

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі «Шизотипові, маячні та афективні розлади»
для студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

Тема : «Шизоафективний та маячні розлади, Афективні розлади»

I. Актуальність теми.

На маніакально-депресивний психоз та шизоафективний розлад разом страждає близько 1% населення, що в світі становить біля 50-60 млн. осіб, переважно юнацького, молодого і зрілого віку. Це становить не тільки медичну, але й загальну соціально-економічну проблему майже у всіх країнах світу. В переважній кількості випадків захворювання зумовлене спадковою обтяженістю, приводить до зниження або втрати працездатності, соціальній дезадаптації хворих та потребує довготривалого прийому хворими лікарських засобів. Своєчасне обстеження хворого після першого дебюту захворювання має важливе значення для діагностики, з'ясування особливостей клінічної картини, проведення диференціальної діагностики з іншими афективними розладами та шизофренією, своєчасного призначення лікування. Відомо, що у разі проведення ранньої адекватної терапії при афективних психозах у більшості випадків можлива довготривала інтермісія, нормальний рівень соціальної адаптації і збереження трудоспроможності.

1. Навчальні цілі заняття:

Загальна ціль: вивчити психопатологічні симптоми та синдроми афективних та маячних розладів в цілому, як окремих нозологій, різних клінічних типів, типи перебігу і лікування цієї групи захворювань.

Конкретні цілі:

1. Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворих на маніакально-депресивний психоз, шизоафективний та маячні розлади.
2. Обстеження хворого на ендогенні психози.

3. Оцінити дані патопсихологічного дослідження хворих на маніакально-депресивний психоз, шизоафективний та маячні розлади.
Диференціальний діагноз при ендогенних психозах

4. Призначення хворому адекватного стаціонарного та підтримуючого лікування залежно від клінічних форм, типу перебігу захворювання, інших особливостей клінічних проявів у хворих на шизофренію.

5. Проведення профілактики рецидивів захворювання та диференційованої діагностики різних нозологічних форм ендогенних психозів

3. Виховні цілі.

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання невідкладної допомоги хворим на маніакально-депресивний психоз, шизоафективний та маячні розлади. Сформувати деонтологічне ставлення та розвинути чуйність щодо особливостей відношення майбутнього фахівця до пацієнта, хворого на шизофренію.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
<u>I.Попередні дисципліни</u> 1. Нормальна анатомія	Знати будову кори , підкоркових центрів та судинної системи головного мозку.	Вміти визначати можливе місце розташування патологічного осередку в ЦНС.

<p>2. Нормальна фізіологія</p>	<p>Засвоїти функціональні можливості різних частин головного мозку в формуванні мислення та емоційно-вольових процесів</p>	<p>Вміти визначати параметри нормального функціонування різних частин головного мозку за даними ЕЕГ.</p>
<p>3.. Патологія</p>	<p>Засвоїти особливості діяльності головного мозку.</p>	<p>Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при розладах свідомості.</p> <p>Вміти визначити клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності при шизофреноподібних розладах та різних варіантах нейролептичного синдрому.</p>
<p><u>II. Наступні дисципліни</u></p>		

<p>3. Діагностичні та терапевтичні заходи при психомоторному збудженні при різних нозологічних формах ендогенних психозів.</p>	<p>перебігу різних форм шизофренії.</p> <p>Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних нозологічних формах ендогенних психозів.</p>	<p>Вміти призначити диференційоване лікування при різних типах розладів настрою та мислення.</p>
--	--	--

V. Зміст та структура теми заняття :

1. Етіологія, теорії патогенезу маніакально-депресивного психозу, шизоафективного психозу та маячних розладів.
2. Класифікація, клінічні прояви різних форм та типів перебігу маніакально-депресивного психозу, шизоафективного психозу та маячних розладів.
3. Основні принципи лікування хворих на маніакально-депресивний психоз, шизоафективного психоз та маячні розлади.
4. Різновиди гострих психотичний станів.

Етіологічно шизоафективні розлади можуть розглядатися як результат взаємодії двосторонньої генетичної обтяженості з шизофренії і афективних розладів. Існують, однак, вказівки на генетичну самостійність цих розладів, їх тяжіння до пікничної конституції. Фактор періодичності зближує дані розлади з епілепсією, це підтверджується і даними ЕЕГ: у деяких хворих відзначається пароксизмальна активність у правій скроневій області і діенцефальної області.

