**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**Донецький національний медичний університет МОЗ України**

**Кафедра психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**

**для студентів стоматологічному факультету**

**з дисципліни «Психіатрія, наркологія»**

**Лиман – 2016**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**Донецький національний медичний університет МОЗ України**

**Кафедра психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**

**для студентів стоматологічному факультету**

**з дисципліни «Психіатрія, наркологія»**

Методичні вказівки підготували: д.мед.н., доцент О.І. Осокіна – завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології ДонНМУ; к.мед.н., доцент Путятін Г.Г. - доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології ДонНМУ

Методичні вказівки обговорено на засіданні кафедри 27 вересня 2016 р.

Протокол № 4

Завідувач кафедри – д.мед.н. Осокіна О.І. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Методичні вказівки ухвалено на засіданні циклової комісії "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016 р.

Протокол №

Голова циклової методичної комісії д.мед.н., професор М.В. Єрмолаєва \_\_\_\_\_\_\_

Лиман 2016

# І. Змістовий модуль ЗАГАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ

**І.1. ПАТОЛОГІЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ. ПАТОЛОГІЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ. ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ.**

Цією темою починають вивчення пропедевтики психіатрії - загальної психопатології, її найважливішої складової частини – семіотики психічних захворювань.

Поява розладів відчуттів і сприйнять при психічних захворюваннях означає перекручування інформації про зовнішній світ, порушуються орієнтування в ньому, розуміння того, що відбувається навколо, поведінка людини. Порушення пам'яті й уваги тією чи іншою мірою спостерігаються практично при всіх психічних захворюваннях і є одними з найважливіших симптомів патологічного стану мозку. При цьому змінюються особистість, вчинки, мотиви дій, знижується інтелект і ступінь продуктивності контакту з хворим. Важливість оцінки порушень мислення визначається місцем мислення в пізнавальній діяльності людини, неможливістю у випадках порушення мислення прогнозувати свою діяльність, робити її цілеспрямованою і продуктивною.

Емоційні розлади займають ведуче положення в клінічних проявах не тільки психічних захворювань. При будь-якій гострій соматичній патології неминуче виникають такі емоційні стани різного ступеня виразності і стійкості, як реакція особистості на сам факт захворювання, що вимагають психотерапевтичної чи медикаментозної корекції. При хронічних соматичних захворюваннях формується більш стійка "сукупність переживань" - "внутрішня картина хвороби" (Р.А. Лурія). Емоційний компонент є основним у структурі патологічних типів "внутрішньої картини хвороби". Емоції є основною ланкою психосоматичних взаємовідносин і нерідко сприяють виникненню психосоматичних захворювань. Емоційні порушення постійно відзначаються при неврозах, розладах особистості, психозах. Субклінічним рівнем емоційних змін виявляються непатологічні стани психічної дезадаптації. При такому широкому спектрі афективних розладів лікар будь-якої спеціальності повинен уміти виявляти їх і здійснювати психофармакологічну та психотерапевтичну корекцію.

Розпізнавання будь-якої хвороби, у тому числі і психічної, починається із симптому (ознаки, що відражає визначені розлади тієї чи іншої функції). Однак симптом-ознака багатозначний і на його підставі діагностувати хворобу неможливо. Окремий симптом здобуває діагностичне значення тільки у сукупності і взаємозв'язку з іншими симптомами, тобто у синдромі (симптомокомплексі). Синдром - сукупність симптомів, об'єднаних єдиним патогенезом. Із синдромів і їхньої послідовної зміни складається клінічна картина хвороби

***Мета (загальна):*** уміти виявляти і кваліфікувати патологію пізнавальних процесів, емоційні розлади та психопатологічні синдроми для подальшої діагностики психічних розладів.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Конкретні цілі*** – уміти: | ***Цілі вихідного рівня*** – уміти: |
| 1. Проводити цілеспрямоване клінічне дослідження пізнавальних психічних процесів, емоційної та вольової сфери, в тому числі оцінювати вираженість, стійкість і адекватність почуттів. | 1. Збирати скарги, дані анамнеза, проводити клінічне дослідження хворих (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб). |
| 2. Виявляти об'єктивні ознаки порушень когнітивних процесів та оцінювати діагностичні особливості психопатологічних синдромів, їх нозологічну належність | 2. Проводити патопсихологічне дослідження відчуттів і сприйнять та інтерпретувати отримані результати (кафедра ООЗ, цикл медичної психології кафедри психіатрії та медичної психології). |
| 3. Кваліфікувати виявлені розлади пізнавальних процесів як психопатологічні симптоми. |  |

Перевірити ступінь своєї підготовки Ви можете, вирівши запропоновані завдання:

Завдання*№1.* Укажіть, що є морфологічною основою відчуття?

1. Рецептор
2. Діяльність рецептора
3. Проведення збудження по нервових шляхах
4. Діяльність відповідної ділянці кори мозку
5. Нічого з вищезазначеного

Завдання*№ 2.* Укажіть, що є фізіологічною основою відчуття?

A. Рецептор

B. Діяльність рецептора

C. Проведення збудження по нервових шляхах

D. Діяльність відповідної ділянці кори мозку

E. Нічого з вищезазначеного

Завдання*№ 3.* Для відчуттів не характерно:

1. Якість
2. Інтенсивність
3. Тривалість
4. Цілісність
5. Локалізація дратівника у простірі

Завдання*№ 4.* Залежність сприйняття від попереднього життєвого досвіду людини носить назву:

1. Спостережливість
2. Апперцепція
3. Сінестезія
4. Модальність
5. Предметність

Завдання*№ 5.* При проведенні патопсихологічного дослідження за допомогою методики 10 слів відзначені: 1) коливання продуктивності відтворення в процесі завчання; 2) падіння продуктивності відтворення до кінця завчання. Які порушення уваги виявляються в першому і другому випадках?

1. Звуження обсягу
2. Зниження здатності до переключення
3. Нестійкість
4. Виснаджуваємість
5. Прикутість

Завдання *№ 6.*Хвора І., 37 років. Під час бесіди з лікарем говорить тихим голосом, повільно, відповіді односкладові. Вираз обличчя страждальницький, між бровами - складка, що нагадує грецьку букву "омега". Рухово загальмована, сидить в одноманітній позі. За допомогою якої методики можна виявити наявність депресії?

1. Зунга
2. Спілбергера
3. Айзенка
4. Шмішека
5. Шульте

Завдання*№ 7.* Хворий, К., 46 років. Звернувся до лікаря зі скаргами на підвищення артеріального тиску, занепокоєння, внутрішню напруженість, періодичне тремтіння в тілі, порушення сну (довго не може заснути, сон неглибокий). Виглядає розгубленим, в очах тривога. Розповів, що такий стан з'явився кілька днів назад, коли довідався, що ''попадає під скорочення" на заводі. Для вивчення стану тривожності треба використати методику:

A. Спілбергера

B. Айзенка

C. Зунга

D. Крепеліна

E. Дженкінса

Завдання*№ 8.* Хворий Л., 36 років. Спрямований на консультацію терапевтом. На прийомі хворий пред'являє наступні скарги: голова розпухла, одерев'яніла, мозок "як крижина", у вухах щось клацає, язик западає та набухає. Хворий тривожний, настрій знижений, висловлює побоювання, що у нього пухлина мозку. Обстеження у терапевта патології внутрішніх органів не виявило. Визначте порушення відчуттів:

1. Тактильні галюцинації
2. Сенестопатії
3. Гіперстезія
4. Парестезії
5. Гіпостезія

Завдання*№ 9.* Хворий К., 40 років. До психіатричної лікарні доставлен родичами. Кілька днів тому назад родичі помітили, що хворий став погано спати, настрій у нього став подавлений. Одного разу у ночі з'явилася неправильна поведінка - до чогось став прислухуватися, перевіряв, чи закриті двері, визирав у вікно, щось уважно розглядав. Висловлював думки про те, що за ним хтось стежить, хоче його вбити. У прийомному покої - настрій подавлений, насторожений. У місці, часі орієнтується правильно. Повідомив анамнестічни зведення, але давав їх неохоче. Розповів, що чув "якісь дивні розмови". За стіною кілька людей обговорювали його дії, вчинки. Одні говорили, що він "нікчемна людина", "злочинець", що приносить шкоду родині і близьким, у зв'язку з чим його потрібно покарати, навіть знищити. Інші намагалися його захистити, виправдували, згадували його заслуги та просили "помилувати". Людей, що розмовляють, не бачив, але голоси їх чув чітко і ясно. Скаржився на почуття страху. Просив допомоги. Які порушення сприйняття має місце у хворого?

A. Щирі вербальні галюцинації

1. Вербальні ілюзії
2. Вербальні псевдогалюцинації
3. Функціональні галюцинації
4. Аутоморфопсія

Завдання*№ 10.* Хвора С., 87 років, пенсіонерка. Протягом останніх 5 років „родичи помітили, що хвора почала забувати імена своїх близьких. Не може згадати, куди поклала ту чи іншу річ. Часто робила безглузді вчинки, була безпомічна: ішла з будинку та не могла повернутися до дому, тому що "забувала" адресу. На прийомі у лікаря-психіатра, виявляла нечітке аллопсихічне орієнтування. Не знала, скільки їй років. Не могла точно вказати, скільки у неї дітей, як кличуть їх. Критика до хвороби була відсутня. Яке порушення пам'яті має місце у хворий?

1. Гіпомнезія
2. Ретроградна амнезія
3. Антероградна амнезія
4. Фіксаційна амнезія
5. Криптомнезія

Завдання*№ 11.* Хворий Н., 42 років. Психічні розлади проявилися після важкої операції. Скаржиться на різку слабкість, неможливість зосередитися, "зібратися з думками". Легко втомлюється при психічних та фізичних навантаженнях, відзначає, що не може запам'ятати прочитаного тексту, у бесіді "втрачає нитку розмови". Об’єктивно: фізично ослаблен, шкіряні покрови бліді. Артеріальний тиск - 90/60. З висновок терапевта патології з боку внутрішніх органів патології немає. У неврологічному стані - норма. Психічний стан: на питання лікаря відповідає правильно, але у вповільненому темпі. Найчастіше дає односкладові відповіді. При ускладненні питань помітно погіршується контакт. З'являються відповіді отказного характеру. До кінця розмови увага залучається з працею, хворий швидко стомлюється. Яка патологія уваги описана у хворого?

A. Інертність уваги

1. Підвищена відвертаємость уваги
2. Апрозексія
3. Виснажуємість рухомості уваги
4. Слабкість рухомості уваги

Завдання*№ 12.* Хворий Г., 14 років. Ранній розвиток протікав без особливостей - ріс веселою, життєрадісною, товариською дитиною. Закінчив 7 класів середньої школи, навчався в музичному училищі. Незадовго до госпіталізації став метушливим, надмірно веселим, балакучим, позичав гроші у сусідів, витрачав їх на насолодощі. Психічний стан у стаціонарі: легкодоступний продуктивному контакту, настрій підвищений, балакучий. Постійно жартує, прагне до діяльності, в усе втручається, "наводить порядок". Починає ряд справ, будує плани реорганізації відділення, однак нічого не доводить до кінця. Метушливий, непослідовний, товариський, легко дратується, буває грубим, не підкоряється режиму, однак швидко заспокоюється. Яке порушення емоційної сфери має місце у хворого?

1. Гіпотимія
2. Гіпертимія
3. Ейфорія
4. Експлозивність
5. Емоційна неадекватність

Завдання *№ 13.* Хворий К., 8 років. У ранньому дитинстві легко озлоблявся, до синців щипав матір, бив батьків ногами, на покарання не реагував. Був розгальмованим, у дитячому саду бив дітей, плював у їхні тарілки. Прагнув підпалювати різні предмети, будь-якими шляхами роздобував сірника, підпалив сарай. У школі бив дітей, під час уроків вставав на парту, обляпував навколишніх чорнилом. Мучив кішок, тягав їх за шкіру, "привчаючи до болю". Кваліфікуйте порушення поводження в даного хворого.

1. Антісоціальна поведінка
2. Демонстративна поведінка
3. Симулятивна поведінка
4. Агресивна поведінка

Галюцинаторна поведінка

Якщо при виконанні приведених вище тестових завдань виникли труднощі, необхідно звернутися до наступної літератури:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія. – К.: “Здоров’я”, 1994. – С.52-291, с. 142-162.

2. Максименко С. Д. та інші. Медична психологія. – Київ, 2014. – 516 с.

3. Василенко В. Х. Внутренние болезни. –М., 1978. – с. 68-79.

Тільки добре засвоївши попередній матеріал можете переходити до вивчення нової навчальної інформації.

***Зміст навчання.***

Інформація, яка необхідна для формування знань-вмінь, що забезпечують досягнення мети заняття, викладена у літературних джерелах та лекціях.

***Література:***

1. Лекція „Патологія пізнавальних процесів”, „Патологія емоцій та волі”, „Психопатологічні синдроми” доц. Г. Г.Путятін.
2. Психиатрия и наркология. Учебник под ред. проф. В. Л. Гавенко. – Киев, 2009. – с.72-125, с.143-147.
3. Психіатрія. Підручник під ред. проф. О. К. Напреєнко. – Київ, 2001. – с.77-122, с.126-151.
4. Психиатрия. Учебник под ред. проф. Е. Н. Жарикова. – Москва, 2000. – с.64-87.
5. Руководство по психиатрии. Под ред. проф. А. Н.Тиганова. – Москва, 2001, т.1. – с. 126-163.

***Теоретичні питання***

1. Кількісні порушення відчуття (гіпестезія, гіперестезія, анестезія)
2. Якісні порушення відчуття (парестезії, сєнєстопатії)
3. Ілюзії: класифікація, види
4. Галюцінації
5. Психосенсорні розлади
6. Роль порушень відчуттів та сприйняття у діагностиці психічних розладів
7. Кількісні порушення пам’яті (гіпомнезія, амнезія, гіпермнезія )
8. Якісні порушення пам’яті (псевдоремінісценції, конфабуляції, кріптомнезії)
9. Порушення уваги (виснажуємість, присутність, відволікаємість, слабкість активної уваги)
10. Роль порушень пам’яті та уваги у діагностиці психічних розладів
11. Роль мислення у діагностиці психічних розладів
12. Кількісні розлади мислення
13. Патологічні ідеї (понад цінні, нав’язливі, маячні)
14. Порушення емоційного реагування
15. Порушення емоційних станів (настрою)
16. Роль порушення емоцій у діагностиці психічних станів
17. Кількісні порушення вольової активності
18. Якісні порушення вольової активності
19. Порушення потягів
20. Роль виявлення рухово-вольових порушень у діагностиці психічних розладів
21. Роль психопатологічних синдромів у діагностиці психічних розладів.
22. Продуктивні психопатологічні синдроми.
23. Негативні психопатологічні синдроми.
24. Дефіцитарно-органічні психопатологічні синдроми.

***Граф логічної структури*** теми “Патологія пізнавальних психічних процесів” приведено у додатку 1, 2, 3.

***Орієнтована основа дії (ООД):*** У додатку 4 приведено ***діагностичні алгоритми*** за даною темою.

Після вивчення дійсної глави посібника і відповідних розділів підручника вирішите самостійно запропоновані завдання. Якщо Ви вирішили завдання невірно, повторно прочитайте главу посібника та літературу. Ознайомтесь із завданням і дайте відповідь на питання. Це дасть Вам можливість з'ясувати, наскільки засвоєна інформація

|  |
| --- |
| Порушення відчуттів |
| ***Кількісні*** | ***Якісні*** |
| Гіперестезія | Парестезії |
| Гіпестезія | Сенестопатії |
| Анестезія |  |

|  |
| --- |
| **Порушення уваги** |
| -Слабкість активної уваги |
| -Виснажуваність уваги |
| -Відволекаємість (нестійкість уваги) |
| -Інертність (тугорухомість) уваги  |
| -Звуження об'єму уваги |

|  |
| --- |
| Порушення сприйняття |
| ***Ілюзії*** | ***Галюцинації*** | ***Психосенсорні розлади*** |
| ***За аналізаторами*** | ***За механізмом виникнення*** | ***За аналізаторами*** | ***За особливостями сприйняття*** | ***За особливими механізмами виникнення*** | ***За змістом*** | ***За складностю*** |
| Зорові | Фізичні | Зорові | Істинні галюцина-ції | Гіпнагогічні | Коментуючі | Елементарні | Порушення схеми тіла (аутометамор-фопсія)  |
| Слухові | Фізіологічні | Слухові (вербальні) | Псевдогалюцина-ції | Гіпнопомпічні | Індиферентні | Прості (акоазми, фонеми, фотопсії) | Метаморфопсія |
| Дотикові | Патологічні:  | Нюхові |  | Функціональні  | Осуджуючі | Складні |  |
| Тактильні | *-Афективні* | Смакові |  | Рефлекторні  | Загрожуючі  | Сценоподіб-ні (кінема-тографічні) |  |
| Нюхові | *-Парейдолічні* | Інтероцеп-тивні (вісцеральні |  | Екстракампінні | Імперативні  |  |  |
|  | *-Інтерпрета-тивні* | Тактильні |  |  | Антагоністичні |  |  |

|  |
| --- |
| **Порушення мислення** |
| Симптоми дезінтеграції мислення | Продуктивні розлади мислення**(патологічні ідеї)** |
| ***Порушення темпу мислення*** | ***Порушення структури мислення*** |
| Прискорення, «скачка ідей»  | Розірване (атактичне) мислення:  | - Нав'язливі ідеї |
| Уповільнення  | *-зісковзування* | - Маячні ідеї |
| Затримки мислення (шперунг), зупинка мислення, «обрив думок» | *-розірваність* | - Надцінні ідеї |
| «Напливи думок» (ментизм) | *-шизофазія* |  |
|  | Резонерствування  |  |
|  | Паралогічність  |  |
|  | Символічність |  |
|  | Стереотипії мислення:  |  |
|  | *-персеверації* |  |
|  | *-вербігерації* |  |
|  | Докладність  |  |
|  | Патологічна деталізація  |  |
|  | Амбівалентне мислення |  |
|  | Аутистичне мислення  |  |
|  | Інкогерентне мислення  |  |

|  |
| --- |
| **Надційні ідеї** |
| ***Пов'язані з переоцінкою біологічних властивостей своєї особистості*** | ***Пов'язані з переоцінкою психологічних особливостей або творчості особи*** | ***Пов'язані з переоцінкою соціальних чинників*** |
| Дисморфобічні  | Винахідництва  | Звинувачення  |
| Іпохондричні  | Реформаторства | Еротичні  |
| Сексуальної неповноцінності  | Талановитості | Кверулянства, кляузництва  |
| Самовдосконалення |  |  |

|  |
| --- |
| **Нав'язливі ідеї** |
| ***За механізмом виникнення*** | ***За змістом*** |
| Ситуаційні  | Нав'язливі сумніви  |
| Автохтонні | Абстрактні нав'язливі думки  |
|  | Контрастні думки  |
|  | Нав'язливі спогади |

|  |
| --- |
| **Маячні ідеї** |
| ***За ступенем систематизації*** | ***За змістом*** |
| ***Маячні ідеї з підвищеною самооцінкою*** | ***Маячні ідеї зі зниженою самооцінкою*** | ***Персекуторні маячні ідеї*** | ***Змішані маячні ідеї***  |
| Паранойяльні  | Альтруїстичні (місіанства) | Самозвинувачення | Переслідування  | Інсценування  |
| Параноїдні  | Високого походження  | Самоунічіження  | Архаїчні | Звинувачення  |
| Парафренні | Винахідництва  | Іпохондричні  | Впливу  | Позитивного двійника  |
|  | Реформаторства | Гріховності | Метаморфози  | Негативного двійника  |
|  | Любовні  |  | Відносин  | Особливого значення  |
|  | Величі  |  | Отруєння  | Інтерметаморфози  |
|  | Багатства |  | Ревнощів | Поліморфні |
|  |  |  | Антагоністичні (маніхейські)  |  |
|  |  |  | Збитку |  |

|  |
| --- |
| **Порушення пам'яті** |
| ***Кількісні*** | ***Якісні (парамнезії)*** |
| Гіпермнезія | Конфабуляції |
| Гіпомнезія | Псевдоремінісценції  |
| Амнезія:  | Кріптомнезії (спотворення пам'яті) |
| *- Антероградна* |  |
| *- Ретроградна* |  |
| *- Антероретроградна* |  |
| *- Фіксаційна* |  |
| *- Прогресуюча за законом Рібо* |  |
| *- Конградна* |  |
| *- Палімпсест* |  |

|  |
| --- |
| **Порушення емоцій** |
| **Порушення виразності (сили) емоцій** | **Порушення стійкості (рухливості) емоцій** | **Порушення адекватності емоцій** |
| ***Патологічне посилення емоцій*** | ***Патологічне ослаблення емоцій*** |
| Емоційна гіперестезія (сензитивність) | Емоційна гіпостезія | Слабодухість (емоційна слабкість, нетримання емоцій) | Амбівалентність емоцій (подвійність) |
|  | Емоційне збіднення (притуплення, уплощення емоцій)  | Інертність емоцій («застрявання», тугорухомість) | Патологічний афект |
|  | Хвороблива психічна анестезія | Експлозивність (емоційний вибух) | Емоційна неадекватність (паратімія) |
|  | Апатія  | Емоційна лабільність |  |

|  |
| --- |
| **Рухово-вольові порушення** |
| ***Кількісні*** | ***Якісні*** |
| Гіпербулія | Негативізм: |
| Гіпобулія | *-активний* |
| Абулія | *-пасивний* |
| Ступор: | Каталепсія (воскоподібна гнучкість) |
| *- кататонічний* | Імпульсивність |
| *- депресивний* | Стереотипії |
| *- реактивний* |  |

Після вивчення дійсної глави посібника і відповідних розділів підручника вирішите самостійно запропоновані завдання. Якщо Ви вирішили завдання невірно, повторно прочитайте главу посібника та літературу. Ознайомтесь із завданням і дайте відповідь на питання. Це дасть Вам можливість з'ясувати, наскільки засвоєна інформація.

