

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 1. Розлади
сприйняття, відчуттів, пам'яті. Частина 1 (2)» для студентів 4 курсу

медичного факультету

(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

ТЕМА 1: «Розлади відчуттів, сприйняття, пам'яті»

Частина 1

Мотивація заняття. Згадуються основні положення з фізіології органів відчуття і сприйняття, місце відчуттів і сприйняття у процесі пізнавальної діяльності людини, зв'язок відображення зі ступенями процесів пізнання.

Всю інформацію з навколишнього і внутрішнього середовища людина отримує за допомогою процесів сприйняття і відчуттів. Це – початковий етап, перший ступінь пізнавальної діяльності людини, чуттєвого пізнання оточуючої дійсності.

Підкреслюється значення патології сприйняття в загальній психопатології.

I. Актуальність теми:

Відчуття – це відображення в свідомості людини окремих властивостей предметів і явищ матеріального світу, що безпосередньо впливають на органи чуття. Ця функція у філо- й онтогенетичному відношенні є однією з найбільш ранніх.

Сприйняття є цілісним відображенням образу предметів і явищ навколишнього світу, що діють на організм через відчуття. Це активний процес аналізу і синтезу відчуттів шляхом зіставлення їх з попереднім досвідом. Наприклад, сприйняття дощу через відчуття вологи і холоду. Невід'ємною умовою нормального сприйняття є механізм пам'яті.

Відчуття людина завжди приписує собі, тобто вони перебувають у нас самих, а сприйняттю ж властивості предметів, їх образи локалізовані в просторі.

Сприйняття є процес отримання інформації про навколишнє та внутрішнє середовище. Інформація що сприймається, у значній мірі визначає розуміння людиною ситуації та, в значній мірі її поведінку. Наявність погрозливих обманів сприйняття, може бути основою для небезпечних дій. Можливість

розпізнати порушення сприйняття, синдроми, в які входять вони входять як елемент клінічної структури, дозволяє прогнозувати поведінку хворого та ступінь його небезпеки для себе та оточуючих людей. Яскравість клінічних проявів та специфічність різних обманів сприйняття для різних психічних захворювань дозволяє робити важливі диференційно-діагностичні висновки і допомагає у виборі адекватної терапії, прогнозу, та режиму утримання хворого.

II. Навчальні цілі заняття:

А. Сформувані поняття про сприйняття та відчуття, їх місце у процесі пізнавання, основні їх властивості та типи, симптоми розладів сприйняття, взаємозв'язок з основними психопатологічними синдромами та нозологічними формами.

Б. Знати:

- 1). Визначення понять «відчуття» та «сприйняття»;
- 2). Характеристику гіперестезії, гіпостезії та альгезії;
- 3). Клінічну характеристику сенестопатій;
- 4). Клінічну характеристику дереалізації та деперсоналізації;
- 5). Визначення поняття «ілюзія», класифікація і характеристика ілюзій;
- 6). Визначення поняття «галюцинація», класифікація і характеристика галюцинацій;
- 7) Диференційна діагностика справжніх і псевдогалюцинацій;
- 8) Визначення поняття «галюциноз», клінічна характеристика.

В. Вміти:

- 1). Проводити клінічне обстеження хворих з метою виявлення симптомів порушень сприйняття та відчуття;
- 2). Діагностувати найбільш вагомі розлади відчуття та сприйняття;
- 3). Аналізувати результати клінічних, патопсихологічних і функціональних методів дослідження;
- 4). Визначити тактику ведення хворого на розлади сприйняття та відчуття.

