

# **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 «Загальна психопатологія. Тема 2. Розлади  
мислення та інтелекту. Частина 1 (2)» для студентів 4 курсу медичного  
факультету  
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

## **ТЕМА 2: «Розлади мислення та інтелекту»**

### **Частина 1: «Розлади мислення»**

#### **I. Актуальність теми:**

Мислення визнають як один з важливих компонентів пізнавальної діяльності, що дозволяє узагальнено відображувати навколишню дійсність. Це найвища форма психічної діяльності, що демонструє сутність, взаємозв'язок та відношення предметів та явищ оточуючого миру. Мислення здійснюється за допомогою слів, як найпростішого засобу узагальнення на свідомому й несвідомому рівнях. Розлади мислення найбільш поширена патологія у психіатрії; своєчасне виявлення маячних ідей дозволяє проводити ефективну терапію хворим, передчасно реагувати на можливі агресивні та аутоагресивні дії.

#### **II. Навчальні цілі заняття:**

А. Сформувані поняття про симптоми та синдроми розладів мислення; захворювання, де ці прояви є головними.

Б.Знати:

1. Форми та види мислення;
2. Клінічна характеристика патології асоціативного процесу;
3. Поняття марення, його клінічні різновиди;
4. Нав'язливі стани, їх відміна від маячних ідей;
5. Патофізіологічні механізми марення та нав'язливих станів;

В. Вміти:

1. Проводити клінічне обстеження хворих з метою виявлення симптомів порушень мислення;

2. Навчитись діагностувати найбільш вагомні розлади мислення;

3. Виявляти розлади мислення за допомогою додаткових патопсихологічних методик;

4. Аналізувати основні синдроми, пов'язані з порушенням асоціацій та змісту.

### 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
<b>Найменування попередніх дисциплін</b>		
1. Кафедра нормальної фізіології людини.	Знання теорії І.П.Павлова про умовну та безумовну рефлексорну діяльність, поняття про фазові стани.	Визначити функцію мовних центрів головного мозку.
2. Кафедра патологічної фізіології	Знання про патофізіологічні механізми формування нав'язливих станів та утворення марення.	Пояснити схожість та розбіжності формування нав'язливих та маячних ідей.
3. Кафедра суспільних дисциплін з	Методи патопсихологічного дослідження сфери	Провести психо-експериментальні методики, щоб виявляти

курсу загальної психології	мислення.	симптоми порушення асоціацій, послідовності мислення.
<b>Наступні дисципліни</b>		
1. Курс нейрохірургії	Механізми взаємозв'язку порушень мови з можливим ураженням окремих ділянок мозку.	Виявити ознаки пухлин, атрофій та іншої патології ділянок головного мозку, відповідаючих за функцію мови.
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
1. Розлади емоцій та волі.  2. Неврози	Клінічні ознаки депресивного, маніакального, кататонічного синдромів що супроводжуються розладами мислення.  Клінічні симптоми obsesивно - фобічного неврозу, що супроводжується нав'язливими станами.	Враховувати розлади емоцій та волі в оцінці психічного стану хворого з ведучими порушеннями мислення.  Диференціювати різні прояви нав'язливих думок, страхів та дій.

#### V. Зміст теми заняття:

Основні положення, що повинні бути засвоєні студентами:

1. Мислення є вища форма пізнання. Воно відображує внутрішні зв'язки між предметами та явищами, дозволяє виділити головне від другорядного, є цілеспрямованим процесом. В процесі мислення утворюються поняття та судження, що виражені словами.

2. Маячні ідеї - це такі порушення, коли внаслідок помилкового ходу мислення виникають невірні судження, розумозаключення, які неможливо переконати, корегувати. Хворі некритичні до своїх висловлювань, маячні ідеї виникають на ґрунті хвороби. Марення відрізняється від помилкових суджень тим, що помилка може бути й у здорової людини, але вона не ґрунтується на проявах захворювання.

3. Клінічні форми та різновиди марення.

По формі можуть бути систематизовані та несистематизовані маячні ідеї.

По змісту маячні ідеї розподіляться на три групи:

Маячні ідеї переслідування (відношення, впливу, отруєння, ідеї збитку та пограбування, ідеї звинувачення, ревнощів, кверулянські, еротичного змісту, персекуторні).

