

# **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 3 . Розлади  
емоційно-вольової сфери та свідомості. Частина 1 (2)» для студентів 4 курсу  
медичного факультету  
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

## **Тема 3: «Психологія та патопсихологія емоційно-вольової сфери та свідомсті»**

### **Частина 1**

#### **I.Актуальність теми:**

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

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

#### **II.Навчальні цілі заняття:**

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

#### **Б. Знати:**

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

#### **В. Вміти:**

- 1) Проводити клінічне обстеження хворих з метою виявлення симптомів порушень емоцій та волі;
- 2) Навчитись діагностувати найбільш вагомні розлади емоцій та волі;

3) Виявляти емоційно - волеві розлади за допомогою додаткових патопсихологічних методик;

4) Аналізувати основні синдроми, пов'язані з порушенням емоційно – вольової сфери.

### III. Цілі розвитку особистості:

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність прийняття рішення по оцінці загального стану, наявності ускладнень. Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта з психічними розладами та його родини.

### IV. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліна	Знати	Вміти
<b>Найменування попередніх дисциплін</b>		
1. Кафедра нормальної фізіології людини.	Знання про морфо – функціональний взаємозв'язок емоцій та волі людини.	Визначити функцію лімбічної системи.
2. Кафедра патологічної фізіології	Знання про патофізіологічні механізми формування порушень емоцій й волі.	Пояснити взаємозв'язок соматичних та психічних проявів при депресіях, апатії, абулії.
3. Кафедра суспільних дисциплін з курсу загальної психології	Методи патопсихологічного дослідження емоційно – вольової сфери.	Провести психо - експериментальні методики, щоб виявляти симптоми порушення емоцій та волі.

<b>Наступні дисципліни</b>		
1. Кафедра внутрішніх хвороб.	Механізми впливу емоційних розладів на початок гіпертонічної хвороби та виразки шлунку.	Виявити ознаки гіпертонічної хвороби, виразки шлунку.
2. Курс нейрохірургії	Механізми взаємозв'язку порушень емоцій та волі з можливим ураженням окремих ділянок мозку.	Виявити ознаки пухлин, атрофій та іншої патології різних ділянок головного мозку.
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
1. Розлади мислення.	Клінічні ознаки кількісних та якісних порушень мислення, що супроводжують депресивний та маніакальний синдроми.	Враховувати розлади мислення в оцінці психічного стану хворого з ведучими емоційними та вольовими порушеннями
2. Розлади інтелекту	Клінічні симптоми деменцій.	Диференціювати початкові прояви деменцій з апатією та різновидами депресій.

#### **V. Зміст теми заняття:**

Основні положення, що повинні бути засвоєні студентами:

1. Емоції – психічні процеси та стани, пов'язані з інстинктами, потребами та мотивами, супроводжуючі сприйняття себе і навколишнього середовища, задовольняти потреби, виробничу діяльність, міжособові контакти. Виділяють нищі та вищі емоції, стенічні та астенічні, позитивні й негативні.

2. Депресія - стан, коли хворий знаходиться у зниженому настрої з віддугінком туги, яке супроводжується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, думками про власну недосконалість, передчуттям біди, дискомфортом з відчуттям важкості в грудній клітині, суїцидальними намірами та спробами. Розглядають невротичні та психотичні депресії, типові й атипові.

3. Манія- стійке підвищення настрою з посиленням тяги, активності, ускоренням мови та мислення. Для маніакального синдрому характерні відчуття веселості, оптимізму, щастя, нестійкість та відволікання від уваги, словозаохочення, загострення пам'яті, переоцінка власної особи.

4. Апатія- стан, при якому спостерігається зростаюча недостатність яркості емоційних проявів, втрата переживань, сердечна холодність, байдужість, зрушення в емоційній сфері. Нічого у хворого не викликає зацікавленості, емоційного відгуку, в тому числі й особиста життєва перспектива. Апатія може бути наслідком важкої патології- шизофренії, пухлини мозоку, атрофічних процесів у головному мозоку, хвороб Піка, Альцгеймера.

5. Воля- психічна діяльність людини человека, що направлена на досягнення конкретної мети, на подолання виникаючих при цьому перешкод. У вольовому процесі виділяють чотири етапу: виникнення потреб, боротьба мотивів, вибір рішення та його здійснення. На усіх цих етапах можливі хворобливі порушення.