Шизоафективний розлад є минуцим ендогенним функціональним розладом, що практично не супроводжується дефектом в якому

афективні порушення супроводжують і протікають довше, ніж продуктивні симптоми шизофренії (F20). Напади відрізняються високим поліморфізмом. Структура нападів: депресивно-параноїдні і експансивно (маніакально)-параноїдні картини.

Депресивно-параноїдні напади зазвичай маніфестують зниженими настроєм, до якого приєднуються маячні ідеї самозвинувачення, ідеї отруєння, зараження СНІДом, раком або іншим невиліковним захворюванням. На висоті нападу можливий депресивний ступор або депресивний онейроїд із зануренням у глибини пекла. Імовірні включення симптомів першого рангу, властивих для шизофренії, наприклад, симптому відкритості думок, слухових імперативних галюцинацій. Ідеї загального руйнування і розкладання (марення Котара, нігілістичне марення), вічної гріховності (синдром Агасфера) і гіпопотам марення можуть закінчуватися депресією.

Експансивно (маніакально)-параноїдні напади можуть маніфестувати з експансивного або маніакального афекту, зменшення тривалості сну і невтримних веселощів і супроводжуються ідеями величі (експансивної парафрениєю), ідеями гіпнотичного, психоенергетичного або апаратного впливу на думки, поведінку, почуття і стимули. На висоті психозу можливі онейроїдні включення космічного змісту, магічний марення і зміна темпу перебігу часу. Вихід з психозу може супроводжуватися гіпоманією.

При змішаних станах відзначаються коливання афекту від гіпоманіакального і маніакального до депресивного з амбівалентним (маніхейським) маяченням, зміст якого вплетені боротьба сил добра і зла з відповідними позитивними і негативними слуховими галюцинаціями, які носять суперечливий і взаємовиключний характер. Змішані стану також можуть характеризуватися чергуванням

депресивно-параноїдних і експансивно-параноїдних розладів за типом психозів щастя-страху.

Тривалість психозу не менше 2 тижнів. У інтермісії зазвичай ознаки емоційно-вольового дефекту відсутні, але після гострого психозу деякий час можуть зберігатися або шизофренічні, або афективні симптоми

Захворювання слід диференціювати з шизофренією, постшизофренической депресією і органічними - шизофреноподібними станами. Для шизофренії характерні поєднання продуктивних і негативних розладів, останні зазвичай не відзначаються при шизоафективному розладі. При шизофренії тривалість зміненого афекту менше, ніж продуктивних розладів, інакше кажучи, такі афективні стани зазначаються лише на висоті психозу. При постшизофренической депресії клініка депресії атипова, а в анамнезі відзначався типовий шизофренічний психоз. Органічні стану можна диференціювати на підставі даних параклінічних, неврологічних і нейропсихологічних досліджень.

У лікуванні розділяються лікування нападу і профілактична терапія подальших нападів. При лікуванні депресивно-параноїдного нападу застосовують нейролептики і трициклічні, тетрациклічні антидепресанти (амітриптилін, меліпрамін, вельбутрин). При лікуванні експансивно-параноїдних станів нейролептики (іноді бета-блокатори) і літій або карбамазепін. Профілактична терапія заснована на застосуванні підтримуючих доз карбонату літію (контемнола, літосану) в дозах до 400 - 500 мг або карбамазепіну в дозах до 200 мг, іноді препаратів вальпроєвої кислоти. При депресивно-параноїдних епізодах застосовується також ЕСТ.

Маніакальний тип (F25.0) Для даного типу характерні критерії

шизоафективного розлади на маніакальному або експансивно-маніакальному тлі

Депресивний тип (F25.1) Критерії шизоафективного розлади на депресивному тлі.

Змішаний тип (F25.2) Критерії шизоафективного розлади і змішаного біполярного афективного розлади.

Маніакально-депресивний психоз (Біполярні афективний розлад) Захворювання характеризується повторними (не менше двох) епізодами, при яких настрій і рівень моторної активності значно порушені - від маніакальною гіперактивності до депресивної загальмованості.

Екзогенні фактори практично не впливають на ритмічність. Кордону епізодів визначаються переходом в епізод протилежної або змішаної полярності, або в інтермиссию (ремісію). Напади мають тропність до сезонів, частіше весняний і осінній загострення, хоча можливі й індивідуальні ритми. Тривалість інтермиссий від 6 місяців до 2-3 років. Тривалість маніакальних станів від місяця до 4 місяців, протягом динаміки хвороби тривалість депресій від місяця до 6 місяців. Рецидиви можуть бути приблизно однакової тривалості, але можуть збільшуватися при вкороченні ремісій. Депресії носять виразно ендогенний характер: добові коливання настрою, елементи вітальності. При відсутності терапії напади мають тенденцію до спонтанного обриву, хоча вони і більш тривалі.

