

# **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

«Психологія та психопатологія пам'яті, уваги та інтелекту»

для студентів 4 курсу медичного факультету

(спеціальність «Лабораторна діагностика», спеціалізація –бакалавр)

## **Тема: « Психологія та психопатологія пам'яті, уваги та інтелекту»**

Види та функції пам'яті. Етіопатогенез, класифікація та клінічні прояви розладів пам'яті. Методи практичної психодіагностики пам'яті. Види та функції уваги. Етіопатогенез, класифікація та клінічні прояви розладів уваги. Методи практичної психодіагностики уваги. Етіопатогенез, класифікація та клінічні прояви вроджених та набутих розладів інтелекту. Методи практичної психодіагностики інтелекту. Навички догляду за пацієнтами з розладами пам'яті, уваги та інтелекту»

### **I. Актуальність теми.**

**Пам'ять** - здатність запам'ятовувати, зберігати і в потрібний момент діставати (відтворювати) потрібну інформацію. При більш широкому розумінні до пам'яті відносять і процеси забування. Якби ми не забували непотрібну нам інформацію, хоча б пам'ятали все підряд цінники розкладених на полицях численних товарів у всіх магазинах, в які ми заходили, то скоро серйозно вагалися б у швидкому згадуванні того, що нам потрібно. Крім цього, спогади бувають хворими, важкими - і хороша пам'ять в цьому випадку та, яка від них швидко звільняється.

У пам'яті немає внутрішнього джерела розвитку, вона (за сьогоdnішнім уявленням) формується як би ззовні. Пам'ять формується поступово, спочатку як тваринна пам'ять, у зв'язку з дозріванням нейронних зв'язків і мієлінізацією оболонки нейронів: дитина з перших днів вже відрізняє маму від всіх інших, з 8 місяців дізнаються близьких, з року пам'ятають де шафа з іграшками і що "не можна". При цьому, що відбувалося в нашому житті у нас до трьох років - зазвичай не пам'ятає ніхто, у нас тоді не було тієї спеціальної пам'яті, щоб це закарбувати. Ця спеціальна пам'ять, яку можна назвати власне людською пам'яттю, формується пізніше, з розвитком мови, починаючи десь з трьох років: дитина вже може розповідати, що з ним було, і тепер може фіксувати свої враження.

**Увага** - Психічний процес, що забезпечує концентрацію свідомості на тих чи інших реальних або ідеальних об'єктах.

Феномен уваги з'явився у тварин в процесі еволюції як настороженість, пильність, готовність до дії за першим сигналом, мобілізованність на сприйняття цього сигналу в інтересах дії, як тимчасова загальмованість, яка служить для підготовки до дії.

Розвиток уваги протягом еволюції тісно пов'язане з розвитком тонічної рефлекторної іннервації. Тонічна іннервація забезпечує здатність швидко переходити в стан активного спокою, необхідного для уважного спостереження за об'єктом (тварина завмирає, прислухаючись або придивляючись).

У міру розвитку людини розумної увага починає виражатися в загальмованості сторонньої зовнішньої діяльності й зосередженості на спогляданні об'єкта, заглибленості і зібраності на предмет роздумів.

Всі пізнавальні (когнітивні) процеси, наприклад сприйняття або мислення, спрямовані на той чи інший об'єкт, який у них відбивається: ми сприймаємо що - те, думаємо про що - те, що - то собі уявляємо або уявляємо. Увага - це наскрізний процес, що забезпечує перемикання з одного такого об'єкта на інший.

Тому в кожному з вивчених нами досі процесів завжди є яке - то ставлення особистості до світу, суб'єкта до об'єкта, свідомості до предмета.

Керуючим для уваги є ставлення особистості до світу, суб'єкта діяльності до самої діяльності і до об'єкта діяльності, свідомості - до предметів, за допомогою яких воно відображає і регулює дійсність.

Увага, на відміну від інших процесів, не має власного змісту, воно проявляється всередині сприйняття, мислення, уявлення, мови й інших психічних процесів.

Увага як властивість суб'єкта діяльності - це в першу чергу динамічна характеристика протікання пізнавальної діяльності: воно виражає переважну зв'язок психічної діяльності з певним об'єктом, на якому вона як у фокусі зосереджена. Увага - це виборча спрямованість на той чи інший об'єкт і зосередженість на ньому, заглибленість у спрямовану на об'єкт пізнавальну діяльність. Зміна ставлення суб'єкта до об'єкта виражається в увазі - у зміні

образу цього об'єкта, в його даності свідомості: він стає більш ясним і виразним, як би більш опуклим. Зміни в процесі уваги виражаються в змінах ясності і виразності змісту, на якому зосереджена пізнавальна діяльність.

Оскільки увага виражає взаємовідношення свідомості або психічної діяльності індивіда і об'єкта, в ньому спостерігається і відома двобічність: з одного боку, увага спрямовується на об'єкт, з іншого - об'єкт привертає увагу. Саме ця обставина і дозволяє ввести поняття довільного і мимовільного уваги.

Причини підвищеної уваги до об'єкта криються не тільки в суб'єкті, але і в об'єкті, за певних обставин - насамперед у ньому, в його властивості і якостях. Точніше, вони в об'єкті, взятому в його відношенні до суб'єкта, і в суб'єкті, взятому в його відношенні до об'єкта.

Увага - це внутрішня діяльність під покровом зовнішнього спокою. Якщо вираженням уваги, спрямованого на рухливий зовнішній об'єкт, пов'язаним з дією, є спрямований поза погляд, пильно стежить за об'єктом і переміщується слідом за ним, то при увазі, пов'язаному з внутрішньою діяльністю, зовнішнім вираженням уваги служить нерухомий, спрямований в одну точку, не помічати нічого стороннього погляд людини.

### **Цілі навчання**

**Навчальні цілі заняття:** Вивчити основні властивості інтелектуальних функцій та різноманітні прояви їх розладів.

#### **Конкретні цілі:**

1. Вивчити основні теоретичні положення про пам'ять, увагу та інтелект.
2. Пояснювати нейропсихологічні основи розладів пам'яті, уваги та інтелекту.
3. Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого, у якого є порушення пам'яті, уваги інтелекту.
4. Оцінити симптоми, які указують на розлади пам'яті, уваги та інтелекту.
5. Оцінити дані експериментально-психологічних досліджень хворих.

5.Провести диференційну діагностику різних порушеньпам'яті, уваги та інтелекту.

6.Призначення необхідну терапію при розладах пам'яті, уваги та інтелекту.

### 3. Виховні цілі.

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання допомоги хворим з порушенням інтелекту. Сформувати деонтологічне ставлення та розвинути чуйність щодо особливостей відношення майбутнього фахівця до пацієнта, хворого з наявністю інтелектуальних розладів.

### 4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
<b><u>I.Попередні дисципліни</u></b>		
1. Нормальна анатомія	Знати будову кори , підкоркових центрів та судинної системи головного мозку.	Вміти визначати можливе місце розташування патологічного осередку в ЦНС.
2. Нормальна фізіологія	Засвоїти функціональні можливості різних частин головного мозку в формуванні інтелекту.	Вміти визначати параметри нормального функціонування різних частин головного мозку.
3. Патанатомія	Знати можливі патоморфологічні зміни в судинній системі і мозковій тканини при порушеннях інтелекту.	Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при

<p>4. Патфізіологія</p>	<p>Засвоїти особливості діяльності головного мозку.</p>	<p>інтелектуальних розладах.</p> <p>Вміти визначити клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності при порушеннях інтелекту.</p>
<p><b><u>II. Наступні дисципліни</u></b></p> <p>1. Нейрохірургія</p> <p>2. Неврологія (дитяча неврологія)</p>	<p>Знати початкові ознаки і клінічні особливості перебігу пухлин, гематом, вроджених вад головного мозку.</p> <p>Знати клінічні ознаки порушення розвитку рухової системи та мовлення, в т.ч. у дітей раннього віку, інтелектуальне відставання у розвитку.</p>	<p>Вміти виставити діагноз по клінічним ознакам патології інтелекту.</p> <p>Вміти виставити попередній діагноз (в т.ч. - спадкових хвороб) та призначити лікування.</p>
<p><b><u>III. Внутрішньо предметна інтеграція</u></b></p> <p>1. Органічні порушення головного мозку (ішемічні та геморагічні інсульти,</p>	<p>Знати етіопатогенез та клінічні особливості перебігу атрофічних порушень, мозкових</p>	<p>Вміти призначити план обстеження, визначити основні клінічні симптоми.</p>

субдуральні гематоми, менінгіти, пухлини, атрофічні процеси..).	катастроф та інфекційних захворювань ГМ.	
2. Діагностичні та терапевтичні заходи при порушеннях інтелекту різної етіології.	Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних видах ураження головного мозку.	Вміти призначити диференційоване лікування при різних типах інтелектуальних розладів..

