

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

“ _____ ” _____ 2020 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі «Психологія та патопсихологія афекторно –
вольової сфери» для студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Стоматологія»)

Запоріжжя – 2020 рік

Тема: «Психологія та патопсихологія афекторно-вольової сфери»

I.Актуальність теми:

Емоції - це відображення мозком людини якої - небудь актуальної потреби чи імовірності можливості її задоволення. Суб`єктивно емоції виявляються в переживанні людиною його відносин до навколишнього та його внутрішнього стану. Афективні розлади найбільш поширені в сучасності, 340 мільйонів людей зараз хворіють на маніакальний або депресивний розлад, 15 процентів пацієнтів з депресією виконують суїцидальну спробу.

Воля це усвідомлена цілеспрямована психічна активність, пов`язана з подоланням перешкод. Вольові порушення та розлади потягів завжди супроводжують афективну патологію.

II.Навчальні цілі заняття:

А. Сформувані поняття про розлади емоцій та волі, симптоми та синдроми афективно - вольової патології, які захворювання супроводжуються цими розладами.

Б. Знати:

- 1). Визначення та класифікація емоцій;
- 2). Поняття гіпотимія, симптоми цієї групи;
- 3).Гіпертимія, маніакальний та депресивний синдроми;
- 4). Які бувають паратимії?;
- 5). Воля, класифікація розладів вольової сфери;
- 6). Характеристика вольових розладів;

В. Вміти:

- 1). Проводити клінічне обстеження хворих з метою виявлення симптомів порушень емоцій та волі;
- 2). Навчитись діагностувати найбільш вагомні розлади емоцій та волі;
- 3). Виявляти емоційно - волевні розлади за допомогою додаткових патопсихологічних методик;
- 4). Аналізувати основні синдроми, пов`язані з порушенням емоційно – вольової сфери.

III. Цілі розвитку особистості:

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність прийняття рішення по оцінці загального стану, наявності ускладнень.

Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта з психічними розладами та його родини.

IV. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
Найменування попередніх дисциплін		
1. Кафедра нормальної фізіології людини.	Знання про морфо – функціональний взаємозв'язок емоцій та волі людини.	Визначити функцію лімбічної системи.
2. Кафедра патологічної фізіології	Знання про патофізіологічні механізми формування порушень емоцій й волі.	Пояснити взаємозв'язок соматичних та психічних проявів при депресіях, апатії, абулії.
3. Кафедра суспільних дисциплін з курсу загальної психології	Методи патопсихологічного дослідження емоційно – вольової сфери.	Провести психо - експериментальні методики, щоб виявляти симптоми порушення емоцій та волі.
Наступні дисципліни		
1. Кафедра внутрішніх хвороб.	Механізми впливу емоційних розладів на початок гіпертонічної хвороби та виразки шлунку.	Виявити ознаки гіпертонічної хвороби, виразки шлунку.
2. Курс нейрохірургії	Механізми взаємозв'язку порушень емоцій та волі з можливим ураженням окремих ділянок мозку..	Виявити ознаки пухлин, атрофій та іншої патології різних ділянок головного мозку.
Внутрішньопредметна інтеграція		
1. Розлади мислення.	Клінічні ознаки кількісних та якісних порушень мислення, що супроводжують	Враховувати розлади мислення в оцінці психічного стану хворого з ведучими емоційними та

2. Розлади інтелекту	депресивний та маніакальний синдроми. Клінічні симптоми деменцій.	вольовими порушеннями Диференціювати початкові прояви деменцій з апатією та різновидами депресій.
----------------------	-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

V. Зміст теми заняття:

Основні положення, що повинні бути засвоєні студентами:

1. Емоції – психічні процеси та стани, пов'язані з інстинктами, потребами та мотивами, супроводжуючі сприйняття себе і навколишнього середовища, задовольняти потреби, виробничу діяльність, міжособові контакти. Виділяють нищі та вищі емоції, стеничні та астеничні, позитивні й негативні.
2. Депресія - стан, коли хворий знаходиться у зниженому настрої з віддуртінком туги, яке супроводжується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, думками про власну недосконалість, передчуттям біди, дискомфортом з відчуттям важкості в грудній клітині, суїцидальними намірами та спробами. Розглядають невротичні та психотичні депресії, типові й атипові.
3. Манія- стійке підвищення настрою з посиленням тяги, активності, ускоренням мови та мислення. Для маніакального синдрому характерні відчуття веселісті, оптимізму, щастя, нестійкість та відволікання від уваги, словозаохочення, загострення пам'яті, переоцінка власної особи.
4. Апатія- стан, при якому спостерігається зростаюча недостатність яркості емоційних проявів, втрата переживань, сердечна холодність, байдужість, зрушення в емоційній сфері. Нічого у хворого не викликає зацікавленості, емоційного відгуку, в тому числі й особиста життєва перспектива. Апатія може бути наслідком важкої патології- шизофренії, пухлини мозоку, атрофічних процесів у головному мозоку, хвороб Піка, Альцгеймера.
5. Воля- психічна діяльність людини человека, що направлена на досягнення конкретної мети, на подолання виникаючих при цьому перешкод. У вольовому процесі виділяють чотири етапу: виникнення потреб, боротьба мотивів, вибір рішення та його здійснення. На усіх цих етапах можливі хворобливі порушення.
6. Розрізняють кількісні та якісні розлади волі. Ослаблення волі (гіпобулія) може досягати ступеню повної її відсутності (абулії). Характерно для хворих на шизофренію, травматичну хворобу, старчі психози. Патологічне посилення вольової активності (гіпербулія) в сумісності з підвищеним відволіканням може зустрічатися при маніакальних станах, маячних порушеннях. Спотворення вольових актів (парабулії) може бути в порушенні тяги до їжі, інстинкту самозахисту, статевого потягу.