По мірі перебігу захворювання іноді спостерігається соціальне зниження.

. Діагностика заснована на виявленні повторних епізодів змін настрою і рівня моторної активності в нижченаведених клінічних варіантах. При діагностиці відзначають безпосередньо спостережуваний епізод афективного розлади, наприклад гипоманиакальний, маніакальний без

психотичних розладів або з психотичні розлади, помірну або легку депресію, важку депресію з психозом або без нього. Якщо розладів не відзначається, вказується діагноз ремісії, яка часто пов'язана з профілактичною терапією.

Диференціальна діагностика

Біполярні афективний розлад частіше диференціюють з шизоафективним розладом. Шизоафективний розлад є минулим ендогенним функціональним розладом, що також практично не супроводжується дефектом в якому афективні порушення супроводжують і протікають довше, ніж продуктивні симптоми шизофренії (F20). Ці симптоми не характерні для біполярного афективного розлади.

Терапія розділяється лікування депресій, маній і профілактична терапія нападів. Особливості терапії визначаються глибиною афективних розладів і наявністю інших продуктивних симптомів. При депресивних епізодах використовують частіше трициклічні антидепресанти, ЕСТ, лікування депривацією сну, розгальмування закисом азоту. При маніакальних епізодах поєднання карбонату літію та нейролептиків. Як підтримуючої терапії: карбамазепін, вальпроат натрію або карбонат магнію.

Хронічні маячні розлади.

Причина хронічного бреда може бути пояснена з особливою структури особистості, психоаналітичн, і виходячи з ситуації безтямного оточення. параноїдна структура особистості з підозрою, недовірливістю і ворожістю, ймовірно, обумовлена генетичними механізмами, але вона знаходить своє втілення в поведінці і психозі в конкретних ситуаціях в результаті виховання або попадання в особливу середу. Велика частина протікає в амбулаторних умовах, і деякі з них

знаходять свої соціальні ніші, наприклад, ними є судові інстанції, політичні партії, секти. Часто відзначається індукція родичів.

Клініка

До цієї групи належить фактично як класична параноя, так і систематизована парафренія. В строгому сенсі це конференція на одну марення, який вдруге може призвести до депресії, якщо пацієнт не може реалізувати свою моноідеї або агресії проти ймовірних ворогів. Ідеї переслідування, величі, відносини, винахідництва або реформаторства, ревнощів і закоханості або переконання в наявності якогось захворювання, релігійні ідеї афективно заряджені. Ремісій не спостерігається, але немає і емоційно-вольового дефекту. Стенічність пацієнтів часто змушує оточуючих їм вірити, і вони включаються в площину боротьби. При ідеї переслідування пацієнт може не тільки усвідомлювати себе об'єктом стеження, що приводить його до постійної зміни місць проживання, але і переслідувати однієї людини або групи людей за мотивами «моральної чистоти». Ідеї величі і релігійні ідеї приводять пацієнтів до керівництва єретичними сектами і новими месіанськими течіями. Ідеї ревнощів і любов (синдром Клерамбо) безглузді, при цьому об'єкт любові, який може бути відомою особистістю (актор, співак), може довгий час не підозрювати про те, що є об'єктом інтересу. Переконаність пацієнта в наявності у нього конкретного захворювання часто переконує лікарів, маніпуляції яких (наприклад, діагностична лапаротомія) у свою чергу, призводять до негативних наслідків (синдром Мюнхгаузена) і інвалідизації.

Діагноз ґрунтується на таких критеріях:

1. Марення переслідування, відносини величі, ревнощів, еротичний, гіпопотам.
2. Тривалість більше 3 міс.

3. Окремі включення галюцинацій або депресій.

Диференціальна діагностика

Слід диференціювати маячний розлад з параноїдною шизофренією і параноїдними психозами при вживанні алкоголю. Для параноїдної шизофренії більш характерні політематичні маячні ідеї, емоційно-вольові розлади, типові для шизофренії. У хворих на алкоголізм пацієнтів можуть бути параноїяльні ідеї ревнощів, які відбуваються з переживань втрати власної сексуальності. В анамнезі виявляються синдроми залежності і скасування, а також типові зміни особистості.