Маячні ідеї величі (високого походження, винахідництва та відкриття, реформаторства).

Маячні ідеї самоприниження (гріховності, самозвинувачення, марення іпохондричне, нігілістичне, одержимості).

4. Клінічне визначення поняття “нав'язливі стани” – це такі думки, страхи та дії, до яких хворий відноситься критично, але не може від них позбавитись. Нав'язливі ідеї відрізняються від маячних наявністю критики. Патологічними механізмами нав'язливих станів є утворення вогнища застійного збудження, патологічної інертності збудження внаслідок різких емоцій з патологічно закріпленими умовними рефlekсами.

**VI. План і організаційна структура заняття.**

	Етапи заняття, їх функції і зміст	Нав чальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	ас  в.
Підготовчий етап					
	<p>Організаційні питання</p> <p>Формування мотивації.</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1.Клінічна класифікація патології мислення;</p> <p>2.Розлади мислення по темпу та цілеспрямованості; їх клінічні симптоми;</p> <p>3.Поняття марення, класифікація маячних ідей;</p> <p>4.Поняття нав`язливі стани, їх різновиди;</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</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 задачі II рівня</p>	5
Основний етап					
	<p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1. Оволодіння методикою опитування хворого;</p> <p>2. Опитування</p>	III	<p>Методи формування навичок:</p> <p>Професійний тренінг,</p> <p>Рішення</p>	<p>Алгоритми для формування практичних навичок.</p> <p>Методичні розробки.</p>	

<p>і аналіз даних анамнезу хвороби та життя пацієнта;</p> <p>3. Опитування пацієнта з метою діагностики порушень мислення;</p> <p>4. Інтерпретація даних додаткових методів обстеження</p>	<p>III</p> <p>III</p>	<p>тестів II рівня, типових задач II рівня.</p> <p>Методи формування вмінь: Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня.</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.</p> <p>Ситуаційні нетипові задачі, імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання.</p> <p>Елементарні експериментально - психологічні тести.</p>	<p>30</p> <p>в.</p>
<p>Заключний етап</p>				
<p>Контроль кінцевого рівня підготовки.</p> <p>Підведення підсумків учбової діяльності студента.</p> <p>Інформування студента про тему наступного заняття</p>	<p>III</p>	<p>Індивідуальний контроль практичних навичок.</p> <p>Оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач.</p>	<p>Обладнання.</p> <p>Історії хвороби. написаний психічний статус, задачі III рівня, тестові завдання III рівня.</p> <p>Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою</p>	<p>хв.</p> <p>хв.</p> <p>хв</p>

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

1. Вміння виявити порушення асоціативного процесу, маячні та нав'язливі ідеї у хворих на мікрокурації.
2. Студенти самостійно працюють з хворими у палатах, використовуючи експериментально - психологічні таблиці.
3. Внаслідок виявленої патології письмово складається опис психічного стану хворого.

## **VII Матеріали методичного забезпечення заняття:**

### **7.1 Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:**

#### **Матеріали для тестового контролю (I рівень)**

1. Єпізодично виникаюча блокада розумової діяльності носить назву:
  - A. ментизм
  - Б. ехोलалія
  - С. персевірація
  - Д. вербігерація
  - Є. шперрунг\*
2. Аутистичне мислення зустрічається:
  - A. у здорових осіб
  - В. у дітей
  - С. при шизоїдній психопатії
  - Д. при шизофренії
  - Є. всьому перерахованому\*
3. Визначення «мимовільне насильницьке виникнення нецілеспрямованого потоку думок» відноситься до терміну:
  - A. вербігерація
  - В. персевірація

С. шперрунг

Д. ментизм\*

Є. логоклонія

4. Вкажіть термін, що відповідає визначенню «мимовільне повторення у мові слів та окремих фраз оточуючих»:

А. персевірації

В. вербігерація

С. інкогеренція

Д. ехолалія\*

Є. шизофазія

5. Назвіть найбільш істотний чинник, що характеризує маячні ідеї:

А. насильницьке виникнення

В. недоступність корекції\*

С. неможливість протидіяти їм

Д. спрямованість на суб`єктивний світ

Є. поліморфізм

6. До персекуторних маячних ідей належать:

А. маячні ідеї переслідування

В. маячні ідеї фізичного впливу

С. маячні ідеї отруєння

Д. маячні ідеї побутових стосунків (збитків)

Є. все перераховане вірно\*

7. Симптом Фреголі входить до складу:

А. маячних ідей вонахідництва

В. реформаторського маячення

С. маячення інсценування

Д. маячення двійників\*

Є. маячення інтерметаморфози

8. Паталогічна докладність мислення зустрічається при:

А. шизофренії

- В. епілепсії\*
- С. психопатії
- Д. неврозах
- Є. наркоманії

### **Матеріали для індивідуального усного опитування: (рівеньII)**

1. Визначення понять «мислення», «розумові операції».
2. Класифікація порушень мислення.
3. Патологія мислення по темпу.
4. Порушення мислення по формі.
5. Що таке маячні, маячноподібні, нав'язливі, надцінні ідеї, чим ці поняття відрізняються.
6. Різновиди маячних ідей по змісту.
7. Класифікація марення.
8. Різновиди і, нав'язливих ідей.
9. Патофізіологічні механізми маячних та і, нав'язливих ідей.

### **Типові задачі (II рівня).**

1. Жінка 40 років, інженер, 5 років тому почала казати, що болить голова, відчуває загальну слабкість, поганий апетит. Вважала, що на роботі всі знущаються з неї, сміються. Підозрювала, що дочка пов'язана з бандитами, які збираються її вбити. У хворобливому стані звільнилася з роботи. Зненацька почала ходити на лекції до гірничого університету. Декілька разів зверталася за допомогою до міліції, там затверджувала, що на неї впливає якась апаратура.Періодично буза напруженою, підозрілою, імпульсивною.

Серед внутрішніх органів, неврологічного стану та додаткових досліджень патології не знайдено.

Напружена, розповідає про думки, що діями її хтось керує, постійно слідкує за нею. В лікарні де вона зараз знаходиться заховані апарати щоб підслухувати її думки. В розпачі, що не може вночі заснути, боїться, що їжа може бути отруєна.

Які симптоми виявляються у хворої?

Які періоди можливо прослідкувати при захворюванні?

Який ведучий синдром?

Про яку нозологію можливо міркувати? (маячні ідеї впливу, отруєння)

2. Чоловік 44 років, вчився задовільно. Закінчив середню школу, зараз службовець. З дитинства відчував вночі страхи. З 14 років почав лякатися переходити через місток, але переїздив повз нього на тролейбусі. Далі почав лякатися переходити через площі, при допомозі друзів міг це зробити. Пізніше став боятися ходити у кіно, театр, особливо був переляканий коли закривали двері та гасло світло. Виходячи з квартири декілька разів доторкався рукою до кроваті, враховував, що після цього з ним на вулиці нічого не скоїться.

Всі роки - несміливий, невпевнений в собі, постійно має сумніви у своїх діях та рішеннях.

Соматичної патології немає. Сприйняття, пам'ять, інтелект у нормі. Розуміє відсутність обґрунтованості своїх побоювань.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

До яких форм патології може відноситись це захворювання? (нав'язливі страхи, невроз).

3. Жінка 49 років, вчителька, госпіталізована в психіатричний стаціонар на експертизу у зв'язку з тим, що коли була у дворі свого багатопверхового будинку біля шостої години раптово накинулась на сусідку, зірвала з неї

плаття та почала бити. При дослідженні епізоду пояснила, що декілька місяців слідкує за цією сусідкою, вона знаходиться у сексуальних зв'язках з її чоловіком 54 років. Чоловік є інвалідом і не працює, зовсім не може ходити бо має параліч кінцівок. Зрозуміла про зв'язок з сусідкою тому, що коли коли приходить додому після роботи кровать чоловіка у безладі. Крім того декілька разів чула як хтось тихенько стукав у двері, коли виходила то нікого не було. При зустрічі з сусідкою та тільки усміхалась до неї та не здоровкалась. Спробувала розібратись з чоловіком, але він не володіє мовою після інсульту та не може їй нічого роз'яснити. Впевнена, що за нею правда і добре помстилася. Емоційно напружена, іноді плаче, жаліє хворого чоловіка та винуватить сусідку. Характеризується на роботі як добра працівниця.