Завдання*№14.* Хворий А., 44 роки, головний інженер промислового підприємства. Звернувся до терапевта зі скаргами на порушення сну: довго не міг заснути, у голову лізли думки про роботу, спогади минулого дня; відзначає зниження працездатності (по вечорах уже не міг змусити себе зосередитися на своїх справах), дратівливість, нестерпність яскравого світла і голосних звуків. Які порушення відчуттів у хворого?

1. Гіпестезія
2. Гіперестезія
3. Анестезія
4. Парестезії
5. Сенестопатії

Завдання*№ 15.* Хворий М., 16 років. Спрямований на консультацію терапевтом, до якого звернулися батьки хворого. На прийомі хворий розгублений, тривожний, періодично відчуває страх. На питання відповідає не відразу, удалося з'ясувати, що хворобливий стан почався гостро - навколишнє стало невиразним, примарним, бачиться як би крізь плівку, туман. Голоси і звуки доносяться як крізь подушку. Змінилися фарби навколишніх предметів: "світло померкло, листя зблякло, сонце стало світити менш яскраво". Періодично навколишній світ сприймається безжиттєвим. Які порушення відчуттів хворого?

1. Гіпестезія
2. Гіперестезія
3. Анестезія
4. Парестезії
5. Сенестопатії

Завдання*№ 16.* Хворий Л., 60 років. Спрямований на консультацію терапевтом. На прийомі хворої пред'являє безліч скарг: "Болить голова, щось стискає голову; під шкірою щось переливається і булькає, може, гній; у ногах начебто м'ясо від кісток відривають". Хворий тривожний, настрій знижений. Висловлює побоювання, що в нього рак. Обстеження в терапевта патології внутрішніх органів не виявило. Які порушення відчуттів у хворого?

1. Гіпестезія
2. Гіперестезія
3. Анестезія
4. Парестезії
5. Сенестопатії

Завдання*№ 17.* Хворий Л., 7 років. У 6-річному віці став говорити, що "бачить у малюнку шпалери - на стінах зелені чудовиська", лякався їх, кричав, шукав захисту в батьків. Боявся дивитися на буфет - здавалося, що це величезна голова з "очима-плошками". Які розлади сприйняття у хворого?

1. Фізичні ілюзії
2. Фізіологічні ілюзії
3. Афективні ілюзії
4. Парейдолічні ілюзії
5. Зорові галюцинації

Завдання*№ 18.* Хворий Д., 7 років. У 6 років став розсіяним. Перед сном водив по стіні пальцем, кричав: "Побіг, побіг!" Після госпіталізації був збуджений, ховався, зі страхом кричав "Боюся!" Не хотів входити в палату. Говорив, що там "страшні іграшки". Іноді прикладав до підлоги вухо. Розповідав, що "під підлогою живуть люди". Затверджував, що він їх "чує". Про які порушення сприйняття можна говорити у даному випадку?

1. Фізичні ілюзії
2. Фізіологічні ілюзії
3. Афективні ілюзії
4. Парейдолічні ілюзії
5. Галюцинації

Завдання*№ 19.* Хвора М., 8 років. При обстеженні розгублена, просторікувата, відволікається. Часом відганяла щось від себе, просила звільнити її від "поганої дівчинки". Розповідала про "невидимок" - настільки маленьких, що побачити їх може тільки уважна людина. Малювала багатьох "невидимок", розповідала про їх іншим дітям. Повідомляла, що "чує голоси" маленьких чоловічків, що живуть у камінцях. На прогулянках підносила до вуха невеликі камені, з яких чулися "голоси". Почала відмовлятися від занятть і nрогулянок, практично увесь час малювала. Які порушення переважають у клінічній картині захворювання?

1. Слухові пседогалюцинації
2. Зорові справжні галюцинації
3. Зорові пседогалюцинації
4. Слухові та зорові пседогалюцинації
5. Слухові та зорові галюцинації

Завдання *№ 20.* Хворий І., 40 років. Занедужав 2 тижня тому. Став скаржитися на головний біль, погано спав, чув рокіт трактора з боку свого саду, у зв'язку з чим виходив із квартири, тому що побоювався, що вони можуть завдати шкоди деревам. Трактора в саду не бачив. Незабаром з'явилися множинні голоси, що лунали з боку. Одні лаяли, ображали, грозили розправою, інші – підбадьорували, давали ради, обіцяли допомогти. При надходженні до стаціонару був тривожним, подавленим. Які порушення сприйняття у хворого?

1. Зорові галюцинації
2. Слухові антагоністичні галюцинації
3. Слухові коментуючі галюцинації
4. Слухові осудливі галюцинації
5. Слухові імперативні галюцинації

Завдання*№ 21.* Хворий К., 25 років, студент. На лікування у психіатричну лікарню доставлений у зв'язку з неправильним поводженням. Останній місяць не відвідує заняття, не стежить за собою, різко схуд, відмовляється від їжі. Лікарю розповів, що “шия стала непомірно довгих розмірів, змушений навіть обмацьовувати її”, часто дивиться у дзеркало. Настрій знижений, з'явилися думки про небажання жити. Які порушення сприйняття хворого?

A. Фізичні ілюзії

B. Метаморфопсії

C. Порушення схеми тіла

D. Деперсоналізація

E. Вісцеральні галюцинації

Завдання*№ 22.* Хворий А., 13 років. Скаржиться на неприємні відчуття розпирання і напруги в спині. Говорить, що очі стають "косими", "вилазять з орбіт". Часто плаче. Іноді виникають відчуття значного збільшення голови, зменшення ніг. Постійно розглядає себе в дзеркалі. Як можна кваліфікувати виявлені у хворого розлади?

A. Фізичні ілюзії

B. Метаморфопсії

C. Порушення схеми тіла

D. Деперсоналізація

E. Вісцеральні галюцинації

Завдання*№ 23.* Хворий К., 8 років. При надходженні говорив, що бачить голови людей у тарілці з їжею, на стіні, ковдрі. Голови були різної величини і форми – людина-головоног, людина-тулуб. Іноді при засинанні бачив голови на простирадлі, ковдрі. Часто бачення мали незвичайну форму - були відсутні ніс і очі, іноді ріт і ніс були розташовані окремо від голови. Як називаються галюцинації, що виникають при засинанні у хворого?

1. Гіпнагогічні
2. Гіпнопомпічні
3. Кінематографічні
4. Сценоподібні
5. Інтероцептивні

Завдання*№24.* Хворий К., 40 років. У психіатричну лікарню доставлений родичами. Кілька днів тому родичі помітили, що хворий став погано спати, що в нього був пригничений настрій. Один раз уночі, за словами дружини, у хворого з'явилося неправильне поводження: до чогось прислухався, визирав у вікно, щось уважно розглядав. Говорив, що за ним хтось стежить, хоче його убити. Психічний стан: Настрій пригничений. У місці, часі орієнтується правильно, повідомив анамнестичні дані. Розповів, що чує "якісь дивні розмови": за стіною кілька людей обговорюють його дії, вчинки; одні говорять, що він "нікчемна людина", "злочинець", що приносить шкоду родині і близьким, у зв'язку з чим його потрібно покарати чи навіть знищити, інші намагаються його захистити, виправдують, згадують його заслуги і просять "помилувати". Людей, що розмовляють, хворий не бачить, але голоси їхні чує чітко і ясно. Які галюцинації в хворого?

A. Слухові нейтральні

B. Слухові антагоністичні

C. Слухові імперативні

D. Слухові коментуючі

E. Слухові осудливі

Завдання*№ 25.* Хворий Н., 38 років, доставлений у психіатричну лікарню з районного відділення міліції, куди звернувся з проханням відгородити його від переслідування чортами. У відділення міліції з'явився ранком, весь забруднений, і заявив, що всю ніч просидів у болоті, куди сховався від чортів, що його переслідували. Чорти хотіли за допомогою палаючих стріл "викурити" його з болота, але він пірнув у бруд і цим "врятував своє життя". У прийомному відділенні: розповідає про чортів, що його переслідували, докладно описує зовнішній вигляд чортів ("схожі на собаку, ходять на двох лапах, покриті чорною вовною, з рогами і хвостом"). Тривожний. Критики немає. Які порушення описані у хворого?

A. Парейдолічні зорові ілюзії

B. Щирі зорові галюцинації

C. Зорові псевдогалюцинації

D. Фізичні зорові ілюзії

E. Афективні зорові ілюзії

Завдання*№ 26.* Хвора К., 65 років. Грубо орієнтована в часі і місці, досить у власній особистості. Настрій рівний. Увага швидко виснажується. Продуктивної психосимптоматики немає. Не може запам’ятати ім'я і по батькові лікаря після декількох повторень. Яке порушення пам'яті у хворої?

1. Ретроградна амнезія
2. Антероградна амнезія
3. Фіксаційна амнезія
4. Гіпермнезія
5. Прогресуюча амнезія

Завдання*№ 27.* Хвора С., 87 років, пенсіонерка. Протягом останніх 5 років родичі помітили, що хвора почала забувати імена своїх близьких. Не може згадати, куди поклала ту чи іншу річ. Часто робила безглузді вчинки, була безпомічна, ішла з будинку і не могла повертатися, тому що "забувала" адресу. На прийомі у лікаря-психіатра виявляла нечітке аллопсихічне орієнтування. Не знала, скільки їй років. Не могла точно сказати, скільки в неї дітей, як кличуть їх. Виявляла неспроможність при виконанні елементарних рахункових операцій, не знала часів року, не могла перелічити місяці року і дні тижня. Запам'ятовування поточних подій практично було відсутнє - відразу забувала ім'я лікаря, не утримувала в пам'яті запропоновані для запам'ятовування числа, фрази і т.д. Критика до хвороби була відсутня.

Які порушення пам'яті у хворої?

1. Прогресуюча амнезія
2. Ретроградна амнезія
3. Конфабуляції
4. Псевдоремінісценції
5. Антероградна амнезія

Завдання *№ 28*. Хворий Н., 35 років. У відділенні весь час у русі, співає, танцює, збирає навколо себе хворих. У перший же день з усіма познайомився, перейшов на “ти”. Тримається городовито, але в той же час весело посміхається, підморгує, жартує. У бесіду з лікарем вступає охоче, говорить дуже швидко, ковтаючи закінчення. Розповідаючи про своє життя, відразу вигадує різні неймовірні події, а потім зі сміхом заявляє, що він пожартував. Сам почуває, як думки в голові стрімко переміняють один одного. Хворим себе не вважає. Визначити характер порушень мислення:

A. Паралогічність

B. Прискорення темпу

C. Незв’язність

D. Понадцінні ідеї

E. Резонерство

Завдання *№ 29*. Хвора Л., 40 років. Доставлена в психіатричну лікарню з родильного будинку, де родила здорову дитину. При надходженні виявила дезорієнтування в місці, часі, навколишнім оточенні, власній особистості, недоступність до мовного контакту. Відбивала окремі фрази, слова, склади (“раз, два, три, що таке? – Звірі...убивають...син...лимон...помер...торт...торг...не вбивайте...”). Іноді повторювала сказані кимось слова, робила хватальні рухи руками. Температура тіла 38,8°С, обличчя гіпереміроване, неприємний запах із рота. Кваліфікуйте порушення мислення:

A. Ментизм

B. Шперунг

C. Незв’язність

D. Паралогічність

E. Резонерство

Завдання *№ 30*. Хворий І., 36 років. Доставлений у психіатричну лікарню бригадою “швидкої допомоги”. Повідомив про себе зведення, що відповідають даним паспорта. Правильно назвав дату і місце перебування. Спонтанно заявив, що займається науковими вишукуваннями, процитував фрагмент зі своїх “робіт” наступного змісту: “Розум гайморова поля не є прецедентом математичного обчислення і висунутої гіпотези”. Намагався обґрунтувати передсказанність непередсказуємого, засновуючись на “концепції уваги та інтеграції”. Кваліфікуйте розлади мислення:

A. Розірваність

B. Незв’язність

C. Паралогічність

D. Патологічна деталізація

E. Символізм

Завдання *№31*. Хвора К., 48 років. Сверджує, що народилася від черв’яка, народилася великою і за чотири дні від роду вже ходила. “Черв’як спочатку зародився в мені, я їла, і він їв, і від цього світило сонце”. Охарактеризуйте висловлення хворої:

A. Символізм

B. Незв’язність

C. Ментизм

D. Паралогічність

E. Розірваність

Завдання *№ 32*. Хворий К., 18 років. Замкнутий, нетовариський. На питання, що його турбує, відповів: “Я увесь час думаю: хто я? Чому світить сонце? Чому зростає трава? Я не знаю себе. Я став собі, як вам чужі люди”. Охарактеризуйте висловлення хворого:

A. Резонерство

B. Символізм

C. Розважність

D. Незв’язність

E. Розірваність

Завдання *№ 33*. Хворий В., 12 років. Орієнтований правильно, доступний контакту. Увага концентрується з трудом. Розгальмований, непосидющий, легко збудливий, схильний до грубої афектації. Мова бідна, повільна, словниковий запас обмежений. Предмети і явища групує по малоістотних ознаках, не може пояснити переносне значення прислів’їв і метафор. З трудом виконує прості рахункові операції. Визначить порушення мови:

A. Вербігерація

B. Персеверація

C. Олігофазія

D. Мутизм

E. Шизофазія

Завдання *№ 34*. Хворий М., 30 років. Протягом останніх 8 років страждає на судомні приступи із утратою свідомості. Дружина помітила, що протягом останніх 4 років став змінюватися характер – з’явилися настирливість, схильність до підвищеної уразливості. На прийомі у лікаря – мова у трохи уповільненому темпі, під час бесіди скрупульозно намагається викласти дані анамнезу, застряє на несуттєвих деталях, повторює по кілька разів ті ж самі фрази. При спробі переключити увагу на основну тему бесіди повертається до викладання колишніх деталей. Наполягає на тому, щоб “вислухали все”. Кваліфікуйте порушення мислення:

A. Паралогічність

B. Резонерство

C. Розірваність

D. Символізм

E. Розважність

Завдання *№ 35*. Хворий Г., 14 років. Постійно зайнятий складанням схем, креслень космічного корабля особливої конструкції, а також читанням технічних журналів. Заявляє, що близько до мети – “створення надшвидкісного космічного корабля”, швидкість якого наближається до швидкості світла. У зв’язку з цим припускає: одержить Нобелевську премію за своє відкриття. У розмові зі старшими тримається зарозуміло, говорить повчаючим тоном. З однолітками не спілкується, тримається замкнуто. Визначите характер порушень мислення:

A. Понадцінні ідеї

B. Нав’язливі ідеї

C. Маячні ідеї

D. Розважність

E. Резонерство

Завдання *№ 36*. Хвора П., 20 років. На прийомі у райпсихіатра зі скаргами на знижений настрій. Завжди виявляла риси нерішучості, невпевненості у собі, губилася в життєвих ситуаціях, коли в них не було повної ясності та визначеності. Перші ознаки захворювання з’явилися у 19 років. Виникло прагнення постійно рахувати свої кроки. Відмінно розуміла безглуздість такого рахунку, але не могла його позбутися. Намагалася не виходити з будинку, вважаючи, що так їй буде легше позбутися постійного прагнення рахувати. Кваліфікуйте психічні розлади, що виявляються у хворої:

A. Символізм

B. Маячні ідеї

C. Понадцінні ідеї

D. Паралогічність

E. Нав’язливі ідеї

Завдання *№ 37*. Хворий С., 45 років. Суттєві риси характеру хворого – чесність, принциповість, схильність до захоплень, що підкоряють собі поводження на тривалий час. Так, зустріувшись у віці 34 років зі своєю майбутньою дружиною, запалився до неї “незвичайною” любов’ю. Переборов ряд труднощів при оформленні шлюбу (прописка, розмін квартири й інш.). Родина зайняла в його житті основне положення на 6-7 років. Потім захопився колекціонуванням монет. Їздить по місту в надії дістати рідкі екземпляри. Займається обміном монет навіть на службі, ризикуючи викликати невдоволення начальства. Жадає від дружини, щоб вона доставала йому монети, коли вона відмовлюється, кричить на неї, може ударити. До пізньої ночі сидить над нумізматичними довідниками. Вважає нумізматику “важливішим ділом життя”. Кваліфікуйте стан хворого:

A. Понадцінні ідеї

B. Маячні ідеї

C. Нав’язливі ідеї

D. Символізм

E. Розважність

Завдання*№ 38.* Хворий Ш., 26 років, інвалід II групи, на психічний розлад страждає з 14 років. Психічний стан: продуктивний контакт утруднений, увага привертається важко. Мова незв’язана, часто у формі монологу. Бездіяльний, неохайний, багато часу лежить у ліжку. Цинічний. Онанірує у присутності медичного персоналу, перебуванням у відділенні не тяжіє. Не виявляє інтересу до матері, що приїхала здалеку на побачення. Який симптом порушення емоцій описано у даного хворого?

A. Апатія

B. Емоційне збіднення

C. Хвороблива психічна анестезія

D. Гіпотимія

E. Дратівливість

Завдання*№ 39.* Хворий П., 10 років. Батько страждає на алкоголізм. Хворий навчання в школі почав вчасно, займався посередньо. Був забіякуватий, запальний, конфліктний. Важко засвоював матеріал, інтересу до навчання не виявляв. Був рухово розгальмований, жорстокий, агресивний, часто уходив із занять. Психічний статус. Правильно орієнтований. Емоційно нестриманий, збуджений. Під час бесіди на очах часто з'являються сльози. Утікання зі школи пояснює конфліктами, сам себе характеризує дратівливим, говорить, що раніше був "зовсім психічним". Запас знань і уявлень не відповідає вікові. Зміст прислів'їв і приказок розуміє конкретно, судження поверхові, пише з граматичними помилками. До яких порушень емоцій можна віднести розлади, що відзначаються?

1. Експлозивність
2. Тугорухомість емоцій
3. Гіпертимія
4. Гіпотимія
5. Емоційна слабість

Завдання*№ 40.* Хвора Г., 58 років. Вважає себе хворою протягом двох останіх років. При надходженні в психіатричну лікарню дуже охоче і докладно розповідає про своє захворювання, гладить лікаря по руці, зі сльозами просить допомогти їй. Відзначає, що стала плаксивою: "Не можу дивитися жалісливий фільм, уся заливаюся сльозами", "якщо внучці розповідаю про свою молодість, теж обов'язково плачу". Під час бесіди з лікарем також плаче. У відділенні іноді відзначається бурхлива афективна реакція з найменшого приводу. Хвора відзначає: "Раніш була такою терплячою, а зараз спалахую як сірник". Який симптом порушення емоційної сфери в даної хворої?

1. Емоційна лабільність
2. Експлозивність
3. Тугорухомість емоцій
4. Слабодухість
5. Гіпертимія

Завдання*№ 41.* Хворий 50 років. Протягом останнього року хворий 6 разів звертався у вендиспансер із проханням дослідження крові на сифіліс. На момент огляду психіатром хворий висловлює побоювання, що хворий на сифіліс, просить дослідити кров. У розмові неспокійний, метушливий. На обличчі вираз розгубленості. Постійно витирає чоло і долоні хусткою. У процесі бесіди заспокоюється, погоджується, що сифілісом не хворий, але "для заспокоєння" просить дослідити реакцію Вассермана. З анамнезу: рік назад мав випадковий половий акт, після якого партнерка запитала його: "А ти чистий?" Охопило почуття страху від того, що жінка, можливо, сама хвора на сифіліс. З тих пір систематично досліджує кров на сифіліс, негативний результат лише на час приносить заспокоєння. Який симптом порушення емоцій у даного хворого?

1. Страх
2. Амбівалентність емоцій
3. Фобія
4. Дисфорія
5. Експлозивність

Завдання*№ 42.* Хворий Д., 52 років, бухгалтер. При надходженні в психіатричну лікарню скаржиться на головний біль, слабкість, зниження працездатності, пам'яті, плаксивість, порушення сну. Протягом двох років занепокоюють головний біль, періодичні запаморочення, швидко стомлюється на роботі, з'явилася "безпам'ятність", деяка неуважність, дратівливість, уразливість, запальність при найменших зауваженнях з боку співробітників. При сомато-неврологічному обстеженні – ознаки церебрального атеросклерозу. Під час бесіди хворий не виявляє галюцінацій, маревних ідей. Орієнтований правильно. Увага виснажена. Відзначається зниження пам'яті, в основному на події недавнього минулого. У бесіді відзначається легка зміна емоцій - образився на лікаря, коли той запропонував віднімати з 100 по 7 - "що я, рахувати не вмію?" Швидко заспокоївся. При найменшому хвилюванні в очах з'являються сльози. Критично оцінює свій стан. Які порушення емоцій виявляються у хворого?