Хронічні маревні розлади насилу піддаються терапії, так як пацієнти відмовляються від прийому нейролептичних препаратів і дисимують свої думки, вони також часто не довіряють психіатрів. Лише при примусової госпіталізації вдається злегка пом'якшити марну симптоматику нейролептиками, але від підтримуючої терапії без контролю родичів пацієнти відмовляються, тому слід віддавати нейролептики-пролонги. Рекомендують індивідуальний психотерапевтичний підхід і акцент у контакті на інші області інтересів і переживань пацієнта, наприклад, на соматоформні симптоми, афект. Контроль цих порушенні побічно допомагає і в терапії основного захворювання.

ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ ПО ТЕМІ:

Міжнародна класифікація хвороб МКХ-10

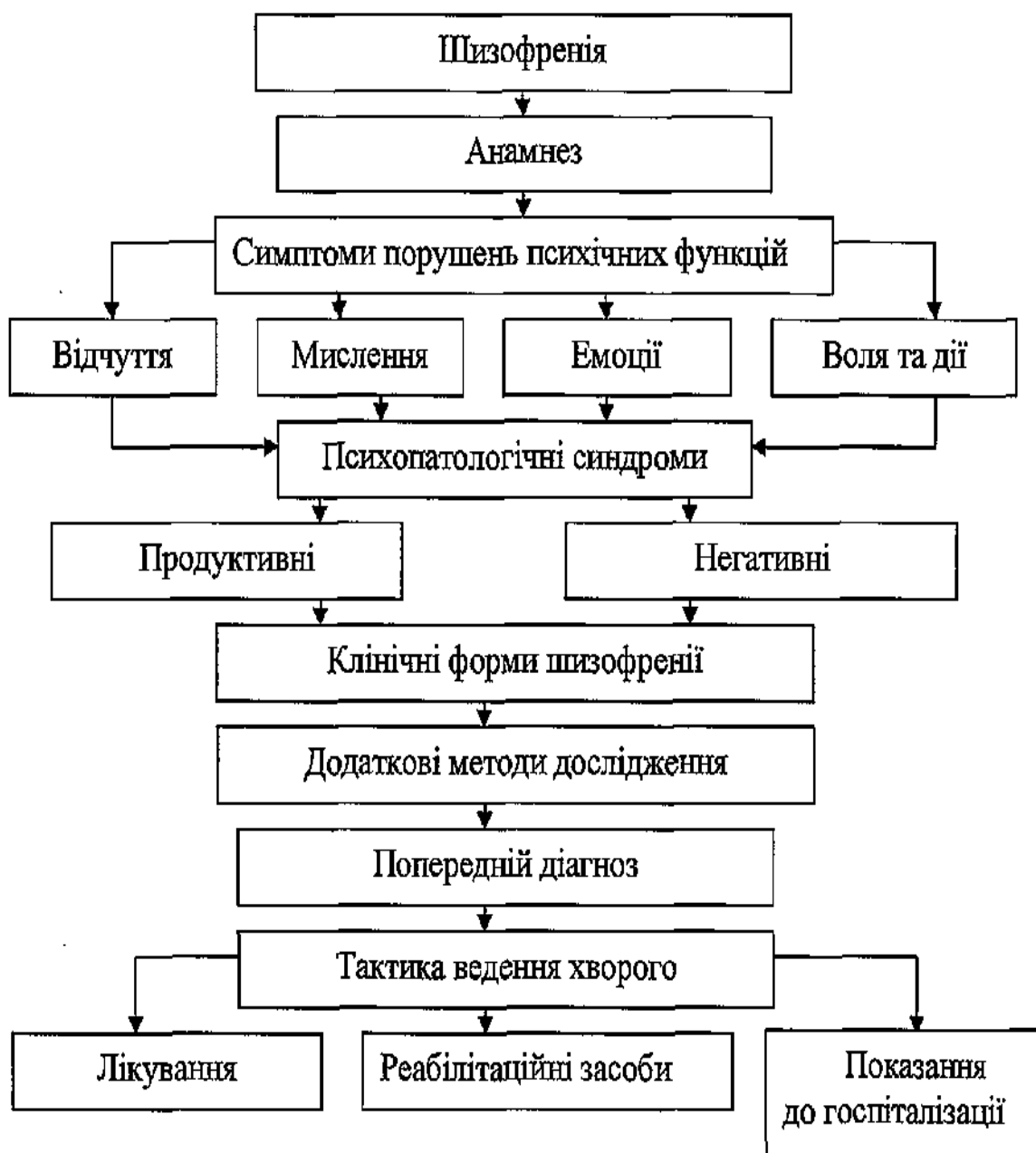
Розлади настрою

Інші не уточнені розлади
Змішаний афективний епізод
дистимія
циклотимія
Рекурентний депресивний розлад
Недиференцій ована шизофренія
Депресивний епізод
Біполярний афективний розлад
Маніакальний епізод