## V. Зміст та структура теми заняття :

### Види пам'яті

Класифікація видів пам'яті

Існують різні типології пам'яті:

по сенсорній модальності - зорова (візуальна) пам'ять, моторна (кінестетическая) пам'ять, звукова (аудиальна) пам'ять, смакова пам'ять, больова пам'ять.

за змістом - образна пам'ять, моторна пам'ять, емоційна пам'ять;

з організації запам'ятовування - епізодична пам'ять, семантична пам'ять, процедурна пам'ять;

за часовими характеристиками - довготривала (декларативна) пам'ять, короткочасна пам'ять, ультракороткочасна пам'ять;

за фізіологічними принципами - обумовлена структурою зв'язків нервових клітин (вона ж довгострокова) і визначається поточним потоком електричної активності нервових шляхів (вона ж короткочасна)

по наявності мети - довільна і мимовільна;

по наявності коштів - опосередкована та неопосередкований;

за рівнем розвитку - моторна, емоційна, образна, словесно-логічна.

<b>Критерій</b>	<b>Вид</b>
<b>Зміст</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• образнапам'ять</li> <li>• словесно-логічнапам'ять</li> <li>• сенсорна пам'ять</li> <li>• емоційна пам'ять</li> </ul>
<b>Час</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• короткочасовапам'ять</li> <li>• довгочасовапам'ять</li> <li>• оперативнапам'ять</li> <li>• промезуточнапам'ять</li> </ul>
<b>Організація запомятовування</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• епізодична пам'ять</li> <li>• семантична пам'ять</li> <li>• процедурна пам'ять</li> </ul>

Властивостіпам'яті

- Точність
- Об'єм
- Швидкість процесів запомятовування
- Швидкість процесів відтворення
- Швидкість процесів забування

### **Класифікація порушень пам'яті**

<b>кількісні</b>	<b>якісні</b>
<p><b>гіпермнезії</b></p> <p><b>гіпомнезії</b></p> <p><b>амнезії</b> (фіксаційна, ретроградна, антероградна, конградна, прогресуюча, перфораційна, ретардирована,</p>	<p><b>парамнезії:</b> конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії</p>

**Порушення пам'яті**

**Порушення пам'яті** - найбільш часто зустрічається клінічна проблема. Найрізноманітніші порушення психічної діяльності можуть маскуватися під удаваними розладами мнестической функції: порушення уваги мотиваційної, вольової, емоційної сфер. Буває так, що пацієнти скаржаться на порушення функції пам'яті, тоді як експериментально-психологічне дослідження (ЕП) цього не підтверджує. І навпаки, в епі є дані про мнестичних порушеннях, а у професійній діяльності ці порушення не проявляються (наприклад, коли робота пов'язана з актуалізацією ручних навичок і робота здійснюється автоматично, без необхідності запам'ятовування деталей конкретної ситуації - оперативна пам'ять не задіяна, а задіяна тільки довгострокова ). Все це підтверджує значущість функціонального підходу до вирішення проблеми мнестичних порушень (порушення функцій пам'яті - запам'ятовування, збереження та відтворення) і аналізу цієї проблеми з погляду будови пам'яті, динаміки мнестичних процесів і мотивації.

Головними функціями людської пам'яті є цілеспрямоване запам'ятовування, збереження і довільне відтворення інформації. Запам'ятовування пов'язане з нейрофізіологічним процесом консолідації - закріплення коду інформації про який-небудь подію або факт. З точки зору сучасної фізіології пам'яті, кодування інформації протікає в такий спосіб: сприйняття - зв'язання зі зразком в довготривалій пам'яті - впізнавання / невідзнавання - утворення тимчасових кодів в короткочасній пам'яті під регулюючим впливом виборчої уваги - консолідація нового коду в довготривалій пам'яті. Спочатку в мозку зберігається деяке число слідів сприйняття, відібраних увагою. Ці сліди порівнюються з вже наявними кодами - енграми, т. Е. Слідами пам'яті, сформованими в результаті життєвого досвіду. Якщо подія «дізнається», то відбувається «оновлення» наявного коду і встановлюються нові комплексні зв'язку, в результаті чого виникає новий код короткочасної пам'яті. Якщо подія «не впізнати», то також створюється комплексний код з різних компонентів

сприйнятої інформації. Нові коди утримуються в короткочасній пам'яті, поки вони включені в певну операцію, а потім або зникають, або включаються в кодованому вигляді в яку-небудь систему пізнавальних зв'язків («консолідується»), переходячи з короткочасної пам'яті в довготривалу.

Таким чином, взаємодія короткочасної і довготривалої пам'яті при запам'ятовуванні носить не лінійний, а перемежується характер, коли взаємодія весь час зачіпає різні компоненти сприйнятої інформації. Чим складніше і сильніше будуть пов'язані в процесі запам'ятовування різні часові коди про одне й те ж подію, чим сильніше емоційний фон запам'ятовування, тим повільніше відбувається забування. Істотну роль в запам'ятовуванні грає логічна організація матеріалу.

Запам'ятовування має не тільки довільний, пов'язаний з концентрацією уваги характер, але й мимовільний, пов'язаний з домінуючою мотивацією.

Збереження інформації - погано вивчений процес. Відомо, що зберігання інформації не передбачає збереження її повноти і незмінності: інформація зазнає змін в процесі зберігання, пов'язані з впливом мислення. Як наслідок в процесі збереження інформація завжди трансформується або деформується.

Довільне відтворення інформації пов'язане з виділенням необхідних відомостей з усього зберігається пам'яті матеріалу під впливом мотивуючого фактора (необхідності), коли людина активно вибирає з усього масиву даних тільки потрібні компоненти, «витормаживая» побічні образи і факти. При відтворенні інформація також може деформуватися в результаті поєднання з новими враженнями.

При розгляді клінічних порушень пам'яті необхідно дотримуватися поділу пам'яті як психічної функції на два типи: декларативну і процедурну пам'ять.

Під декларативною (експліцитно) пам'яттю розуміється довільна пам'ять на події та об'єкти. Вона локалізується в медіальних частинах скроневих часток, включаючи гіпокампальних область, а також енторіальную, парагіпокампальную кору і ядра таламуса (медіодорсальні і передні).

Під процедурної (імпліцитної) пам'яттю розуміється пам'ять на дії та навички, звички, умовні способи поведінки. Така пам'ять може протікати без участі свідомості і волі. Вона локалізується у відповідних сенсорних і моторних відділах мозку.

Порушення пам'яті практично завжди зачіпають декларативну, а не процедурну пам'ять. У повсякденному сенсі під пам'яттю теж розуміється саме декларативна пам'ять.

Ще одним пунктом, необхідним для розуміння клінічних порушень пам'яті, слід визнати поділ пам'яті за характером інформації, що запам'ятовується на семантичну і епізодичну (автобіографічну).

**Семантична пам'ять** - це пам'ять, в якій закодовані і збережені тільки основні значення інформації, особливі характерні ознаки події або об'єкта, що дозволяють відрізнити його від інших феноменів або включити його в загальний клас по типу «частина - ціле».

Епізодична пам'ять являє собою форму пам'яті, у якій інформація зберігається з усіма супутніми їй випадковими «мітками» про те, де, коли і як була отримана ця інформація.

У нормі запам'ятовуванню піддається семантична інформація, тоді як епізодична у міру тимчасового дистанціювання від події втрачається. У разі порушень пам'яті змінюється співвідношення процесів консолідації семантичної і епізодичній інформації: епізодична домінує або «заважає» відтворення основної інформації.

В цілому при порушеннях пам'яті йдеться про порушення збереження, пошуку і встановлення функціональних зв'язків між різними кодами інформації про події та об'єктах. Оскільки пам'ять тісно пов'язана з мовою, мисленням, сприйняттям, емоціями і довільними діями, то її порушення бувають настільки характерними, що можуть служити найважливішим діагностичним критерієм в розпізнанні деяких гострих і хронічних психічних захворювань. Специфічні порушення пам'яті можуть свідчити про наявність процесуального психічного захворювання, про різні варіанти недоумства (деменції).

Виділяють наступні клінічні типи порушень пам'яті:

Дісмнезії називають формальні розлади динамічних процесів пам'яті. Парамнезій називають патологічну продукцію мнестичних процесів. Не завжди розлади пам'яті (особливо формальні) є ознакою психічного захворювання. Вони можуть зустрічатися і у психічно здорових людей при особливих умовах (у стані перевтоми, афекту, астенії, викликаній соматичною хворобою, і т. П.). Але дуже часто порушення пам'яті входять в структуру психічного дефекту при різних психічних захворюваннях і аномаліях.