III. Цілі розвитку особистості:

Засвоєння студентами пріоритету видатних вчених у вивченні фізіології і патології сприйняття. Виховання сучасного клінічного мислення, формування деонтологічного підходу до хворих на порушення сприйняття та відчуття. Використання психотерапевтичного впливу у хворих на порушення сприйняття. Формування у студентів уявлень про діяльність органів відчуття в нормальних умовах і при патології.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліна	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни (забезпечуючі):		
Нормальна анатомія	Будову зорового, слухового, аналізатору нюху і смаку, шкірно-кінестетичного аналізатору	Визначити місце розташування основних аналізаторів в ЦНС. Схематично відобразити їх відділи.
Нормальна фізіологія	Функцію основних аналізаторів та проведення нервового імпульсу	Визначити функцію різних відділів основних аналізаторів
Біохімія	Основні нейромедіатори	Пояснити роль нейромедіаторів при розладах сприйняття
Фармакологія	Механізми дії засобів	Проводити фармакологічні проби
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Методи дослідження функції основних аналізаторів	Провести фізикальне обстеження органів і систем
II. Наступні дисципліни :		
Нейрохірургія	Механізми впливу ЧМТ та пухлин	Виявляти ознаки пухлини головного мозку,

<p>Ендокринологія</p> <p>Кардіологія</p>	<p>головного мозку на розвиток розладів сприйняття</p> <p>Гіпоталамо-гіпофізарну регуляцію ендокринних залоз</p> <p>Механізми розвитку зомлінь при кардіальних захворюваннях, механізми вегетативної регуляції серцевої діяльності</p>	<p>ЧМТ</p> <p>Виявити нейроендокринні вегетативні синдроми</p> <p>Виявляти вегетативні та органічні розлади в діяльності серця</p>
<p>III. Внутрішньопредметна інтеграція (між темами даної дисципліни):</p>		
<p>Судинні захворювання нервової системи</p> <p>Захворювання вегетативної нервової системи</p> <p>Запальні захворювання нервової системи</p> <p>Неврози</p>		

V. Зміст теми заняття

Основні положення, що повинні бути засвоєні студентами:

Гіперестезія - це підвищення інтенсивності відчуттів, унаслідок чого звичайні подразники - світло, звуки, запахи, дотики - здаються надмірно інтенсивними.

Гіпестезія виявляється підвищенням порога чутливості до подразників. Оточуючі предмети втрачають яскравість і чіткість, стають одноманітними, невизначеними. Звуки втрачають інтенсивність і виразність, кольори не мають відтінків.

Анестезія - це повна втрата чутливості до подразників (тобто втрата відчуттів), що може виникати в рецепторах як одного, так і кількох видів одразу (глухота і сліпота одночасно). Різновидом анестезії є альгезія — втрата відчуття болю.

Парестезія - відчуття неіснуючого подразника (наприклад "повзання мурашок по шкірі").

Синестезія - явище підміни рецептора, яке полягає в тому, що зовнішній подразник, який адресований одному аналізатору, викликає одночасно відповідь іншого або одразу кількох аналізаторів (запахи, звуки, фарби "зливаються в одне"). Синестезії можуть виникати у творчих людей, не будучи ознакою хвороби (наприклад відчуття картин як музики).

Сенестопатія — різноманітні поліморфні неприємні відчуття (жару, стягування, перекручування тощо), що локалізуються в різних ділянках тіла, внутрішніх органах і мають невизначений (на відміну від вісцеральних галюцинацій) характер. Спостерігаються в разі шизофренії, депресивних станів і деяких інтоксикацій. Локалізація сенестопатій у порожнині рота може дезорієнтувати лікаря-стоматолога і зумовити хибний діагноз.

Дереалізація — це відчуження світосприйняття з втратою орієнтації в часі й просторі. Хворі з такими розладами скаржаться на те, що світ змінився, все навколишнє вони сприймають як чуже, мертво, тьмяне, застигле, нереальне.

Деперсоналізація — це стан, за якого порушується усвідомлення психічного і фізичного "Я", а власні думки і дії сприймаються відчуженими від особистості.

Метаморфопсія полягає в порушенні зорового сприйняття форми, розміру і пропорцій предметів. Хворий впізнає їх, але сприймає спотворено. Можливі різні види метаморфопсій: у разі *макропсії* предмети здаються величезними,

мікропсії — неприродно зменшеними, *дисмегалопсії* — перекручуються в різних напрямках навколо осі. Розрізняють також *поропсію* ~ зміну сприйняття простору, що здається вкороченим, коли всі предмети наближені, або ж нескінченно видовженим.

Порушення схеми тіла — сприйняття власного тіла як зміненого. Хворому здається, що він став набагато важчим або легшим, зменшився або збільшився, змістилися окремі частини його тіла (наприклад голова відокремилася від тулуба, надзвичайно збільшилась або зменшилась).