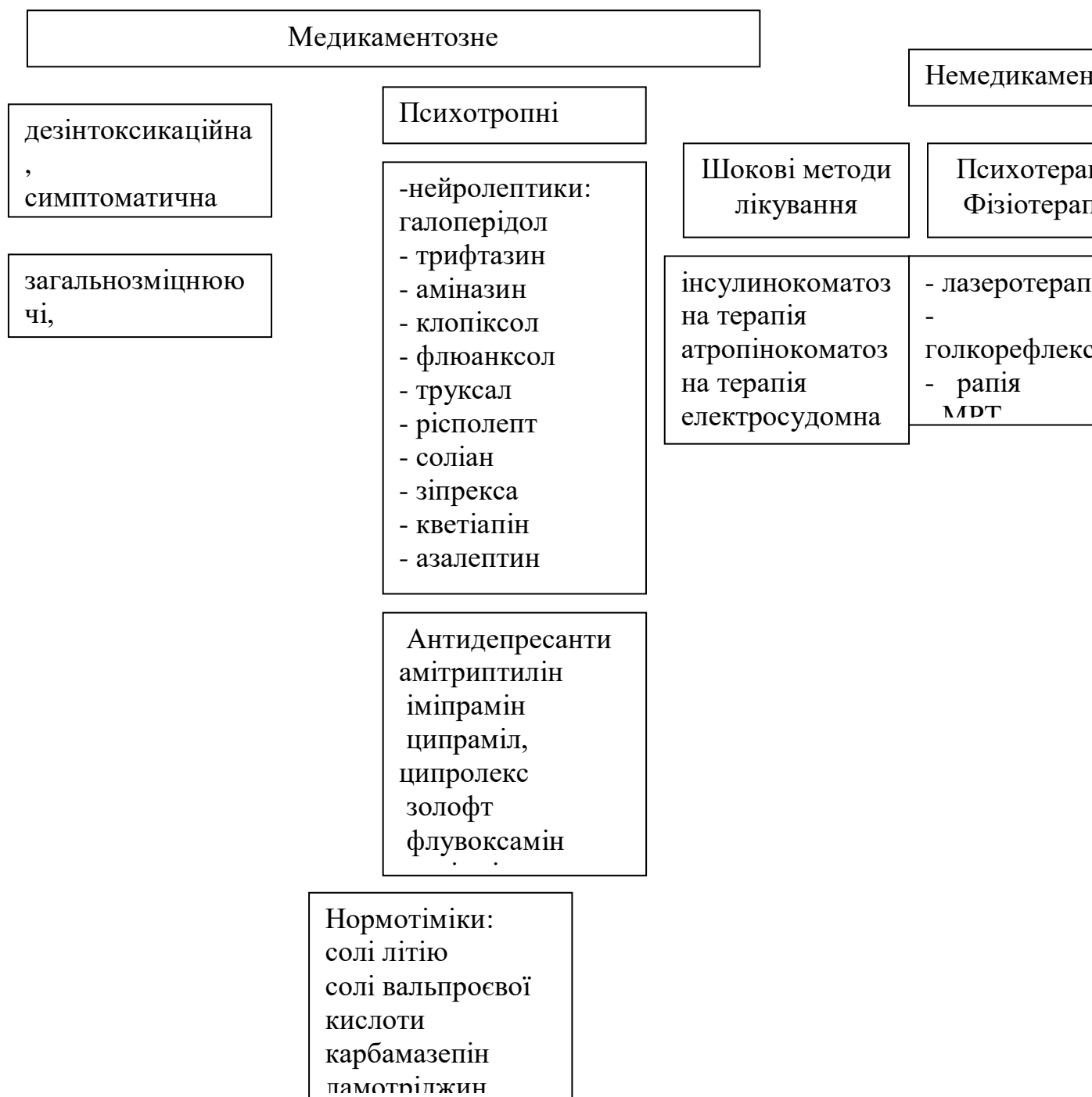
\

Диференційна діагностика між шизофренією та іншими ендогенними психозами

Граф логічної структури теми "Шизофренія"



Лікування хворих на ендогенні психози



ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ: Шизоафективний розлад, маніакально-депресивний психоз, маячні розлади.