Гіпермнезії - мимовільне поживлення пам'яті, що проявляється в підвищенні здатності відтворення давніх, незначних, малоактуальних подій минулого. При цьому слабшає запам'ятовування поточної інформації і підвищується здатність відтворювати давно забуті події минулого, незначні і малоактуальні для хворого в сьогоденні. При цьому особливо сильно страждають довільне запам'ятовування і відтворення. При гіпермнезії відзначається посилення механічної пам'яті при значному погіршенні показників логіко-сміслової пам'яті. Дане порушення пам'яті може зустрічатися при особливих станах свідомості, в гіпнотичному сні, при прийомі алкоголю і деяких наркотиків, а також при різних психічних захворюваннях (в окремих випадках шизофренії, психопатії, при маніакальних і гіпоманіакальних станах та ін.).

**Гіпомнезія** - часткове випадання з пам'яті інформації. Порушується здатність запам'ятовувати, утримувати і відтворювати окремі події або їх деталі («прорешлівая пам'ять», коли пацієнт згадує не все, що повинен був згадати, тільки найважливіше, яскраве або часто повторюване). Слабо відтворюються дати, імена, терміни, цифри.

Гіпомнезії є найбільш часто зустрічаються клінічними розладами пам'яті. Гіпомнезія може бути тимчасовою, епізодичною, але може мати і стійкий, необоротний характер. Такі порушення пам'яті можуть стосуватися однієї або декількох модальностей (зорової, слухової і т. П.). Гіпомнезія входить в структуру багатьох психопатологічних синдромів (невротичного,

психоорганічного та ін., А також є симптомом природженого або придбаного недоумства).

**Амнезія** - повне випадання з пам'яті подій, що мають місце в певний період. Амнезії є основним об'єктом клінічної психології. Їх можна класифікувати за різними підставами. Розрізняють амнезії по відношенню до подій, що відбуваються в різний час від початку розлади, по порушеною функції пам'яті і по динаміці прояви розлади пам'яті.

По відношенню до подій, що відбуваються в різний час від початку розлади, виділяють наступні **типи амнезій**:

- 1) ретроградна - випадання з пам'яті подій до початку (гострого періоду) хвороби (розлади); ретроградна амнезія може виникнути, наприклад, після черепно-мозкової травми;
- 2) конградная - випадання спогадів про події в гострий період хвороби (розлади);
- 3) антероградная - втрата спогадів про події, що відбуваються після гострого періоду хвороби (розлади); антероградную амнезію можна спостерігати після ушкоджень в гіпокампі або хронічних отруєнь, а також при деменція.
- 4) антероретроградная - випадання подій, що відбувалися до, під час і після гострого періоду хвороби (розлади); швидше за все, виникає в результаті тимчасової нестачі кровообігу в гіпокампі.

**За порушеною функції пам'яті розрізняють такі типи амнезій:**

- 1) **фйксаційна** - на поточні і недавні події;
- 2) **анекфорія** - нездатність відтворення інформації без підказки;
- 3) **прогресуюча** - спочатку наступають труднощі в спогаді, потім настає забудькуватість на поточні і недавні події, потім забуваються всі більш віддалені події. Спочатку страждає пам'ять часу скоєння віддалених подій, а потім страждає пам'ять змісту подій. Спочатку - менш організоване знання (наукове, мови). Потім - багаторазово траплялися події. Потім забуваються факти із збереженням афективної пам'яті. Потім йде розпад праксические пам'яті - пам'яті навичок, і настає апраксія.

### **Задинамікою прояви розлади пам'яті виділяють наступні амнезії:**

- 1) ретардирована - забування настає через деякий час після ЕПІ; якийсь час добре пам'ятає, але через короткий час - уже не може відтворити (наприклад, коротка розповідь).
- 2) стаціонарна - стійке порушення пам'яті без видимих змін (поліпшень або погіршень) у часі;
- 3) лабільна (переривчаста) - порушення коливаються протягом часу - то виникають, то зникають;
- 4) регресуючим - амнезія з частковим відновленням пам'яті.

Порушення динаміки мнестичних процесів служить не стільки індикатором порушення пам'яті у вузькому сенсі, скільки ознакою истощаємості психіки, нестійкою працездатності (яка визначається відношенням до навколишнього і до себе, особистісної позицією в ситуації, здатністю регуляції поведінки, цілеспрямованістю зусиль). Порушена динаміка успішно коригується самими пацієнтами через додаткові кошти опосередкування. Порушення динаміки можуть бути пов'язані і з порушеннями афективної сфери особистості.

Амнезії можуть бути обумовлені або втратою збереженої інформації при переведенні її з короткочасної пам'яті в довготривалу, або помилками в процесі пошуку ситуативно необхідної інформації (функціонально зумовленими гальмуваннями зв'язку між кодами). Перший тип порушень пам'яті (втрата інформації) отримав назву «порушення пам'яті типу А» (дегенеративні амнезії). Він викликається нещасним випадком, фізичною травмою, інтоксикаціями, хворобами головного мозку і судинними змінами в мозку. Дегенеративні процеси руйнують саму матеріальну основу мнестической функції психіки. Основною ознакою порушення типу А є втрата інформації. Амнезії типу А отримали назву «істинних амнезій». Справжні амнезії в клінічному сенсі включають в себе наступні ознаки порушень пам'яті:

- а) збережений рівень інтелекту;
- б) не зачеплена короткочасна пам'ять;
- в) переважає антероградний аспект пам'яті.

Сьогодні вважається, що при істинних амнезіях найчастіше порушується кодування епізодичної (контекстуальної або автобіографічної) інформації, що супроводжує інформацію про сенс події. Смыслова пам'ять більшою мірою визначає наше знання про що-небудь, тоді як епізодична пам'ять характеризує саме спогад про особисті обставини цього знання (як воно пов'язане саме з нами). Цією обставиною можна пояснити парадокс, при якому людина з істинною амнезією може успішно виконувати завдання тесту і запам'ятовувати поточну абстрактну інформацію, але не може згадати події зі свого життя.

Другий тип порушень пам'яті (помилки пошуку) отримав назву «порушення пам'яті типу В» (дісоціативні амнезії). При такому типі амнезій інформація міститься у вигляді нейронного коду, однак, він не може бути актуалізований. Найбільш часто людина з амнезією типу В відчуває почуття, що «щось крутиться на язиці, але сказати точно - важко». Основною ознакою порушень типу В є дисоціація між змістами різних кодів інформації. До амнезій типу В відносяться невротичні забування (дисоціації), постгіпнотическіе забування, феномен «вже баченого (пережитого)», а також феномен «подвійного свідомості». Оскільки фактично випадання з пам'яті інформації при амнезії типу В не відбувається, їх часто називають парамнезіями. Так як дісоціативні втрати пам'яті викликані «блокуванням» зв'язки між різними змістами пам'яті, тому спогад такого зв'язку, що мала місце в реальності, більше неможливо. У цьому сенсі такий вид психологічного захисту, як витіснення, також можна розглядати як різновид порушення пам'яті типу В. Так як безперервність і цілісність сприйняття є необхідною якістю свідомості порушення зв'язків між запомненою інформацією компенсуються утворенням нових зв'язків, що зберігають для особистості суб'єктивну безперервність плину часу і послідовності подій, а також їх осмисленість і включеність у особисту історію (автобіографію).

**Зміни пам'яті типу А («справжні амнезії»)** виникають при неврологічних порушеннях, тоді як порушення пам'яті типу В (парамнезії) виникають в рамках психічних порушень.

Найбільш типовими психопатологічними розладами змістовної сторони пам'яті (патологічної продукцією пам'яті) є парамнезії - обмани пам'яті. Розрізняють декілька видів парамнезій.

**Псевдоремінісценції** - помилкові спогади, ілюзії пам'яті. Дійсні події згадуються в іншому часовому інтервалі (частіше перенесення з минулого в сьогодення - заміщаються провали в пам'яті, що виникли внаслідок фіксаційної або прогресуючої амнезії). Один з варіантів - життя в минулому, коли минулі події життя починають сприйматися як справжні, починають відбуватися помилкові впізнавання людей з адекватним цим впізнавання поведінкою. Іноді такий варіант супроводжується симптомом невпізнавання себе в дзеркалі.

**Кріптомнезії** - спотворення пам'яті, при яких відбувається відчуження або присвоєння спогадів. Наприклад, побачене в кіно, прочитане в книзі сприймається як пережите. Або навпаки - особисті події сприймаються як чужі.

**Ехомнезії** - обмани пам'яті, при яких нова подія сприймається як схоже з тим, яке вже мало місце. Інша назва цього виду парамнезій - феномен «вже баченого» (фр. - *Deja vu*), «вже почутого» (фр. - *Deja entendu*) або «вже обдуманого» (фр. - *Deja pense*). При такому розладі поточне сприйняття події одночасно проектується в сьогодення і в минуле. Феномен «вже баченого» характеризується переконаністю людини в тому, що він вже колись переживав подібну подію, але не може вказати, де і коли воно відбувалося. При *дежа вю* подія сприймається як повністю ідентичне події з минулого. Крім феномена *дежа вю* до ехомнезій також відносять парамнезії Піка - це такий різновид спогади «вже пережитого», коли людина тільки відзначає деяку схожість ситуації, але розуміє, що воно не ідентично минулих подій.