Агнозія — повна "душевна сліпота", неможливість впізнати і пояснити значення сенсорних відчуттів.

Ілюзія — це хибне (спотворене) сприйняття реально існуючого об'єкта (предмета чи явища).

Можуть спостерігатися фізичні, фізіологічні й психічні ілюзії. Останні поділяють на афективні, вербальні й парейдолічні та ін.

За аналізатором розрізняють зорові, слухові, нюхові, тактильні та смакові психічні ілюзії, а також ілюзії загального відчуття — положення в просторі.

Фізичні ілюзії виникають у всіх людей і спричинені фізичними властивостями предмета. Наприклад північне сяйво чи міраж у пустелі, "скривлення" ложки у склянці чаю.

Фізіологічні ілюзії пов'язані з особливостями роботи (фізіологією) аналізаторів.

Психічні ілюзії виникають тоді, коли бачення об'єкта зливається з хворобливим уявленням.

Вербальні ілюзії — це перекручене, хибне сприйняття змісту реальної розмови оточуючих. При цьому питання одного зі сторонніх співрозмовників, а також відповіді іншого спотворено сприймаються хворим. У цих розмовах він вбачає принизливі та образливі зауваження на його адресу, погрози розправи, що викликають у нього страх і тривогу.

Афективні ілюзії виникають у стані напруженого чекання, страху, тривожно-пригніченого настрою. За таких обставин замість стетоскопа в руках лікаря

хворий може побачити ніж чи пістолет, а в шумі вітру почути дихання переслідувачів, що його настигають.

Парейдолічні ілюзії— спотворене сприйняття, за якого хворий дивлячись, наприклад, на шпалери, килим, ліплення на стелі чи тріщину на стіні, сприймає їх як яскраві, динамічно мінливі картини, на яких змінюють одне одного фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої тощо. Такі ілюзії здебільшого виникають в ініціальних стадіях гострого психозу.

Галюцинації — це несправжнє, уявне сприйняття неіснуючих подразників (об'єктів). Існує кілька класифікацій галюцинацій за різними ознаками.

За ступенем складності розрізняють прості, складні й комбіновані галюцинації.

Прості (елементарні) галюцинації поділяють на такі форми:

- *акозми* — слухові галюцинації (шум, тріск);
- *фотопсії* — зорові галюцинації (спалахи, плями).

Складні галюцинації характеризуються певним змістом (наприклад музика).

Комбіновані галюцинації зумовлені сприйняттям одного неіснуючого об'єкта кількома аналізаторами — його вигляд, запах, звук.

За аналізаторами галюцинації поділяють на зорові, слухові, тактильні, нюхові, смакові і вісцеральні.

Зорові (оптичні) галюцинації — це сприйняття неіснуючих зорових образів; можливі такі їхні форми:

- *аделоморфні* ~ нечіткі, розмиті зорові образи;
- *мікро- і макроскопічні* — зменшені чи збільшені образи предметів;
- *поліоптичні* — чисельні однакові зорові образи;
- *автоскопічні* — хворий бачить у дзеркалі поряд із собою власного двійника;
- *негативні автоскопічні* — хворий не бачить себе у дзеркалі;
- *геміаноскопічні* — виникають в одній половині поля зору.

Слухові (вербальні) галюцинації — це сприйняття акустичних

образів, голосів, яких насправді не існує. Можуть спостерігатися такі їхні види:

- *коментуючі* — коментують вчинки хворого;
- *імперативні* — наказові, що особливо небезпечно;
- *контрастуючі (антагоністичні)* — діалог голосів, які ведуть суперечку; при цьому одні з них зазвичай засуджують хворого, а інші виправдовують;
- *нейтральні* ~ їхній зміст не стосується особи хворого.

Тактильні галюцинації характеризуються відчуттям повзання

по шкірі або під шкірою якихось істот. До них належать *генітальні галюцинації Маніана* — хворі відчувають, що їхніми статевими органами хтось маніпулює, робить непристойні дії тощо.