6. Розрізняють кількісні та якісні розлади волі. Ослаблення волі (гіпобулія) може досягати ступеню повної її відсутності (абулії). Характерно для хворих на шизофренію, травматичну хворобу, старчі психози. Патологічне посилення вольової активності (гіпербулія) в сумісності з підвищеним відволіканням може зустрічатися при маніакальних станах, маячних порушеннях. Спотворення вольових актів (парабулії) може бути в порушенні тяги до їжі, інстинкту самозахисту, статевого потягу.

## VI. План і організаційна структура заняття.

	Етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення
	<p>Організаційні питання</p> <p>Формування мотивації.</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1.Клінічна класифікація патології емоцій і волі;</p> <p>2.Поняття депресія та манія; їх клінічні різновиди;</p> <p>3.Визначення волі, елементи вольового процесу;</p> <p>4.Гіпер,</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>I</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>

	гіпо та абулія, їх прояви, парабулії;			
	<p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1. Оволодіння методикою опитування хворого;</p> <p>2. Опитування і аналіз даних анамнезу хвороби та життя пацієнта;</p> <p>3. Опитування пацієнта з метою діагностики порушень емоцій та волі;</p> <p>4. Інтерпр</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.</p> <p>Ситуаційні нетипові задачі, імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання.</p> <p>Елементарні</p>

	етація даних додаткових методів обстеження			експериментально - психологічні тести.
	Контроль кінцевого рівня підготовки. Підведенн я підсумків учбової діяльності студента. Інформува ння студента про тему наступного заняття	III	Індивідуа льний контроль практичних навичок. Оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач.	Обладнання. Історії хвороби. написаний психічний статус , 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 емоцій (депресія, манія, дисфорія, апатія) та патологію волі у хворих під час курації.
2. Студенти самостійно працюють з хворими в палатах, використовуючи експериментально-психологічні методики.
3. Виявлену патологію студенти записують, описуючи психічний стан хворого.

**VII Матеріали методичного забезпечення заняття:**

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

## Матеріали для тестового контролю (I рівень)

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

- А. Дисфорія
- В. Добросердя
- С. Депресія
- Д. Гипотимія
- Е. Амбівалентність\*

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

- А. Дисфорії\*
- В. Негативізму
- С. Абулії
- Д. Амбівалентності
- Е. Амбітендентності

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

- А. Меланхолічний раптус
- В. Ажитация
- С. Патологічний афект
- Д. Кататонічне збудження
- Е. Все раніше згадане\*

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

- А. Маніакального ступору
- В. Галюцинаторного ступору
- С. Депресивного ступору
- Д. Єпелептичного ступору
- Е. Кататонічного ступору\*

5. Для депресивного синдрому характерно, окрім:

- А. Знижений настрій
- В. Рухова загальмованість
- С. Нестійкі маячні ідеї депресивного характеру
- Д. Сповільнення асоціативного процесу
- Е. Докладність мислення

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

- А. Журба
- В. Почуття втрати
- С. Збиток самооцінки
- Д. Збиток цікавості до навколишнього світу
- Е. Збиток здатності любити\*

### **Матеріали для індивідуального усного опитування**

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

### **Типові задачі (II рівня).**

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

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

Який ведучий синдром?

Які симптоми в основі цього синдрому?

Які різновиди цього синдрому зустрічаються? (Депресивний синдром)

2. Хвора 64 років, на пенсії. Має велику сім'ю, багато дітей та внуків. Стосунки в сім'ї добрі, матеріально забезпечені. Захворіла після того, як син (з ним проживала), щоб забезпечити незалежне спокійне життя, розміняв квартиру та виділив для матері окрему кімнату. З'явився неспокій: чине помилився син в обміні квартири, чи не може скоїтись якесь лихо. Ночами лишалася без сну. Тривога зростала кожен день, нічого не могла робити вдома. Сиділа в однієї позі, та чекала неприємностей. Після лікування в клініці на протязі 8 місяців почувала себе добре. Коли почула, що онук захворів, знову порушився сон, з'явилося занепокоєння, здавалася розгубленою. Не знаходила собі місця, постійно ходила, прохала близьких відвезти її в лікарню. В відділенні весь час розповідала лікарям про тривогу, журилася, вночі не спала, жалілась на болі в серці.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

Яка трансформація синдрому на протязі захворювання?(депресивний синдром)

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

Який емоційний розлад зумовив правопорушення?(дисфорія)

Для якого захворювання це характерно?

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

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

Який ведучий емоційно - вольовий синдром?