Визначення вихідного рівня знань.

Визначення вихідного рівня знань проводиться шляхом вирішення студентами тестових завдань. Викладач перевіряє їх згідно з еталонами відповідей, обговорює результати.

Опитування за основними питаннями теми заняття.

Шляхом індивідуального опитування кожного студента за питаннями щодо теми заняття викладач має змогу визначити теоретичний рівень знань студентів. Відповіді обговорюються всіма студентами, доповнюються, поширюються під керівництвом викладача.

Самостійна робота студентів.

Студенти проводять опитування хворих за темою заняття, наділяючи увагу скаргам, анамнезу життя та захворювання, визначають основні симптоми та синдроми, які дозволяють припустити дане захворювання. Студенти визначають основні напрямки обстеження та лікування, пропонують окремі групи лікарських препаратів і дози. Під час самостійної роботи викладач коректує відповіді, обговорює різні варіанти психотерапії і фармакотерапії.

Аналіз і підсумок роботи студентів.

Підсумок заняття проводиться вирішенням підсумкового тестового контролю. Студентам пропонується вирішити тести формату КРОК-1,2. Викладач перевіряє правильність вирішення за еталонами відповідей. Проводиться аналіз роботи кожного студента на занятті.

Місце та час проведення заняття.

Заняття зі студентами проводиться на протязі 180 хвилин. Заняття проводяться в учбовій кімнаті. Курація хворих відбувається в палатах відділень психіатричної лікарні.

Оснащення занять.

1. Таблиці.
2. Схеми.
3. Набори завдань вихідного рівня.
4. Набори тестів підсумкового контролю.

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

	Етапи	ас хв.)	Учбові посібники		Місце проведення
			Засоби навчання	Устатк ування	
	Контроль вихідного рівня знань	0	Контроль питання, тестові завдання за темою	ПК	Навч альна кімната
	Перевірка виконання самостійної роботи	0	Таблиці, малюнки, алгоритми	Слайди	Навч альна кімната
	Знайомство з тематичними хворими, розбір листів лікарських призначень	0	Історії хвороб, листи лікарських призначень		Палат и відділень

	Рішення ситуаційних задач	0	Набір ситуаційних задач		Навч альна кімната
	Контроль кінцевого рівня знань	0	Тести	ПК	Навч альна кімната

Питання для контролю початкового рівня знань: (а II-III)

1. Ендогенні психози. Історія поглядів на афективні і маячні розлади .
2. Теорії етіології та патогенезу .
3. Клінічна оцінка та методи експериментально-психологічних досліджень при маніакально-депресивному психозі, шизоафективному психозі та маячних розладах.
4. Характеристика клініки при маніакально-депресивному психозі, шизоафективному психозі та маячних розладах. Патоморфоз ендогенних психозів.
5. Типи перебігу афективних розладів. Фази при маніакально-депресивному психозі та шизоафективному розладі.
6. Диференційна діагностика афективних психозів, маячних розладів та шизофренії.
- 7 Психофармакологія та психотерапія при маніакально-депресивному психозі, шизоафективному психозі та маячних розладах

Тести 1 рівня

1 Хворий скарж не пред'являє, вважає себе здоровою людиною. Вираз обличчя сумний, очі сумні. Не спілкується з родичами. Велику частину часу

лежить. Говорить поволі, виказує маревні ідеї самозвинувачення. Останні два тижні говорить про бажання померти, просить сина принести отруту або допомогти повіситися. Визначте, який симптом є свідченням для невідкладної госпіталізації хворого.

- а. Наполегливі суїцидальні вислови
- б. Відмова хворому від амбулаторного лікування
- в. Заява співробітників
- г. Заява сусідів.
- д. Бешкет в суспільному місті в стані сп'яніння.

2. Хворий неохоче відповідає на питання лікаря. До чогось прислухається, іноді вимовляє фрази не по суті. Категорично заперечує галюцинації. Який метод дослідження може дати найбільшу інформацію про наявність галюцинацій у хворого

- а. Бесіда
- б. Електроенцефалографія
- в. Комп'ютерна томографія
- г. Рентгенографія черепа
- д. Спостереження за поведінкою хворого.

3. Хворий, 47 років, скаржиться на дуже неприємні відчуття у області живота, пояснюючи це тим, що у нього "дірка в шлунку", просить його обстежити. Проте при об'єктивному дослідженні ніякої патології не знайдено. Яке порушення сприйняття у хворого?