1. Емоційна лабільність
2. Експлозивність
3. Дисфорія
4. Апатія
5. Амбівалентність

Завдання*№ 43.* Хворий Ш., 32 років, на вокзалі звернувся в кімнату чергового міліції з проханням захистити його від банди, що оточила його у потязі. Повідомив, що їхав у Смоленськ, у купе почув голоси: одні засуджували його за пияцтво і негідну повіденку, називали п'яницею, покидьком і негідником, вимагали його негайно убити. Інші голоси намагалися його захистити, домагалися милостивості. Верх усе-таки взяли його вороги, і тоді він, рятуючися від неминучої загибелі, вибіг з вагона і звернувся в міліцію. Орієнтован в місці, власній особистості і часі вірно. У бесіді неспокійний, періодично озирається, сідає ближче до лікаря. Вираження обличчя злякане. АТ - 160/ 100 мм.рт.ст., пульс - 100 ударів у 1 хв. Яке порушення емоцій виявляється у хворого?

1. Страх
2. Експлозивність
3. Емоційне збіднення
4. Апатія
5. Дисфорія

Завдання*№ 44.* Хворий К., 21 рік. Психічним захворюванням страждає з 17 років, коли поступово стала наростати млявість, з'явилася замкнутість, став уникати друзів. Багато часу проводив у ліжку. Залишив навчання в технікумі: "нічого не цікавило". Був агресивний щодо батьків, останні 2 роки знаходиться в закритому відділенні психіатричної лікарні. У відділенні ні з ким не спілкується. На питання лікаря відповідає неохоче, односкладово. Сам питань не задає, випискою не цікавиться. Вираз обличчя маскообразний. На побачення з батьками йде неохоче. Їхнім життям, турботами не цікавиться. При спробі медперсоналу підняти його з ліжка і вивести на прогулянку озлоблюється, стає агресивним. Яке порушення емоцій описано у хворого?

1. Апатія
2. Гипертимія
3. Гіпотимія
4. Емоційне обіднення
5. Хвороблива психічна анестезія

Завдання*№ 45.* Хворий K., малорухливий, позбавлений власної ініціативи, зі своєї ініціативи не починає ніякої справи, однак дані йому інструкції і доручення матері, близьких, лікаря виконує цілком. У результатах діяльності не зацікавлений. Емоційні реакції на навколишнє виявляє зрідка. Який симптом порушення волі виявляє хворий?

1. Абулія
2. Гіпобулія
3. Гіпербулія
4. Негативізм
5. Імпульсивність

Завдання*№ 46.* Хворий А. 44 роки, головний інженер промислового підприємства. Звернувся до терапевта зі скаргами на порушення сну - довго не міг заснути, у голову лізли думки про роботу, спогади минулого дня, зниження працездатності - по вечорах не може зосередитися на своїх справах, дратівливість, нестерпність до яскравого світла та голосних звуків, серцебиття, перебої та поколювання у ділянці серця. Вдома часто був дратівливим через дрібниці, за останні час став виявляти нестриманість і у звертанні зі своїми співробітниками. Початок захворювання збігся з переходом на нову роботу. Знайшовши багато недоліків в організації виробництва, хворий з головою увійшов до роботи, вникав у кожну деталь, прагнув на кожній ділянці впровадити найбільш прогресивні методи. Весь день був розподілений по хвилинам, працював навіть під час обідньої перерви, закушуючи на ходу, а після робочого дня брав додому особисті справи співробітників і там вивчав їх. Нові порядки на виробництві не усім сподобалися. Серед працівників стало назрівати глухе невдоволення. Пішли і відкриті конфлікти з А. Дружина давала зрозуміти, що він приділяє недостатню увагу родині. А. часто думав про те, що такі відносини з дружиною можуть погано скінчитися, але змінити свого рішення до родини вже не міг - його усе більше захоплювали інтереси виробництва. Після появи перерахованих скарг із трудом включався в роботу, обстеження у терапевта патології внутрішніх органів не виявило. Який синдром описаний у хворого?

1. Депресивний
2. Іпохондричний
3. Психоорганічний
4. Нав’язливий
5. Астенічний

Завдання*№ 47.* Хворий 3., 40 років.У психіатричних лікарнях лікувалися батько хворого і дядько по лінії батька. Сам хворий перший приступ захворювання переніс у 25 років. З тих пір чотири рази госпіталізувався в психіатричне відділення терміном на 2-3 місяця, виписувався у доброму стані, приступав до колишньої роботи. Даний приступ почався 3 дні тому назад. Хворий став ейфорічним, пожвавленим, надмірно діяльним. Затіяв у квартирі ремонт, улаштував безладдя і кинув. Придбав штангу, обіцяв стати світовим рекордсменом по важкій атлетиці. Намагався виступати на вечорі самодіяльності. Коли йому у цьому перешкодили, затіяв сварку, побив товариша. Психічний стан: хворий рухово неспокійний. На місці не втримується. Ходить по відділенню, береться за різні види діяльності, але негайно ж відволікається. Співає, танцює, викликає на боротьбу лікуючого лікаря, стає гнівливим, дратівливим. Сон недостатній, незважаючи на прийом відповідних медикаментів. Просторікуватий. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

A. Парафренний

1. Паранояльний
2. Параноїдний
3. Гебефреничний
4. Маніакальний

Завдання*№ 48.* Хвора О. 23 роки. Інвалід ІІ гр. за психічним захворюванням. Кілька разів лікувалася у психіатричній лікарні. Протягом п'яти років чує голоси, що йдуть звідкись з вулиці. Голоси тихі, що підсилюються при безсонні, при хвилюванні, у тиші. Говорять жінки і діти. Називають її чужим ім'ям, радять, як поводитися, як надійти. Голоси розмовляють безпосередньо з хворою, і між собою, обговорюючи поводження хворої. Останнім часом крім голосів, що йдуть з зовні, з'явилися голоси "десь усередині", однак їх "чує вухами" і сприймає як реальні, З цими голосами ніколи не розмовляє і за останні роки часто не виконує їхніх вимог. Критичного відношення до порушень психіки не має При роз'ясненнях часом погоджується, що це просто "фантазія лізе в голову", але з появою голосів приймає їх за дійсність. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

1. Нав’язливостей
2. Синдром галюцинозу
3. Паранояльний
4. Понадцінних ідей
5. Параноїдний

Завдання*№ 49.* Хвора Н., 19 років. У психіатричну лікарню доставлена батьками. Дядько по материнській лінії страждає на шизофренією. Занедужала гостро, після конфлікту зюнаком. У психіатричній лікарні протягом тижня була загальмованою, із застиглим вираженням обличчя, лежала у ліжку нерухомо, відвернувши до стіни, відмовлялася від їжі, не відповідала на питання. Двічі ставала різко збудженою, викрикувала обривки фраз, співала, розкидала речі, у контакт не вступала. Після завершення хворобливого стану розповіла, що їй здавалося, начебто її возять по країні, бачила себе серед розкішної обстановки, казкових персонажів. Навколо танцювали люди у незвичайних одягах, звучала ніжна приємна музика. Вважала, що виходить заміж за італійського співака Челентано, брала участь у весільному обряді. Іноді ставало страшно, начебто починалася воїна, навкруги рухалися танки, у небі летіло багато літаків. Часом думала, що для неї спеціально розігруються різні спеціальні сцени, щось їй уселяють. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

1. Аментивний
2. Сутінковий
3. Деліріозний
4. Онейроїдний
5. Парафрений

Завдання*№ 50.* Хвора Б., 54 років. По характеру врівноважена, працьовита, турботлива, Менопауза з 46 років. До психіатричної лікарні надходить вперше. Занедужала поступово: втратила сон і апетит, настрій був подавленим, з'явилися думки, що у неї рак, що вона незабаром повинна вмерти. Стала тривожною. У відділенні говорить мало, скаржиться на загальну слабкість. Стогне, охає, зітхає. Вважає, що незабаром загине від раку, що загинуть її діти і чоловік. Метається, не сидить на місці, рветься до дверей "проститися" з дітьми. Заламує руки, рве на собі сорочку. Тривожна, нескінченно запитує: "Що ж це буде?''. Говорить про якесь лихо, що насувається, подавлена, на обличчі вираження страждання. Вночі намагалася затягти на шиї рушник, їсть тільки з рук персоналу примусово. Кваліфікуйте психопатологічний синдром

A. Депресивний

B. Іпохондричний

C. Нав’язливий

D. Паранояльний

E. Понадцінних ідей

Завдання*№ 51.* Хворий Н., 42 років, лікар. Надходить на лікування до психіатричної лікарні у шостий раз. Виписується всякий раз здоровим, продовжує працювати за спеціальністю. Останнє загострення за 2-3 тижні до надходження. Настрій підвищен, мало став спати ночами, перестав справлятися з роботою. В усе втручається, дає свої ради, при цьому явно переоцінює свої можливості. У лікарні активно вступає до контакту. Темп мислення прискорений, мова виразна, супроводжується багатою мімікою та жестами. Охоче відповідає на питання, однак швидко переключається з однієї теми на іншу. Римує, читає свої вірші , наспівує. Себе хворим не вважає, навпаки, визначає прилив сил і енергії, "відмінний настрій", має намір у короткий термін виконати серйозне дослідження з рішення проблеми ракових захворювань. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

A. Кататонічний

B. Маніакальний

C. Гебефренічний

D. Гебоїдний

E. Парафренний

Завдання*№ 52.* Хворий К. 10 років. Ріс і розвивався без особливостей, у школі встигає добре. Занедужав два дні тому назад, з'явився головний біль, нездужання, катаральні явища. Температура 38,0-39,5°. Запрошений лікар діагностував аденовірусну інфекцію. Вночі погано спав, метався у постелі, скрикував. Ранком був тривожним, скаржився на невмотивовані страхи. У другій половині дня перестав впізнавати матір, брата, приймав їх за інших людей, спостерігалося перекручене сприйняття реальних предметів, пофарбовану у зелений колір трубу парового опалення приймав за змію, дуже боявся дивитися на неї, не міг сказати, де знаходиться. Раптом голосно став плакати, кликати на допомогу. Виявилося, що висячий світильник він прийняв за повішену матір, вона була маленьких розмірів. Навколо себе бачив казкових чудовиськ. Такий стан утримувався біля доби. Зі спадом температури поведінка змінилася, хворий став спокійним, в'ялим, астенічним. Про пережите зберігся частковий спогад. Кваліфікуйте описаний стан:

A. Онейроїдний синдром

B. Деліріозний синдром

C. Сутінковий синдром

D. Аментивний синдром

E. Параноїдний синдром

Завдання*№ 53.* Хвора Ж., 43 рока. Відрізнялася акуратністю, педантизмом, ретельністю, чого вимагала і від своїх товаришів по службі. Разом з тим була трохи недовірливою, тривожною, сенситивною, егоїстичною, легко розгублялась за будь-яким приводом, але у зовнішнім вираженні своїх почуттів була стриманою. Живе зі своїми батьками. У віці 41 року під час прогулянки хвору подряпала кішка. Вона не звернула на це уваги, але потім випадково довідалася, що це може привести до зараження сказом. Хвора у тривозі провела всю ніч, не могла заспокоїтися при думці, що вона заразилася сказом. Після проведення щеплень, коли реальна небезпека зараження фактично була виключена, стан хворий не покращився: як і раніше відчувала страх перед зараженням сказом, різку тривогу, коли бачила собак або кішок. У клініці хвора дуже часто мила руки, виникала спілкування з людьми, вимагала перемінити постільну білизну, якщо виникала підозра, що його хтось ненавмисно торкнувся. Відчувала страх перед домашніми тваринами. Вважала, що її переживання позбавлені реальних основ, але звільнитися від них не могла. Настрій подавлений, поглинена думками та страхом зараження. Сон не приносить бажаного відпочинку. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

A. Понадцінних ідей

B. Паранояльний

C. Нав’язливий

D. Іпохондричний

E. Параноїдний

Завдання*№ 54.* Хворий Н., 36 років. Під час роботи колода, що зірвалася з лебідки, вдарила хворого по голові, після чого він впав на землю зі штабеля лісу висотою 6 метрів. У несвідомому стані хворий був доставлений до хірургічного відділення міської лікарні, де відзначалася блювота з кров'ю. Через місяць переведений до психіатричної лікарні. Психічний стан. Контакту доступний. У відділенні нічим не зайнятий. Велику частину часу проводить у ліжку. Скаржиться на постійний головний біль, загальну слабкість, виявляє велику безпам'ятність стосовно поточних та недавніх подій, щодня знайомиться з лікуючим лікарем, обіцяє запам'ятати, як його кличуть, але незабаром збуває не тільки його ім'я, але і зовнішній вигляд. Не знає імені нікого з персоналу і хворих. Не пам'ятає про зроблені йому лікувальні процедури, про час прийому та назву прийнятої їм їжі. Знає, що знаходиться в лікарні, що за вікнами зима. Правильно називає своє місцезнаходження. Названі числа, місяць, рік через 2-3 хвилини вже не пам'ятає. Постійно плутає свою палату і ліжко. Не може повідомити точні зведення про своє минуле життя. Не пам'ятає своєї домашньої адреси. Забув перенесену їм травму і наступне перебування в місцевій лікарні. Не знає, коли надійшов до психіатричної лікарні і скільки часу тут знаходиться. Іноді повідомляє про себе вигадані зведення. Настрій підвищений, ейфорічен. Недооцінює ваги свого захворювання, вважає, що він знаходиться тут "для перевірки здоров'я". З хворими нетовариський. Іноді стає запальним, дратівливим. Зазначена симптоматика без істотної динаміки утримується протягом 2-х років. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

A. Психоорганічний

B. Тотальне недоумство

C. Амнестичний

D. Деліріозний

E. Маніакальний

Завдання*№ 55.* Хвора П., 34 років. Хворіє на психічне захворювання протягом 3-х років. Психічний стан. Хвора в'яла, неохоче розмовляє, в основному намагаючись обмежитися односкладовими відповідями. Дивиться вбік. Кілька разів під час бесіди поривається встати і піти з кабінету. У відділенні нічим не зайнята, цілий день лежить у постелі. З навколишніми спілкується лише за необхідністю. Себе хворою не вважає. Своє приміщення до лікарні зв'язує зі спробою самогубства. Пояснює, що зробила її під впливом "голосів". Розповіла, що постійно, протягом декількох років чує, як слова навколишніх і їх думки повторюються у неї в голові Крім цього, "з повітря по радіо" доносяться голоси на російській та українській мовах. Якісь люди лають на неї, говорять "умри". Завжди чує два голоси - чоловічий та жіночий, говорять вони голосно, із загрозливими інтонаціями. Звертаються прямо до хворої, наказують, багато разів повторюють те саме, вимагають, поки хвора його не виконає. '"Труїлася через них та руку порізати хотіла через них. А так навіщо мені потрібно було б це робити". Голоси чує щодня, вважає, що накази їй передаються по радіо, тому просить перевести у відділення, де немає радіо. Відзначає, що нерідко очима "бачить" своє тіло, що падає назад, а іноді "бачить" обличчя, руки, що ріжуть ножами. Усе, що відбувається з нею, вважає результатом дії групи людей, що спочатку переслідували її із сексуальними намірами, а після її відмовлення знущаються з неї. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

A. Параноїдний

B. Синдром психичного автоматизму

C. Паранояльний

D. Парафренний

E. Нав’язливий

Завдання*№ 56.* Хвора А., 14 років. Пубертатний період протікав стрімко, менструації установилися у 12 років. З цього часу з'явилися порушення поводження: стала грубою, дратівливою, нетерпимою до зауважень. Перестала виявляти увагу і турботу до матері, навіть під час її хвороби. Зазнавала насолоди, коли виводила кого-небудь із себе. До синців била бабусю. У піонертабурі намагалася непомітно повалити намету, "колекціонує" покарання, вирізуючи зі шкільного щоденника зауваження вчителів, записуючи різні випадки покарання інших дітей. Просить однолітків і дорослих "поділитися досвідом, як швидше вивести із себе кого-небудь". У відділенні психіатричної лікарні дуже задоволена, коли їй удається кого-небудь довести до сліз. Порвала струни гітари у одного з підлітків, уночі вимазала дівчинці обличчя зубною пастою, на зло зламала магнітофон, розірвала дорогу шкіряну куртку дівчинки, виявляє жорстокість до підлітків-хлопчиків, що їй подобаються. Одного з них побила пряжкою ременя по обличчю. Інтересу до якої-небудь продуктивної діяльності немає. Кваліфікуйте психопатологічний синдром:

1. Гебефренічний
2. Психопатоподібний
3. Дифорічний
4. Гебоїний
5. Істеричний

Завдання*№ 57.* Хвора К., 58 років. У 54-літньому віці почала відзначати "впливи на неї оком" з боку сусідів "з метою заволодіти її кімнатою''. Неодноразово знаходилася на стаціонарному лікуванні. Психічний стан під час огляду: свідомість ясна, цілком орієнтована. На початку бесіди насторожена, на питання відповідає не відразу, потім докладно розповідає про конфлікти із сусідами. Говорить тихим голосом, обличчя має страждальницьке вираження. Повідомляє, що навколо її "діється щось дивне". У кімнаті сусідів вона чує підозрілі шерехи; "коли відкриваю двері, сусідня раптово захлопується". Переконана, що у її відсутність проникають до неї в кімнату. "Помічала", як пропадали деякі речі, потім раптово з'являлися. Сусіди "труять її газами, підпускають тютюновий дим", у повітрі відчуває “дивну домішку”, вночі задихається, відчуває холод. Переконана, що сусіди спеціально підбудовують усе це, щоб вивести її з рівноваги, "загнати до лікарні" і потім зрештою заволодіти її кімнатою. Настрій знижено. Формальні здібності збережені. З хворими мало контактна, вважає себе здоровою, критичної відносини до свого стану немає. Кваліфікуйте психопатологічний синдром

1. Понадцінних ідей
2. Нав’язливих
3. Паранояльний
4. Параноїдний
5. Парафрений

Завдання*№ 58.* Хвора 32 років, бібліотекар. Мати по характеру соромлива, боязлива, завжди чуралася людей, з підвищеним почуттям боргу. Батько грубий, егоїстичний, зловживає алкоголем. У дитинстві розвивалася правильно. Була активною, стриманою, гордою, цікавилася літературою. Закінчила курси бібліотекарів у 19 років. До роботи відносилася сумлінно, із захопленням, одержувала подяки. З 28 років стала ще більш замкнутою, з'явилася недбалість у роботі, втратила інтерес до читання, звільнилася, надійшла санітаркою до лікарні. Залишалася замкнутою, працювала погано, у відповідь на зауваження грубила. За тиждень до госпіталізації, по закінченні її робочого дня замість того, щоб піти додому, продовжувала прибирати палати, безглуздо переставляла речі з місця на місце. На звертання до неї не відповідала, неадекватно посміхалася, тому була поміщена до психіатричної лікарні. У відділенні лежить нерухомо, із закритими очима, довго не змінюючи пози. Піднята рука залишається тривалий час у тім же положенні. На звертання до неї не відповідає. Спробам нагодувати її чинить різкий опір. Мочиться у ліжко. Кваліфікуйте психопатологічний синдром.

1. Гебефренічний
2. Кататонічний
3. Апатіко-абулічний
4. Депресивний
5. Астенічний

Завдання*№ 59.* Хворий Р., 1928 року народження. Освіта 7 класів. Під час Великої Вітчизняної війни був важко поранений у ногу. З 1961 року міститься у психіатричної лікарні, скаржиться на те, що якісь люди заважають йому спати, а всередині у нього "глиста" п’є кров, перевертається і кричить. Їжу хворий вважає отруєною. Скаржиться на дію рентгенівських променів. З 1966 року на нього "лізуть біси", ''поганьє". Про них він розповідає і тепер. Силуети "бісів", за його словами, з'являються як у самому організмі, так і поза ним. Вони "ешелонами настають на нього". Він розриває пасти бісам і випускає ангелів, що були поглинені ними. Біси тримають у руках мечі. Маленькою “планеточкою” хворий віднімає в них мечі, коле їх тростиною. Біси проникають до нього через задній прохід. Хворий вважає себе сином сонця. Він може керувати "місяцем". Ангели допомагають йому у боротьбі з бісами. У нього своя планета, своя "силуета". На нього надягали шапку Мономаха, проти нього борються чаклуни, що були жандармами. Вони "закривають думки", і роблять його п'яним. Біси бувають триглавими. Вони надягають на нього мішки і цим зв'язують його. Кваліфікуйте психопатологічний синдром

1. Синдром психичного автоматизму
2. Нав’язливий
3. Параноїдний
4. Паранояльний
5. Парафренний

Завдання*№ 60.* Хвора О., 19 років, студентка. Після перенесеного грипу стала скаржитися на загальну слабкість, затруднене сприйняття поточного матеріалу. Незабаром навколишні звернули увагу на те, що вона сидить на заняттях розгублена, з відсутнім видом, не розуміє, про що йдеться. Прості питання не осмислює, відповідає невлад. У зв'язку з таким станом спрямована до психіатричної лікарні. На прийомі: зниженого харчування, температура тіла 37,3°. Психічний стан: хвора загальмована, продуктивний контакт із нею затруднений. На питання відповідає після багаторазових повторень, багато з них взагалі не розуміє, дивиться широко розкритими очима, вираження обличчя здивоване, розгублена. Виявляє неточне орієнтування у місці, часі. Розумові процеси уповільнені, чітко виступає порушення синтезу й узагальнення, мова носить характер, що реєструє.