**Конфабуляції** - вигадки пам'яті - помилкові спогади з переконаністю в їх істинності. Заміщають конфабуляції - заповнюють провали в пам'яті, мають буденне зміст, професійно-побутове, нестійке в часі, лабільне за фавулою, у міру розмови фавула обростає новими деталями - «спогадами».

**Увага** - це динамічний зв'язок свідомості з об'єктом, більш-менш тісний, чіпка; в дії, в діяльності вона і кріпиться. Лише роблячи подумки яку - небудь діяльність, спрямовану на об'єкт, можна підтримати зосередженість на ньому своєї уваги.

К.С. Станіславський писав: "Увага до об'єкта викликає природну потребу щось зробити з ним. Дія ж ще більше зосереджує увагу на об'єкті. Таким чином, увага, зливаючись з дією і взаємопереплетени, створює міцний зв'язок з об'єктом".

Інтелект відіграє дуже важливу роль в житті кожної людини, є базою, фундаментом активної творчої діяльності, оволодінням новими знаннями і навичками. Важливість достатньої інтелектуальної функції для успішної соціальної адаптації важко переоцінити. Особливе значення ця оцінка важлива при психічній хворобі. Актуальність проблеми розладів інтелекту полягає у зв'язку із збільшенням процентного співвідношення людей похилого віку. Вміння вірно оцінити розлади інтелекту дуже важливе в підготовці лікаря. Підкреслюються наступні моменти. Необхідно враховувати стан інтелектуальних функцій пацієнта при оцінці його скарг та даних анамнезу. Значення цих розладів для діагностики психічних захворювань, особливо при органічних ураженнях головного мозку.

### **Патологія уваги**

Порушення уваги є одним з найважливіших симптомів патологічного стану мозку, і його дослідження може внести важливі дані в діагностику мозкових поразок.

При масивному ураженні глибоких відділів мозку (верхнього стовбура, стінок третього шлуночка, лімбічної системи) можуть мати місце тяжкі порушення мимовільної уваги, що проявляються у вигляді загального зниження активності і виражених порушень механізмів орієнтовного рефлексу.

Ці порушення можуть носити різний характер:

1) характер випадання. Порушення проявляється в тому, що орієнтовний рефлекс нестійкий і швидко згасає;

2) характер патологічного подразнення стовбурових і лимбических систем, в результаті якого раз виникли симптоми орієнтовного рефлексу не згасав і протягом тривалого часу подразники продовжують викликати негасимі електрофізіологічні і вегетативні (судинні і рухові) реакції.

Іноді звичайні ознаки орієнтовного рефлексу можуть брати парадоксальний характер, подразники починають викликати замість депресії екзальтацію альфаритму або замість звуження судин у відповідь на пред'явлення сигналів їх парадоксальне розширення.

У клінічній картині ці порушення позначаються в тому, що хворі проявляють різкі ознаки млявості, инактивності і або взагалі не відповідають на роздратування, або ті відповідають на них тільки при постійних додаткових подразниках. У разі патологічної перезбудження мозкових систем верхнього стовбура і лімбічної області хворі, навпаки, проявляють ознаки підвищеної збудливості, відчувають постійну тривогу, підвищену відволікання якими подразненнями і емоційними збудженнями.

Особливе значення для клініки мають порушення довільної уваги. Вони виявляються в тому, що хворий легко відволікається на кожен побічний подразник, проте організувати його увагу, поставивши перед ним певне завдання або давши відповідну словесну інструкцію, виявляється неможливо. У психофізіологічних дослідженнях це можна бачити, якщо після того, як у хворого згасли ознаки орієнтовного рефлексу, пред'являти йому відповідну задачу, наприклад, вважати сигнали, стежити за їх зміною і т. П. Якщо в нормі така інструкція, як ми вже бачили вище, призводить до стабілізації електрофізіологічних симптомів орієнтовного рефлексу, то при мозкових ураженнях адресована хворому мовна інструкція не викликає ніякого зміцнення орієнтовної реакції.

Найбільш типові приклади порушення вищих форм уваги дають хворі з ураженням лобових часток мозку (особливо їх медіальних відділів). У цих хворих часто не можна спостерігати ніякого випадання орієнтовного рефлексу на зовнішні сигнали; іноді їх мимовільну увагу буває навіть підвищеним, і

хворий легко відволікається на кожне побічне роздратування (шум в палаті, відкриття дверей і т. п.); проте зосередити його на виконання якого-небудь завдання, підняти тонус мозкової кори мовної інструкцією виявляється неможливо, а пред'явлення мовної інструкції (вважати сигнали, стежити за зміною) не викликає у такого хворого ніяких змін в електрофізіологічних і вегетативних симптомах орієнтовного рефлексу. Іноді цей тип порушень, що є фізіологічною основою зміни поведінки у хворих з ураженням лобових часток мозку, виявляється основним для їх діагностики.

Характерно, що такий тип порушення мовної регуляції орієнтовного рефлексу має місце тільки при ураженнях лобових часток мозку і не зустрічається при поразці інших відділів. Це говорить про ту визначну роль, яку лобові частки мозку людини відіграють у процесі утворення міцних намірів і у здійсненні контролю над протіканням поведінки.

Природно, що такі форми порушення довільної уваги призводять до істотних змін всіх складних психологічних процесів. Саме в силу цих порушень хворі з ураженням лобових часток мозку відрізняються наступним:

- 1) виявляються не в змозі зосередитися на вирішенні запропонованої ним завдання;
- 2) не можуть створити міцну систему виборчих зв'язків, відповідну даної їм програмою дій;
- 3) легко зісковзують на побічні зв'язку, замінюючи планомірне виконання програми імпульсивно реакціями на будь-який побічний подразник або на повторення раз виникли стереотипів, які давно втратили своє значення, але легко зривають почалася цілеспрямовану діяльність.

Ось чому легка втрата вибірковості у виконанні будь-якої інтелектуальної операції є одним з істотних ознак ураження лобових часток мозку.

Істотні порушення уваги можуть мати місце і при тих захворюваннях мозку, які характеризуються патологічним гальмівним (фазовим) станом кори.

При таких станах (характерних для різкого виснаження або снопоподобних - «онейроїдних» станів) описаний І. П. Павловим «закон сили», при якому

сильні подразники викликають сильні, а слабкі - ослаблені реакції, порушується.

У відносно нерізких «фазових» станах кори як сильні, так і слабкі подразники починають викликати однакові реакції, а при подальшому поглибленні цих станів, відомому як «парадоксальна фаза», слабкі подразники починають викликати навіть більш сильні реакції, ніж сильні подразники.

Природно, що при таких станах стійка увага до поставленого завдання стає неможливим, і увага починає легко відволікатися всякими побічними подразниками.

Відмінність нестійкості довільного уваги від тих грубих форм його порушення, які виникають при ураженнях лобових часток мозку, полягає в тому, що в цих випадках мобілізація уваги шляхом посилення мотивів, звернення до опорних допоміжних засобів і зміцнення мовної інструкції призводить до компенсації його недоліків. У той час як при ураженні лобових часток, руйнують основний механізм регуляції довільної уваги, цей шлях може не давати потрібного ефекту. Нестійкість довільної уваги виникає не тільки при виражених патологічних станах мозку, але і при таких станах нервової системи, які викликаються виснаженням і невротами, іноді вона відображає індивідуальні особливості особистості. Тому дослідження стійкості уваги із застосуванням всіх об'єктивних психофізіологічних і психологічних методів може мати велике діагностичне значення.

**Інтелект** (розуміння, збагнення, розум в перекладі з грецького, латинського) визначають як стійку здібність індивіда до розумових функцій з можливістю утворювати відвернуті поняття, думки і висновки, разом з увагою, пам'яттю, запасом слів, а також афектно-вольовими властивостями, що дозволяє людині розумно мислити і діяти, добре справлятися з життєвими ситуаціями, активно і успішно використовувати досвід і знання в своїй практичній діяльності. Є різні теорії оцінки інтелекту, ролі чинників спадковості і середовища в його розвитку, підходи до його вимірювання. Вельми дискусійне вимірювання

інтелектуального коефіцієнта на західний зразок, заснований на визначенні швидкості рішення тестових задач.