Які симптоми виявляються у хворої?

Який ведучий синдром?

Як обґрунтувати висновок експертизи які заходи мають бути?

(маячні ідеї ревнощів, хвора не відповідає за свої дії та повинна лікуватись)

4. Чоловік 37 років, лікар. У дитинстві тихий, нерішучий хлопець. Погано вчився у школі тому, що не міг ніколи відповісти на запитання, міркував що всього не знає. З 10 до 17 років мастурбація. У 18 років з'явилась боязкість за серце, думав що може померти. Завжди лякався «в важку хвилину» залишитися без лікарської допомоги, тому ходив по місту з товаришами - лікарями. Все життя хвилювався щоб не захворіти сифілісом або другою інфекцією. Декілька разів на день мив руки. До оточуючих добрий та сумлінний. Завжди очікує для себе яку небудь погану звістку.

Соматичних порушень не виявлено. Спить та їсть добре. Сприйняття, пам'ять інтелект без патології. Розуміє безпідставність своїх, аналізує їх. Дуже нерішучий при прийнятті якого небудь рішення.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

На якому підґрунті формувалося захворювання? (на доклінічному періоді астенічна акцентуація з нерішучістю та невпевненістю. далі формуються нав'язливі страхи як прояв неврозу нав'язливих станів).

5. Дівчина 14 років. За 3 місяці до госпиталізації у психіатричну лікарню почала скаржитись на головні болі, роздратованість, відчуття змін у собі. Почала багато міркувати, багато часу могла сидіти та дивитись в одну крапку. Розглядала себе у дзеркало, казала, що в неї змінилося лице ,подовжився ніс, розширилися очі, «мов каміння очі». У процесі читання помітила, що літери то віддаляються, то приближуються. Погіршилося навчання у школі. З матір'ю та сестрою стала різкою та категоричною. Не слідкує за собою, багато часу лежить у ліжку.

Соматичний та неврологічний стан без патології. Консультація офтальмолога - норма. Сприйняття та пам'ять без порушень.

У бесіді спокійна, але іноді замовкає, роз'яснює це тим, що « у голові зупиняються думки». Бездіяльна, ні до чого не має зацікавленості.

Які симптоми виявляються у хворі?

Який ведучий синдром?

До яких форм патології може відноситись це захворювання? (синдром дисморфофобії, початок шизофенічного процесу).

6. Жінка 46 років, не працює. Психічно хвора на протязі 10 років. Захворювання розвинулось поступово. Почала відчувати болі у серці. Міркувала, що чоловік на неї почав «діяти гіпнозом». Говорила йому, що у відсутність їх вдома хтось ходив по кімнатах, вона «бачила» сліди від взуття. також за нею слідкують, але хто не упочнює. Впевнена, що чоловік її зраджує, хоче знищити; крім того «наводить» хвороби на оточуючих людей. У зв'язку з цими висловлюваннями конфліктує з чоловіком, агресивна до нього,

намагалась облити його окропом. Неодноразово лікувалась у психіатрії, але без стійкого ефекту.

Соматичний та неврологічний статус без патології.

Під час бесіди спокійна, підтверджує, що чоловік її «вбиває», що за нею слідкують якісь люди. Ніякова до чоловіка, дочки, задоволена тим, що знаходиться у неспокійній палаті. Нічого не робить, хвилюється тільки про їжу, багато їсть. При зустрічі з чоловіком мовчки бере їжу і вертається у відділення. Намагається забирати їжу у других хворих. Не слідкує за собою, не миється.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

Про яку нозологію можливо міркувати? (маячні ідеї впливу при шизофренії).

п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
	Оволодіти клініко - психопатологічним методом обстеження хворих з розладами мислення	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя. 2. Ретельно у бесіді з хворим виявити розлади мислення, відношення до них хворого.	

		<p>3. Провести зовнішній огляд хворого.</p> <p>4. Дослідити соматичний статус.</p> <p>5. Дослідити неврологічний статус</p> <p>6. Провести додаткові патопсихологічні методики.</p>	

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

1. Чоловік 68 років. на протязі останніх 3 років на пенсії. Раніше працював директором школи. Повинен був піти на пенсію у зв'язку з головними болями, шумами в голові, роздратованістю, забутливістю. артеріальний тиск підвищується до 170 - 180/ 90 - 110.

