

# **ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

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

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

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2015 року

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА**

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

Запоріжжя – 2015 рік

## **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:**

A. 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 вагомі 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 рефлекторну діяльність, поняття про фазові стани.	Визначити функцію мовних центрів головного мозку.  Пояснити схожість та розбіжності формування нав'язливих та маячних ідей.
2. Кафедра патологічної фізіології	Знання про патофізіологічні механізми формування нав'язливих станів та утворення марення.	Провести психо-експериментальні методики, щоб виявляти симптоми порушення асоціацій, послідовності мислення.
3.Кафедра суспільних дисциплін з курсу загальної психології	Методи патопсихологічного дослідження сфери 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. Патолофізіологічними механізмами нав'язливих станів є утворення вогнища застійного збудження, патологічної інертності збудження внаслідок різких емоцій з паталогічно закріпленими умовними рефlekсами.

## VI. План і організаційна структура заняття.

№	Етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час хв.
Підготовчий етап					
1.	Організаційні питання			Академ.журнал.	2
2.	Формування мотивації.			«Навчальні цілі» «Актуальність»	5
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1.Клінічна класифікація патології мислення; 2.Розлади мислення по темпу та цілеспрямованності; їх клінічні симптоми; 3.Поняття марення, класифікація маячних ідей; 4.Поняття нав`язливі стани, їх різновиди;	I  II  II  II	Тестовий контроль I рівня Індивідуальне опитування Фронтальна бесіда Тестовий контроль II рівня Рішення типових задач II рівня.	Методичні розробки  Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно – логічні схеми  Питання для індивідуального усного опитування  Тестові завдання I,II рівня  Тестові задачі II рівня	35
Основний етап					

	<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 мислення;</p> <p>4. Інтерпретація даних додаткових методів обстеження</p>	<p>III</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, задачі 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 експериментально - психологічні тести.</p>	<p>130</p> <p>хв..</p>
Заключний етап					
1.	Контроль кінцевого рівня підготовки.	III	Індивідуальний контроль	Обладнання.	8хв.
2.	Підведення підсумків учбової діяльності студента. Інформування студента про тему		практичних навичок. Оцінка результатів	Історії хвороби. написаний психічний статус , задачі III рівня, тестові завдання III рівня.	3хв.

3.	наступного заняття		клінічної роботи, рішення тестів, задач.	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	2хв
----	--------------------	--	--	---	-----

**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 с 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:
  - А. ментизм
  - Б. ехолалія
  - С. персевірація
  - Д. вербигерація
  - Є. шперрунг\*
2. Аутистичне мислення зустрічається:
  - А. 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:
- А. 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:

- A. маячних ідей вонахідництва
- B. реформаторського маячення
- C. маячення інсценування
- D. маячення двійників\*
- Є. маячення інтерметаморфози

8. Паталогічна докладність мислення зустрічається при:

- A. шизофренії
- B. епілепсії\*
- C. психопатії
- D. 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

знушаються 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 підслуховувати 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 обгрунтованості 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 накинулася 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 ревностів, 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 астенична 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 мамою 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 хворої?

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
1	Оволодіти клініко - психопатологічним методом обстеження хворих з розладами	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез	

	мислення	<p>хвороби та життя.</p> <p>2. Ретельно у бесіді з хворим виявити розлади мислення, відношення до них хворого.</p> <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 вискочив 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 вого стану, був спокійним, самотійно 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 якесь 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)

## **VIII. Література**

1. Психітрія. Під ред. професора О.К. Напрієнка. - Київ, 2001.
2. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. - М., 1969.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Э. Психиатрия. - М., 1995.
4. Кербигов О.В. с соавт. Психиатрия. - М., 1968.
5. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. В 2-х т. - М., 1983
6. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М., 1997.
7. Темы лекцій, "Розлади мислення" (з курсу психіатрії) и "Психологія мислення" (з курсу медичної психології).