VI. План і організаційна структура заняття.

№	Етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення
1. 2. 3.	<p>Організаційні питання Формування мотивації.</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1.Клінічна класифікація патології емоцій і волі;</p> <p>2.Поняття депресія та манія; їх клінічні різновиди;</p> <p>3.Визначення волі, елементи вольового процесу;</p> <p>4.Гіпер, гіпо та</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>I</p>	<p>Тестовий контроль I рівня</p> <p>Індивідуальне опитування</p> <p>Фронтальна бесіда</p> <p>Тестовий контроль II рівня</p> <p>Рішення типових задач II рівня.</p>	<p>Академ.журнал.</p> <p>«Навчальні цілі»</p> <p>«Актуальність»</p> <p>Методичні розробки</p> <p>Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно – логічні схеми</p> <p>Питання для індивідуального усного опитування</p> <p>Тестові завдання I,II рівня</p> <p>Тестові задаі II рівня</p>

	<p>абулія, їх прояви, парабулії;</p>	<p>II</p>		
	<p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1. Оволодіння методикою опитування хворого;</p> <p>2. Опитування і аналіз даних анамнезу хвороби та життя пацієнта;</p> <p>3. Опитування пацієнта з метою діагностики порушень емоцій та волі;</p> <p>4. Інтерпретація даних додаткових методів обстеження</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>Методи формування навичок:</p> <p>Професійний тренінг,</p> <p>Рішення тестів II рівня, типових задач II рівня.</p> <p>Методи формування вмінь:</p> <p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задач III рівня.</p>	<p>Алгоритми для формування практичних навичок.</p> <p>Методичні розробки.</p> <p>Атлас психоекспериментального дослідження.</p> <p>Таблиці, тести, типові задачі III рівня.</p> <p>Алгоритм для формування професійних вмінь.</p> <p>Хворі, історії хвороби, дані додаткових методів дослідження. Ситуаційні нетипові задачі, імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання. Елементарні</p>

		III		експериментально - психологічні тести.
1.	Контроль кінцевого рівня підготовки.	III	Індивідуальний контроль практичних навичок. Оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач.	Обладнання. Історії хвороби. написаний психічний статус , задачі III рівня, тестові завдання III рівня.
2.	Підведення підсумків учбової діяльності студента.			
3.	Інформування студента про тему наступного заняття			Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

**Мінімальний перелік практичних навичок, якими повинен
оволодіти студент протягом заняття.**

1. Уміння виявити першорядні порушення емоцій (депресія, манія, дисфорія, апатія) та патологію волі у хворих під час курації.
2. Студенти самостійно працюють з хворими в палатах, використовуючи експериментально-психологічні методики.
3. Виявлену патологію студенти записують, описуючи психічний стан хворого.

VII Матеріали методичного забезпечення заняття:

7.1 Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

Матеріали для тестового контролю (І рівень)

1. Хвора під час зустрічі з матір'ю ласкава, привітна, турботлива. Зненацька на фоні бесіди підскочила і вдарила мати по лицю. Обгрунтувала це: «саме не знаю чому ти стала такою противною». Зразу ж пробачилась за свій вчинок.