1. Сутінковий
2. Аментивний
3. Онейроїдний
4. Деліріозний
5. Депресивний

Завдання*№ 61.* Хворий Н., 18 років. Надійшов до стаціонарної військової експертизи у зв'язку з негативною шкільною характеристикою. З анамнезу відомо, що народився від 7-ої вагітності, коли матері було 47 років. Вагітність протікала з токсікозом. Народився у сильній асфіксії, з вираженою гідроцефалією. Батько дитини -хронічний алкоголік, знаходився неодноразово на лікуванні в психіатричній лікарні. У дитинстві переніс коклюш, скарлатину. Помітно відставав у психічному і фізичному розвитку. До школи пішов з 8 років, однак не міг освоїти програму масової школи. Був спрямований до спецшколи для розумово недорозвинених дітей. Закінчив 4 класи. З педагогічної характеристики: слухняний, виконавчий, дуже уразливий, багато плаче. За час навчання з трудом освоїв навички рахунка в межах десятка, читає погано, переказати не може. Таблицю множення не освоїв. Мислення примітивне, конкретне. Розумові операції на дуже низькому рівні. Задачі на узагальнення та абстракцію не вирішує. Запам'ятовує погано. Запас знань убогий, не відповідає віку. Мова дислалічна, лексикон бідний. Речення будує правильно. Кваліфікуйте психопатологічний синдром

1. Парціальне недоумство
2. Амнестичний
3. Психоорганічний
4. Тотальне недоумство
5. Олігофренічний

**II. Змістовий модуль** **ПОЛІЕТІОЛОГІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ**

**II.1. ШИЗОФРЕНІЯ, ШИЗОТИПНІ, МАРЕВНІ РОЗЛАДИ ТА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ. ПРИНЦИПИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРУХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ.**

Шизофренія залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Однак і сьогодні, шизофренія є захворюванням з нез'ясованою етіологією і недостатньо вивченим патогенезом, що обумовлює протиріччя у психіатрії та утрудняє проведення ефективних лікувально-реабілітаційних заходів. Діагностика шизофренії ґрунтується на психопатологічних синдромах, тому що соматична та неврологічна симптоматика не є типовою. Це дозволяє вважати шизофренію специфічно людською хворобою з переважним і своєрідним порушенням психічних функцій (сприйняття, мислення, емоцій, волі). Високий рівень хворобливості (до 10 випадків на 1000 населення), ранній початок захворювання (20-25 років) та тенденція хвороби до безупинного плину з інвалідизацією хворих, визначають велику значимість своєчасної діагностики та адекватного лікування у сполученні з реабілітаційними психологічними та соціальними впливами, від яких значною мірою залежить прогноз захворювання.

Більшість маревних розладів, очевидно, не пов'язані з шизофренією, хоча обмежити їх клінічно, особливо на ранніх етапах, може бути досить важким. Вони становлять гетерогенну групу розладів, що для зручності можна розділити залежно від тривалості на групу хронічних маревних розладів і групу транзиторних психотичних розладів. Захворюваність хронічними маревними розладами становить 25-30 чоловік на 100000 населення. Початок частіше в середньому віці, пік госпіталізацій доводиться на 30-40 років.

Дані про природу шизоафективних розладів суперечливі. Захворюваність у населенні шизоафективними розладами оцінюється в межах 0,5-0,8% без будь-яких переваг по статі. Дані ці досить приблизні внаслідок теоретично обумовлених розходжень у діагностичних підходах, а також у зв'язку з тим, що клініцисти хочуть користуватися цим діагнозом у попередньому плані.

Слід зазначити, що при всіх розладах даної групи відзначаються виражені розлади поведінки, що припускає розробку ефективних реабілітаційних програм відносно зазначеного контингенту осіб, а також проведення військової й судово-психіатричної експертизи з метою вироблення безпечного характеру взаємодії хворого й суспільства.

Проблема афективних розладів є однієї з найбільш актуальних тем сучасної медицини. Афективні розлади у виді депресивних або маніакальних станів – найчастіше проявлення психічних розладів у дорослих людей. За прогнозами ВООЗ, депресія до 2020 р. вийде на друге місце причин інвалідності після ішемічної хвороби серця. Серед хворих, що звертаються за допомогою до загальносоматичної лікарні, приблизно 25% складають хворі на соматизовану депресію, яка маскує або поглиблює справжні соматичні розлади. Імовірність розвитку рекурентної депресії складає 20% у жінок і 10% у чоловіків; імовірність розвитку біполярних афективних розладів дорівнює приблизно 1% як для чоловіків, так і для жінок. Знижений настрій і втрата почуття задоволення є ключовими симптомами депресії. Приблизно дві третини хворих думають про самогубство, а від 10 до 15% роблять його. Своєчасна діагностика й адекватне лікування ведуть до зниження цих показників і повертають пацієнтів до нормального існування в суспільному середовищі.

***Ціль загальна.*** У результаті вивчення даної теми вміти встановити попередній діагноз шизофренії, маревних та афективних розладів і визначати лікувально-тактичні заходи відносно даного контингенту хворих.

|  |  |
| --- | --- |
| *Конкретні цілі - уміти:*1. Запідозрити наявність у хворого симптомів, характерних для шизофренії, шизоафективного, шизотипичного, маревних та афективних розладів.
2. Виявляти при клінічному обстеженні хворого основні психопатологічні синдроми, характерні для зазначеної групи розладів.
3. Проводити диференціальну діагностику між зазначеними розладами.
4. Визначати клінічні форми й типи плину шизофренії, шизоафективного, шизотипичного, маревних та афективних розладів.
5. Визначати лікувально-реабілітаційну тактику відносно даної категорії хворих.
 | *Цілі вихідного рівня:*1. Виявляти скарги, збирати анамнестичні дані, проводити об'єктивне дослідження хворого розпізнавати симптоми порушення емоцій і рухово-вольових функцій. (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, кафедра ООЗ з циклом історії медицини, кафедра неврології та мед. генетики, курс медичної психології).2. Застосовувати деонтологічні навички спілкування з хворими, оцінювати та інтерпретувати дані психологічного дослідження емоцій за допомогою опитувальников Зунга і Янга (каф. філософії та загальної психології, курс медичної психології на кафедрі психіатрії та мед. психології).3. Визначати обсяг і інтерпретувати дані необхідних додаткових досліджень, (кафедра неврології, кафедра інфекційних хвороб, кафедра внутрішніх хвороб).4. Проводити патопсихологічне дослідження й інтерпретувати отримані дані (цикл загальної психології кафедри ООЗ, цикл. мед. психології кафедри психіатрії та мед. психології).5. Уміти визначати механізм дії психотропних препаратів та основні види експертизи та профілактики при нервово-психічних розладах (кафедра соціальної медицини і ООЗ, кафедра фармакології й клінічної фармакології). |

Перевірити ступінь своєї підготовки Ви можете, вирішивши запропоновані завдання.

Завдання *№ 62.* Хворий С., 25 років, звернувся до терапевта з скаргами на неприємні відчуття в області шлунка, які він зв'язує з тим, що «хворіє раком». За останній рік тричі звертався до лікаря із приводу вищевказаного. Є висновки про відсутність патології з боку шлунково-кишкового тракту. Однак С. вважає, що лікарі спеціально не говорять правди, тому що перебувають «у змові» з людьми, які хочуть нашкодити йому. Які анамнестичні відомості можуть свідчити про наявність у С. психічного захворювання?

A. Вік хворого

B. Скарги хворого

C. Часта обертаність до лікаря

D. Стать хворого

E. Висновок про відсутність патології з боку ЖКТ і певна думка С. із цього приводу

Завдання *№ 63.* Хвора Ф., 35 років, надійшла в ОКПЛ у супроводі родичів. Неодноразово лікувалася в психіатричній лікарні. При огляді поведынка демонстративна. Багатозначно поглядає на співрозмовника, немотивовано посміхається. При бесіді заявила, що лікар «недостатньо підготовлений до зустрічі», тому що настав час припинити «уявний вплив» на неї й «перейти до інформації діями». Соматично й неврологічно без патології. Для лікування хворої призначений галоперідол. Даний лікарський засіб ставиться до групи:

A. Транквілізаторів

B. Нейролептиків

C. Ноотропів

D. Антидепресантів

E. Снодійних

Завдання *№ 64.* Хворий А., 23 років, скаржиться на виникаючі усередині голови мимо його волі «голоси» невідомих істот. Описує їх у вигляді шепоту або «уявних голосів». Визначите дані порушення:

A. Гипногогічні галюцинації

B. Рефлекторні галюцинації

C. Функціональні галюцинації

D. Нетипові слухові галюцинації

E. Вербальні псевдогалюцинації

Завдання *№ 65.* У хворої Б., 45 років за методикою запам'ятовування 10 слів отримані наступні результати: 7, 8, 9, 6, 10. У хворого має місце:

A. Порушення уваги

B. Порушення пам'яті

C. Порушення сприйняття

D. Порушення мислення

E. Порушення відчуття

Завдання *№66.*  Хвора В., 23 року, знаходиться у родильному відділенні після пологів, ускладнених в післяпологовий період сепсисом. Хвора дезорієнтована у місці та часі. Увесь час знаходиться у ліжку. Вираження обличчя розгублене, навколишніх не впізнає. Контакт з хворою носить непродуктивний характер. Укажіть ведучий синдром описаний у хворий?

A. Психомоторного порушення

B. Порушення свідомості

C. Астенічний

D. Галюцинаторний

E. Судорожний

Завдання *№ 67.* Пацієнт А., 25 років скаржиться на невизначені відчуття «стиснення» і «переливання» в області живота, не пов'язані з прийомом їжі, постійну нудоту й сухість у роті, страх «ковтати тверду їжу». Настрій знижений, тривога. Трагічним тоном висловлює свої переживання. Уважає, що в нього рак шлунка. Які психічні функції порушені у хворого?

А. Емоції

В. Сприйняття

С. Інтелект

D. Свідомість

Е. Воля

Завдання *№ 68.* Хвора Л., 32 року. Під час бесіди з лікарем говорить тихим і повільним голосом, відповіді на питання односкладові. Вираження обличчя страждальницьке, між бровами - складка, що нагадує грецьку букву «омега». Рухова активність знижена, сидить в одноманітній позі. За допомогою якого експериментально-психологічного методу дослідження можна виявити наявність депресії?

А. Зунга

В. Айзенка

С. Спилбергера- Ханина

D. Шмішека

Е. Шульте

Завдання *№ 69.* Хвора М., 49 років, вчителька. Пред'являє скарги на знижений настрій, "вагу на серце", погіршення пам'яті. Під час огляду вираження обличчя сумне, розмовляє повільно, тихим і слабомодульованим голосом, на питання відповідає після паузи. Уважає себе невдахою, обвинувачує себе в поганім ставленні до дітей. Визначите провідний синдром?

А. Депресивний

В. Астенічний

С. Апато-абулічний

D. Тривожний

Е. Психоорганічний

Завдання *№ 70.*  Хворий Т., 55 років, перебуває на лікуванні в кардіологічному відділенні з діагнозом: ИХС: стенокардія напруги, фк-3. Пацієнт відзначає скарги на зниження апетиту, тривогу, порушення сну, байдужність до навколишнього. Лікар за рекомендацією психотерапевта призначив флуоксетін. До якої групи лікарських препаратів відноситься даний засіб?

А. Нейролептики

В. Антидепресанти

С. Стабілізатори настрою

D. Транквілізатори

Е. Снотворні засоби

Завдання *№ 71.*  Хворий П., 27 років протягом 10 років страждає хронічним психічним розладом з явищами соціальної дезадаптації та стійкою втратою працездатності. Куди повинен направити документи лікар для одержання хворим групи інвалідності?

А. ВКК

В. МСЭК

С. Поліклініка

D. Стаціонар

Е. Психіатричний диспансер

Якщо при виконанні приведених вище тестових завдань виникли труднощі, необхідно звернутися до наступної літератури:

1. Синяченко О. В. Пропедевтика внутренних болезней. Донецк, 2000. – С. 20 – 46.

2. Вітенко І. С. Загальна та медична психолоія .-К. “Здоров’я”, 1997. - С.76 - 89.

3 Максименко С. Д. та інші. Медична психологія.- Київ. 2014.- 516с.

4. Нервові та психічні хвороби. Михєєв В. В., Нейман А. В. – К.: Здоров'я, 1992. – С.47-55.

5.Рубинштейн А. Я. Пособие по экспериментальной психологии, М., Медицина., 1997, с.25-45.

6.Лекція по медичній психології на тему «Деонтологія та внутрішня картина хвороби».

7. Фармакология. По редакцией проф. И. В. Комисарова.- Донецк.-2001.- С.60-75.

***Зміст навчання.***

Інформація, яка необхідна для формування знань-вмінь, що забезпечують досягнення мети заняття, викладена у літературних джерелах та лекціях.

***Література:***

1.Лекція „Шизофренія, шизотипні та маревні розлади”, «Афективні розлади» доц. Г. Г. Путятіна.

2.Психиатрия и наркология. Учебник под ред. проф. В. Л. Гавенко. – Киев, 2009. – с.364-397.

3. Психіатрія. Підручник під ред. проф. О. К. Напреєнко. – Київ, 2001. – с.461-519.

4. Психиатрия. Учебник под ред. проф. Е. Н. Жарикова. – Москва, 2000. – с.64-87.

5. Руководство по психиатрии. Под ред. проф. А. Н. Тиганова. – Москва, 2001, т.1. – с. 126-163.

***Теоретичні питання:***

1. Визначення поняття шизофренія.

2. Причини шизофренії.

3. Основні ознаки шизофренії.

4. Основні клінічні форми шизофренії.

5. Типи перебігу шизофренії.

6. Кінцевий стан шизофренії.

7. Принципи терапії шизофренії.

8. Клінічна картина маніакально-депресивного психозу. Циклотимія.

9. Масковані депресії.

10. Особливості афективних розладів у дітей і підлітків.

11. Принципи терапії хворих на афективні розлади.

12. Суїцидальна поведінка при психічних захворюваннях та у психічно здорових осіб.

13. Антисуїцидальна терапія. Психопрофілактика суїцидальної поведінки.

***Граф логічної структури*** теми «Шизофренія, шизотипні, маревні та афективні розлади» приведено у додатках 7,8.

***Орієнтована основа дії (ООД):*** У додатках 7 і 8 приведено діагностичні алгоритми за даною темою.

Завдання *№ 72.* Пацієнт В., 27 років. Доставлений бригадою швидкої допомоги в супроводі родичів. З розповіді матері відомо, що хворий намагався ножем розкрити собі живіт. Хворіє на психічне захворювання 3 роки, коли вперше з'явилося відчуття, що за ним стежать, «підслухують» його думки, при цьому «відчував передачу інформації» на уявному рівні. Щороку проходить лікування в психіатричній лікарні. Останнє погіршення стану виникло 3 дні назад: став неспокійним, порушився сон, увесь час до чогось прислухався, іноді раптово вимовляв нечленороздільні звуки. Психічний стан: контакту доступний. Орієнтування в місці, часі, власній особистості збережена. Мислення у звичайному темпі. При бесіді перескакує з однієї теми на іншу. Розповів, що хотів розрізати собі живіт для того, «щоб видалити орган», що «захопив» над ним владу й «управляє» його думками, діями. Може навіть говорити його голосом, якщо «захоплює голосові зв'язки». Відзначає, що даний «орган» може повідомляти йому, чого він хоче. Емоційно невиразний. Інтелект відповідає отриманій освіті. Порушень пам'яті не виявлено. Неврологічно й соматично без патології. Поставте попередній діагноз:

A. Шизоафективний розлад

B. Проста шизофренія

C. Кататонічна шизофренія

D. Параноїдна шизофренія

E. Хронічний маревний розлад

Завдання *№ 73.*  Пацієнт П., 30 років. Надходить у супроводі матері. Зі слів матері відомо, що близько 6 місяців назад поводження сина змінилося, коли після поїздки в комерційне турне повідомив про те, що за ним у поїзді стежили якісь люди. Потім періодично відчував це стеження й у себе в місті. Останнім часом син став неспокійним, потайливим. Батькам «про стеження» повідомив тільки кілька днів назад. Соматично й неврологічно без патології. Психічний стан: контакту доступний, орієнтування в місці, часі, власній особистості збережене. Мислення у звичайному темпі, послідовне. Розлади сприйняття заперечує, поведінкою не виявляє. Розповів, що коли вертався із чергової поїздки з Польщі виявив, що за ним стежать, хоча конкретно сказати, хто стежить не може. У якості однієї із причин стеження назвав заняття комерцією. Відзначає, що це стеження триває й зараз. Прислів'я, метафори трактує правильно, виключення четвертого зайвого - без особливостей. Під час бесіди виглядає тривожним. Пам'ять не порушена, інтелект відповідає отриманої освіті. Поставте попередній діагноз:

A. Хронічний маревний розлад

B. Параноїдна шизофренія

C. Шизоафективний розлад

D. Індукований маревний розлад

E. Шизофренія

Завдання *№ 74.*  Хворий С., 37 років. Неодноразово лікувався в психіатричних лікарнях з діагнозом: шизофренія. Занедужав 10 років тому. Клінічна картина характеризувалася поступовим зниженням інтересів, потягів. Зрідка спостерігалися уривчасті галюцинаторно-маревні розлади. Вдома бездіяльний, до спілкування не прагне, друзів немає. Останнім часом став іти з будинку на 3-5 днів. При огляді: контакт формальний. Орієнтування збережене повністю. Мислення розірване, паралогічне. Продуктивних розладів не виявляє. Інтереси обмежуються вітальними потребами. Емоційно сплощений. При бесіді розповів, що йде з будинку й «лазить по смітниках», «спить з людьми в підвалі». Критики до своєї поведінки не виявляє. Соматично й неврологічно без патології. Визначите форму шизофренії:

A. Кататонічна

B. Проста

C. Параноідна

D. Гебефренічні

E. Інша

Завдання *№ 75.*  Пацієнтка А., 18 років - студентка. Доставлена родичами. Надходить у психіатричну лікарню вперше в житті у зв'язку з порушенням сну, страхами. Спадковість психічними захворюваннями обтяжена: брат хворий шизофренією. Проживає з родичами й братом. Відносини із братом теплі. Психічний стан: контакту доступна. Орієнтування в місці, часі, власній особистості збережене. Мислення у звичайному темпі, послідовне. На питання відповідає по суті. При бесіді розповіла, що любить брата й не хоче, щоб з ним щось трапилося. Відзначає, що вперше про спецслужби розповів їй брат кілька місяців назад. Після цього з'явився страх, що за нею стежать. Подовгу бродила по вулицях, перевіряла чи не стежать за нею. Емоційне знижена. Пам'ять не порушена. Інтелект відповідає отриманої освіті. Розладів сприйняття не виявлено. Соматично й неврологічно без патології. Після декількох днів перебування в стаціонарі стала критично висловлюватися про свої переживання. Поставте попередній діагноз:

A. Параноїдна шизофренія

B. Гострий психотичний розлад

C. Шизоафективний розлад

D. Індукований маревний розлад

E. Хронічний маревний розлад

Завдання *№ 76.* Хворий Б., 32 року, орієнтування в місці, часі, власній особистості збережене. Мислення в прискореному темпі. Із труднощами втримується на місці. При бесіді повідомив, що останнім часом з'явилися «сторонні думки, які коментують поведінку, лають, засуджують» його. Розповів про періодичний вплив на нього «гіпнозом» якихось осіб. Виділите симптоми, що дозволяють припустити шизофренію:

A. Порушення темпу мислення, тривога

B. Порушення темпу мислення; псевдогалюцинації, що коментують поведінку хворого

C. Порушення темпу мислення; галюцинації, що коментують поведінку хворого

D. Маячні ідеї впливу; псевдогалюцинації, що коментують поведінку хворого

E. Тривога; псевдогалюцинації, що коментують поведінку хворого

Завдання *№ 77.*  Пацієнт Л., 32 років. Доставлений психбригадою з супроводі родичів. Кілька разів лікувався в психіатричній лікарні. Дійсне надходження пов'язане з неправильною поведінкою. Стан при огляді: орієнтування збережене повністю. Мислення в прискореному темпі. Розповів, що «наділен надзвичайними здатностями», про які розповідати не може, тому що заблокував свої думки від спецслужб: «вони постійно намагаються взяти надо мною мною контроль». Повідомив, що інші люди іноді намагаються змінити його думки й нав'язують відчуття, які йому не властиві. Емоційно неадекватне, настрій підвищений. Під час розмови сміється, постійно відволікається на происходящее навколо. Пам'ять не порушена. Інтелект відповідає віку й отриманої освіті. Соматично й неврологічно без патології. Поставте попередній діагноз:

A. Шизоафективний розлад

B. Параноїдна шизофренія

C. Гострий психічний розлад

D. Індукований маревний розлад

E. Хронічний маревний розлад

Завдання *№ 78.*  Хворий М., 27 років. Хворіє шизофренією з 23 років. Доставлений бригадою швидкої допомоги в ОКПЛ. При огляді орієнтування в місці, часі, власній особистості збережено. Мислення у звичайному темпі, послідовне. При бесіді розповів, що останні 3 місяці деякі люди «якось підозріло дивляться на нього, впливають гіпнозом». Повідомив про наявність «чужих думок» у голові. Соматично й неврологічно без патології. Для лікування хворого підходить:

A. Эглоніл

B. Сонапакс

C. Неулептіл

D. Гідозепам

E. Трифтазін

Завдання *№ 79.* Хворий М., 21 рік. Надійшов у супроводі родичів. Стан змінився два тижні назад, коли став неадекватним, з'явилося безсоння, став розмовляти сам із собою, вдарив батька. Стан при огляді: орієнтування збережене повністю. Мислення у звичайному темпі, при бесіді перескакує з однієї теми на іншу. Розповів, що закрився у квартирі, тому що так наказали «голоси», які він чув через стіну. Відзначає, що «голоси» обговорювали його, коментували його поведінку. Вважає, що батьки не його, від них залишилася тільки «оболонка». Емоційно сплощений. Пам'ять не порушена, інтелект відповідає віку. Соматично й неврологічно без патології. Поставте попередній діагноз:

A. Гострий поліморфний психотичний розлад

B. Параноїдна шизофренія

C. Хронічний маревний розлад

D. Шизоафективний розлад

E. Індукований маревний розлад

Завдання *№ 80.*  Хворий К. 43, надходить на лікування до психіатричної лікарні із скаргами на поганий сон. Психічнім захворюванням страждає 12 років. При надходженні до лікарні орієнтований у місці, часі та власній особистості правильно. Розповідає, що «чує голос сусіда усередині голови», при цьому «сам сусід знаходитися в якійсь будці і звідти впливає на мене, керує усім». Назвіть розлад якої психічної функції виявлено у хворого.