- а. Гиперестезии
- б. Парастезии
- в. Ілюзії

г. Сенестопатії

д. Синестезії.

4. Хворий вважає, що "зачарований могутніми людьми", які на відстані можуть вступати з ним в бесіду, говорити його мовою, керувати його рухами, змінювати настрій. Себе хворим не вважає. Спроби лікаря переконати хворого викликає роздратування аж до агресії по відношенню до лікаря. Яке порушення мислення найбільш вірогідне у даного хворого?

а. Надцінні ідеї

б. Нав'язливі ідеї

в. Маревні ідеї

г. Домінуючі ідеї

д. Маревноподібні фантазії.

5 Хворий. 42 роки, руховно розгальмований, непосидючий, охоче декламує вірші, голосно співає, охоче говорить про свій сценічний талант, хвалиться своїми успіхами, постійно щось розказує іншим, але легко відволікається на будь-які подразники, гіперсексуальний. Визначте синдром.

а. Маніакальний

б. Депресивний

в. Гебефренічний

г. Кататонічний

д.

Астенічний.

6. Хворий, 25 років, госпіталізований вперше у зв'язку з тривогою і занепокоєнням. У відділенні не сидить на місці, безперервно ходить по палаті, плаче навзрид, б'є себе кулаками по голові, дряпає обличчя. Волосся розпатлане, на обличчі вираз страху, страждання, просить лікаря зробити йому "смертельний укол". Вийшовши з кабінету, з гучним криком кинувся до

вікна, вибив скло, намагався викинутися з третього поверху. Який варіант депресивного синдрому найбільш вірогідний у хворого?

- а. Невротична депресія
- б. Тривожна депресія
- в. Ажитована депресія
- г. Іпохондрична депресія
- д. Маскована депресія.

Тести

II

рівня

1. Хворий, 45 років, пред'являє скарги на періодично (переважно у весняно-осінній період) без видимої причини виникаючі болі у області серця, ірадіюючі під лопатку, тахікардію, зниження апетиту, втрату ваги, слабкість, млявість. Неодноразово обстежувався у фахівців, але патології з боку серцево-судинної системи не виявлено, пропоновані терапевтичні заходи ефекту не дають. Який варіант депресивного синдрому найбільш вірогідний у даного хворого?

- а. Невротична депресія
- б. Тривожна депресія
- в. Ажітірована депресія
- г. Іпохондрична депресія
- д. Маскована депресія.

2. Хворий, 17 років, настрої пригнічений, тужливий, часто плаче, говорить про свою непотрібність і даремність, виказує суїцидальні думки. Визначте вид порушення емоцій.

- а. Ейфорія
- б. Дисфорія

- в. Неадекватність емоцій
- г. Депресія
- д. Слабодухість.

3. Хворий 45 років, знаходиться в стані повної нерухомості, на запитання лікаря відповідає окремими словами, вибірково. Вираз обличчя скорботний. Зіниці розширені, тиск 100/60 мм рт. ст., пульс 100/хв. Визначіть емоційно-вольове порушення:

- А Каталепсія
- В Кататонія
- С Депресивний ступор**
- Д Галюцинаторно-маячний ступор
- Е Психогенний ступор

4. Хворий життєрадісний, багатомовний, мова прискорена, не завжди можна зрозуміти, про що він говорить. Ні хвилини не сидить. Втручається у всі справи персоналу, робить зауваження хворим, сам на зауваження медперсоналу не реагує. Не втомлюється. Голос хрипкий. Іноді жартує дотепно. Визначте тип збудження.

- а. Гебефренічне
- б. Маніакальне
- в. Кататонічне
- г. Загальне психомоторне
- д. Обумовлено порушенням свідомості.

5. Студент технічного інституту, 23 роки. Захворювання розвинулося без видимих причин. Став млявим, втратив інтерес до навчання, спілкування із знайомими, до мистецтва і музики, якими раніше "тільки і жив". З'явилися слухові псевдогалюцинації, марення переслідування і гіпнотичної дії. Заявляв, що його думки "читають оточуючі". Практично був абсолютно бездіяльним і байдужим, майже постійно виказував безглузді ідеї різного змісту. Хворим себе не вважає. Визначте синдром.

- а. Синдром Кандінського- Клерамбо
- б. Депресивний
- в. Паранояльний
- г. Апатіко-абулічний
- д. Психопатоподібний синдром.