Нюхові галюцинації — це сприйняття уявних запахів різної інтенсивності й відтінків. Вони здебільшого мають неприємний, подразливий характер — трупний запах, запах гниття, сірководню.

Смакові галюцинації— їжа набуває нехарактерних для неї смакових властивостей. Як і в разі нюхових галюцинацій ідеться про подразливі відчуття, які зумовлюють відмову від вживання їжі.

Нюхові й смакові галюцинації у хворих на шизофренію є ознакою несприятливого прогнозу.

Вісцеральні галюцинації— хворий стверджує, що всередині його тіла, частіше за все в животі, перебувають живі істоти — жаби,

змії. Вони можуть "пересуватися, повзати" тощо, викликаючи вкрай неприємні відчуття.

За повнотою розвитку розрізняють справжні й псевдогалюцинації.

Справжні галюцинації сприймаються як реальність і мають зовнішню (екстракорпоральну) проєкцію, виразність та конкретність; вони найчастіше виникають у разі екзогенних психічних захворювань.

Псевдогалюцинації переважно супроводжують ендогенні психічні захворювання, характеризуються відсутністю зовнішньої проєкції галюцинаторного образу (наприклад голос, що хворий чує в голові "внутрішнім

вухом", або образ, який бачить "внутрішнім оком") і наділені не стільки тілесністю, скільки образністю, тобто мають суб'єктивний характер.

За етіопатогенезом розрізняють афектогенні, домінантні, рефлєкторні, функціональні, викликані й нав'язні галюцинації.

Афектогенні галюцинації ви никають одразу після психічної травми і відображають її зміст.

Домінантні галюцинації спричинюються поступовим посиленням психотравмівної ситуації, коли певні думки на тлі потужного афекту стають домінантними. Наприклад, у разі афективного психозу хворий може чути голоси, які під час депресивної фази засуджують його, а під час маніакальної — всіляко звеличують.

Рефлєкторні галюцинації виникають разом із реальним подразником, але сприймаються іншим аналізатором і зникають після припинення дії подразника. Наприклад, хворий під музику бачить с'яво.

Функціональні галюцинації — реальний і галюцинаторний образи сприймаються одним аналізатором (під перестук колес хворий чує голос) або галюцинації виникають унаслідок збудження аналізатора (при інтенсивному прислухуванні хворий чує неіснуючий голос).

Викликані галюцинації (симптом Ліпмана) — натискання на очні яблука хворого може спричинити в нього зорові галюцинації.

Нав'язні галюцинації (симптом Рейхарта) — хворий бачить на чистому аркуші паперу малюнки, читає текст.

Особливі види галюцинацій. *Пнагогічні галюцинації* виникають під час засинання.

Пнопомпичні галюцинації спостерігаються при пробудженні.

Галюцинації типу Шарля Боне виникають в органах чуття, на які впливає патологічний процес, унаслідок чого сліпий "бачить", глухий "чує" тощо.

Екстракампінні галюцинації — галюцинаторний образ виникає за межами поля зору (наприклад хворий стверджує, що за його спиною стоїть Демон).

Галюциноз — це психопатологічний стан, якому властива постійна наявність тих чи інших галюцинацій, частіше слухових, за збереження критичного ставлення до них. Спостерігається в разі алкоголізму, шизофренії, епілепсії, органічних уражень головного мозку.

Педункулярний галюциноз зумовлений ураженням середнього мозку в ділянці мозкових ніжок і IV шлуночка; характеризується рухливими мікроптичними галюцинаціями, що зазвичай виникають увечері.

VI. План і організаційна структура заняття:

	Основні етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)
	<p>Організація заняття</p> <p>Постановка навчальних цілей та мотивація</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1). Класифікація розладів сприйняття і відчуття</p> <p>2). Визначення</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p>	<p>Тестовий контроль I рівня</p> <p>Індивідуальне усне опитування</p> <p>Фронтальна бесіда</p>	<p>Академічний журнал</p> <p>«Навчальні цілі» «Актуальність»</p> <p>Методичні розробки</p> <p>Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно-логічні схеми</p>