A. Емоції

B. Відчуття

C. Пам'ять

D. Мислення

E. Сприйняття

Завдання *№ 81.*  Хвора Д., 57 років. Три роки тому посварилась з сусідкою. Психічний стан: постійно чує "голоси", які "йдуть" із-за стіни та вікон та сприймаються, як звичайна людська мова. При посиленні "голосів" хвора стає тривожною, підбігає до вікна, кричить, що зараз вбивають її дітей, а вона нічим не може їм допомогти. Визначіть психопатологічний синдром.

A. Параноїдний

B. Галюцинаторний

C. Депресивний

D. Паранойяльний

E. Деліріозний

Завдання *№ 82.*  Хворий 26 років, алкоголем не зловживає. Надійшов у терапевтичне відділення з приводу пневмонії, скаржився на слабість, сонливість, кашель. Ввечорі голосно скрикував: "Відійдіть.... Не убивайте мене....допоможіть...". Не розумів, де знаходиться; чув "голос" загрозливого характеру. Бігав по палаті, намагався підхопитися на підвіконня. Не дізнавався навколишніх. Після призначення седативних препаратів заснув, ранком зміг згадати лише окремі фрагменти учорашнього вечора. Який діагноз хворого?

A. Реактивний психоз

B. Гострий поліморфний психотичний розлад

C. Параноїдна шизофренія

D. Соматогенний психоз

E. Кататонічна шизофренія

Завдання *№ 83.* Больной Ш.,17 років. Навчається у комерційному коледжі, завжди був спокійним, серйозним, дещо замкнутим. Останні два тижні став дивно себе поводити без наявних причин: під час лекції встає і починає робити гімнастичні вправи, по-дитячому дражниться з однокурсниками, штовхається, смикає дівчат за коси, голосно сміється. Іноді безпричинно озлоблюється, намагається битися. Перестав вчитись. Останніх кілька днів ходить по місту, підбирає недопалки, зачіпається до незнайомих людей з недолугими жартами. Емоційно сплощений, нічим не цікавиться, рухова активність беззмістовна. Сомато-неврологічний стан без ознак патології. Препарати якої групи є найбільш доцільними?

A. Нейролептики седативної дії

B. Нейролептики антипсихотичної дії

C. Антиконвульсанти

D. Препарати літію

E.Транквілізатори бензодіазепінового ряду

Завдання *№ 84.*  Хворий С., 25 років, звернувся до терапевта з скаргами на неприємні відчуття у ділянці шлунка, що він зв'язує з тим, що «хворіє раком». З анамнезу відомо, що спадковість по лінії матері обтяжена шизофренією. За останній рік тричі звертався до лікаря з приводу вищевказаного. Маються висновки про відсутність патології з боку шлунково-кишкового тракту. Однак, хворий, вважає, що лікарі спеціально не говорять йому правди, тому що знаходяться «у змові» з людьми, що хочуть нашкодити йому. Які анамнестичні дані можуть свідчити про наявність у хворого психічного захворювання?

А. Спадкоємна обтяженість

B. Скарги з боку ЖКТ

С. Кількаразове звертання до терапевта

D. Відсутність патології з боку ЖКТ

Е. Підозрілість

Завдання *№ 85.*  Хворий Л., 37 років, захворів під час навчання в інституті: був задумливим, внутрішньо зосередженим, уникав розмов. Вперше лікувався у психіатричному закладі з явищами психічних автоматизмів: вважав, що його думки всім відомі, його мозком керує військова розвідка. Хворіє на протязі 22 років, з періодичними незначними покращеннями, не зміг через хворобу закінчити інститут, є інвалідом ІІ групи. Останнім часом висловлює думки про своє особливе призначення: володіє секретом "абсолютної зброї", може силою думки впливати на перебіг світових подій. Говорить про все це спокійно, байдуже. В поведінці безініціативний, мало спілкується. Яка клінічна форма захворювання у даного хворого ?

A. Проста

B. Кататонічна

C. Параноїдна

D. Гебефренічна

E. Шизоафективна

Завдання *№ 86.*  Хворий С., 16 років. Протягом останнього року поступово змінилась поведінка: став усамітнюватись, втратив інтерес до друзів, навчання, занять спортом. Став байдужим до рідних, часом був безпричинно брутальним, іноді сам до себе говорив або сміявся. Майже не виходить на вулицю, цілими днями сидить біля вікна. До бесіди віднісся байдуже, малорухливий, морщить лоба, неадекватно гримасує. На питання відповідає формально вірно, малослівно. Вважає себе цілком здоровим, але дещо втомленим, каже, що обмірковує написання книги "Проекція людства на площину Всесвіту", носить при собі зошит, сторінки якого заповнені безліччю однакових хрестиків. Встановіть найбільш ймовірний діагноз?

A. Шизофренія

B. Депресивний розлад

C. Шизоїдний розлад особистості

D. Аутистичний розлад особистості

E. Хвороба Піка

Завдання *№ 87.*  Жінка 25 років, хворіє на параноїдну шизофренію протягом трьох років. В період загострення захворювання напружена, чує "голоси", які наказують вбити себе. Який препарат доцільніше призначити хворій у даному випадку?

A. Амітриптілін

B. Галоперідол

C. Аміназин

D. Седуксен

E. Сонапакс

Завдання *№ 88.*  Хворий А., 37 років, розповідає, що чує «усередині голови голоси чортів», що знаходяться «то усередині, то виходять та ховаються по кутах». За наказом чортів спалив у будинку книги, розбив телевізор. Тактика ведення цього хворого?

А. Планова госпіталізація до психіатричного стаціонару

В. Невідкладна госпіталізація до психіатричного стаціонару

С. Амбулаторне лікування у психіатра за місцем проживання

D. Лікування у денному стаціонарі

Е. Психотерапевтична допомога

Завдання *№ 89.* Хворий О., 30 років скарг не пред'являє. Під час огляду веселий, балакучий. У відділенні багато пише, за день списує 2-3 учнівські зошити віршами й прозою. Говорить, що ледь не втратив у собі талановитого поета, будує плани літературної кар'єри. Під час розмови увесь час міняє тему, мова з фразами з пісень і віршів. Настрій підвищений, рухова активність прискорена. Іноді буває агресивним. Визначите провідний синдром?

А. Гебефренічний

В. Кататонічний

С. Маніакальний

D. Тривожний

Е. Гебоідний

Завдання *№ 90.* На прийом до психотерапевта прийшла хвора Р. 30 років із скаргами на зниження апетиту, поганий сон, зниження концентрації уваги. Перераховані вище скарги з'явилися після неприємності на роботі. Під час експериментально-психологічного обстеження хворий за допомогою опитувальника Зунга було отримано 61 балів. Інтерпретуйте отримані результати?

А. Відсутність депресії

В. Мінімальна депресія

С. Помірна депресія

D. Важка депресія

Е. Украй важка депресія

Завдання *№ 91.* Хворий Л., 40 років. Надходить у психіатричний стаціонар вперше в житті. Зі слів жінки в пацієнта відзначається стійке зниження настрою протягом 2-х останнього років. З'явилося невпевненість у собі, став неговірким, соромитися спілкуватися з іншими людьми. Песимістично дивиться в майбутнє. Поставте попередній клінічний діагноз?

А. Рекурентний депресивний розлад

В. Дістимія

С. Органічний депресивний розлад

D. БАР, депресивний епізод

Е. Циклотимія

Завдання *№ 92.* Хвора М. 45 років, вчителька. Скаржиться на тугу, нудьгу, "вагу на серце". У кабінет лікаря зайшла повільно, села на край стільця й пози практично не міняла. Вираження обличчя сумне, розмовляє повільно, тихим і маломодульованим голосом, на питання відповідає після паузи. Ні до чого не відчуває інтересу. Уважає себе невдахою, обвинувачує себе в поганім ставленні до дітей. Фізичні скарги: на запор, серцебиття. З анамнезу відомо, що у зв'язку з таким станом п'ять разів перебувала на лікуванні в психіатричному відділенні. Поставте діагноз?

А. Важкий депресивний епізод

В. Помірний депресивний епізод

С. БАР, помірний депресивний епізод

D. БАР, важкий депресивний епізод

Е. Рекурентне депресивний розлад, важкий депресивний епізод

Завдання *№ 93.* Хвора Д., 30 років. У психіатричну лікарню надійшла вдруге при настійної вимоги сестри після того, як кинула роботу й позичила більшу суму грошей "на бізнес". Себе хворий не вважає, ніяких скарг не висловлює. Користується яскравою косметикою, волосся прикрашає стрічками й квітами, при бесіді з лікарем заграє з ним, кокетує. Постійно весела, занадто активна, втручається в роботу персоналу. Будує нереальні плани на майбутнє, про те, як буде займатися "міжнародною торгівлею". Уважає себе «Богінею неба». Призначте лікування?

А. Галоперідол

В. Карбонат літію

С. Тизерцін

D. Флуоксетін

Е. Діазепам

Завдання *№ 94.* Хворий В., 60 років страждає раком шлунка. Пред'являє скарги на знижий настрій, повну апатію, небажання жити, порушення сну. Уважає себе «тягарем» для своєї родини, відмовляється приймати лікарські препарати. З метою суїциду випив 10 таблеток трамалгіна, що він одержує для лікування болючого синдрому. Тактика лікаря?

А. Госпіталізація в плановому режимі в психіатричний стаціонар

В. Невідкладна госпіталізація в психіатричний стаціонар

С. Психотерапія в амбулаторному порядку

D. Амбулаторне лікування антидепресантами

Е. Госпіталізація в онкологічне відділення

Завдання *№ 95.* Хвора Л., 32 років. Стан погіршився за останні два місяці. Надходить із скаргами на знижений настрій, перестала одержувати задоволення від життя, увесь час проводить у постелі, через це з'явилося почуття провини, „мені треба годувати родину, стирати, прибирати в квартирі, а я не можу себе змусити піднятися з постелі”. Нічний сон з пробудженням. Відсутній апетит. Раніше до психіатрів не зверталася. Вважає себе працьовитою, сумлінною, недовірливою. Стан погіршився після смерті матері, що довгостроково хворіла, і Л. увесь час за нею доглядала. Виставте попередній діагноз:

A. Рекурентний депресивний розлад

B. Неврастенія

C. Депресивний епізод

D. Біполярний афективний розлад

E. Дістимія

Завдання *№ 96.* Хвора П., 40 років. Надходить вперше в поточному році, повторно у житті, у супроводі сина. Скарг не пред'являє. Зі слів сина, стан змінився тиждень назад: стала діяльною, але всі справи не доводить до кінця, настрій підвищений(не відповідає її нормальному стану), періодично на обличчі з'являється посмішка, утоми не почуває. Попередні госпіталізації з приводу депресивного стану. Виставте попередній діагноз:

A. Рекурентний депресивний розлад

B. Шизофренія, проста форма

C. Циклотимія

D. Біполярний афективний розлад

E. Дістимія

Завдання *№ 97.* Хвора М., 47 років. Пред'являє скарги на поганий настрій, плаксивість, тривогу, вважає, що вона сама винувата у всіх лихах, що відбуваються в ії родині(хворіє онук, неприємності на роботі сина). Висловлює думки про небажання жити. В анамнезі суїцідальна спроба (20 амп. дімедролу). Тактика лікаря:

A. Амбулаторне лікування, з призначенням антидепресантів

B. Психотерапевтичне лікування, спрямоване на корекцію життєвих функцій

C. Невідкладна госпіталізація в психіатричний стаціонар, спостережлива палата, обмежений режим

D. Госпіталізація в плановому порядку в психіатричний стаціонар

E. Невідкладна госпіталізація в психіатричний стаціонар, режим „відкритих дверей”

Завдання *№ 98*. Хворий С., 43 років. Скарги на поганий настрій, загальмованість, порушення нічного сну з пробудженням на 2 години раніше звичайного часу, поганий апетит. Періодично знаходиться в психіатричній лікарні з діагнозом: рекурентний депресивний розлад. Тактика лікування:

A. Амитриптілін C. Сонапакс

B. Трифтазін D. Галоперідол E. Феназепам

Завдання № *99.* Хворий Б., 43 років. Надходить до психіатричного стаціонару вперше в житті. Зі слів дружини, у чоловіка відзначається стійке зниження настрою протягом останніх 2 років. З'явилася невпевненість у собі, став похмурий, неговіркий, цурається спілкування. Песимістично дивиться на майбутнє і похмуро міркує про минуле. Втратив інтерес до улюбленої роботи. Який розлад у хворого?

A. Циклотимія

B. Рекурентний депресивний розлад

C. Біполярний афективний розлад

D. Дістимія

E. Депресивний епізод

Завдання № *100*.На прийом до терапевта прийшов пацієнт з скаргами на знижений настрій, необгрунтовану тривогу, поганий сон. В анамнезі „батько хворого закінчив життя самогубством”. Вибрати правильну тактику лікаря:

A. Попередити хворого про можливість подібного результату (зроблений батьком суїцид)

B. Рекомендувати прийом антидепресантів

C. Передати хворого під спостереження психіатра

D. Призначити план обстеження і продовжувати спостереження

E. Рекомендувати санаторно-курортне лікування

**ІІI. Змістовий модуль ОРГАНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ**

**ІІI.1.ЕКЗОГЕНО-ОРГАНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧНОГО ВІКУ. ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ. ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН. ПРИНЦИПИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРУХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ.**

Актуальність дійсної теми визначається значним ростом частоти виникнення психічних розладів, що мають першоосновою органічну поразку головного мозку. Це викликано рядом причин, основними з яких є наступні: ріст травматизму, як виробничого й побутового, так і внаслідок ДТП; частішання аварій на виробництві з розвитком у постраждалих психічних розладів інтоксикаційного, радіаційного генезу; зниження якості надання медичної допомоги населенню, що веде до збільшення захворюваності інфекціями, що часто дають мозкові ускладнення, обважненню плину нейроінфекцій; збільшення поширеності СНІДу, сифілісу, ендокринних захворювань.

Деменція та інші психічні розлади похилого і старечого віку визначаються значним ростом частоти виникнення. Це викликано рядом причин, основними з яких є наступні: демографічна тенденція збільшення абсолютного й відносного числа літніх і старих людей у загальній популяції населення, що спостерігається в усьому світі та приводить до росту поширеності деменцій первинно-атрофічного або судинного генезу. На тлі деменції можуть виникати психотичні психічні розлади, що ускладнює лікувально-діагностичний процес та потребує специфічної тактики відносно пацієнтів із такими розладами. Особи похилого і старечого віку хворіють частіше, ніж інші категорії населення, а органічна мозкова дисфункція, яка супроводжує більшість хвороб у цьому віці, може бути причиною психотичних та непсихотичних психічних розладів, перебіг яких залежить від важкості та плину їх причини.

Значний ріст вживання й зловживання алкоголю з щорічним збільшенням числа осіб з залежністю від алкоголю, що супроводжується як соматоневрологічними, так і психічними розладами, наносить значну соціально-економічну і моральну шкоду як суспільству в цілому, так і окремим особам. Щорічно збільшується число дітей і підлітків, що вживають і зловживають алкоголем. Це визначає актуальність вивчення проблеми психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю як проблеми не тільки медичної, але й соціальної.

За даними WHO (2001), "наркотизація" населення планети неухильно росте: тільки офіційно у світі налічується понад 1 млрд. осіб, що зловживають психоактивними речовинами (ПАР), з них 50 млн. зловживають речовинами, віднесеними до наркотичних.

Психічні та поведінкові розлади, що виникають у результаті використання психоактивних речовин, включають розлади, викликані алкоголем, препаратами опію, канабіса, заспокійливими й гіпнотичними засобами, кокаїном та іншими стимуляторами, галюциногенами, тютюном і летучими розчинниками. Стани, що пов'язані з їхнім використанням, включають інтоксикацію, вживання з шкідливими наслідками, залежність, синдром скасування й психічні розлади. До ПАР відносять, таким чином, всі нелікарські та лікарські засоби, які можуть стати предметом зловживання в силу їхнього впливу на психічні процеси, наприклад, на когнітивну й афективну сфери з розвитком суб'єктивно приємних психічних станів (наприклад, ейфорії, підвищення активності, комфорту, спокою). Під зловживанням розуміють "постійне або спорадичне надмірне вживання ПАР, несумісне або не пов'язане з припустимою медичною практикою" (WHO, 1969).

Значний ріст вживання й зловживання ПАР з щорічним збільшенням числа осіб з залежністю від ПАР, що супроводжується як соматоневрологічними, так і психічними розладами, наносить значну соціально-економічну і моральну шкоду як суспільству в цілому, так і окремим особам. Щорічно збільшується число дітей і підлітків, що вживають і зловживають ПАР. Це визначає актуальність вивчення проблеми психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин як проблеми не тільки медичної, але й соціальної.

***Ціль загальна:*** У результаті вивчення даної теми навчитися розпізнавати психічні розлади, що виникають на тлі органічної мозкової дисфункції та деменції, а також визначати клінічні прояви психічних розладів внаслідок зловживання ПАР, і визначати лікувально-тактичні заходи відносно зазначеного контингенту хворих.

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі - уміти:  | Цілі вихідного рівня: |
| 1. Запідозрити наявність у хворого інших психічних розладів органічної природи (органічний делірій, органічний амнестичний синдром, органічний маревний розлад, органічний афективний розлад, органичний астенічний розлад, органічний розлад особистості й ін.), деменції та клінічні ознаки гострої інтоксикації алкоголем й призначати лікування. | 1. Виявляти скарги, збирати анамнестичні дані, проводити об'єктивне дослідження хворого відповідно з принципами медичної етики та деонтології (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, кафедра соціальної медицини, ООЗ та історії медицини).  |
| 2. Встановлювати зв'язок між розвиненим психічним розладом і органічною дисфункцією. Запідозрити наявність у хворого інших психічних розладів похилого і старечого віку. Виявляти клінічні ознаки синдрому залежності, психотичного розладу при зловживанні алкоголем, амнестичного синдрому при зловживанні алкоголем та клінічні ознаки резидуального психотичного розладу й психотичного розладу з пізнім (відставленим) дебютом та гострої інтоксикації ПАР. | 2. Визначати обсяг і інтерпретувати дані необхідних додаткових досліджень (кафедра неврології, кафедра інфекційних хвороб, кафедра внутрішніх хвороб). |
| 3. Визначати лікувальну тактику відносно даної категорії хворих. | 3.Проводити патопсихологічне дослідження та інтерпретувати отримані дані (цикл загальної психології кафедри ООЗ, цикл мед. психології кафедри психіатрії та мед.психології). |
| 4.Визначати напрямок рішення експертних питань для даного контингенту хворих. | 4. Виявляти психопатологічні симптоми і визначати провідний синдром (загальна психопатологія на кафедрі психіатрії та мед. психології). |
| 5. Визначати реабілітаційні напрямки в роботі з хворими, що страждають психічними розладами органічної природи, у т.ч. деменціями, а також мають ознаки синдрому залежності, психотичного розладу при зловживанні алкоголем, амнестичного синдрому при зловживанні алкоголем та клінічні ознаки резидуального психотичного розладу й психотичного розладу з пізнім (відставленим) дебютом та гострої інтоксикації ПАР. | 5.Уміти визначати механізм дії психотропних препаратів. |

Перевірити ступінь своєї підготовки Ви можете, вирішивши запропоновані завдання.