Які симптоми складають синдром?

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

### **7.3 Матеріали контролю для заключного етапу заняття**

#### **Нетипові задачі (III рівень).**

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

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

Яка на протязі хвороби трансформація симптомів?

З яким соматичним захворюванням поєднуються ознаки психічних порушень?

2. Службовець 37 років, має вищу освіту, завжди стриманий та коректний до людей, зробився роздратованим та розв'язним, в особливості до жінок, розповідав їм еротичні анекдоти. Почав частіше випивати спиртні напої.

Поступово з'явилась забутливість, сльозливість та періоди гнівливості з дрібниць. Почав більше приділяти увагу їжі, плутався у службових завданнях. Колегам казав, що одержав підвищення, запрошував їх до себе. В період відпустки звернувся до лікарів, діагностовано неврастенію, пройшов курсове лікування.

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

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

Які симптоми виявляє хворий? ( прояви псевдопаралітичного синдрому)

Яка динаміка симптомів?

З якими захворюваннями диференціювати психічні розлади?

Які додаткові обстеження допоможуть в уточненні хвороби?

3. Жінка 42 років. У дитинстві виховувалась без особливостей, активна, зацікавлена. Закінчила 8 класів, вчилась добре, нічим не хворіла. В подальшому два рази виходила заміж, але зараз розведена (звинувачує в цьому чоловіків). На одній роботі довго не втримувалась, там конфліктувала, була збудженою. Два рази притягалась до судової відповідальності - за бійку з сусідкою та крадіжку. Поступила в лікарню після довготривалої суперечки з сусідами. Була збуджена, розірвала на собі одяг, причитала та падала на підлогу, чому й була госпіталізована. В лікарні грубить, вередує, ображається. В бесіді з лікарем люб'язна, заохотливо розповідає про себе, але брехню: що вона зараз працює, що чоловік трагічно загинув. Соматичних порушень не виявлено. Сприйняття, пам'ять, інтелект без патології. Скаржиться на поганий сон, дратівливість, стомленність.

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

До яких захворювань можливо відносити ці розлади?

## **Частина 2**

### **I. Актуальність теми.**

Свідомість визначають як вищу, специфічну людську форму відображення дійсності. Окрім такого філософського поняття свідомості є і медичні критерії, які дають змогу встановити порушення свідомості. Вони були введені німецьким вченим Ясперсом: 1) порушення алопсихічної та аутопсихічної орієнтації, 2) порушення процесу мислення, 3) фрагментація сприйняття, 4) мнестичні порушення на період розладу свідомості, 5) пароксизмальність такого розладу. В практичній роботі кожного лікаря будуть траплятися клінічні ситуації, коли у хворих треба встановити наявність кількісних чи якісних порушень свідомості.

**1. Навчальні цілі заняття:** вивчити основні властивості свідомості та різноманітні прояви її розладів.

### **2. Конкретні цілі:**

1. Вивчити основні теоретичні положення про свідомість (а-11)
2. Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого, у якого були періоди порушення свідомості (а-111).
3. Оцінити симптоми, які указують на розлади кількісних та якісних розладів свідомості (а-11)
4. Оцінити дані параклінічних досліджень (а-11).
5. Провести диференційну діагностику різних порушень свідомості.

6. Призначення необхідну терапію при розладах свідомості.

### 3. Виховні цілі.

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність постановки клінічного діагнозу, оцінити загальний стан, наявність ускладнень та надання невідкладної допомоги хворим на епілепсію. Сформувати деонтологічне ставлення та розвинути чуйність щодо особливостей відношення майбутнього фахівця до пацієнта, хворого на епілепсію.

### 4. Міждисциплінарна інтеграція.

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

4. Патфізіологія	Засвоїти особливості діяльності головного мозку.	клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності при порушеннях свідомості за даними ЕЕГ.
<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, відставання у розвитку.</p>	<p>Вміти виставити діагноз по клінічним ознакам патології свідомості.</p> <p>Вміти виставити попередній діагноз ( в т.ч. - наслідкових 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,</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>Вміти призначити</p>

атрофічні процеси та т.п.). 2. Діагностичні та терапевтичні заходи при порушеннях свідомості різної етіології.	Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних видах ураження головного мозку.	диференційоване лікування при різних типах розладів свідомості.
---	--	---