В клініку госпіталізований другий раз. Перший раз лікувався рік тому , тоді був психотичний стан з порушенням засипання, тривогою, чів голоси невідомих людей, котрі називали його зрадником. Вважав, що його переслідують, та мають вбити. Щоб далі закінчити ці муки вискочів з вікна. Получив важку травми кінцівок. У відділенні два тижні відчував страх, був напруженим, не хотів їсти, затверджував, що він не злочинець, а навпаки навкруги зрадники.Потім вийшов з психотичного стану, пам`ятає що тоді було. Залишався плаксивим, інтелектуально зниженим. Важко згадувати про минуле.

Вдруге психотичний стан розвинувся через 6 місяців зі схожими симптомами. Просив його рятувати від переслідувачів, не довірився сестрам робити ін'єкції. Ввечері бачив неприємні лиця ворогів.

Через 1,5 місяця стан нормалізувався. За цей час у відділенні біли періоди покращення, з'являлася критичність до свого стану, був спокійним, самостійно приймав їжу.

Соматично: А/Д - 160/90.

Які симптоми виявляються у хворого?

Який ведучий синдром?

Які соматичні супутні прояви?

З яким соматичним захворюванням поєднуються ознаки психічних порушень?

Яку нозологію можливо виставити?(галюцинаторно- параноїдний судинний гіпертонічний психоз).

2. Чоловік 39 років, хворіє на протязі 6 років. Став відчувати болі «стягуючого» характері у задньому проході, що мають особливий зв'язок з головою, посмикування рук і ніг, «в голові якість забруднення», «розширюються та розовіють вуші», «зсохся мозок».

Ніколи ніде не лікувався. Кинув працювати тому, що мав отходження чогось з полового члену. Кинув спілкуватися з товаришами, удень нікуди не виходив на вулицю, тільки вночі на вулиці займався гімнастикою. З родичами роздратований, особливо до матері. Вважає, що в нього венеричне захворювання та два рази обстежувався у венерологів, обидва рази нічого не знаходили.

Соматичний та неврологічний статуси без патології. В додаткових обстеженнях теж норма.

В бесіді розмовляє «про зміст життя людини і в цілому всесвіта». Розповідає, що «з голови щось тепле давить на ніс, очі, руки та ноги». Психічно

хворим себе не вважає. відповідає: «В мене діабет та венерична хвороба». Вимагає детального обстеження. Постійно торкається живота, роздивляється на себе у дзеркало. Лікування в псих. стаціонарі вважає «помилкою лікарів», вимагає виписати додому.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

До яких захворювань можливо відносити ці розлади? (іпохондричні маячні ідеї)

## **Частина 2 «Розлади інтелекту»**

### **I. Актуальність теми.**

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.

### **Цілі навчання**

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

#### **Конкретні цілі:**

1. Вивчити основні теоретичні положення про інтелект (а-11).

2. Пояснювати нейропсихологічні основи розладів інтелекту (а-11).

3.Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого, у якого є порушення інтелекту (а-111).

4.Оцінити симптоми, які указують на розлади інтелекту (а-11)

5.Оцінити дані експериментально-психологічних досліджень хворих (а-11).

5.Провести диференційну діагностику різних порушень інтелекту (а-11).

6.Призначення необхідну терапію при розладах інтелекту (а-111).

### 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.

<p>3. Патанатомія</p> <p>4. Патфізіологія</p>	<p>Знати можливі патоморфологічні зміни в судинній системі і мозковій тканини при порушеннях інтелекту.</p> <p>Засвоїти особливості діяльності головного мозку.</p>	<p>Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при 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, субдуральні гематоми, менінгіти, пухлини, атрофічні процеси..).</p>	<p>Знати етіопатогенез та клінічні особливості перебігу атрофічних порушень, мозкових катастроф та інфекційних захворювань ГМ.</p>	<p>Вміти призначити план обстеження, визначати основні клінічні симптоми .</p>
<p>2. Діагностичні та терапевтичні заходи при порушеннях інтелекту різної етіології.</p>	<p>Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних видах ураження головного мозку.</p>	<p>Вміти призначити диференційоване лікування при різних типах інтелектуальних розладів..</p>