Дослідження інтелекту в теперішній час змістилися на вивчення творчого або креативного мислення. Гілфорд, розглядаючи концепцію інтелекту, виділив два типи мислення: конвергентне і дивергентне. **Конвергентне**, для знаходження рішення, будується по відомому алгоритму, його називають вертикальним. Це мислення пов'язане з копанням ями в глибину. **Дивергентне**, «яке приводить до оригінальних рішень», називають матеріальним. Латеральне мислення пов'язує з «копанням ям у іншому місці», але що приводить до оригінальних результатів. Деякі психологи (Фергюсон) вважають, що творчі здібності не створюються, а вивільняються. Творча особа цікавиться досвідом різних знань, їй чужі догматизм і конформізм. Ці люди, нерідко, з дитячою здатністю дивуються і мріють. Вимірювання креативного потенціалу розробляється, а поки єдино надійним методом визначення здібностей інтелекту є розумові творчі можливості і реальні досягнення в практичному житті.

Види інтелекту: вербальний та практичний. Форми організації інтелекту: Здоровий глузд - мають на увазі процес адекватного віддзеркалення реальної дійсності, що базується на аналізі сутнісних мотивів поведінки навколишніх людей при використанні раціонального способу мислення. Здоровий глузд дозволяє людині уникати логічних помилок при оцінці і інтерпретації зовнішніх ситуацій і відповідно до цього вибирати найадекватніший спосіб взаємодії з оточуючими. Розсудом позначається процес пізнання реальності і спосіб діяльності, заснований на використуванні формалізованих знань, трактувань мотивів діяльності учасників комунікації. Розум – це вища форма організації інтелекту, при якій розумовий процес сприяє формуванню теоретичних знань і творчого перетворення дійсності. По іншому, розумом позначається щонайвищий ступінь логічності, прояв "чистої" раціональності, відмежованої від яких би то небудь моментів спонтанності, свавілля, фантазії, інтуїтивних прозрінь. Інтелектуальне пізнання може використовувати

раціональний і ірраціональний способи. Раціональне близьке до наукового підходу і оцінки подій і явищ, тобто воно вимагає застосування формально-логічних законів, висунення гіпотез і їх підтвердження. Ірраціональне спирається в пізнанні на неусвідомлювані чинники, не має строго заданої послідовності і не вимагає використовувати доказу істинності логічних законів.

### Класифікація порушень інтелекту

Деменція	Малоумство (Розумова відсталість)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- лакунарна</li> <li>- тотальна</li> <li>- концентрична (епілептична)</li> <li>- транзиторна (апатична, шизофренічна)</li> </ul>	<p>в ступені</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дебільності</li> <li>- імбіцильності</li> <li>- ідіотії</li> </ul> <p>(легка, помірна, важка, тяжка)</p>

Основні диференціально-діагностичні ознаки ступенів малоумство :

Ступінь малоумство	Дебільність	Імбіцильність	Ідіотія
Симптоматика			
Абстрактне мислення на початковому рівні	+	-	-
Конкретно-образне та наглядно-дійсне мислення	+	+	-
Здібність навчання у допоміжній школі	+	-	-
Здібність до самообслуговування	+	+	-
Здібність до елементарним формам праці	+	+	-
Аномалії розвитку зовнішності	+/-	+	+

Здібність ходити, стояти	+	+	+/-
Диференційоване сприйняття оточуючого	+	+	-
Здібність осмислювати нову незнайому ситуацію	+	-	-
Здібність розмовляти	+	+	-

Порушення інтелекту, як правило, описують на підставі різного ступеня зниження здібностей до рішення проблем і задач, зниження розумових здібностей. **Малоумство** є збірною групою різних за етіологією, патогенезом та клінічним проявом непрогресивних патологічних станів. Загальна ознака наявності природженого чи набутого в ранньому дитинстві загального та психічного недорозвинення з переважанням інтелектуальної недостатності. За ступенем психічного недорозвинення виділяють дебільність, імбецильність та ідіотію.

При дебільності хворі не здатні абстрактно мислити. У них переважає конкретно-описовий тип мислення. Програму загальноосвітньої школи засвоїти не можуть. Вони можуть навчатися в допозній спеціальній школі. Інтелектуальний коефіцієнт (IQ) дорівнює 70-50. Імбецильність - середній ступінь затримки психічного розвитку. Хворі не можуть формувати поняття. Можуть набути навичок самообслуговування. Володіють невеликим запасом слів. Потребують нагляду. IQ дорівнює 49-20. Ідіотія - найтяжчий ступінь природженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. Хворі не можуть мислити і говорити, промовляють лише окремі звуки. Пізно починають ходити, не набувають навичок самообслуговування, неохайні. IQ у них до 20.

Для виявлення ступеню зниження інтелекту окрім клінічного обстеження хворих студенти повинні навчитися використовувати також і експериментально-психологічні тести:

### **Методи дослідження інтелекту та пам'яті**

## **Клінічне обстеження хворого**

### **Експериментально-психологічні дослідження:**

тести зорової та слухової пам'яті

проби на запам'ятовування 10 слів

психометрична шкала Векслера

пiктограма по О.Р.Лурія

тест Равена

методики класифікації, узагальнення, ділення понять, виключення 4 –го зайвого

розуміння переносногоглузду прислів'їв, приказок, сюжетного змісту картин, розповідей.

### **Догляд за хворими**

Деменція - це повільно і поступово набуте недоумство. На початкових стадіях захворювання людина втрачає пам'ять, здатність мислити, практичні навички; змінюється його особистість аж до її втрати та розладів поведінки.

### **Розлади поведінки характерні для деменції:**

Ховання речей;

Чіпляння за піклувальника;

Безцільне бродіння;

Занепокоєння по вечорам;

Відсторонення і пасивність;

Сумнівність і звинувачення в крадіжці;

Маячення і галюцинації;

Гнів і агресія;

Змішаний стан (можуть виникнути в результаті низького кров'яного тиску).

### **Догляд за хворими, що страждають на психоз судинного походження**

З роками зазвичай розвивається загальний склеротичний процес в судинах, в тому числі і в судинах, які живлять головний мозок. Іноді, досить рідко, цей склеротичний процес настільки значний, що харчування головного мозку істотно страждає і можуть розвинутися психічні розлади. У чому вони полягають?

Насамперед це розлади пам'яті. Хворі не можуть запам'ятати того, що тільки що відбулося, вони не можуть нічого утримати в пам'яті і відтворити. Вони не пам'ятають того, що їли, хто до них приходив, що їм принесли, куди вони поклали ту чи іншу річ. Такі порушення пам'яті породжують розгубленість, невпевненість, беспорядність. Хворі розуміють, що пам'ять у них не в порядку, вони нерідко намагаються приховати це, знайти вихід з незручного становища. Наприклад, хвора з важким розладом пам'яті вже давно не може допомагати в домашньому господарстві, але каже, що вона вранці ходила в магазин за продуктами для обіду. Не треба розцінювати такі висловлювання хворих як прояв їх брехливості. Це просто бажання якось приховати свою неповноцінність.

Тим часом події, давно минулі, зберігаються в пам'яті набагато краще. З розвитком хвороби вони також втрачаються з пам'яті хворого. Посилюється плаксивість, сльози легко з'являються і при сумних, і при радісних подіях. Психічне життя убожіє, інтереси тьмяніють, все нове осягається насилу, посилюється дратівливість.

Коли ці розлади виражені ще нерізно, догляд за хворими зводиться в основному до того, щоб по можливості щадити їх, не викликати роздратування, не підкреслювати їх беспорядності. Якщо дорослі родичі будуть вести себе по відношенню до хворих терпляче і тактовно, весь час пам'ятаючи про те, чим вони зобов'язані своїм старіючим близьким, то й діти в родині будуть також щадити їх, не стануть сміятися над їх розумовою та фізичною неповноцінністю.

При наростанні склеротичного процесу та посиленні всіх психічних розладів догляд за все більш беспорядними хворими ускладнюється. Дуже важливо впорядкувати їх харчування, зменшити споживання солі, жирів, рідини.

Переважні молочно-рослинна їжа і рослинні жири. Не треба перегодовувати хворих перед сном і взагалі необхідно регулювати кількість їжі, бо інакше хворі переїдають і цим завдають додаткової шкоди своєму здоров'ю.

У хворих з судинними розладами легко виникає запор. Якщо не стежити за їх стільцем, можуть розвинутися явища кишкової непрохідності з важкими наслідками. Таким хворим слід через кожні сутки-ставити очисну клізму.

Враховуючи забудькуватість хворих, слід так організувати їх побут, щоб вони не могли запалити газ, бо вони неодмінно забудуть погасити його або відкриють і запалять неправильно. Слід просто вимикати газ на той час, коли хворий залишається один в квартирі.

Потрібно нагадувати хворим про необхідність відвідати вбиральню, проводити туди, тоді буде менше випадків неохайності. Нарешті, завжди потрібно мати на увазі, що хворі можуть вийти з дому погуляти або вирішать кого-небудь відвідати і не закриють кімнати, квартири, що не одягнуться як слід, не знайдуть зворотної дороги додому.