Визначте порушення волі у хворої:

А. Дисфорія

В. Добросердя

С. Депресія

Д. Гипотимія

Е. Амбівалентність*

2. Для емоційно – вольової сфери хворих шизофренії характерно все перелічене, окрім:

А. Дисфорії*

В. Негативізму

С. Абулії

Д. Амбівалентності

Е. Амбітендентності

3. Напад розладу емоцій з дуже сильним афектом туги та страху:

А. Меланхолічний раптус

В. Ажитация

С. Патологічний афект

Д. Кататонічне збудження

Е. Все раніше згадане*

4. Загальмованість, аутизм, негативізм, симптом Дюпре характерні для:

А. Маніакального ступору

В. Галюцинаторного ступору

С. Депресивного ступору

Д. Єпелептичного ступору

Е. Кататонічного ступору*

5. Для депресивного синдрому характерно, окрім:

А. Знижений настрій

В. Рухова загальмованість

С. Нестійкі маячні ідеї депресивного характеру

Д. Сповільнення асоціативного процесу

Е. Докладність мислення

6. У горі, як і при депресії, зустрічаються однакові симптоми, окрім:

А. Журба

В. Почуття втрати

С. Збиток самооцінки

Д. Збиток цікавості до навколишнього світу

Е. Збиток здатності любити*

Матеріали для індивідуального усного опитування

1. Визначення та класифікація емоцій.
2. Гіпотимія, емоційна нестриманість, апатія.
3. Гіпертимія, ейфорія і маніакальний синдром, депресивний синдром.
4. Що таке тривога, туга, страх?
5. Різниця між патологічним і фізіологічним афектами.
6. Дати визначення дисфорії. її різновиди.
7. Які бувають паратимії?
8. Воля, класифікація розладів вольової сфери.
9. Характеристика вольових розладів.
10. Типи збуджень і ступорозних станів.
11. Розлади інстинктивних потягів.

Типові задачі (II рівня).

1. Жінка 30 років, не працює. Психічно хвора 6 років. Чудаковатість в поведінці з'явилась після трагічної смерті чоловіка на будівлі. Дуже переймалась з приводу втрати чоловіка, плакала, далі почала відчувати тупість в голові, «все доходило до осмислення ніби через сон», зникла зацікавленість до життя, до дитини, батьків. Не було ніяких бажань, прагнень, не могла поратись із звичайної роботою, не слідкувала за собою, дитиною.

Неодноразово протягом 5 років лікувалась в психіатричній лікарні, була виписана з незначним покращанням. Однак в цілому була в'ялою, монотонною, безініціативною, почувала себе «якоюсь зміненою», зовсім не цікавилась дитиною. Дні проводила в ліжку, відчувала «немає ясності в думках у голові». Не слідкувала за своїм зовнішнім виглядом. З боку внутрішніх органів та неврологічного статусу порушень не виявлено.

Який ведучий синдром?

Які симптоми в основі цього синдрому?

Які різновиди цього синдрому зустрічаються? (Депресивний синдром)

2. Хвора 64 років, на пенсії. Має велику сім'ю, багато дітей та внуків. Стосунки в сім'ї добрі, матеріально забезпечені. Захворіла після того, як син (з ним проживала), щоб забезпечити незалежне спокійне життя, розміняв квартиру та виділив для матері окрему кімнату. З'явився неспокій: чине помилився син в обміні квартири, чи не може скоїтись якимсь лихом. Ночами лишалася без сну. Тривога зростала кожен день, нічого не могла робити вдома. Сиділа в одній позі, та чекала неприємностей. Після лікування в клініці на протязі 8 місяців почувала себе добре. Коли почувала, що онук

захворів, знову порушився сон, з`явилося занепокоєння, здавалася розгубленою. Не знаходила собі місця, постійно ходила, прохала близьких відвезти її в лікарню. В відділенні весь час розповідала лікарям про тривогу, журилася, вночі не спала, жалілась на болі в серці.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

Яка трансформація синдрому на протязі захворювання?(депресивний синдром)

3.Хворий 47 років, знаходиться під слідством. У 19 років зненацька був перший судомний пароксизм. Консультувався у багатьох лікарів, приймав ліки, але пароксизми повторювались 1 раз у 2 місяці. У 30 років на фоні лікування напади змінились, став застигати на декілька секунд. Закінчив технікум, вчився добре. Дуже пунктуальний, вимогливий, ретельний. Останні 5 – 7 років жінка помітила, що буває роздратованим, відповідає зі злобою. Неодноразово був агресивним, іноді бив жінку, дітей, але через 30 – 40 хвилин просив вибачення. З сусідами постійно конфліктував, під час одного з конфліктів вдарив два рази сусіда драбиною по голові. Свідки казали, що бив свідомо, голосно кричав «так йому і треба». В такому стані доставлено в міліцію.

Який емоційний розлад зумовив правопорушення?(дисфорія)

Для якого захворювання це характерно?