## V. Зміст та структура теми заняття :

### Класифікація порушень свідомості

#### Кількісні

**оглушення**

**сопор**

**кома**

#### Класифікація коматозних станів

з гіпертермією: при малярії при інфекційних захворюваннях: менінгіті, енцефаліті	при нормальній температурі травматична епілептична гіперглікемічна (діабетична) гіпоглікемічна (інсулінова) уремічна інтоксикаційна
--	---

#### Якісні розлади свідомості

делірій алкогольний й інтоксикаційний	он ейроїд	сутінкове порушення свідомості: післясудомне пароксизмальне сомнамбулізм	аментивний синдром
--	--------------	--	-----------------------

інфекційний травматичний епілептичний атипічні форми: професійний муситируючий		амбулаторний автоматизм фуги, трансовиняткові стани: патологічний афект патологічне сп'яніння просонячний стан синдром Ганзера	
--	--	--	--

## VI. План та організаційна структура заняття.

П	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	авчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)	Р озподіл часу (хв..)
	<b>Підготовчий етап</b> Організаційні заходи Постановка навчальних цілей та мотивація Контроль вихідного <b>рівня знань, навичок,            умінь:</b>	I	Фронтальне і індивідуальне	П.1 „Актуальність теми” П.2 „Навчальні цілі”	2 5 хв.

	<p>1.Психологічні поняття свідомості.</p> <p>2.клінічні прояви різних порушень свідомості</p> <p>3.Диференціальна їх діагностика</p> <p>4. Показання для госпіталізації.</p> <p>5. Нагляд , питання експертизи та лікування хворих з порушенням свідомості.</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>II</p>	<p>усне експрес - опитування</p> <p>Тестовий контроль II рівня</p> <p>Рішення типових задач II рівня</p> <p>Тестовий контроль III рівня</p>	<p>Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди</p> <p>Питання для індивідуального опитування</p> <p>Тести та задачі II рівня</p> <p>Тести III рівня</p>	
	<p><b>Основний етап</b></p> <p><b>4.Формування професійних вмінь та навичок:</b></p> <p>1.Оволодіння методикою проведення збору анамнезу життя та захворювання та оцінити ці данні.</p> <p>2.Сформувати вміння провести соматичне , психоневрологічне та лабораторно-інструментальне обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.</p> <p>3.Опанувати вміння обґрунтовувати попередній синдромологічний діагноз та скласти план обстеження</p>	<p>II</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p>	<p>Професійний тренінг на хворому.</p> <p>Рішення тестів та задач III рівня.</p> <p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових</p>	<p>Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.</p> <p>Обладнання – EEG-Lab.</p> <p>Хворі</p> <p>Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування</p>	<p>2</p> <p>60 хв.</p>

	<p>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 свідомості.</p>	<p>II</p> <p>V</p>	<p>клінічних ситуацій</p>	<p>Тести та нетипові задачі III рівня</p> <p>Імітаційні ігри</p>	
II	<p><b>Заключний етап</b></p> <p><b>5.Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок</b></p> <p><b>6. Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)</b></p> <p><b>7. Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</b></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>Тестовий контроль III рівня.</p>	<p>Результати клінічної роботи (історія хвороби)</p> <p>Задачі III рівня</p> <p>Тести III рівня</p> <p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>	<p>1</p> <p>5 хв.</p>

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

1. 2. Матеріали контролю для підготовчого та основного етапу заняття.

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

1. Вкажіть основні види, що можуть спровокувати порушення свідомості.
2. Які основні види розладів свідомості Ви знаєте?
3. Вкажіть клінічні особливості кількісних порушень свідомості?
4. Які різновиди якісних порушень свідомості?
5. Вкажіть основні клінічні симптоми делірію, онейроїду.
6. Різновиди сутінкового порушення свідомості.
7. Аментивне порушення свідомості.

### Задачі I рівня

1. Що з нижче зазначеного відноситься до кількісних порушень свідомості?

- А. Делірій
- Б. Сопор.
- В. Оглушення
- Д. Аменція.
- Е. Сутінкове запаморочення свідомості.

Відповідь –Б, В

2. Які критерії свідчать про порушення свідомості?

- А. Алопсихічна дезорієнтація.
- Б. Депресія.
- В. Ілюзії.
- Д. Порушення мислення.
- Е. Часткова чи повна амнезія .

Відповідь – А, Д, Е.

3. Чим відрізняється кома від сопопу?
- А. Неповнотою контакту.
  - Б. При комі втрачаються захисні рефлекси.
  - В. При комі появляються галюцинації.
  - Д. При сопорі є патологічні рефлекси.
  - Е. Кома відноситься до якісних порушень свідомості.