6. Хворий, 27 років, поступив в клініку після суїцидальних спроб: намагався повіситися, викинутися з вікна. Настрій понижений, вираз обличчя сумний, важко зітхає. Мислення сповільнено. Розмовляє тихо, фрази бідні. Тахікардія, сухі слизисті, поганий апетит. Говорить, що недостойний уваги лікарів, заслуговує покарання за минулі гріхи. Який синдром у хворого?

- а. Апатіко- абулічний
- б. Параноїдний
- в. Депресивний
- г. Психоорганічний
- д. Астенічний.

7. Хворий, 18 років, скаржиться на те, що переживає неприємні відчуття чужості думок, відчуження всіх психічних процесів. Об'єктивно-

спить всю ніч, вранці немає відчуття відпочинку, скаржиться, що не "стулив око". Визначте синдром.

- а. Астенічний
- б. Депресивний
- в. Деперсоналізації
- г. Дерезалізації
- д. Кандінського- Клерамбо.

8. Жінка 35 років 10 років хворіє на туберкульоз легенів. У туберкульозній клініці незабаром почала дивно себе поводити: розмалювала обличчя яскравою косметикою, збирала навколо себе хворих, танцювала, співала з ними. Була збудженою, весь час проводила в товаристві чоловіків, кокеткувала, фліртувала, заводила розмови на сексуальні теми. Всю ніч була відсутня у відділенні ("була на побаченні"). Визначіть психопатологічний синдром:

- А Маніакальний**
- В Психопатоподібний
- С Гебефренічний
- Д Моріоподібний
- Е Істероформний

9. Хворий 45 років, знаходиться в стані повної нерухомості, на запитання лікаря відповідає окремими словами, вибірково. Вираз обличчя скорботний. Зіниці розширені, тиск 100/60 мм рт. ст., пульс 100/хв. Визначіть емоційно-вольове порушення:

- А Депресивний ступор**
- В Кататонія
- С Каталепсія
- Д Галюцинаторно-маячний ступор
- Е Психогенний ступор

Задачі 3 рівня

1. У психічному стані хворої Н., 35 років, спостерігається зниження настрою, утруднення асоціативного процесу, мовно-рухова загальмованість. Висловлює маячні ідеї самозвинувачення, самоприниження. Стан покращується у другій половині дня. Знаходиться на обліку в психіатра 6 років. Визначіть діагноз:

A Маніакально-депресивний психоз

B Циркулярна шизофренія

C Інволюційний психоз

D Неврастенічний невроз

E Реактивна депресія

Призначте лікування у стаціонарі і дайте рекомендації при виписці з відділення.

2. Напад несамовитого порушення емоцій з надзвичайно сильним афектом туги і страху слід виначати як :

A Кататонічне збудження

B Ажитация

C Патологічний афект

D Меланхолічний раптус

E Все вище перераховане

Якою повинна бути терапевтична тактика? Які медикаменти треба застосовувати в першу чергу?

3. Чоловік 40 років, висловлює думки про зраду дружини, наводячи "докази". Неодноразово зчиняв дружині сцени ревності вдома та на роботі, вимагав, щоб вона зізналася у зраді, ображав її, погрожуючи вбивством. Обґрунтувати заходи, які треба взяти для попередження суспільно небезпечних дій при цьому стані?:

А Провести амбулаторне лікування

В Призначити консультацію психіатра

С Призначити консультацію терапевта

Д Призначити консультацію психолога

Е Провести сімейну психотерапію

Встановіть синдромальний діагноз та призначте лікування.

ЛІТЕРАТУРА для студентів

1. Психіатрія /За ред. О.К.Напрієнка.-К., 2003
2. Психіатрія (клініко- діагностичні алгоритми): Навчально- методичний посібник/ За ред. проф. Л.М.Юр'євої.-Д.:АРТ-ПРЕС,2002.-168с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика:Практическое руководство для врачей и студентов.-М.:ТОО «Техлит», 1997.-496с.
4. Бурлачук Л.Ф.,Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике.-СПб.,1999.-518с.
5. Клиническая психиатрия/ Под ред. Н.Е.Бачерикова.- К.:Здоров'я,1989-512с.
6. Руководство по психиатрии /Под ред А.В.Снежневского.-В 2-х томах.-М.:Медицина, 1983.
7. Руководство по психиатрии /Под ред.А.С.Тиганова.- В 2-х томах- М.: Медицина,1999г.
8. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В.Морозова.- В 2-х томах. _М.:Медицина,1988г
9. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-09-9.
10. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.
11. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.