<p>понять відчуття, сприймання та уявлення</p> <p>3). Що таке ілюзії, механізми їх виникнення</p> <p>4). Справжні галюцинації, їх клінічні різновидності</p> <p>5). Псевдогалюцинації, їх клінічні різновидності</p> <p>6). Порушення сенсорного синтезу, їх клінічні варіанти</p> <p>7) Сенестопатії, їх відміни від вісцеральних галюцинацій</p> <p>8) Особливості порушень сприймання при основних психопатологічних синдромах та нозологічних формах</p> <p>9) Сучасні принципи лікування розладів сприйняття</p>	<p>II</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p>	<p>Тестовий контроль II рівня</p> <p>Рішення типових задач II рівня</p>	<p>Питання для індивідуального усного опитування</p> <p>Тестові завдання I, II рівня</p> <p>Типові задачі II рівня</p>
<p>Формування професійних навичок</p>		<p>Методи формування</p>	<p>Алгоритми</p>

<p>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 сприйняття та відчуття;</p> <p>4). Проводити диференціальну діагностику</p> <p>5). Інтерпретація даних додаткових методів обстеження.</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>навичок:</p> <p>професійний тренінг, рішення тестів II рівня, типових задач II рівня</p> <p>Методи формування вмінь: професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня</p>	<p>для формування практичних навичок</p> <p>Методичні розробки.</p> <p>Неврологічні молоточки.</p> <p>Таблиці.</p> <p>Тести, типові задачі III рівня</p> <p>Алгоритми</p> <p>для формування професійних вмінь.</p> <p>Пацієнти.</p> <p>Історії хвороби пацієнта.</p> <p>Ситуаційні нетипові задачі.</p> <p>Імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання.</p>
<p>Контроль і</p>	<p>III</p>	<p>Методи</p>	<p>Обладнання</p>

<ul style="list-style-type: none"> · корекція рівня професійних вмінь та навичок · Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного) · Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі) 		контролю навичок: індивідуальний контроль практичних навичок та їх результатів. Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач	Результати клінічного обстеження. Задачі III рівня Тестові завдання III рівня Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою
---	--	--	---

Мінімальний перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти студент протягом заняття

1. Уміння виявити першорядні порушення сприйняття та відчуття під час курації хворих.
2. Студенти самостійно працюють з хворими в палатах, використовуючи експериментально-психологічні методики.
3. Виявлену патологію студенти записують, описуючи стан хворого.

Частина 2

I. Актуальність теми.

Пам'ять відіграє дуже важливу роль в житті кожної людини, є базою, фундаментом становлення та розвитку інтелекту. Важливість достатньої мнестичної функції для успішної соціальної адаптації важко переоцінити. Особливе значення ця оцінка важлива при психічній хворобі. Актуальність проблеми пам'яті полягає в зв'язку із збільшенням процентного співвідношення людей похилого віку. Вміння вірно оцінити розлади пам'яті дуже важливе в підготовці лікаря.

Цілі навчання

Навчальні цілі заняття:

Вивчити основні властивості пам'яті та різноманітні прояви її розладів.

Конкретні цілі:

1. Вивчити основні теоретичні положення про пам'ять (а-11).
2. Пояснювати нейропсихологічні основи розладів пам'яті (а-11).
3. Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого, у якого є порушення пам'яті (а-111).
4. Оцінити симптоми, які указують на розлади кількісних та якісних розладів пам'яті (а-11)
5. Оцінити дані експериментально- психологічних досліджень (а-11).
5. Провести диференційну діагностику різних порушень пам'яті (а-11).
6. Призначення необхідну терапію при розладах пам'яті (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 пам'яті. Сформулювати деонтологічне

ставлення та розвинути чуйність щодо особливостей відношення майбутнього фахівця до пацієнта, хворого з наявністю мнестичних розладів.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
<p><u>I. Попередні дисципліни</u></p>		
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 пам'яті.	Вміти визначати параметри нормального функціонування різних частин головного мозку.
3. Патанатомія	Знати можливі патоморфологічні зміни в судинній системі і мозковій тканині при порушеннях пам'яті.	Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при мнестичних розладах.
4. Патфізіологія	Засвоїти особливості діяльності головного мозку.	Вміти визначити клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності при порушеннях пам'яті.
<p><u>II. Наступні дисципліни</u></p>		
1. Нейрохірургія	Знати початкові	Вміти виставити