Чи повинен хворий відповідати за правопорушення?(дисфорія при епілепсії)

4. Хвора 38 років, не працює, в минулому зоотехнік. Психічно хвора 12 років, зараз одержує пенсію по 2 групі інвалідності. Скарги на болі в животі, «внаслідок поганої води та сонця», загальну слабкість. Багаторазово лікувалась в психіатричних закладах. Розповідає, що «погано мислити»; є неприємні відчуття в голові, серці. Завжди мовчазна, безпорадна. Дома нічим не займається, постійно дивиться на живіт, за спеціальними рецептами готує собі їжу. Соматичний та нервовий статус без патології. В відділенні ні з ким не контактує, не можна чимось зацікавити. Особливо пов`язує голову хусткою, затикає вату вуха. Зовсім не питає про дім, більшість часу проводить у кроваті..

Який ведучий емоційно - вольовий синдром?

Які симптоми складають синдром?

Які патопсихологічні методи бажано застосувати?(апато – абулічний).

7.3 Матеріали контролю для заключного етапу заняття Нетипові задачі (III рівень).

1. Жінка 38 років, по професії енергетик. Заміжня, має 2 здорових дітей. Співвідношення у родині добрі. Вважає себе хворою три роки, коли почала відчувати стомленість, напади головокружіння, почуття постійної важкості в голові, загальну слабкість, після навіть маленького фізичного навантаження слабкість, що має лягати у ліжку. Зверталась амбулаторно до лікарів лікування. Ніяких змін внутрішніх органів знайдено не було, але виявлялись низький артеріальний тиск(90/60). Після загальноукріплюючого лікування довгий час почувала себе задовільно, одного разу лікувалась у стаціонарі. Зараз звернулась із скаргами, що вона невиліковно хвора, можливо онкопатологією. Не виходить на вулицю, постійно плаче. Прислухається до пульсу, часто перевіряє тиск, який зараз 110/70. Хвору хвилює зниження бажань до всього, концентрація тільки на своєму стані. каже, що не може зовсім працювати.

Які симптоми виявляються у хворої? (на початку симптоми астенії далі іпоходричні).

Яка на протязі хвороби трансформація симптомів?

З яким соматичним захворюванням поєднуються ознаки психічних порушень?

2. Службовець 37 років, має вищу освіту, завжди стриманий та коректний до людей, зробився роздратованим та розв'язним, в особливості до жінок, розповідав їм еротичні анекдоти. Почав частіше випивати спиртні напої. Поступово з'явилась забутливість, сльозливість та періоди гнівливості з дрібниць. Почав більше приділяти увагу їжі, плутався у службових завданнях. Колегам казав, що одержав підвищення, запрошував їх до себе. В період відпустки звернувся до лікарів, діагностовано неврастенію, пройшов курсове лікування.

Однак далі почав пригощати незнайомих людей, робив недоречні оптові покупки, роздавав гроші незнайомим. Зробився еротичним, розповідав, що має скарби, незвичайний успіх у жінок. У лікарні обіцяв лікарю багато золоту, себе хворим не вважає.

При неврологічному огляді реакція на світло відсутня. на конвергенцію . Міофібрилярний тремор язика, легкий тремор пальців рук, підвищені колінні рефлекси. Скрутність вимовлення важких слів. Різке зниження пам'яті, рахування.

Які симптоми виявляє хворий? (прояви псевдопаралітичного синдрому)

Яка динаміка симптомів?

З якими захворюваннями диференціювати психічні розлади?

Які додаткові обстеження допоможуть в уточненні хвороби?

3. Жінка 42 років. У дитинстві виховувалась без особливостей, активна, зацікавлена. Закінчила 8 класів, вчилась добре, нічим не хворіла. В подальшому два рази виходила заміж, але зараз розведена (звинувачує в

цьому чоловіків). На одній роботі довго не втримувалась, там конфліктувала, була збудженою. Два рази притягалась до судової відповідальності - за бійку з сусідкою та крадіжку. Поступила в лікарню після довготривалої суперечки з сусідами. Була збуджена, розірвала на собі одяг, причитала та падала на підлогу, чому й була госпіталізована. В лікарні грубить, вередує, ображається. В бесіді з лікарем люб`язна, заохотливо розповідає про себе, але брехню: що вона зараз працює, що чоловік трагічно загинув. Соматичних порушень не виявлено. Сприйняття, пам`ять, інтелект без патології. Скаржиться на поганий сон, дратівливість, стомленність.

Які симптоми головні та в якій психічній сфері виявляються? (емоційно - вольова сфера)

До яких захворювань можливо відносити ці розлади?

1. Література

1.Теми лекцій: ” Емоційно-вольові розлади” (курс психіатрії) і “Психологія емоцій і волі” (курс медичної психології).

2.Психіатрія. Під ред.професора О.К.Напрієнка.-Київ,2001.

3.Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия.-М.,1969.

4.Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личико А.Э. Психиатрия.-М.,1995.

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.

7.Клиническая психиатрия. Под ред. проф. Н.Э.Бачерикова.- Киев,1989.