Завдання *№101*. Хворий Г., 34 роки. При бесіді: обличчя сумне, на питання відповідає тихо й односкладово, хоча по суті питань. Поза млява, активність знижена. Інтелект відповідає віку. Песимістично оцінює сформовану ситуацію. Ваша тактика ведення бесіди:

А. Співчуття проблемам хворого

B. Тривалий докладний розпит

C. Вживання висловлень типу: «Не хвилюйтеся, все пройде»

D. Жартування над станом хворого

E. Проведення всеосяжного патопсихологічного дослідження (дослідження емоцій, інтелекту, особистісних особливостей)

Завдання *№102*. Хворий Л., 23 років. Добу назад переніс отруєння угарним газом. Пред'являє скарги на головний біль, запаморочення, нудоту. У неврологічному відділенні відзначався одиничний судорожний пароксизм. У план обстеження хворого найбільш показано включення:

А. МРТ

B. Біохімічного аналізу крові

C. Рентгенографії кісток черепа

D. РЕГ

E. ЭхоЕГ

Завдання *№103*. Хворий К., 35 років. До терапевта звернувся із скаргами на поколювання в області серця. Об'єктивних даних за патологію серцево-судинної системи немає. Був спрямований на консультацію до психіатра. При огляді трохи астенізований. Відзначає постійну втому, недосипання через надмірно напружений ритм життя. За методикою Айзенка нейротизм - 14 балів, екстраверсія - 16 балів. Який тип темпераменту визначається у хворого:

А. Меланхолік

B. Флегматик

C. Холерик

D. Сангвінік

E. Змішаний

Завдання *№104*. Хворий Ж., 32 років. Скарги на стомлюваність, підвищену помисливість, дратівливість, зниження пам'яті, неуважність, періодичний головний біль. Психічний стан: орієнтований вірно. Тривожний, недовірливий, часом здається, що люди обертають на нього особливу увагу. Не може подовгу займатися однією справою, з труднощами зосереджує увагу. При бесіді швидко стомлюється. Емоційно нестійкий, часом плаксивий, відзначається підвищена виснаженість психічних процесів і зниження пам'яті. Провідний синдром:

А. Астенічний

B. Психоорганічний

C. Психопатоподібний

D. Маревний

E. Депресивний

Завдання *№105.* Хвора Д., 67 років. Психічний стан визначається картиною тривожної депресії. Хворій показані препарати групи:

А. Нейролептиків

B. Антидепресантів

C. Транквілізаторів

D. Стимуляторів

E. Ноотропів.

Завдання *№ 106.* Хворий З., 57 років. Оглянутий психіатром у нейрохірургічному відділенні, де перебуває протягом 2-х тижнів після перенесеної ЧМТ середньої ваги (був збитий машиною). Увечері гостро розвилися страх, неправильна поведінка. Психічний стан - алопсіхична дезорієнтація. Виявляє об'єктивні ознаки галюцинацій (розмовляє з порожнім простором, зі страхом заглядає під ліжко й прагне бігти: «там змії й трупи»). Мова плутана. Висловлює уривчасті маячні ідеї переслідування. Виражено страх, психомоторні порушення. Критика відсутня. Після виконання лікарських призначень заснув. Ранком глибоко астенізований, не пам'ятає подій вечора й ночі. Попередній діагноз:

A. Параноїдна шизофренія

B. Органічний галюциноз

С. Органічний маревний розлад

D. Органічний розлад особистості

E. Органічний делірій

Завдання *№ 107*. Хворий К., 36 років. Переніс ЧМТ із втратою свідомості 2 роки тому. Після конфлікту на роботі став чути «голоси», змінилася поведінка. Психічний стан - орієнтований у місці, часі, власній особистості правильно. Чує «голоси» співробітників «начебто б і поруч, але як у голові», чіткою, загрозливою фізичною розправою, що засуджують і коментують учинки. Мислення в уповільненому темпі. Настрій знижений. Формально критичний до свого стану («їх же поруч ні, виходить, у мене щось із головою»). Провідний синдром:

A. Онейроїдний

B. Деліріозний

C. Параноїдний

D. Галюциноз

E. Психоорганічний

Завдання *№ 108.* Хвора У., 29 років. Перенесла ЧМТ 3 роки тому. Після конфлікту на роботі змінилася поведінка: розмовляла з порожнім простором, була агресивна стосовно співробітників, заявляла, що вони «організували проти її змову й мають нахабність шепотіти їй про це у вухо», удома не спала, бігала оголеною по вулиці, «щоб мене вони не торкнули», побила дитину й співробітника міліції. Ваша тактика у відношенні У.:

A. Невідкладна госпіталізація в психіатричний стаціонар

B. Планова госпіталізація в психіатричний стаціонар

С. Лікування в психіатра амбулаторно

D. Лікування в неврологічному відділенні

E. Психокорекція в психолога

Завдання *№ 109.* Хворий З., 57 років. Оглянутий психіатром у нейрохірургічному відділенні, де перебуває протягом 2-х тижнів після перенесеної ЧМТ середньої ваги (був збитий машиною). Увечері гостро розвилися страх, неправильна поведінка. Психічний стан - алопсіхична дезорієнтація. Виявляє об'єктивні ознаки галюцинацій (розмовляє з порожнім простором, зі страхом заглядає під ліжко й прагне бігти: «там змії й трупи»). Мова плутана. Висловлює уривчасті маячні ідеї переслідування. Виражені страх, психомоторні порушення. Критика відсутня. Після виконання лікарських призначень заснув. Ранком глибоко астенізований, не пам'ятає подій вечора й ночі. Провідний синдром:

A. Галюциноз

B. Параноїдний

C. Деліріозний

D. Психоорганічний

E. Онейроїдний

Завдання *№ 110.* Хворий У., 38 років. Перебуває на лікуванні в психіатричній лікарні із приводу органічного розладу особистості. У психічному стані домінують дисфорії зі схильністю до агресії. Тактика медикаментозного ведення повинна включати:

A. Нейролептики - коректори поведінки

B. Нейролептики-антипсихотики

C. Атипічні нейролептики

D. Транквілізатори

E. Антидепресанти

Якщо при виконанні приведених вище тестових завдань виникли труднощі, необхідно звернутися до наступної літератури:

1. Синяченко О. В. Пропедевтика внутренних болезней. Донецк, 2000. – С. 20 – 46.

2. Вітенко І. С. Загальна та медична психолоія .-К. “Здоров’я”, 1997. - С.76 - 89.

3. Максименко С. Д. та інші. Медична психологія.- Київ, 2014. – 516 с.

***Зміст навчання.***

Інформація, яка необхідна для формування знань-вмінь, що забезпечують досягнення мети заняття, викладена у літературних джерелах та лекціях.

***Література:***

1.Лекція „Органічні (в тому числі симптоматичні) психічні розлади. Психічні розлади у похилому та старечому віці” доц. О. І. Осокіна. Лекція „Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та залежності від них” доц. Риткіс І. С.

2. Психиатрия и наркология. Учебник под ред. проф. В. Л. Гавенко. – Киев, 2009. – с 147-305.

3. Психіатрія. Підручник під ред. проф. О. К. Напреєнко. – Київ, 2001. – с.126-151, с.461-519.

4. Психиатрия. Учебник под ред. проф. Е. Н. Жарикова. – Москва, 2000. – с.64-87.

5. Руководство по психиатрии. Под ред. проф. А. Н. Тиганова. – Москва, 2001, т.1. – с. 126-163.

***Теоретичні питання:***

1. Основні клінічні форми соматогенних психозів.

2. Психічні розлади при вагітності, у післяпологовому та лактаціонному періоді.

3. Психічні розлади при пухлинах головного мозку.

4. Психічні розлади при пухлинах поза мозкової локалізації.

5. Особливості психічних розладів при ендокринних захворюваннях.

6. Основні принципи терапії, реабілітації та профілактики психічних розладів при ендокринних та соматичних захворюваннях.

7. Класифікація психічних порушень при гострих та хронічних інфекціях.

8. Особливості психічних порушень при сифілісі мозку, прогресивному паралічі.

9. Психічні розлади у ВІЛ-інфікованих.

10. Принципи лікування психічних розладів при гострих та хронічних інфекціях.

11. Психічні порушення у гострому періоді черепно-мозкової травми, їх лікування та профілактика.

12. Психічні порушення у пізньому періоді травматичної хвороби.

13. Резідуально-органічні наслідки черепно-мозкових травм.

14. Пізні травматичні психози, їх диференційна діагностика та лікування.

15. Клінічні особливості психічних розладів при гострих та хронічних отруєннях лікарськими засобами, при харчових отруєннях, при інтоксикаціях промисловими та побутовими отрутами.

16. Клінічні особливості психічних розладів при гострих отруєннях препаратами брому, стероїдними гормонами, психотропними препаратами.

17. Клінічні особливості психічних розладів при гострих і хронічних інтоксикаціях чадним газом, речовинами, що містять фосфор, ртуть, миш’як, свинець, тетраетил свинець, нафтопродукти.

18. Клінічні особливості психічних розладів при гострих і хронічних інтоксикаціях хлорофосом, антифризом, нітратами, дефоліантами.

19. Особливості психічних порушень, які викликані екологічно несприятливими факторами.

20. Профілактика і лікування психічних порушень в разі промислових, лікарських інтоксикацій та внаслідок екологічно несприятливих впливів.

21. Гостра та хронічна променева хвороба, її психоневрологічні прояви.

22. Пострадіаційні психічні розлади: реактивні та органічні.

23. Загальна характеристика психічних розладів похилого та старечого віку.

24. Класифікація психічних розладів похилого та старечого віку. Етіологія, патогенез психічних розладів похилого та старечого віку.

25. Діагностичні критерії функціональних психічних розладів похилого та старечого віку: пресенільні психози (депресія, паранойя), функціональні психози старечого віку.

26. Клінічні варіанти функціональних психічних розладів похилого та старечого віку: пресенільні психози (депресія, паранойя), функціональні психози старечого віку.

27. Перебіг функціональних психічних розладів похилого та старечого віку: пресенільні психози (депресія, паранойя), функціональні психози старечого віку.

28. Лікування функціональних психічних розладів похилого та старечого віку: пресенільні психози (депресія, паранойя), функціональні психози старечого віку.

29. Профілактика функціональних психічних розладів похилого та старечого віку: пресенільні психози (депресія, паранойя), функціональні психози старечого віку.

30. Діагностичні критерії судинних психозів: дігностичні критерії, клінічні особливості, перебіг, кінець, лікування, профілактика.

31. Сенільні та пресенільні деменції – хвороба Альцгеймера, Піка, деменція при хворобі Паркінсона: дігностичні критерії, клінічні особливості, перебіг, кінець, лікування, профілактика.

 32. Особливості терапії, соціальної реабілітації та експертизи пострадіаційних захворювань.

33. Вплив алкоголю на вищу нервову діяльність людини.

34. Просте алкогольне сп’яніння, його ступені, індивідуальні особливості, діагностика, надання медичної допомоги при гострих алкогольних отруєннях.

35. Патологічне сп’яніння: діагностика, судово-психіатрична експертиза.

36. Алкоголізм, його критерії, наркоманічний синдром при алкоголізмі.

37. Діагностика алкогольного абстинентного стану, медична допомога.

38. Стадії алкоголізму, особливості деградації особистості.

39. Гострі металкогольні психози: діагностика початкових проявів, попередження подальшого розвитку, лікування.

40. Затяжні металкогольні психози.

41. Алкогольні енцефалопатії.

42. Принципи лікування алкогольних психозів.

43. Методи лікування алкоголізму.

44. Профілактика алкоголізму та його рецидивів.

45. . Поняття психоактивних речовин, феноменів вживання та залежності.

46. Поняття великого наркоманічного синдрому.

47. Особливості і перебіг наркологічних захворювань по фазах.

48. Медичний, соціальний і правових критерії наркотичних речовин.

49. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання опіатів.

50. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання канабіоідів.

51. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання седативних та снодійних препаратів.

52. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання кокаїну та інших

психостимуляторів.

53. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання галюциногенів.

54. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання літких розчинників.

55. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання нікотину.

56. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання кофеїн вміщуючи продуктів.

57. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок одночасного вживання декількох наркотичних речовин та використання інших психоактивних речовин.

58. Вікові особливості наркоманій і токсикоманій.

***Граф логічної структури*** теми “Органічні (в тому числі симптоматичні) психічні розлади. Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та залежності від них ” приведено у додатках 4, 5.

***Орієнтована основа дії (ООД):*** У додатках 4 і 5 приведено ***діагностичні алгоритми*** за даною темою.

**Клінічні прояви психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю**

|  |
| --- |
| Гостра інтоксикація |
| Вживання з шкідливими наслідками |
| Синдром залежності |
| Синдром скасування |
| Синдром скасування з делірієм |
| Психотичний розлад |
| Амнестичний розлад |
| Резидуальний стан і психотичний розлад з відставленим дебютом |

**Діагностичні критерії гострої інтоксикації різними видами алкоголю**

Загальні:

1. Достовірні дані про недавнє вживання високої дози алкоголя
2. Симптоми відповідають відомій дії алкоголю (див. нижче)

Наявні симптоми не можуть бути пояснені іншими причинами.

1. Не менш однієї ознаки з наступних:

* розгальмування;
* схильність затівати суперечки;
* агресивність;
* лабільність настрою;
* порушення уваги;
* зниження здатності здраво міркувати, некритичність до вчинків;
* порушення повсякденної діяльності особистості.

2. Не менш 1 ознаки з наступних:

* хиткість ходьби;
* утруднення при збереженні рівноваги в положенні стоя;
* змазана мова;
* ністагм;
* знижений рівень свідомості (напр., сопор або кома);
* почервоніння обличчя;
* ин'єцированість склер.

**Діагностичні критерії синдрому залежності від алкоголю**

|  |
| --- |
| *Три або більше з числа наступних проявів потрібні бути одночасно протягом 1 місяця або, якщо вони зберігаються більш короткі періоди, періодично повторюватися протягом 12 місяців* |
| Сильне бажання або почуття насильницької тяги до прийому алкоголя |
| Порушена здатність контролювати прийом алкоголя |
| Фізіологічний стан скасування (фізична залежність) |
| Наростання толерантності до алкоголя |
| Психологічна заклопотаність вживанням алкоголя |
| Хронічне вживання алкоголя з шкідливими наслідками |

Після вивчення даної глави посібника і відповідних розділів підручника вирішите самостійно запропоновані завдання. Якщо Ви вирішили завдання невірно, повторно прочитайте главу посібника та літературу. Ознайомтесь із завданням і дайте відповідь на питання. Це дасть Вам можливість з'ясувати, наскільки засвоєна інформація.

Завдання *№ 111.* Хворий Ж., 28 років. Скарги на головний біль, стомлюваність, що з'явилися протягом останніх 3-х тижнів “голоси”. 2 роки тому переніс відкриту ЧМТ, довгостроково лікувався, потім повернувся до роботи, але турбували стомлюваність, головний біль. Психічний стан: контакту доступний. Орієнтований вірно. Чує чоловічі й жіночі голоси «всюди, які коментують вчинки хворого та інших людей, іноді засуджують, іноді лають, іноді змушують виконувати ту або іншу дію, але хворий їм пручається». Докладно розповідає про свої переживання, допускає думку про їх хворобливість. У процесі бесіди швидко втомлюється, пам'ять на поточні події знижена, з труднощами розуміє інструкції при патопсихологічному дослідженні. У неврологічному статусі: двостороння слабість конвергенції. Очні щілини D<S, згладжена ліва носогубна складка. Сухожильні рефлекси підвищені, більше праворуч. Промахується при виконанні пальценосової проби. Попередній діагноз:

А. Шизофренія параноїдна

B. Органічний делірій

C. Органічний галюциноз

D. Деменція після перенесеної ЧМТ з іншими симптомами, переважно галюцинаторними

E. Органічний розлад особистості

Завдання *№ 112.* Хворий Ф., 45 років. Скарги на дратівливість, що “суперечить вимогам релігії”. Працював у шахті до 35 років, коли переніс важку виробничу ЧМТ і був визнаний інвалідом III групи. Відносини в родині протягом останніх 3-х років конфліктні, оскільки хворий став затятим прихильником баптистської церкви, нав'язує близьким положення цієї релігії, але не зустрічає підтримки. При цьому вивчення релігійної літератури не занадто захоплює хворого, тому що він не може довго зосереджувати увагу на одній діяльності. Після відвідувань церкви дружина відзначає у хворого стан зайво підвищеного настрою, але він легко змінюється дратівливістю з агресією відносно близьких. Хворий ніде не працює, більшу частину часу проводить у ліжку, на прохання дружини допомогти їй по господарству реагує лайкою, може почати бити посуд і меблі. Сомато-неврологічно: АД 120/70 мм рт.ст. Очні щілини D<S, згладжена права носогубна складка. Сухожильні рефлекси різко підвищені, більше праворуч. Погойдування в позі Ромберга. Психічний стан: контакту доступний. Орієнтований у місці, часі, власній особистості вірно. Говорить повільно, докладно описує обставини травми, залучає несуттєві деталі, описуючи своє життя в родині, зводить претензії до дружини і до того, що вона “не вірить у бога, а це невірно”. Пізнання в релігії неглибокі, але афективно насичені. Зовні неохайний, до свого зовнішнього вигляду байдужний. Попередній діагноз:

А. Шизотипичний розлад

B. Дисоціальний розлад особистості

C. Органічний розлад особистості

D. Параноїдний розлад особистості

E. Деменція після перенесеної ЧМТ

Завдання *№ 113.* Хворий Ш., 32 років, будівельник, упав з будівельних лісів, кілька хвилин був без свідомості, після чого був госпіталізований у травматологічне відділення, де скаржився на головний біль і нудоту. В 23 години раптово виникла неадекватна поведінка: оглядався по сторонах, зосереджено водив пальцем по тріщинах на стіні, на обличчі було вираження страху, раптово підхопився з ліжка й кинувся бігти по коридорі. При огляді психіатром вірно називав свої прізвище, ім'я, по батькові, але не розумів, де перебуває, був дезорієнтований у часі. На питання відповідав односкладово. З жахом оглядався по сторонах, запитував: “Звідки тут так багато мишей?” Попередній діагноз:

А. Органічний галлюциноз

B. Органічний маревний розлад

C. Органічний амнестичний синдром

D. Органічний делірій

E. Органічний тривожний розлад

Завдання *№114.* Хворий К., 34 років, шофер, надійшов у терапевтичне відділення із приводу правобічної нижньочасткової пневмонії, хворіє протягом 2-х днів. Температура 38,7. При надходженні психічний стан характеризувався млявістю, гіподинамією, сонливістю, однак заснути не міг через кашель. В 22 години голосно закричав, з жахом дивився в кут, благав медсестру: “Нехай вони підуть, проженете їх, мені погано, я не можу йти в рейс!”. При прямо поставлених питаннях виявлялося, що не знає дати, нечітко розуміє, де перебуває. Свої прізвище, ім'я, по батькові, вік, професію називає правильно. Через кілька хвилин після початку бесіди знову на обличчі з'явилося вираження страху, почав розмахувати руками, як би відганяючи когось, кинувся до вікна, спробував влізти на підвіконня. Після виконання лікарських призначень заснув. Ранком температура 37,2, орієнтований правильно, своєї вчорашньої поведінки не пам'ятає. Говорить, що йому здається, начебто ввечері до нього приходили з роботи, була неприємна розмова, йому загрожували полчища тарганів. Говорить тихим голосом, на обличчі вираження втоми. Ваша тактика відносно хворого:

А. Переклад у психіатричну лікарню

B. Призначення нейролептиків

C. Патогенетична терапія + транквілізатори

D. Фіксація хворого

E. Патогенетична терапія

Завдання *№ 115.* Хворий В., 18 років. В 4 роки переніс відкритий епідемічний енцефаліт. Надалі відзначався розлад сну, хлопчик став дратівливим, плаксивим. З 8-ми літнього віку став тікати з будинку, бродяжив, виносив із будинку речі, обмінював їх. Перед госпіталізацією був неспокійний, дратівливий, ні до чого не проявляв інтересу, нічим не займався, не доводив початого до кінця, швидко стомлювався від будь-якої роботи. У відділенні хворий був настирливим, імпульсивним, погано зосереджувався. Неодноразово відзначалося, що разом з необхідними предметами збирає в себе непотрібні йому речі - шматки паперів, цвяхи. Пам'ять і інтелект знижені. У неврологічному відділенні: анізокорія, ослаблена реакція зіниць на світло. Попередній діагноз:

А. Постенцефалічний синдром

B. Органічний розлад особистості

C. Деменція внаслідок енцефаліту

D. Органічний маревний (шизофреноподібний) розлад

E. Органічний астенічний розлад

Завдання *№ 116.* Хворий У., 36 років. При надходженні скарги на стомлюваність, підвищену помисливість, дратівливість, зниження пам'яті, неуважність, періодичний головний біль. Психічний стан: орієнтований у місці, часі, власній особистості вірно. Тривожний, недовірливий, часом здається, що люди обертають на нього особливу увагу. Не може подовгу займатися однією справою. Трохи в'ялий, у процесі бесіди швидко стомлюється. Емоційно нестійкий, відзначається підвищена стомлюваність, зниження запам'ятовування. Неврологічний статус: недостатня конвергенція, непостійні ністагмоїдні посмикування при крайніх відведеннях. Тремор вік і пальців рук. Різко виражений розлитий червоний дермографізм. З анамнезу: в 32-х літньому віці - контузія із втратою свідомості. Надалі відзначалося пов'язане з додатковими факторами (перевтома, ГРВІ, перегрівання) погіршення стану з підвищеною стомлюваністю, помисливістю, дратівливість. Попередній діагноз:

А. Органічний розлад особистості

B. Органічний маревний розлад

C. Органічний тривожний розлад

D. Органічний астенічний розлад

E. Неврастенія

Завдання *№ 117.* Хворий А., 26 років. У віці 23-х років переніс закриту черепно-мозкову травму. Скарги на головний біль, ослаблення пам'яті, що з'явилися останнім часом, “голоси”. Психічний стан: хворий доступний контакту. Орієнтований у місці, часі, власній особистості правильно. Докладно описує “голоси”, що з'явилися, за словами хворого, під час останньої поїздки в труському вагоні. Говорить, що “голоси”, починаються зранку, підсилюються до вечора; часто коментують його поведінку, іноді забороняють будь-що робити, ображають його. Чує “голоси” з різних сторін. Іноді хворий зауважує, що навколишні обертають на нього увагу, обговорюють його. Також, за словами хворого, іноді виникають “бачення”, “картини”, частіше сцени бою, дим, зброя, невизначені фігури. Хворий говорить повільно, намагається найбільше повно описати свої переживання. Зміст складних питань розуміє з труднощами, відповідає не відразу. З трудом засвоює прочитане та зосереджується на будь-якому занятті. Пам'ять знижена. Попередній діагноз:

A. Органічний галлюциноз

B. Параноїдна шизофренія

C. Органічний маревний (шизофреноподібний) розлад

D. Органічний делірій

E. Посткомоційний синдром

Завдання *№ 118* Хворий Р., 20 років, студент. Під час бесіди на місці не втримується, підхоплюється, поправляє одяг на собі і навколишніх (“все повинне бути в ідеальному порядку”). Настрій підвищений, багато сміється. Говорить швидко, проковтуючи закінчення, у той же час докладно описує несуттєві деталі. Себе вважає “видатним спортсменом”, говорить, що завдяки своїй фізичній підготовці може знайти “вигідну роботу із зброєю і допомогти правоохоронним органам знищити бандитів і розбійників”. Під час бесіди неодноразово починає демонструвати фізичні вправи, показуючи очевидну спритність. До свого стану та вчинків критики немає. Неврологічний статус: очні щілини D>S, опущений правий кут рота. Сухожильні рефлекси підвищені S>D. Погойдування в позі Ромберга, палеце-носову пробу виконує з промахуванням. ЭЭГ - дисфункція діенцефально-стволових відділів головного мозку. З анамнезу: мати хворого є на обліку в психіатра. Раніше розвиток без особливостей. По характеру спокійний, доброзичливий, має багато друзів. Два роки тому переніс важку ЧМТ у тім'яній області (удар по голові), був прооперований у нейрохірургічному відділенні, місяць перебував у несвідомому стані. Описаний стан розвився тиждень назад після дострокової здачі іспитів. Попередній діагноз:

A. Манія без психотичних симптомів

B. Маніакальний розлад органічної природи

C. Параноїдна шизофренія

D. Органічний розлад особистості

E. Гостра реакція на стрес

Завдання *№119*. Хворий К., 58 років. Скарги на стомлюваність, дратівливість, запаморочення, частий головний біль, неуважність. З 50-ти років страждає гіпертонією. Перераховані вище скарги з'явилися біля 2-х тижнів назад після чергового гіпертонічного кризу. Психічний стан: орієнтований у місці, часі, власній особистості вірно. У процесі бесіди швидко стомлюється. Емоційно нестійкий, під час бесіди кілька разів на очі навертаються сльози. При патопсихологічному дослідженні: увага знижена, крива запам'ятовування 10-ти слів: 5-3-7-8-5, через годину 7; мислення послідовне, задовільний рівень узагальнень і абстрагування. Сомато-неврологічно: АД 170-100 мм рт.ст. Акцент другого тону над аортою, тони серця ритмічні, Ps до 98 уд. в 1 хв. Недостатня конвергенція. Тремор вік і пальців рук. Розлитий червоний дермографізм. Попередній діагноз:

А. Судинна деменція

В. Органічний астенічний розлад

С. Органічний маревний розлад

D. Неврастенія

E. Органічний розлад особистості

Завдання *№120*.Лікувальна тактика:

А. Лікування основного захворювання

B. Антидепресанти

C. Транквілізатори

D. Нейролептики

E. Психотерапія

Завдання *№ 121.* Хвора Ж., 68 років. Під час огляду дезорієнтована в часі. Пам'ятає імена, дати народження своїх онуків, не пам'ятає дати народження дітей, що їла на обід. Знає ім'я президента країни, дати початку й закінчення Вов. Затверджує, що її чоловік живий, “вийшов за продуктами в магазин”. Мова дизартрична, бідний словниковий запас, відсутній інтерес до бесіди. Від дослідження пам'яті та мислення за допомогою психологічних тестів відмовилася, відзначаючи, що “через хворобу не зможе нічого запам'ятати”. Голосно призиває дочку, щоб та поправила складки на постелі. Не випробовує сорому перед лікарем під час перестилання мокрої постелі та перевдягання. З анамнезу: протягом останніх 25 років не працює. Чоловік раптово помер 10 років тому. Хвора по характеру владна, однак надзвичайно тактовна в спілкуванні з іншими людьми. З 58 років страждає гіпертонічною хворобою, приймала підтримуюче лікування (энам, клофелін, вінпоцетін). У віці 65 років перенесла мікроінсульт, іпохондрічна. Півроку назад перенесла ішемічний інсульт з лівостороннім геміпарезом. На тлі проведеної терапії рухові функції відновилися, однак хвора перестала самостійно пересуватися, стала примхливої, наростало зниження пам'яті, поступово втратила контроль над функцією сфінктерів, втратила інтерес до їжі. Неврологічний статус: Обличчя асиметрично, очні щілини D>S, опущений правий кут рота. Сухожильні рефлекси підвищені S>D, відзначається зниження болючої чутливості в лівій верхній кінцівці. Рухи кінцівок у повному обсязі. Статику й координацію перевірити не вдалося. Попередній діагноз:

А. Органічний розлад особистості

B. Депресивний розлад органічної природи

C. Делірій на тлі деменції

D. Деменція при хворобі Альцгеймера з пізнім початком

E. Мультиінфарктна деменція

Завдання *№ 122. Ю.* Хворий Б., 54 р. Вживає спиртне біля 20-ти років. Неодноразово лікувався в наркологічному диспансері. Через пияцтво втратив родину, роботу. Зайнятий збиранням пляшок і жебрацтвом. Харчується покидьками. Сомато-неврологічно: зниженого харчування, шкіра бліда, суха. Гіпотрофія м'язів. При ходьбі відзначаються явища атаксії. Зіниці реагують на світло в'януло. Тремор рук. Психічний стан: зовнішній вигляд неохайний, одяг брудний, порваний, від одягу виходить запах сечі. Правильно називає себе, знає рік народження, але не знає поточної дати. Не зовсім розуміє, у яку лікарню потрапив і для чого. Настрій ейфорічний. На питання відповідає односкладово, швидко виснажується. Складні питання не розуміє. Пам'ять і інтелект різко знижені. Поставте попередній діагноз:

A. Деменція внаслідок вживання алкоголю

B. Стан скасування алкоголю

C. Синдром залежності від алкоголю

D. Амнестичний синдром внаслідок вживання алкоголю

E. Вживання алкоголю з шкідливими наслідками

Завдання *№ 123.* Хворий И., 37 років, оглянутий лікарем швидкої допомоги вдома. При огляді: збуджений, просить про допомогу, прагне утекти, скидає з себе невидимі предмети. Дезорієнтований у місці і часі. Затверджує, що за вікном коштує банда, що повинна його знищити. В анамнезі: багаторічне зловживання алкоголем. Останній раз випивав кілька днів назад. Сомато-неврологічний стан: виявляється гіпергідроз, виражена гіперемія обличчя, шиї, тремор кінцівок. АД 180/100. Поставте попередній діагноз:

A. Вживання алкоголю з шкідливими наслідками

B. Стан скасування алкоголю з делірієм

C. Психотичний розлад внаслідок вживання алкоголю

D. Резидуальний психотичний розлад

E. Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю

Завдання *№ 124.* Хворий Р., 40 років. Зловживає алкоголем з 20 років. Неодноразово лікувався з приводу алкоголізму. Протягом декількох років відзначає в себе зниження полової функції. У зв'язку з цим став підозрювати дружину в невірності. Періодично влаштовує їй сцени ревнощів, оглядає постільна білизна, вимагає визнання в зраді. Останнім часом став ревнувати дружину до її молодшого брата. Останнє вживання алкоголю 6 годин назад. Стан при огляді: Орієнтування збережене цілком. Порушень сприйняття не виявлено. При бесіді розповів, що дружина змінює йому з братом, сусідами по квартирі, лікарем поліклініки. Мислення тугорухоме. Вважає себе здоровим. Свою госпіталізацію розцінює як “підступ дружини”, що у такий спосіб одержала волю дій. Поставте попередній діагноз:

A. Стан скасування з делірієм

B. Психотичний розлад внаслідок вживання алкоголю

C. Вживання алкоголю з шкідливими наслідками

D. Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю

E. Резидуальний психотичний розлад внаслідок вживання алкоголю

Завдання *№ 125.* Хворий Н., 18 років. Доставлений бригадою швидкої допомоги. При огляді: орієнтування в місці, часі порушене, збережене у власній особистості. Рухово збуджений. На обличчі вираження страху. Просить закрити кватирку, злякано дивиться у вікно, оглядається по сторонах. Розповідає, що за ним стежать і хочуть убити. Сомато-неврологічно: відзначаються множинні свіжі сліди від ін'єкцій в області передпліч, тахікардія, тремор кінцівок. Лікування:

A. Детоксикація + сібазон

B. Аміназин + галоперідол

C. Детоксикація + аміназін

D. Неулептіл

E. Сонапакс

Перевірити ступінь своєї підготовки Ви можете, вирішивши запропоновані завдання.

Завдання *№ 126.* Хворий М., 18 років. Доставлений у психіатричну лікарню у зв'язку з неправильною поведінкою: був збуджений, намагався заколотити цвяхами вікна і двері квартири батьків. При огляді: множинні сліди від ін'єкцій в області передпліч. Не розуміє, де він знаходиться, не називає поточної дати, місяця, року. На обличчі вираження страху. На стільці утримується з труднощами, намагається бігти, говорить, що його “хочуть убити”. Був призначений р-р сібазону – 4 мл в/м. До якої групи препаратів він відноситься?

A. Антидепресант

B. Нейролептик

C. Транквілізатор

D. Ноотроп

E. Психостимулятор

Завдання *№ 127*. Хворий Н., 23 р. На прийом до терапевта доставлений батьками. Зі слів батьків у сина останній місяць безсоння, “постійне погане самопочуття”. При огляді: зіниці розширені, на світло не реагують, відзначається сльозотеча, нежить з чиханням, “гусяча шкіра”, м'язи напружені, у кінцівках відзначає “відчуття незручності”, вени в області передпліч і стіп ущільнені. Консультація якого фахівця необхідна хворому?

A. Інфекціоніста

B. Невропатолога

C. Психіатра

D. Реаніматолога

E. Нарколога

Завдання *№ 128.* При патопсихологічному дослідженні хворого С., 22 років, що довгостроково вживає маріхуану, за методикою запам'ятовування 10 слів отримані наступні результати: 5-6-6-6-7. Які висновки можна зробити на підставі проведеного дослідження?

A. Відзначається порушення активної уваги

B. Виявлене зниження короткочасної пам'яті

C. Відзначаються порушення активної уваги і короткочасної пам'яті

D. Виявлені порушення мислення

E. Крива запам'ятовування 10 слів у межах норми

Завдання *№ 129.* Хворому М., 18 років, що вживає препарати коноплі, призначений пірацетам по 2т. 3 р/д. Який механізм дії даної лікарської речовини?

A. Протисудомне

B. Антидепресивне

C. Антипсихотичне

D. Транквілізуюче

E. Нейрометаболічне

Завдання *№ 130.* Для купировання первинного патологічного потяга до алкоголю хворому В., 39 р., був призначений фінлепсин. До якої групи препаратів відноситься дана лікарська речовина?

A. Антиконвульсант

B. Транквілізатор

C. Антидепресант

D. Нейролептик

E. Психостимуляція

Завдання *№ 131.* Хворий Н., 22 роки протягом року вживав опіоїди. Останнє в/в введення декілька днів назад. Стан при огляді: зрачки розширені, реакція на світло знижа. Виражені ринорея, сльозотеча. АТ 150/100 мм.рт.ст., Ps 100 в мин. Психстатус: ориєнтований повністю, мислення уповільнене. Продуктивних розладів немає. Пам'ять і інтелект відповідають віку й освіті. Поставте попередній діагноз:

A. Гостра інтоксикація внаслідок вживання опіоідів

B. Стан скасування опіоідів

C. Синдром залежності від опіоідів

D. Амнестичний синдром внаслідок вживання опіоідів

E. Вживання опіоідів зі шкідливими наслідками

Завдання *№ 132.* Пацієнтка С., 17 років. Ініціаторами звертання до лікаря стали батьки С., довідавшись, що кілька місяців назад їхня дочка однократно внутрівенно вжила наркотик. Змусили пройти обстеження на ВІЛ-інфекцію. Недавно стало відомо, що С. інфікована. За словами батьків ознак інтоксикації від наркотиків вони більше не помічали. Стан при огляді: орієнтування збережене цілком. Розмовляє охоче. Підтверджує всі наявні про неї зведення. Розповіла, що 2 місяці назад, піддавшись на домовленості однолітків, дозволила ввести їй внутрівенно невелику дозу «ширки». Пам'ять і інтелект відповідають віку й освіті. Поставте попередній діагноз:

A. Гостра інтоксикація внаслідок вживання опіоідів

B. Стан скасування опіоідів

C. Синдром залежності від опіоідів

D. Амнестичний синдром внаслідок вживання опіоідів

E. Вживання опіоідів зі шкідливими наслідками

Завдання *№ 133.* Хворий Р., 20 років, був обстежений з приводу вірусного гепатиту. Результат: виявлені антитела до гепатита В. За його думкою, захворів біля 4 міс. Тому, коли у компанії зробив в/в зробив ін’єкцію психоактивної речовини. У останній час вживання наркотичних речовин не було. Під час дослідження слідів ін’єкцій не виявлено. Поставте попередній діагноз:

A. Гостра інтоксикація внаслідок вживання ПАР

B. Стан скасування ПАР

C. Синдром залежності від ПАР

D. Амнестичний синдром внаслідок вживання ПАР

E. Вживання ПАР зі шкідливими наслідками

Завдання *№ 134.* Хворий Б., 17 років доставлений до лікарні у супроводі батьків. Встановлено, що дійсний стан виник вперше після того, як Б. Вдома у компанії друзів святкував свій день народження. Стан при огляді: на правій руці на локтевому сгибі слід від ін’єкції. Ориєнтована повністю. Мова нечітка, зрачки звужені, рухово загальмована, міслення сповільнене. На питання про день народження відповідати відмовляється. Критика до ситуації знижена. Поставте попередній діагноз:

A. Гостра інтоксикація внаслідок вживання опіоїдів

B. Гостра інтоксикація внаслідок вживання канабіноїдів

C. Гостра інтоксикація внаслідок вживання кокаїна

D. Гостра інтоксикація внаслідок вживання інших стимуляторів

E. Гостра інтоксикація внаслідок вживання галюциногенів

Завдання *№ 135.* Хворий Н., 18 років. Доставлений бригадою швидкої допомоги. При огляді: орієнтування в місці, часі порушене, збережене у власній особистості. Рухово збуджений. На обличчі вираження страху. Просить закрити кватирку, злякано дивиться у вікно, оглядається по сторонах. Розповідає, що за ним стежать і хочуть убити. Сомато-неврологічно: відзначаються множинні свіжі сліди від ін'єкцій в області передпліч, тахікардія, тремор кінцівок. Лікування:

A. Детоксикація + сібазон

B. Аміназин + галоперідол

C. Детоксикація + аміназін

D. Неулептіл

E. Сонапакс

**Клінічні прояви психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР**

|  |
| --- |
| Гостра інтоксикація |
| Вживання з шкідливими наслідками |
| Синдром залежності |
| Синдром скасування |
| Синдром скасування з делірієм |
| Психотичний розлад |
| Амнестичний розлад |
| Резидуальний стан і психотичний розлад з відставленим дебютом |

**ІV.**

**Діагностичні критерії гострої інтоксикації різними видами ПАР**

|  |
| --- |
| Загальні: 1. Достовірні дані про недавнє вживання високої дози ПАР
2. Симптоми відповідають відомій дії певної ПАР (див. нижче)

Наявні симптоми не можуть бути пояснені іншими причинами.  |
| **Гостра інтоксикація алкоголем** | **Гостра інтоксикація опіоідами**  |
| 1. Не менш однієї ознаки з наступних: * розгальмування;
* схильність затівати суперечки;
* агресивність;
* лабільність настрою;
* порушення уваги;
* зниження здатності здраво міркувати, некритичність до вчинків;
* порушення повсякденної діяльності особистості.

2. Не менш 1 ознаки з наступних: * хиткість ходьби;
* утруднення при збереженні рівноваги в положенні стоя;
* змазана мова;
* ністагм;
* знижений рівень свідомості (напр., сопор або кома);
* почервоніння обличчя;
* ин'єцированість склер.
 | 1. Не менш однієї ознаки з наступних: * апатія ы седація;
* розгальмування;
* психомоторна загальмованість;
* порушення уваги;
* зниження здатності здраво міркувати, некритичність до вчинків;
* порушення повсякденної діяльності особистості.

2. Не менш 1 ознаки з наступних: * сонливість;
* змазана мова;
* звуження зіниць (при аноксії, при передозуванні - розширення;

знижений рівень свідомості (напр., ступор або кома). |
| **Гостра інтоксикація канабіноїдами**  | **Гостра інтоксикація седативними и снодійними**  |
| 1. Не менш однієї ознаки з наступних: * ейфорія та розгальмування;
* тривога й ажитація;
* підозрілість або параноїдне мислення;
* відчуття вповільнення часу й/або прискореного плину думок;
* зниження здатності здраво міркувати, некритичність;
* зміна швидкості реакцій;
* слухові, зорові, тактильні ілюзії;
* галюцинації при сохранном орієнтуванні;
* деперсоналізація;
* дереалізація;
* порушення повсякденної діяльності.

2. Не менш 1 ознаки з наступних: * посилення апетиту;
* сухість у роті;
* ин'єцированість склер;

- тахікардія. | 1. Зміна поведінки та не менш, ніж одна ознака: * ейфорія;
* апатія та седація;
* агресивність у словах або діях;
* лабільність настрою;
* порушення уваги;
* антероградна амнезія;
* порушення психомоторної продуктивності;
* порушення повсякденної діяльності особистості.

2. Не менш 1 ознаки з наступних: * хиткість ходьби;
* нестійкість у положенні стоя;
* змазана мова;
* ністагм;
* зниження рівня свідомості (напр., ступор або кома);

- ерітематозні висипання на шкірі або пухирі.  |

Продовження

|  |  |
| --- | --- |
| **Гостра інтоксикація кокаїном** | **Гостра інтоксикація іншими стимуляторами** |
| 1. Зміна поведінки або розлади сприйняття з хоча б однією ознакою з наступних:* ейфорія й відчуття підвищеної енергійності;
* підвищення рівня бодрствовання;
* переконаність у власній величі або грандіозності (у висловленнях або вчинках);
* агресивність у словах і діях;
* схильність затівати суперечки;
* лабільність настрою;
* стереотипна поведінка;
* слухові, зорові, тактильні ілюзії;
* галюцинації при сохранном орієнтуванні;
* параноїдне мислення;
* порушення повсякденної діяльності особистості.

2. Не менш 2-х ознак з наступних:* тахи- (реже-бради-) кардія;
* серцева аритмія;
* гипер (реже-гипо-) тензія;
* пітливість і озноб;
* нудота й блювота;
* втрата маси тіла;
* розширення зіниць;
* психомоторне порушення (рідше - загальмованість);
* м'язова слабість;
* боль в груди;

- судоми. | 1. Зміна поведінки або розлади сприйняття з не менш, ніж однією ознакою з наступних:* ейфорія, підвищена енергійність;
* підвищення рівня бодрствовання;
* ідеї величі;
* агресивність у словах і вчинках;
* лабільність настрою;
* стереотипна поведінка;
* ілюзії й/або галюцинації при сохранності орієнтування;
* параноїдне мислення;
* порушення повсякденної діяльності особистості.

2. Не менш 2-х ознак з наступних:* тахікардія (рідко - брадикардія);
* серцеві аритмії;
* гіпертензія (рідко - гипотензія);
* пітливість і озноб;
* нудота або блювота;
* зниження маси тіла;
* розширення зіниць;
* психомоторне порушення (рідко - загальмованість);
* м'язова слабість;
* боль в груди;

- судоми. |
| **Гостра інтоксикація галюциногенами** | Гостра інтоксикація літких розчинників  |
| 1. Не менш однієї ознаки з наступних:- тривога;* галюцинації або ілюзії в бодрствующем стані;
* деперсоналізація;
* дереалізація;
* параноъдне мислення;
* ідеї відносини;
* лабільність настрою;
* гіперактивність;
* імпульсивні дії;
* порушення уваги
* порушення повсякденної діяльності.