<p>2. Неврологія (дитяча неврологія)</p>	<p>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, відставання у розвитку.</p>	<p>діагноз по клінічним ознакам патології пам'яті.</p> <p>Вміти виставити попередній діагноз (в т.ч. - наслідкових хвороб) та призначити лікування.</p>
<p><u>III. Внутрішньо предметна інтеграція</u></p> <p>1. Органічні порушення головного мозку (ішемічні та геморагічні інсульти, субдуральні гематоми, менінгіти, пухлини, атрофічні процеси.).</p> <p>2. Діагностичні та терапевтичні заходи при порушеннях пам'яті різної етіології.</p>	<p>Знати етіопатогенез та клінічні особливості перебігу атрофічних порушень, мозкових катастроф та інфекційних захворювань ГМ.</p> <p>Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних видах ураження головного мозку.</p>	<p>Вміти призначити план обстеження, визначити основні клінічні симптоми .</p> <p>Вміти призначити дифе-ренційоване лікування при різних типах мнестичних розладів..</p>

У. Зміст та структура теми заняття :

Види пам'яті

Генетична

Імунологічна

Нейрологічна(уроджена та фенотипична)

Імпринтинг-відображення

Неусвідомлена

Свідома

Рухова

Ейдетична

Образна

Логічна

Беспосередня

Короткочасна

Проміжна

Довгострокова

Класифікація порушень пам'яті

кількісні	якісні
гіпермнезії гіпомнезії амнезії (фіксаційна, ретроградна, антероградна, конградна, прогресуюча, перфораційна,ретардирована,дисоціативна)	парамнезії: конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії

Методи дослідження пам'яті

Клінічне обстеження хворого

Експериментально-психологічні дослідження:

тести зорової та слухової пам'яті

проби на запам'ятовування 10 слів

психометрична шкала Векслера, піктограма по О.Р.Лурія

VI. План та організаційна структура заняття.

п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Н авчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)
.	<p>Підготовчий етап</p> <p>Організаційні заходи</p> <p>Постановка навчальних цілей та мотивація</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1. Психологічні поняття пам'яті.</p> <p>2. Клінічні прояви різних порушень пам'яті</p> <p>3. Диференціальна їх діагностика</p>	<p>I</p> <p>I</p> <p>I</p> <p>I</p> <p>II</p>	<p>Фронтальне індивідуальне усне експрес-опитування</p> <p>Тестовий контроль</p> <p>II рівня</p> <p>Рішення</p>	<p>П.1 „Актуальність теми”</p> <p>П.2 „Навчальні цілі”</p> <p>Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди</p> <p>Питання для індивідуального опитування</p>

	<p>4. Показання для госпіталізації.</p> <p>5. Нагляд, питання експертизи та лікування хворих з порушенням пам'яті.</p>	<p>I</p> <p>II</p>	<p>я типових задач II рівня</p> <p>Тестовий контроль III рівня</p>	<p>Тести та задачі II рівня</p> <p>Тести III рівня</p>
	<p>Основний етап</p> <p>4.Формування професійних вмінь та навичок:</p> <p>1.Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінити ці дані.</p> <p>2.Сформувати вміння провести клінічне експериментально-психологічне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.</p> <p>3.Опанувати вміння обґрунтовувати попередній синдромологічний діагноз та скласти план</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>I</p> <p>I</p> <p>II</p>	<p>Професійний тренінг на хворому.</p> <p>Рішення тестів та задач III рівня.</p> <p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних</p>	<p>Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.</p> <p>Обладнання експериментально-психологічними методиками.</p> <p>Хворі</p> <p>Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування</p> <p>Тести та нетипові задачі III рівня</p> <p>Імітаційні ігри</p>

	<p>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 пам'яті.</p>	<p>I</p> <p>II-IV</p>	<p>ситуацій</p>	
II	<p>Заключний етап</p> <p>5. Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок</p> <p>6. Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)</p> <p>7. Домашнє завдання (основна і</p>	<p>I</p> <p>II</p>	<p>Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.</p> <p>Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи</p> <p>Рішення нетипових задач III рівня.</p> <p>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>