Якщо на тлі описаних психічних порушень раптово у хворих з'являються слабкість, запаморочення, не цілком ясна свідомість, то слід припустити можливість порушення мозкового кровообігу. У цих випадках потрібно негайно викликати лікаря і ще до його приходу укласти хворого, покласти йому холод на голову, грілку до ніг, поставити гірчичники на потилицю і на ікри. При цьому хворі можуть бути неспокійні, вони пориваються встати, кудись йти. Необхідно утримувати їх в ліжку. Не можна піти на роботу і залишити хворого одного до приходу лікаря. Лікар видасть лікарняний лист по догляду за хворим, якщо він знаходиться в такому важкому стані.

### **Догляд за хворим старечим недоумством**

Догляд за хворим сенільною деменцією Однозначно можна сказати, що найкраще впорається з доглядом за таким хворим професійна доглядальниця, так як такий фахівець буде знати, чого можна очікувати від хворого і як буде

розвиватися його хвороба. Незнання цих особливостей може тільки погіршити і без того важке становище хворого.

Також не рекомендується доглядати за хворими сенільною деменцією в домашніх умовах, так як в житло людини завжди знаходиться величезна кількість предметів і об'єктів, які можуть становити небезпеку (ножі, виделки, електричні розетки і так далі). Крім того, рекомендується годувати хворих постійно яким-небудь одним блюдом, так як різноманітність може запроваджувати їх в замішання через порушення когнітивних (розумових) здібностей. Важливо також допомагати хворому при відвідуванні туалету, іноді можуть знадобитися підгузники для дорослих.

Люди, що страждають сенільною деменцією, іноді бувають надмірно дратівливі й агресивні, що в ще більшому ступені ускладнює догляд за ними.

Таким чином, догляд за хворим старечої деменцією вимагає від персоналу куди більше відповідальності та залучення в процес, ніж догляд за звичайними терапевтичними пацієнтами. Особливо важливо при цьому зберігати до хворого гуманне ставлення, повага до його особистості, адже всі його поведінкові реакції, які в даний час є суспільно неприйнятними, - це не більше ніж наслідки його важкої хвороби, а не риси характеру.

Якщо хворі деменцією отримують належний догляд і людське ставлення, то це безсумнівно веде до поліпшення їх стану. В комфортних умовах у пацієнтів переважає гарний настрій, зберігається тонус, що веде до повернення адекватного стану психіки.

При забезпеченні догляду за хворими деменцією важливо пам'ятати, що при цьому розладі дуже поширені побутові травми, пов'язане з незручністю хворого, порушенням його координації. Тому обстановка кімнати або палати, в якій знаходиться пацієнт, не повинна мати багато об'єктів, які можуть стати причиною отримання травми. Також важливо, щоб підлога була не слизькою.

Що стосується особистої гігієни, то рекомендується, щоб хворий приймав душ, ніж ванну, так як це позбавляє від зайвих труднощів і ризику отримання травми.

Як видно з вищесказаного, в домашніх умовах створити комфортні умови для хворого сенільною деменцією практично нереально, тому рекомендується поміщати таких людей в спеціальні пансіони, обладнані належним чином для лікування таких хворих. Якщо такої можливості немає, то можна скористатися послугами медичної сестри-доглядальниці, яка може надати професійний догляд за хворими деменцією.

Протягом останніх 30 років у всьому світі висловлюється необхідність розширення медичної, соціальної, педагогічної допомоги розумово відсталим людям.

Домінуючим напрямом в її наданні являється «нормалізація», тобто найбільш наближену життєвої моделі до нормальної. При цьому «нормалізація» не виключає психіатричної діагностики та необхідності індивідуального навчання.

Розвиток широкого спектра допомоги: тимчасового догляду, денного перебування, працевлаштування, спеціальної освіти-все це стало важливим для людей з розумовою відсталістю.

**Допомога людям з розумовою відсталістю** надають команди (бригади) соціалістів. Призначення цих команд у розподіленні доступу до ресурсів медичної та соціальної допомоги, якої потребують пацієнти. Оскільки лікар загальної практики є найбільш частою особою, що надає допомогу пацієнтам з розумовою відсталістю, то він являється невід'ємною частиною команди. Теоретично, інтегровані системи більш пристосовано для надання допомоги розумово відсталим, ніж системи, що базуються на галузевих принципах. Проте практично вони теж не здатні надавати послуги, адекватні вимогам даного контингенту хворих. Частина труднощів в координації між секторами заключає в тому, що фахівці первинної ланки повинні контролювати процес надання допомоги. А вони найчастіше уникають ролі керівника.

процесу, так як не володіють необхідною професійною підготовкою, обмежені в часі. Лікар загальної практики не має достатнього часу, щоб посвятити його складним медичним, профілактичним і соціальним потребам людей з розумовою відсталістю. Замість того щоб зібеспечувати всебічне

соціальний супровід, він зосереджується на медичних потребах пацієнта, з якими найбільш знаком, часто пропускаючи і не досліджуючи профілактичні та соціальні потреби.

Як відомо, для дітей з розумовою відсталістю одним з важливих напрямків в реабілітації є спеціальну освіту.

Більша частина дітей зі спеціальними потребами навчаються в класах при загальноосвітніх школах. інша частина дітей навчається чи дому по індивідуальній програмі, або в спецшколах і загальноосвітніх школах-інтернатах.

В даний час медико-соціальна допомога розумово відсталим виявляється в установах різних відомств (охорони здоров'я, соціального забезпечення, освіти) і організаціях (громадських, комерційних). З урахуванням світових тенденцій, починаючи з 90-х років минулого століття, відбувається впровадження принципів психосоціальної реабілітації в повсякденну практику психіатричних установ. Теоретичні та практичні положення психосоціальної реабілітації в даний час в достатнього ступеня розроблені для дорослих пацієнтів. Реабілітація дітей і підліткам потребує додаткових дослідженнях та вдосконаленні інтегративних лікувально-реабілітаційних підходів комплексної психо-соціальної терапії за участю дитячих психіатрів, психологів, дефектологів, соціальних працівників та інших фахівців. Психіатричне ланка представлено позалікарняної, напівстаціонарної, стаціонарного формами допомоги. Організаційна структура і функції окремих закладів, які надають медико-соціальну допомогу, залежать від багатьох факторів. Основними з них є: характер і вираженість психопатологічної симптоматики, характер і тяжкість соматичної патології, вік хворого, рівень його соціальної адаптації, сімейний стан і можливості родичів хворого в наданні йому допомоги, психологічної підтримки і догляду. Діти з відхиленнями у психічному розвитку до 3-х років виховуються як у сім'ї, так і в спеціальних будинках дитини, які відносяться до системи охорони здоров'я. Реабілітаційні усі-лія спрямовані на розвиток рухової сфери й мови, прищеплення навичок самообслуговування, прощення,

оволодіння предметними діями. До числа спеціалізованих дитячих установ, що знаходяться в системі освіти, відносяться установи відновно-лікувального характеру. Це школи-інтернати з особливим режимом для дітей з розумовою відсталістю та дитячі будинки-інтернати. У дитячій школі-інтернаті не тільки надається медична та педагогічна допомога, а й проводиться соціально-побутова і соціально-середовая реабілітація, трудове навчання та підготовка до різних видів праці. Дитячі будинки-інтернати поділяються на установи для учнів і нездібних дітей. Поряд з ними існують установи змішаного типу. За нозологічної структури в них домінують діти з розумовою відсталістю. Новим типом установ для надання соціально-психологічної допомоги являються різного типу консультативні та реабілітаційні центри, які з'явилися в нашій країні в 90-і роки. Їх мета-надання кваліфікованої медико-соціальної, психологічної, соціально-педагогічної допомоги

При неможливості здійснювати виховання і навчання дітей з порушеннями у розвитку в простих або спеціальних дошкільних та загальноосвітніх установах воно здійснюється по індивідуальній програмі на дому педагогами спеціальних (корекційних) шкіл. Існуюча практика організації надомного навчання показує, що воно не може повною мірою забезпечити якісну освіту та інтеграцію дітей у суспільство. Освітні установи вправі використовувати дистанційні навчальні технології при всіх формах отримання освіти. Але на початковому етапі реалізації даного проекту рекомендується забезпечити організацію дистанційного навчання дітей з збереженим інтелектом.

В даний час в нашій країні активно обговорюють проблеми інтегрованої (інклюзивної) освіти. Дослідження, проведені вітчизняними фахівцями, показують, що інтегроване навчання виявляється недоцільним для дітей з інтелектуальною недостатністю. Крім того, кожній дитині з розумовою відсталістю необхідна корекційна допомога і психолого-педагогічний супровід на всіх етапах навчання. Проводяться дослідження, спрямовані

ние на розробку та експериментальну апробацію різних моделей інтегрованого навчання дітей з відхиленнями у розвитку. Але поширення інтегрованого навчання не має йти на шкоду розвитку спеціальних корекційних установ, які вимагають всесторонньої підтримки.