Відповідь – Б.

4. До якісних порушень свідомості відносяться?

- А. Ступор.
- Б. Делірій.
- В. Аменція.
- Д. Онейроїд.
- Е. Параноїд.

Відповідь- Б, А, Д.

5. Які симптоми не характерні для делірія?

- А. Істинні галюцинації.
- Б. Психомоторне збудження.
- В. Аутопсихічна дезорієнтація.
- Д. Псевдогалюцинації.
- Е. Ступор.

Відповідь – В, Д, Е.

6. Що характерно для онейроїда?

- А. Псевдогалюцинації.
- Б. Кататонічний ступор.
- В. Істинні галюцинації.
- Д. Ало- і аутопсихічна дезорієнтація.
- Е. По тривалості коротший за делірій.

Відповідь –А, Б, Д.

7. Що відноситься до різновидів сутінкового заборочення свідомості?

- А. Транс.
- Б. Синдром Ганзера.
- В. Абсанс.
- Д. Паталогічний афект.
- Е. Дромоманія.

Відповідь- А, Б, Д.

8. При яких захворюваннях може бути сутінкове запоморочення свідомості?

- А. Шизофренії.
- Б. Неврастенії.
- В. Епілепсії.
- Д. Істерії.
- Е. Реактивних психозах.

Відповідь- В, Д, Е.

9. При яких захворюваннях може спостерігатися делірій?

- А. Алкоголізм.
- Б. Епілепсія.
- В. Шизофренія.
- Д. Неврастенія.
- Е. Грип.

Відповідь: А, Б, Е.

10. Які симптоми характерні для аментивної свідомості?

- А. Ступор.
- Б. Розгубленність.
- В. Символічне мислення.
- Д. Інкогерентне мислення.
- Е. Відсутність алопсихічної та аутопсихічної орієнтації.

Відповідь- Б, Д, Е.

**Ситуаційні задачі 2 рівня**

1. Хвора, 47 років, в ожеледицю впала, вдарилась потилицею, втратила свідомість на 20 хвилин. Прийшовши в себе, не могла зрозуміти, хто поряд з нею. Мовний контакт з труднощами, погано розуміє питання, відповідає після довгої паузи. Загальмована, сонна. Яке порушення свідомості у хворої?

А. Обморок.

Б. Оглушення.

В. Делірій.

Д. Аменція.

Е. Онейроїд.

Відповідь- Б. Оглушення.

2. Хворий, 41 рік, останні 2 тижня пив щоденно. Перед госпіталізацією впав ізломив ногу, був накладен гіпс. Вночі не спав, пробував піднятися з ліжка, не впізнавав дружину. Бачив в кімнаті багато крис, з ким-то сперачався. Не розумів де знаходиться. В лікарні через 3 доби свідомість прояснилася, пам'ятав про свої видіння і „голоси”. Про те, що було насправді, не пам'ятає. Який синдром порушення свідомості був у хворого?

А. Деліріозний.

Б. Онейроїдний.

В. Оглушення.

Д. Аменція.

Е. Сутінкове запоморочення свідомості.

Відповідь- А. Деліріозний.

3. Хвора, 24 роки, знаходиться в інфекційному відділенні по поводу грипа. Стала неспокійною в межах постелі, розкидує, зтягує ковдру, перебирає білизну. Розгублена, не розуміє питань, відволікається. То плаче, то сміється. По закінченні хворобливого стану не пам'ятає що з нею було. Визначіть розлад свідомості.

А. Делірій.

Б. Оглушення.

В. Аменція.

Д. Онейроїд.

Е. Сутінкове запоморочення свідомості.

Відповідь-В.Аменція.

4. Хворий на епілепсію зібрався на роботу, через 2 години після виходу з дому зрозумів, що знаходиться за містом, куди міг добратися тільки електричкою. Не пам'ятав як їхав, хто був рядом. Яке порушення свідомості було у хворого?

А. Астенічна спутанність.

Б. Амбулаторний автоматизм.

В. Сопор.

Д. Оглушення.

Е. Обнубіляція.

Відповідь-Б.Амбулаторний автоматизм.

5. Хвора, 19 років. За день до весілля вбили її нареченого. В день похорон плакала, часто падала в обморок. Потім стала веселою, підходила до трупу, намагаючись його підняти, говорила: "Досить спати, поїхали вінчатися". Здивовано дивилась на оточуючих. „Чого ви плачете, у мене ж весілля". Потім розказувала, що бачили багато квітів і думала, що їх принесли на весілля. Що за розлад свідомості був у дівчини?