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

Оснащення занять

Таблиці

Схеми

Набори завдань вихідного рівня

Набори тестів підсумкового контролю

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

1. Пам'ять. Історія поглядів на мнестичну функцію. Види пам'яті.
2. Нейрофізіологічні основи короткочасної та довгострокової пам'яті.
3. Клінічна оцінка та методи експериментально-психологічних досліджень при оцінці пам'яті.
4. Кількісні розлади пам'яті. Види амнезій, при яких захворюваннях вони трапляються.
5. Якісні порушення пам'яті: конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії. Причини якісних порушень пам'яті.
6. Диференційна діагностика цих порушень.
7. Корсаковський синдром. Захворювання, при яких зустрічаються цей синдром.
9. Лікарська допомога при порушеннях пам'яті.

Тести 1 рівня

1. До кількісних порушень пам'яті відносяться:
 - А. Конфабуляції.
 - Б. Гіпермнезії.
 - В. Амнезії.

Г. Псевдоремінісценції.

Д. Гіпомнезії.

Відповідь- Б, В, Д.

2. Що не відноситься до якісних мнестичних порушень?

А. Гіпермезії.

Б. Псевдоремінісценції.

В. Конфабуляції.

Г. Криптомнезії.

Д. Амнезії.

Відповідь-А,Д.

3. Функціями пам'яті є, крім

А. Запам'ятовування.

Б. Узнавання.

В. Представлення.

Г. Збереження.

Д. Відтворення.

Відповідь-В.

4. При амнезії страждають функції

А. Запам'ятовування.

Б. Збереження.

В. Відтворення.

Г. Узнавання.

Д. Все вище визначене.

Відповідь- Д.

Ситуаційні задачі 2 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'ті 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 поряд 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.

Задачі 3 рівня

1. Хвора 55 років. 3 роки тому почала знижуватися пам'ять. Спочатку забувала поточну інформацію, а потім і фахові знання, події з власного життя. Останні три місяці погано орієнтується у власній квартирі.

Яка психічна функція страждає?

Відповідь: мнестична

Який синдром у хворої?

Відповідь: прогресуюча амнезія

Про яке захворювання слід подумати? Відповідь: хвороба Альцгеймера.

2. Чоловік, 34 роки. Був доставлений в лікарню після травми черепа в непритомному стані. Був збитий машиною. Після того, як прийшов до свідомості не міг згадати, що з ним трапилось, пам'ятає тільки як вийшов на роботу. Не може запам'ятати прізвище лікаря. Через два дні стверджує, що знаходиться в санаторії, куди приїхав два тижні тому, що вчора зустрічався з президентом Єгипта і вів державні переговори.

Які психічні функції порушені?

Відповідь: мнестичні функції.

Який ведучий психопатологічний синдром?

Відповідь: корсаківський синдром.

ЛІТЕРАТУРА

Психіатрія / За ред. О.К.Напрієнка.-К., 2003

1. Психіатрія (клініко- діагностичні алгоритми): Навчально-методичний посібник/ За ред. проф. Л.М.Юр'євої.-Д.:АРТ-ПРЕС,2002.-168с.
2. 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.
3. 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.
4. Руководство по психиатрии /Под ред.А.С.Тиганова.- В 2-х томах.- М.: Медицина,1999г.
5. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В.Морозова.- В 2-х томах. - М.: Медицина,1988г.
6. Психіатрія: Підручник/Г.Т.Сонник, О.К. Напрієнко, А.М. Скрипніков. – К.: Здоров'я, 2006. – 432 с.
7. Психіатрія. Під ред. професора О.К. Напрієнка. – Київ, 2001.
8. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психіатрія - М., 1969.
9. Коркіна М.В., Лакосіна Н.Д. Психіатрія - М., 1995.
10. Жариков Н.М. Психиатрия - М., 1989.
11. Кербиков О.В. Психиатрия. – М., 1968.
12. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежевского. В 2-х т. – М., 1983.
13. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М., 1997.
14. Клиническая психиатрия. Под ред.. проф. Н.С. Бачериова. – Киев, 1989.
15. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. :

МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-09-9.

16. 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.

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