## V. Зміст та структура теми заняття :

**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 дискутабельно 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'язують 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 взаємодій з оточуючими. Россудом 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 прозрень. 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	Олігофренія (Розумова відсталість)
- лакунарна - тотальна - концентрична (епілептична) - транзиторна (апатична, шизофренічна)	в ступені - дебільності - імбіцильності - ідіотії (легка, помірна, важка, тяжка)

Порушення інтелекту, як правило, описують на підставі різного ступеня зниження здібностей до рішення проблем і задач, зниження розумових здібностей. **Олігофренія** є збіркою групою різних за етіологією, патогенезом та клінічним проявом непрогресивних патологічних станів. Загальна ознака - наявність 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.

**Деменція** - це набуте недоумство, розпад колишнього інтелекту внаслідок психічного захворювання. Розрізняють лакунарну, тотальну, концентричну (епілептичну) та транзиторну (апатичну, шизофренічну) деменції. Лакунарна (парціальна) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті. Людина стає малоздатною до операцій мислення. Критичне ставлення до свого психічного стану збережене. Така деменція буває при судинних захворюваннях, черепномозкових травмах, сифілісі мозку. Тотальна деменція (глобальна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворі не можуть критично оцінити свій стан і вчинки. Вони не здатні до цілеспрямованої діяльності і потребують догляду й нагляду. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера та Піка.

Концентрична (епілептична) деменція характеризується поступовою психічною деградацією особистості з втратою гнучкості мислення. Спостерігається в'язкість, тугорухомість та застрявання думок. Хворий не може перейти з однієї теми розмови на іншу. Стає надто дріб'язковим, егоїстичним. Пацієнти бувають дратівливими, злопам'ятними. Концентрична деменція зустрічається при епілепсії.

Транзиторна (шизофренічна) деменція характеризується слабкістю пізнавальних процесів і розвивається внаслідок дезінтеграції психіки. Діяльність хворих стає непродуктивною, вони стають соціально дезадаптовані. Така деменція зустрічається при шизофренії і характеризується емоційно-вольовим зниженням.

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

### **Методи дослідження інтелекту**

#### **Клінічне обстеження хворого**

## Експериментально-психологічні дослідження:

тести зорової та слухової пам'яті

проби на запам'ятовування 10 слів

психометрична шкала Векслера

пиктограма по О.Р.Лурія

тест Равена

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

розуміння переносного глузду прислів'їв, приказок, сюжетного змісту картин, розповідей.

## VI. План та організаційна структура заняття.

п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Н авчальні цілі в рівнях засвоєння	Метод и контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)
.	<b>Підготовчий етап</b> Організаційні заходи			П.1 „Актуальність теми” П.2 „Навчальні цілі”
.	Постановка навчальних цілей та мотивація			
.	<b>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</b> 1.Психологічні поняття інтелекту.	I I I	Фронт альне індивідуальн е усне експрес -	Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди Питання для

	<p>2. Клінічні прояви різних порушень інтелекту</p> <p>3. Диференціальна їх діагностика</p> <p>4. Показання для госпіталізації.</p> <p>5. Нагляд, питання експертизи та лікування хворих з порушенням інтелекту.</p>	<p>II</p> <p>I</p> <p>II</p> <p>I</p> <p>II</p>	<p>опитування</p> <p>Тестовий контроль II рівня</p> <p>Рішення типових задач II рівня</p> <p>Тестовий контроль III рівня</p>	<p>індивідуального опитування</p> <p>Тести та задачі II рівня</p> <p>Тести III рівня</p>
I	<p><b>Основний етап Формування професійних вмінь та навичок:</b></p> <p>1. Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінити ці дані.</p> <p>2. Сформувати вміння провести клінічне та експериментально-психологічне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.</p> <p>3. Опанувати вміння обґрунтовувати попередній</p>	<p>II</p> <p>I</p> <p>II</p> <p>I</p> <p>II</p>	<p>Професійний тренінг на хворому.</p> <p>Рішення тестів та задач III рівня.</p>	<p>Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.</p> <p>Обладнання експериментально-психологічними методиками.</p> <p>Хворі Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування</p> <p>Тести та нетипові задачі III рівня</p>