А. Амбулаторний автоматизм.

Б. Делірій.

В. Оглушення.

Д. Обнубіляція.

Е. Істерична сутінкова свідомість.

Відповідь- Е. Істерична сутінкова свідомість.

6. Хвора сидить в постелі, недоступна контакту, не реагує на звертання до неї. Вираз обличчя то тривожний, то радісний. Такий стан тривав декілька днів. По виходу з нього розказала, що ніби-то вона летить в космічному кораблі, мимо пропливають яскраві зірки. Її дивувало те, що за вікном вона бачила як по

вулиці ходять люди. Потім корабель приземлився, вона іде по красивій дорожці, устланій красним килимом до трибуни, на якій стоять члени уряду. Яке порушення свідомості було у хворої?

- А. Делірій.
  - Б. Аменція.
  - В. Онейроїд.
  - Д. Сутінкова свідомість.
  - Е. Обнубіляція.
- Відповідь- В. Онейроїд.

7. Після травми черепа хворий лежить нерухомо з закритими очима, на питання не відповідає. Інструкції не виконує. Корнеальні, зіничні, больові рефлекси збережені. Який розлад свідомості?

- А. Делірій.
  - Б. Кома.
  - В. Сопор.
  - Д. Обнубіляція.
  - Е. Оглушення.
- Відповідь- В. Сопор

8. Хвора, 15 років, з метою самогубства випила 10 пігулок бесалолу. Астенізована, сонлива. За своєю ініціативою не з ким не контактує, лежить з закритими очима. При зверненні до неї повертає обличчя, починає говорити, але після 2-3 слів щось незрозуміле бормоче. Трохи відпочивши знову щось може сказати, потім замовкає. Який розлад свідомості?

- А. Обнубіляція.
  - Б. Сопор.
  - В. Астенічна спутанність.
  - Д. Оглушення.
  - Е. Делірій.
- Відповідь- В. Астенічна спутанність.

## Тести III рівня

1. Диференційна діагностика деліріозного та онейроїдного розладів свідомості

	делірій	онейроїд
Алопсихічна дезорієнтація	+	+
Аутопсихічна дезорієнтація	-	+
Істинні галюцинації	+	-
Псевдогалюцинації	-	+
Марення величності	-	+
Марення переслідування	+	-
Психомоторне збудження	+	-
Ступор	-	+
Хворий протидіє переживанням	+	-
Хворий бере участь в них	-	+
Тривалість до місяця	-	+
Тривалість до тижня	+	-
Амнезія часткова	+	+
Зустрічається при екзогенних психозах	+	-
Характерно для ендогенних психозах	-	+

### 3. Матеріали контролю для заключного етапу

#### Задачі III рівня

1. Мати хлопчика 10 років звернулась до лікаря-психіатра на скарги, що син кожної ночі через годину після засипання встає з ліжка, з відкритими очима

ходить повільно по кімнаті, доторкується до речей. Через півгодини йде до свого ліжка і знову засипає. Вранці нічого не пам'ятає, що з ним було?

- а) Як розцінити стан хлопчика?
- б) Який критерій важливий для діагностики?
- в) Яка параклінічне дослідження необхідно зробити?

Відповідь:

- а) сноходіння
- б) спробувати розбудити дитину. Це вдається при невротичному сноходінні. При епілептичному неможливо.
- в) На підозру епілепсії треба зробити ЕЕГ дослідження.

#### **VII. 4. 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. Нейропсихологічні механізми свідомості.	Теорії свідомості в історичному аспекті та сучасні погляди на свідомість	
2. Класифікацію розладів свідомості.	Перелічити основні діагностичні ознаки мозкових інсультів (ішемічних та геморагічних)	
3. Клінічні прояви кількісних порушень свідомості.	Вивчити клінічні прояви оглушення, сопора, коми.	
4. Клінічні прояви якісних розладів свідомості.	Визначити симптоми деліріозного, онейроїдного,	

	сутінкового та аментивного порушення свідомості.	
5. Диференційна діагностика порушень свідомості.	Заповнити таблицю диференціальної діагностики кількісних та якісних порушень свідомості.	
6. Захворювання, при яких зустрічаються розлади свідомості.	Визначити екзогенні, ендогенні та психогенні причини.	

### 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.Снежневского.-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.Є. 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.