственная отсталость;
- 4) патологический аффект;
- 5) шизоидное расстройство личности;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ПК-2.2

### 11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Обстоятельства дела: К. и К.-ва состояли в браке и имели малолетнего ребенка. Отношения между ними сложились напряженные, и К-ва обратилась в суд с заявлением о расторжении брака. К. любил жену и не давал согласия на развод. Суд дважды предоставлял супругам трехмесячный срок для примирения. Супружеские отношения между ними не прекращались. Однажды К-ва заявила, что сожительствует с другим мужчиной, и потребовала, чтобы муж забрал свои вещи и ушел от нее. Поздно вечером вернувшись домой, К. через окно спальни увидел, что в постели вместе с женой находится Ч. Возмущенный увиденным, он схватил и сарае заряженное двуствольное ружье, выставил стекло в окне, быстро проник в квартиру и на кухне произвел выстрел в Ч., который от ранения в шею сразу же скончался, а затем выстрелил в убегающую К-ву, но не попал. По словам К. и потерпевшей К-вой, подкрепленными другими фактическими данными, действовал он "как в тумане", "был бледен, весь трясся", плохо помнит последующие события. Хотя жена и говорила, что изменяет ему, однако он не верил ей, полагая, что она шутит. Застав жену с любовником при указанных обстоятельствах, К., несомненно, действовал в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения, вызванного аморальным поведением потерпевших

**Вопрос 1:** Какую экспертизу следует рекомендовать к назначению?;

**Вопрос 2:** Какие методики следует использовать при исследовании?;

- 1) Комплексную судебную психолого-психиатрическую;;
- 2) ест Векслера, тест Кеттела, тест Леонгарда, СМИЛ;

Компетенции: ПК-2.2

2. Мужчина З., 33года. После совершения убийства он с пистолетом в вытянутой руке натолкнулся на шедшего ему навстречу свидетеля. При этом З. ничего не замечал и уперся пистолетом ему в грудь. На вопрос о том, что случилось, З. отвечал бессвязно.

**Вопрос 1:** Находился ли обвиняемый в момент совершения убийства в состоянии аффекта?;

**Вопрос 2:** Учитывая эмоциональное состояние обвиняемого мог ли он точно соотносить свои действия с объективными требованиями ситуации?;

- 1) Вполне вероятно;
- 2) Маловероятно;

Компетенции: ПК-2.2

3. При разводе господин Н. и госпожа М. Не могли определиться с кем останется и будет дальше проживать их не совершеннолетний ребенок, что вызвало настоящую баталию между бывшими супругами. Суд для вынесения решения учел желание ребенка, а также была проведена психологическая экспертиза

**Вопрос 1:** С какой целью надо проводить судебно-психологическую экспертизу;

**Вопрос 2:** Какие методики можно применять для выяснения привязанности ребенка к одному из родителей?;

- 1) С целью определения индивидуально-психологических качеств ребенка и родителей, что поможет суду принять решение;;
- 2) Проективные, например, Рисунок семьи;

Компетенции: ПК-2.2

4. Обследуемый С., 29 лет, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений своему отцу, от которых пострадавший скончался. С. окончил 10 классов средней школы, затем учился на курсах плановиков и одновременно работал в должности инженера-экономиста. По характеру - впечатлительный, чувствительный, деликатный. Женат, отношения с женой хорошие, несмотря на сложную ситуацию в семье. Отец обследуемого злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения избивал свою жену. В последнее время С. заканчивал курсы, много работал, очень уставал из-за бессонных ночей, так как отец ежедневно приходил домой пьяный, устраивал скандалы. В день происшествия отец пришел поздно, в нетрезвом состоянии, скандалил с матерью, требовал, чтобы она за что-то просила у него прощения, нецензурно бранился, всячески оскорблял мать, бил ее кулаками по голове. С., лежа за занавеской, напряженно прислушивался; скандал все разгорался. Отец, схватив со стола сапожный молоток, стал угрожать им матери. Она громко закричала, после чего проснулся и заплакал маленький сын обследуемого. Крик сына "подействовал как сирена", вызвал страшный гнев. Вскочив с кровати, С. бросился в комнату родителей, подбежал к отцу, набросился на него с молотком. В глазах потемнело, видел только искаженное лицо ребенка, оно то приближалось, увеличиваясь, то куда-то проваливалось, чувствовал, как его "обволакивает туман". Что произошло затем, не помнит. Очнулся в комнате родителей, ощущая, при этом резкую слабость, разбитость, сонливость. Был потрясен, узнав от жены о случившемся. Превозмогая усталость, пытался оказать отцу помощь, но, не дождавшись врачей, уснул. Из материалов дела известно, что, когда мать обследуемого позвала на помощь и одновременно заплакал ребенок, С. вскочил с кровати и стремительно бросился к отцу, который замахнулся на него молотком. Когда жена С. выбежала из-за занавески, она увидела в руках у мужа молоток. С.