#### VI. План та організаційна структура заняття.

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)
I	<b>Підготовчий етап</b>			
1.	Організаційні заходи			П.1 „Актуальність теми”
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація			П.2 „Навчальні цілі”
3.	<b>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</b>			Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди
1.	Психологічні поняття інтелекту.	II	Фронтальне індивідуальне усне експрес - опитування	Питання для індивідуального опитування
2.	Клінічні прояви різних порушень інтелекту	II		
3.	Диференціальна їх діагностика	III	Тестовий контроль II рівня	Тести та задачі II рівня
4.	Показання для госпіталізації.		Рішення	Тести III рівня
5.	Нагляд , питання	III	Типових	

	експертизи та лікування хворих з порушенням інтелекту.		задач II рівня	
			Тестовий контроль III рівня	
II	<p><b>Основний етап</b></p> <p><b>Формування професійних вмінь та навичок:</b></p> <p>1.Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінити ці данні.</p> <p>2.Сформувані вміння провести клінічне та експериментально-психологічне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.</p> <p>3.Опанувати вміння обгрунтовувати попередній синдромологічний діагноз та скласти план обстеження хворого.</p> <p>4.Вміти провести диференційну діагностику</p>	III	Професійний тренінг на хворому.	Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.
		III	Рішення тестів та задач III рівня.	Обладнання експериментально-психологічними методиками.
		III	Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій	Хворі Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування
				Тести та нетипові задачі III рівня
				Імітаційні ігри

	<p>на основі клінічних та допоміжних лабораторних даних і встановити заключний діагноз.</p> <p>5. Досконало засвоїти принципи та план лікування хворого з порушенням інтелекту.</p>	III-IV		
III	<p><b>Заключний етап</b></p> <p>Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок</p> <p>Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)</p> <p>Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>	III	<p>Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.</p> <p>Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи</p> <p>Рішення нетипових задач III рівня. Тестовий контроль III рівня.</p>	<p>Результати клінічної роботи (історія хвороби)</p> <p>Задачі III рівня</p> <p>Тести III рівня</p> <p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>

### Оснащення занять

Таблиці

Схеми

Набори завдань вихідного рівня

Набори тестів підсумкового контролю

## **VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.**

2. Матеріали контролю для підготовчого та основного етапу заняття.

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Інтелект. Історія поглядів на інтелектуальні функції. Види інтелекту?
2. Нейрофізіологічні основи інтелекту?
3. Клінічна оцінка та методи експериментально-психологічних досліджень при оцінці пам'яті, уваги, інтелекту?
4. Вкажіть основні вади та фактори, що можуть привести до розладів інтелекту?
5. Класифікація розладів інтелекту?
6. Поняття і ступені малоумства, етіологічні причини?
12. Коли треба госпіталізувати хворого з розладами інтелекту?
13. Назвіть основні принципи лікування хворих з розладами інтелекту?
14. Означте групи препаратів, що застосовуються при лікуванні хворих з розладами інтелекту?
15. Які висновки експертиз існують стосовно хворих із розладами інтелекту?

### **Тести 1 рівня**

1. Хвора, 74 роки, не може запам'ятати, де її палата, ліжко, не впізнає лікаря, не орієнтується в відділенні. Без сторонньої допомоги не може знайти туалет, столову. Дочку на побаченні пізнає, але потім не пам'ятає приходила вона чи ні. Визначте вид порушення пам'яті у хворої.

А.Репродукційна амнезія.

Б.Фіксаційна амнезія.

В.Антероградна амнезія.

Г. Криптомнезія.

Д.Ретроградна амнезія.

Відповідь-Б.Фіксаційна амнезія.

2. Хвора, 17 років, була доставлена в клініку після травми черепа в коматозному стані. Коли прийшла до свідомості, не могла згадати, чим займалась вранці, з ким зустрічалась по дорозі, де впала. Визначте вид розладу пам'яті.

А. Антероградна амнезія.

Б. Прогресуюча амнезія.

В. Ретроградна амнезія.

Г. Репродуктивна амнезія.

Д. Фіксаційна амнезія.

Відповідь- В. Ретроградна амнезія.

3. Хвора розказувала сусідкам по палаті про те, що з нею трапилось одного разу. Коли їй сказали, що те ж саме вони з нею дивились вчора по телевізору, хвора все таки стверджувала, що це було з нею. Який вид порушення пам'яті?

А. Гіпермнезія.

Б. Симптом уже баченого.

В. Конфабуляція.

Г. Псевдоремінісценція.

Д. Кріптомнезія.

Відповідь- Д. Кріптомнезія.

4. Хвора в стані маніакального збудження згадала вірш, який вивчила багато років тому в школі. Прочитала лікарю цей вірш дуже виразно, не пропустивши жодного рядка. Коли настрій хворої нормалізувався, хвора не змогла навіть згадати зміст. Яке порушення пам'яті було у хворої?

А. Репродукційна гіпермнезія.

Б. Кріптомнезія.

- В. Псевдоремінісценція.
- Г. Фіксаційна гіпермнезія.
- Д. Конфабуляція.

Відповідь- А. Репродукційна гіпермнезія.

5. Студент на екзамені дуже хвилювався, хоча добре знав матеріал по білету. Коли екзаменатор попросив назвати один препарат, ніяк не зміг згадати його назву, а коли вийшов з кімнати екзаменатора, тут же його і згадав. Яке порушення пам'яті було в цьому випадку?

- А. Ретроградна амнезія.
- Б. Репродукційна амнезія.
- В. Фіксаційна амнезія.
- Г. Симптом ніколи не баченого.
- Д. Прогресуюча амнезія.

Відповідь- Б. Репродукційна амнезія.

6. Хвора, 72 років, в минулому швачка, знаходиться в клініці уже три місяці. На питання, де вона біла сьогодні вранці, відповіла, що її терміново викликали на роботу, так як ательє, де вона працює, одержало терміновий заказ на пошиття одягу. Яке порушення пам'яті у хворої?

- А. Псевдоремінісценція.
- Б. Конфабуляція.
- В. Криптомнезія.
- Г. Репродукційна гіпермнезія.
- Д. Симптом уже баченого.

Відповідь- А. Псевдоремінісценція.

7. Коли хвору спитали, чим вона займалась вчора, відповіла, що вернулась із Бомбею, де керувала роботою парламенту. Приводила дрібні деталі: які

питання обговорювались, як виступали члени парламенту, які рішення були прийняті. Які мнестичні порушення у хворої?

А. Криптомнезії.

Б. Прогресуюча амнезія.

В. Конфабуляція.

Г. Репродукційна гіпермнезія.

Д. Псевдоремінісценція.

Відповідь- В. Конфабуляція.

8. Хворий, 32 роки, переніс оперативне втручання по поводу прободної язви шлунка. Після виходу з наркотичного стану впізнав дружину. був адекватним, цікавився дітьми, добре все запам'ятовув. На слідуючий день нарікав дружину, що вона не приходила, зовсім не пам'ятає події вчорашного дня. Яке порушення пам'яті у хворого?

А. Симптом ніколи не баченого.

Б. Ретроградна амнезія.

В. Прогресуюча амнезія.

Г. Репродукційна амнезія.

Д. Антероградна амнезія.

Відповідь- Д. Антероградна амнезія.

9. Хвора, 84 роки, не впізнає дітей, онуків, не пам'ятає їх імена, не знає своєї адреси, де і ким працювала, чи живий її чоловік. Але пам'ятає своїх батьків, пам'ятає ім'я своєї вчительки. Зі слів дочки порушення пам'яті у хворої стали спостерігати 5 років тому. Вона стала забувати недавні події, потім з пам'яті випадали більш віддалені. Який розлад пам'яті у хворої?

А. Анетроградна амнезія.

Б. Репродукційна амнезія.

В. Ретроградна амнезія.

Г. Прогресуюча амнезія.

Д. Псевдоремінісценція.

Відповідь- Г. Прогресуюча амнезія.

10. Лікар після добового чергування та слідуєчого робочого дня дуже втомилась. По дорозі додому боролась зі сном. Коли вийшла з трамваю на своїй зупинці, раптом побачила, що знаходиться в незнайомій місцевості. Будинки, магазин, вулиця були їй незнайомі. При цьому розуміла, що це їй тільки здається і що вона знаходиться рядом зі своїм будинком. Визначте розлад пам'яті?

А. Псевдоремінісценція.

Б. Симптом ніколи не баченого.

В. Фіксаційна амнезія.

Г. Прогресуюча амнезія.