	<p>синдромологічний діагноз та скласти план обстеження хворого.</p> <p>4. Вміти провести диференційну діагностику 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>	<p>II</p> <p>I</p> <p>I</p> <p>II-IV</p>	<p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Імітаційні ігри</p>
II	<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</p>	<p>II</p> <p>I</p>	<p>Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.</p> <p>Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи</p> <p>Рішення нетипових задач III рівня. Тестов</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>

	література по темі)		ий контроль III рівня.	
--	---------------------	--	---------------------------	--

### **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: (а II-III)

1. Інтелект. Історія поглядів на інтелектуальні функції. Види інтелекту?
2. Нейрофізіологічні основи інтелекту?
3. Клінічна оцінка та методи експериментально-психологічних досліджень при оцінці інтелекту?
4. Вкажіть основні вади та фактори, що можуть привести до розладів інтелекту?
5. Класифікація розладів інтелекту?
6. Поняття і ступені олігофренії, етіологічні причини?
7. Поняття деменції. Які бувають різновидності деменції?
8. Лакуарна демеція. При яких захворюваннях буває?
9. Що таке тотальна деменція? Коли вона зустрічається?
10. Клінічні особливості та відмінності лакуарної і тотальної деменцій?
11. Особливості епілептичної та шизофренічної деменцій, їх клінічні відмінності?
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 експертизи існують стосовно хворих із розладами інтелекту?

## 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. Олігофренія 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.

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

А. Малий словарний запас.

В. .... (абстрактно-логічне мислення на початковому рівні).

С. Розумова та фізична відсталість з дитинства.

Д. .... (можливість навчання в допоміжній школі).

Е. Аномалії розвитку зовнішності.

6. При діагностиці ступені олігофренії потрібно звернути на увагу у послідовності :

А. Стать хворого.

В. Аномалії розвитку зовнішності.

С. Здібність навчання у школі.

Д. Різновид мислення.

Е. Особливості поведінки, мовлення.

Відповідь – Д, С, Е, В, А.

7. 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

### Тести III рівня

Основні диференціально-діагностичні ознаки ступенів олігофренії :

Ступінь олігофренії Симптоматика	Дебільність	Імбіцильність	Ідіотія
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	+	+	-

## Задачі (а-II)

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.

### **VII. 3. Матеріали контролю для заключного етапу. Задачі (III)**

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 олігофренії.

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 олігофренії.	
2. Особливості діагностики синдромів порушення інтелекту.	Перелічити основні діагностичні ознаки синдромів деменції і олігофренії	
3. Клінічні особливості ступенів олігофренії	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 олігофренії.	Скласти план профілактики заходів для	

	запобігання олігофренії.	випливають	випливають
--	-----------------------------	------------	------------

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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

#### **Література:**

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. Бурлачук Л.Ф.,Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. - СПб.,1999.- 518с.
4. Клиническая психиатрия/Под ред. Н.Е.Бачерикова.- К.:Здоров'я,1989-512с. Руководство по психиатрии /Под ред А.В.Снежевского.-В 2-х томах.-М.: Медицина, 1983.
5. Руководство по психиатрии /Под ред.А.С.Тиганова.- В 2-х томах.- М.: Медицина,1999г.
6. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В.Морозова.- В 2-х томах. - М.: Медицина,1988г.
7. Психіатрія: Підручник/Г.Т.Сонник, О.К. Напрієнко, А.М. Скрипніков. – К.: Здоров'я, 2006. – 432 с.
8. Психіатрія. Під ред. професора О.К. Напрієнка. – Київ, 2001.
9. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психіатрія - М., 1969.
10. Коркіна М.В., Лакосіна Н.Д. Психіатрія - М., 1995.
11. Жариков Н.М. Психиатрия - М., 1989.
12. Кербиков О.В. Психиатрия. – М., 1968.
13. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежевского. В 2-х т. – М., 1983.
14. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М., 1997.
15. Клиническая психиатрия. Под ред.. проф. Н.С. Бачериова. – Киев,

1989.

16. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-09-9.

17. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнецова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.

18. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.