Д. Репродукційна амнезія.

Відповідь- Б.Симптом ніколи не баченого.

### **Тести II рівня**

1. В структуру якої деменції входять симптоми олігофазії, надлишкової деталізації розповідей, егоцентризму ?

А. Шизофренічної.

В. Внаслідок ЧМТ.

С. Внаслідок пухлин головного мозку.

Д. Епілептичної.

Е. Внаслідок церебрального атеросклерозу.

Відповідь – Д.

2. Малоумство зумовлена переважно:

А. Хромосомними абераціями, іншими спадковими хворобами.

В. Особистісними особливостями.

С. Психотравмуючими факторами.

Д. Патологічною вагітністю, родами.

Е. Патологічним впливом на розвиток головного мозку дитини до 3-х років.

Відповідь – А, Д, Е.

3. Які зміни особистості не характерні для хворих з шизофренічною деменцією:

А. Педантизм.

В. Замкнутість.

С. Апатія.

Д. Полярність емоцій.

Е. Зниження соціальних інтересів.

Відповідь – А, Д.

4. Лакунарна форма деменції об'єднує порушення у психічних сферах окрім:

А. Пам'яті.

В. Афективної.

С. Вольової

Д. Мислення.

Е. Уваги.

Відповідь – Д.

### **Задачі II рівня**

1. Хвора 52 роки. Захворювання почалося з грубих розладів пам'яті при збереженні емоційної сфери та критики. Потім розвинулися апрактичні, афатичні, агностичні розлади, проявлення алексії, агресії.

1. Вкажіть попередній діагноз ?

2. Призначте обстеження хворої ?

*Відповідь:*

1. Хвороба Альцгеймера.

2. РЕГ, ЕхоЕГ, КТ головного мозку, консультація терапевта, невролога, медичного психолога.

2. У хворої 69 років протягом останнього року бувають головні болі, запаморочення, з'явилася дратівливість, безсоння, стала втомлюватися від

домашньої роботи. Іноді забувала імена знайомих, не може пригадати, куди поклала потрібну їй річ. Відмічається затруднення в запам'ятовуванні нових фактів, записує ім'я лікаря, що лікує її. При спогадах даних подій плутає послідовність, сама помічає свої помилки, засмучується. При згадці про близьких з'являються сльози, але тут же, при зміні теми, усміхається, сміється.

1. Яку хворобу можна припустити ?
2. Призначте лікування хворій ?

*Відповідь:*

1. Атеросклероз судин головного мозку.
2. Призначити підвищені дози ноотропних засобів, препарати, що покращують мозковий кровоток, загальнозміцнююча, симптоматична терапія.
3. Хворому 55 років. Захворювання почалося поволі із змін особистості (зниження морально-етичних якостей), рухової расторможенності при збереженні мнестичних функцій і зниженні критики, потім з'явилися розлади експресивної мови, аспонтанність, емоційна тупість.

1. Яку хворобу можна припустити ?
2. Яке обстеження слід призначити хворому ?

*Відповідь:*

1. Хвороба Піка.
2. РЕГ, ЕхоЕГ, КТ головного мозку, консультація терапевта, невролога, медичного психолога.

4. Хвора, 75 років, виявляє грубі розлади пам'яті, зовсім не запам'ятовує поточні події, забула багато що з минулого життя. Мислення примитивне. Виявляє грубі порушення праксису, поведінка неадекватна. Некритична до свого стану.

1. Який ведучий психопатологічний синдром можна припустити?

2. Яке дослідження необхідне призначити хворій для визначення характеру патологічного процесу в головному мозку?

*Відповідь:*

1. Синдром деменції.
2. Комп'ютерну томографію головного мозку.

### **Тести III рівня**

1. Заповніть недостатні ознаки, які найбільш характерні для дебільності:

- A. Малий словарний запас.
- B. .... (абстрактно-логічне мислення на початковому рівні).
- C. Розумова та фізична відсталість з дитинства.
- D. .... (можливість навчання в допоміжній школі).
- E. Аномалії розвитку зовнішності.

2. При діагностиці ступені малоумство потрібно звернути на увагу у послідовності :

- A. Стать хворого.
- B. Аномалії розвитку зовнішності.
- C. Здібність навчання у школі.
- D. Різновид мислення.
- E. Особливості поведінки, мовлення.

Відповідь – Д, С, Е, В, А.

3. Назвіть послідовність дій лікаря при обстеженні хворих з розладами інтелекту:

1. Клінічне обстеження.
2. Складання плану обстеження
3. Збирання скарг та анамнезу.
4. Призначення додаткового обстеження.
5. Постановка діагнозу.
6. Призначення лікування.

Відповідь: 3, 1, 2, 4, 5, 6

### Задачі III рівня

1. У поліклініку до терапевта прийшов хворий зі скаргами на болі в животі. В процесі бесіди лікар виявив, що пацієнт не може тямучо висловити свої скарги, анамнестичні дані. Запас знань не відповідає його віку. Неадекватно сміється. Не пам'ятає паспортних відомостей (рік народження, адреси).

- Визначте тактику лікаря загальноклінічної практики (терапевт, хірург).
- Які додаткові обстеження слід призначити

А. Не враховувати ці порушення при обстеженні і терапії хворого, призначити загальний аналіз крові, сечі.

В. Терміново направити хворого на консультацію до психіатра

С. При оцінці скарг, анамнестичних даних і лікувальних заходів враховувати недолік інтелекту хворого

Д. Рекомендувати хворому звернутися до психіатра для консультації

Е. Ні одне з перерахованих.

2. Хвора, 75 років на прийомі у терапевта виявляє грубі розлади пам'яті, зовсім не запам'ятовує поточні події, забула багато що з минулого життя. Виявляє грубі порушення праксису.

- Яке дослідження необхідно призначити хворій для визначення характеру патологічного процесу в головному мозку

- Який ведучий психопатологічний синдром

А. Комп'ютерну томографію мозку. Синдром деменції.

В. Рентгенограму черепа. Синдром Корсакова.

С. Електроенцефалографію. Синдром прогресуючої амнезії.

Д. Дослідження ліквору. Синдром малоумство.

Е. Біохімічне дослідження крові. Психоорганічний синдром.

3. У хлопця 14 років мають місце – незрілість думок, наївність, підвищена навіюваність, надмірна прихильність до батьків, моторна незручність, схильність донезрілих думок, ожиріння, загальна затримка психічного розвитку.

- Ваш попередній діагноз.

А. Дисгармонічний інфантилізм.

У. Ідіотія.

С. Імбецильність.

Д. Патохарактерологічний розвиток особи.

Е. Шизоїдна психопатія.

### **Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів**

*Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою*

Навчальні завдання	Вказівки до завдання	Відповідь
<b>ВИВЧИТИ</b> 1. Етіологічні фактори які приводять до недоумства.	Назвати основні етіологічні фактори які приводять до малоумство.	
2. Особливості діагностики синдромів порушення інтелекту.	Перелічити основні діагностичні ознаки синдромів деменції і малоумство	
3. Клінічні особливості ступенів малоумство	Провести диференційну діагностику між ідіотією, імбіцильністю та дебільністю по клінічним ознакам.	

4. Диференціальну діагностику деменцій при різних захворюваннях.	Заповнити таблицю диференціальної діагностики	
5. Лікування хворих з деменцією	Скласти план лікування хворих з деменцією з урахуванням клінічних ознак.	
6. Заходи профілактики маломумство.	Скласти план профілактики заходів для запобігання виникнення маломумство.	

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

### **А. Навчальна (основна і додаткова)**

#### **Основна:**

1. Психіатрія. Під ред. професора О.К. Напрієнка. - Київ, 2001.
2. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психіатрія. - М., 1969.
3. Коркіна М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Э. Психіатрія. - М., 1995.
4. Кербіков О.В. с соавт. Психіатрія. - М., 1968.
5. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. В 2-х т. - М., 1983
6. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М., 1997.

#### **Додаткова:**

1. Клиническая психиатрия/ Под ред. Н.Е. Бачерикова. - К.: "Здоровья", 1989, - 512с.
2. Руководство по психиатрии/ Под ред. Г.В. Морозова. В 2-х т. Т 2. - М.: Медицина, 1988. - 640 с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. - М.: ТОО «Техлит», 1997. - 496с.
4. Руководство по психиатрии /Под ред. А.С. Тиганова. - В 2-х томах - М.: Медицина, 1999г.
5. Руководство по психиатрии /Под ред. А.В. Снежневского. - В 2-х томах. - М.: Медицина, 1983.

#### **Наукова.**

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Клиника приобретенного слабоумия.-К.:Здоровье, 1986.- 280 с.
2. Бурлачук Л.Ф.,Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике.-СПб.,1999.-518с.

**Методична.**

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних ВУЗах: Методичний посібник. – Київ, 2004. – 80с.