2. Не менш 1 ознаки з наступних:* тахікардія;
* серцебиття;
* пітливість і озноб;
* тремор;
* нечіткість зору;
* розширення зіниць;

- порушення координації. | 1. Не менш однієї ознаки з наступних:* апатія, млявість, сонливість;
* схильність затівати суперечки;
* агресивність;
* емоційна лабільність;
* некритичність;
* порушення уваги й пам'яті;
* психомоторна загальмованість;
* порушення повсякденної діяльності.

2. Не менш 1 ознаки з наступних:* хиткість ходьби;
* нестійкість у позі Ромберга;
* змазана мова;
* ністагм;
* зниження рівня свідомості (напр., ступор або кома);
* м'язова слабість;

- нечіткість зору або диплопія. |

**Діагностичні критерії синдрому залежності від ПАР**

|  |
| --- |
| *Три або більше з числа наступних проявів потрібні бути одночасно протягом 1 місяця або, якщо вони зберігаються більш короткі періоди, періодично повторюватися протягом 12 місяців* |
| Сильне бажання або почуття насильницької тяги до прийому ПАР |
| Порушена здатність контролювати прийом ПАР |
| Фізіологічний стан скасування (фізична залежність) |
| Наростання толерантності до ПАР |
| Психологічна заклопотаність вживанням ПАР |
| Хронічне вживання ПАР з шкідливими наслідками |

**Змістовий модуль ПСИХОГЕННІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ**

**ІV.1 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПРИНЦИПИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРУХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВ’ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ. ПРИНЦИПИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРУХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ.**

Актуальність проблеми невротичних розладів зв'язана не тільки із значною поширеністю цієї патології, але і її «проміжним» положенням між власне психічними, більш важкими розладами і станами психічної норми, з однієї сторони і, з іншого боку – з соматичними захворюваннями. Таке положення невротичних розладів визначає те, що хворі на них в значній кількості випадків звертаються за допомогою до лікарів-інтернистів різного профілю. Ця тенденція збільшується в наш час, що зв'язано із усе більш помітною соматизацією нервово-психічних розладів, а також з тим, що більшість спеціалізованих установ, орієнтованих на надання допомоги невротичним пацієнтам, територіально й організаційно зв'язані з психіатричними лікарнями, що по об'єктивним і, значною мірою, штучним причинам, мають негативну репутацію у свідомості населення. У такій ситуації уміння виявляти симптоми невротичних розладів стає одним з найважливіших практичних навичок лікарів загального профілю, що є в більшості випадків лікарями «першого контакту» з пацієнтами описуваного контингенту.

Невротичні, зв'язані із стресом і соматоформні розлади об'єднані в одну велику групу (МКХ-10) в силу їхнього історичного взаємозв'язку, а також через зв'язок багатьох з них із психологічним стресом. В наш час проблема даних розладів стала, як зараз прийнято говорити, «знаковою», далеко вийшовши за рамки суто медичної. У зв'язку з цим тема цієї глави актуальна і для формування світоглядної позиції кваліфікованого фахівця.

Актуальність проблеми післятравматичних стресових розладів полягає в значній поширеності виключно несприятливих подій, що можуть викликати гостру стресову реакцію, або значних продовжуваних неспрятливих життєвих обставин, які можуть приводити до порушень адаптації. Розлади, що розглядаються у цьому розділі, представляють собою порушені адаптаційні реакції на важкий пролонгований стрес, що є перепоною до успішної соціальної адаптації и ведуть до порушення соціального функціонування.

Значна розповсюдженість соматоформних розладів у загальній медичній практиці робить розглядання цієї проблеми надзвичайно актуальною. Для соматоформних розладів характерні повторювальні соматичні симптоми, постійне потребування медичних обстежень. Головна різниця – невідповідність скарг хворого результатам соматичного або неврологічного обстежень. Хворі відмовляються обсуджувати можливість психологічної обумовленості симптоматики, адже якщо її виникнення тісно пов’язане зі стресовими життєвими обставинами або конфліктами. Тому до завдань лікаря загальної практики входить не тільки вміння розпізнавати прояви соматоформних розладів, а й визначати тактику відносно означеного контигенту хворих із необхідністю спрямування їх до психіатричної служби.

***Ціль загальна*** – уміти встановити попередній діагноз і обґрунтувати тактикові ведення хворого, тактику ведення хворих із післятравматичними стресовими та соматоформними розладами.

|  |  |
| --- | --- |
| *Конкретні цілі - уміти:*1. Оцінювати анамнестичні дані з погляду механізмів формування невротичних, розладів.
2. Запідозрити наявність у пацієнта того чи іншого виду невротичних розладів.
3. Визначати динаміку невротичних розладів.
4. Визначати лікувально-реабілітаційну тактику цих розладів.
5. Оцінювати анамнестичні дані з погляду механізмів формування пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів.
6. Запідозрити наявність у пацієнта того чи іншого виду зв'язаних зі стресом і соматоформних розладів.
7. Визначати динаміку пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів.
8. Визначати лікувально-реабілітаційну тактику цих розладів.
 | *Цілі вихідного рівня:*1. Уміти збирати анамнез і намічати план обстеження (каф. пропедевтичної терапії).2. Уміти проводити тестування за допомогою опитувальника Айзенка та інтерпретувати отримані результати (цикл загальної психології кафедри ООЗ).3. Розпізнавати органічні і функціональні порушення рухів і чутливості (каф. неврології). 4.Уміти збирати анамнез і намічати план обстеження (каф. пропедевтичної терапії).5. Уміти проводити тестування за допомогою опитувальника Айзенка та інтерпретувати отримані результати (цикл загальної психології кафедри ООЗ).6.Розпізнавати органічні і функціональні порушення рухів і чутливості (каф. неврології). |

Перевірити ступінь своєї підготовки Ви можете, вирішивши запропоновані завдання.

Завдання *№ 136.* Хвора З., 28 років стала відчувати біль в епігастрії, у зв'язку з чим звернулася за допомогою до терапевта. На прийомі хвору обстежував фізикально лікар-інтерн, виконуючи вказівки керівника інтернатури. По закінченню обстеження керівник, підводячи підсумок, у присутності З. сказав: «Взагалі усе вірно, але ви забули вірховський метастаз пошукати і пухлину Круненберга». У даному прикладі має місце:

A. Порушення етичних норм стосовно молодшого колеги

B. Зроблена невірна вказівка на помилку інтерна

C. Порушені етичні норми стосовно пацієнтки

D. Зауваження керівника вірно по змісту і не порушує етичних норм

E. Зауваження вірне по змісту, але порушує етичні норми у відношенні колеги і хворого

Завдання *№ 137.* Хворий В., 46 років. Страждає на хронічний алкоголізм. Напередодні звертання до невропатолога в стані алкогольного сп'яніння заснув на підлозі на витягнутій, підкладеній під голову руці. Прокинувшись, знайшов, що не може розгинати руку у зап'ясті, нечутливість на тильній стороні плеча, передпліччя, частково кисті і пальцях. При підйомі руки кисть звисає. У хворого:

A. Неврит променевого нерва

B. Алкогольна полінейропатія

C. Неврит серединного нерву

D. Неврит ліктьового нерву

E. Поразка плечового сплетіння

Завдання *№ 138.* У випробуваного по шкалі екстраверсії за методикою Айзенка показник 18б, по шкалі нейротизму - 6б, по шкалі ЛНСІ – 3б. Таким чином, у випробуваного:

A. Сангвінічний темперамент

B. Холеричний темперамент

C. Меланхолійний темперамент

D. Флегматичний темперамент

E. Результат не підлягає інтерпретації

Завдання *№ 139.* У випробуваного в процесі бесіди і спостереження виявлені такі якості, як підвищена збудливість, поривність дій. Він різкий, імпульсивний, емоційно яскраво виразний, легко втрачає самоконтроль. Швидше за все, показники за методикою Айзенка в нього будуть у межах:

A. Э – 12-24б, Н – 12-24б

B. Э – 12-24б, Н – 1-12б

C. Э – 1-12б, Н – 1-12б

D. Э – 1-12б, Н – 12-24б

E. Э – 6-10б, Н – 12-246

Якщо при виконанні приведених вище тестових завдань виникли труднощі, необхідно звернутися до наступної літератури:

1. Синяченко О. В. Пропедевтика внутренних болезней. Донецк, 2000. – С. 20 – 46.

2. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія .-К. “Здоров’я”, 1997. - С.76 - 89.

3. Максименко С. Д. та інші. Медична психологія.- Київ, 2014. – 516 с.

4. Нервові та психічні хвороби. Михєєв В. В., Нейман А. В. – К.: Здоров'я, 1992. – С.47-55.

***Зміст навчання.***

Інформація, яка необхідна для формування знань-вмінь, що забезпечують досягнення мети заняття, викладена у літературних джерелах та лекціях.

***Література:***

1.Лекція „Психогенні психічні захворювання” доц. О. І. Осокіна.

2. Психиатрия и наркология. Учебник под ред. проф. В. Л. Гавенко. – Киев, 2009. – с.311-364.

3. Психіатрія. Підручник під ред. проф. О. К. Напреєнко. – Київ, 2001. – с.461-519.

4. Психиатрия. Учебник под ред. проф. Е. Н. Жарикова. – Москва, 2000. – с.64-87.

5. Руководство по психиатрии. Под ред. проф. А. Н. Тиганова. – Москва, 2001, т.1. – с. 126-163.

6.Лекція „Психогенні психічні захворювання” доц. Г. Г. Путятін.

7 Психиатрия и наркология. Учебник под ред. проф. В. Л. Гавенко. – Киев, 2005. – с.311-364.

8. Психіатрія. Підручник під ред. проф. О. К. Напреєнко. – Київ, 2001. – с.461-519.

9. Психиатрия. Учебник под ред. проф. Е. Н. Жарикова. – Москва, 2000. – с.64-87.

10. Руководство по психиатрии. Под ред. проф. А. Н. Тиганова. – Москва, 2001, т.1. – с. 126-163.

***Теоретичні питання:***

1. Поняття психогенного розладу.

2. Етіологічні та патогенетичні фактори психогенних розладів.

3. Класифікація психогенній.

4. Визначення понять емоційно-стресова, адаптаційна реакції, неврози.

5. Клінічна картина неврастенії.

6. Класифікація та клінічна картина тривожних розладів.

7. Клінічна картина обсесивно-компульсивного розладу.

8. Клінічна картина дисоціативних розладів.

9. Депресивні невротичні розлади.

10. Лікування та профілактика неврозів.

11. Класифікація, клінічна картина та лікування соматоформних розладів.

12. Реактивні психози: загальні клінічні ознаки, критерії Ясперса.

13. Гострі реактивні психози.

14. Затяжні реактивні психози.

15. Терапія реактивних психозів.

16. Експертиза, профілактика, реабілітація при реактивних психозах.

17. Визначення поняття пост травматичного стресового розладу (ПТСР).

18. Клінічні особливості ПТСР.

19. Профілактика та лікування ПТСР

***Граф логічної структури*** теми «Психогенні розлади» приведен у додатку 6.

***Орієнтована основа дії (ООД):*** У додатку 6 приведено ***діагностичні алгоритми*** за даною темою.

Завдання *№ 140.* При розпиті пацієнтки 19 років, що звернулася з приводу неможливості сексуальних відносин через панічний страх перед половим актом, з'ясувалося, що вона нічого не пам'ятає про своє життя між 5-ю і 7-ю роками. Органічних причин порушення пам'яті не виявлено. Який діагноз найбільш обґрунтований?

A. Дисоціативна амнезія

B. Соціальна фобія

C. Ізольована фобія

D. Дисоціативна фуга

E. Парамнезія

Завдання *№ 141.* Пацієнтка 15-ти років перед переекзаменуванням по математиці раптово осліпла. З ранку була оглянута окулістом, був закопаний атропін, і пацієнтка була направлена до психіатра. На огляді в психіатра виявляла лише порушення акомодації, але утруднялася в читанні навіть газетних заголовків, надрукованих великим шрифтом. Як варто кваліфікувати цей епізод?

A. Конверсійний розлад чутливості

B. Соціальна фобія

C. Куряча сліпота

D. Розлад адаптації

E. Специфічна фобія

Завдання *№ 142.* У хворий 30 років після чергової сварки з чоловіком, що, на її думку «не цінує її», розвилися наступні рухові розлади: при спробі встати з постелі, а, тим більше ходити, вона не може устояти на ногах, завалюється, намагається схопитися за меблі, обпертися на стіну. Коли хвора лежить у постелі її рухи цілком вільні. Неврологічної патології в пацієнтки не виявлено. Найбільш ймовірний діагноз:

A. Дисоціативне порушення моторики

B. Неврологічна «німа» пухлина мозку

C. Розсіяний склероз

D. Симулятивна поведінка

E. Дисоціативний ступор

Завдання *№ 143.* У хворого 21 року після сварки з чоловіком розвилося оніміння губ, утрата мови, зникла чутливість шкіри гомілок і стіп. Невропатолог виключив наявність органічної патології нервової системи. У хворої:

A. Соматизований розлад

B. Дисоціативний розлад чутливості

C. Дисоціативна фуга

D. Симулятивна поведінка

E. Соматоформна вегетативна дисфункція

Завдання *№ 144.* Хвора 31 року, інженер-програміст протягом останніх 15-ти місяців відзначає наростаюче почуття втоми і слабкості після незначного навантаження, тяжке відчуття зниження розумової працездатності, що поверхневий стискуючий головний біль. У хворої:

A. Іпохондричний розлад

B. Розлад адаптації

C. Обсесивно-компульсивний розлад

D. Специфічна фобія

E. Неврастенія

Завдання *№ 145.* Пацієнт 42-х років звернувся із скаргами на те, що біля року страждає від приступів страху вмерти, що супроводжуються тахікардією, тремором, задишкою, болем у груди, слабістю почуттям нереальності навколишнього. Подібний стан вперше розвився в переповненому тролейбусі, коли поруч з ним упав і на очах хворого вмер літній пасажир. Після того став боятися людних місць, перестав користатися суспільним транспортом. Розуміє необґрунтованість своїх страхів, але нічого не може з собою зробити. У хворого:

A. Агорафобія

B. Соціальна фобія

C. Ізольована фобія

D. Генералізований тривожний розлад

E. Соматоформна вегетативна дисфункція

Завдання *№ 146.* Пацієнтка 22-х років скаржиться на страх і уникнення користувангням суспільним туалетом, що розвився біля двох років тому. Необхідність скористатися суспільним туалетом супроводжується тривогою, страхом появи позиву до дефекації; зазначені симптоми приводять до непевності в собі, хоча її страх і представляється їй зовсім невиправданим.

A. Соціальна фобія

B. Специфічна (ізольована) фобія

C. Агорафобія

D. Соматоформная вегетативна дисфункция

E. Обсесивно-компульсивний розлад

Завдання *№ 147.* У хворого 34-х років протягом року відзначаються думки, що з'являються мимо його волі, і побоювання різного змісту, що породжують необхідність робити своєрідні захисні дії (наприклад, перераховувати зустрічних перехожих). Став багаторазово перевіряти себе ще раз. Відзначає мучительність постійної боротьби із своїми побоюваннями, сам вважає їх безглуздими. У хворого:

A. Порушення адаптації

B. Ізольована фобія

C. Параноїдна шизофренія

D. Обсесивно-компульсивний розлад

E. Соціальна фобія

Перевірити ступінь своєї підготовки Ви можете, вирішивши запропоновані завдання.

Завдання *№ 148.* У випробуваного по шкалі екстраверсії за методикою Айзенка показник 18б, по шкалі нейротизму - 6б, по шкалі ЛНСІ – 3б. Таким чином, у випробуваного:

A. Сангвінічний темперамент

B. Холеричний темперамент

C. Меланхолійний темперамент

D. Флегматичний темперамент

E. Результат не підлягає інтерпретації

Завдання *№ 149.* У випробуваного в процесі бесіди і спостереження виявлені такі якості, як підвищена збудливість, поривність дій. Він різкий, імпульсивний, емоційно яскраво виразний, легко втрачає самоконтроль. Швидше за все, показники за методикою Айзенка в нього будуть у межах:

A. Э – 12-24б, Н – 12-24б

B. Э – 12-24б, Н – 1-12б

C. Э – 1-12б, Н – 1-12б

D. Э – 1-12б, Н – 12-24б

E. Э – 6-10б, Н – 12-246

Завдання *№ 150.* Пацієнт 45 років відчуває головний біль і вважає, що в нього пухлина головного мозку. Кілька разів проходив заглиблене обстеження в спеціалізованих лікувальних установах, але діагноз пухлини не був підтверджений. Хворий наполягає на повторних обстеженнях і консультаціях. У нього, швидше за все:

A. Конверсійний розлад

B. Соматизований розлад

C. Іпохондричний розлад

D. Симулятивна поведінка

E. Соматоформна вегетативна дисфункція

Завдання *№ 151.* Хворий 32-х років, інженер звернувся до кардіолога із скаргами на те, що протягом останніх двох років відзначає біль в передсерцевої ділянці, серцебиття, загальну слабість, задишку без фізичного навантаження, але лікар виключив органічну патологію серцево-судинної системи. Багаторазово консультувався в кардіолога, ревматолога, а також представників альтернативної медицини. Залишається переконаним у тім, що в нього є якесь нерозпізнане захворювання (яке конкретно – не вказує). У хворого:

A. Соматоформний розлад

B. Іпохондричний розлад

C. Соціальна фобія

D. Дисоціативний розлад чутливості

E. Соматоформна вегетативна дисфункція

Завдання *№ 152.* Пацієнт 29 років, шофер. Звернувся на прийом у зв'язку з наявністю мимовільно виникаючих яскравих спогад про катастрофу, що трапилась за місяць до звертання: на великій швидкості з автомобіля пацієнта вивалився п'яний пасажир, що одержав при цьому смертельні ушкодження. У пацієнта:

A. Посттравматичний стресовий розлад

B. Соціальна фобія

C. Панічний розлад

D. Розлад адаптації, короткочасна депресивна реакція

E. Специфічна фобія

**V. Змістовий модуль ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

**V.I. ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ. РОЗЛАДИ ЗРІЛОЇ ОСОБИСТОСТІ ТА ПОВЕДІНКИ. РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ. ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ. ПРИНЦИПИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРУХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ.**

Термін «особистість» ставиться до числа найпоширеніших у найрізноманітніших галузях науки - філософії, педагогіки, медицини. Всім лікарям необхідно оцінювати особистість хворого, тому що це дозволяє їм передбачати ймовірне поводження пацієнта в стані хвороби. Особистісна патологія може виступати в рамках різних типів розладів особистості (РО) або психопатій різного генеза, що проробляють протягом життя ту або іншу динаміку. Крім того, особистісна патологія може виступати в якості преморбіду при соматичних захворюваннях і при психічних захворюваннях, роблячи на них патопластичний вплив. Так, наприклад особистісна патологія може мати місце протягом тих або інших захворювань (наприклад, як преморбід при невротичних розладах; як психопатоподібний дебют або психопатоподібна малопрогредієнтна шизофренія), а також як їхній наслідок (особистісний розвиток при невротичних розладах, психопатоподібні ремісії й/або дефект особистості при шизофренії, психопатізація при органічних захворюваннях мозку). Кожне з цих понять має своє «клінічне обличчя» і вимагає диференціювання з аналогічними проявами іншого генезу: психофармакологічні й психотерапевтичні підходи тут неоднозначні.

У цілому ж значимість проблеми безсумнівна: це й більша поширеність відповідних розладів, сумнівна придатність до військової служби, працездатність, сімейні проблеми, часті суїциди, проблема злочинності. Незважаючи на, що РО становлять близько 1% від загальної популяції, на їхню частку доводиться значна частина тяжких насильницьких злочинів, породжуваних соціальною нестабільністю в будь-якому суспільстві.

Уміння виявити стійкі патологічні особливості особистості пацієнтів дозволяє лікареві максимально індивідуалізувати реалізацію лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів.

У зв'язку із цим особливо важливим є своєчасне виявлення осіб з РО у рамках професійного відбору, профілактика протиправних дій, алкоголізму, наркоманій, великого кола психосоматичних розладів.

Актуальність проблеми розумової відсталості обумовлена ростом числа осіб з уродженим недорозвиненням інтелекту в загальній популяції населення. Загальна поширеність розумової відсталості, як вважається в цей час, перебуває в межах від 1 до 3%. Рівні помірної, важкої й глибокої відсталості становлять 0,3%. Розумова відсталість є важким тягарем як для самих осіб, так і членів їхніх родин. У випадку важкої розумової відсталості це припускає надання допомоги хворому в повсякденному житті й догляді за собою. У більшості випадків цей тягар зберігається протягом всього життя. Розумово відсталі особи частіше стають жертвами експлуатації, фізичних і сексуальних образ. Таким чином, важливим представляється завдання надання спеціалізованої допомоги цим особам, їхня соціальна адаптація, а так само проведення різного виду експертиз (трудовий, військової, судової).

Розлади психологічного розвитку характеризуються порушенням або запізнілим розвитком особливих функцій, таких як мова (дислексія), або загальною глибокою зміною. Досить велика група порушень, пов'язаних з дислексією, складається в розладах здатності читати й писати, поширеність яких становить 4% для дітей шкільного віку (Spagna, 2000). Розлади, включені в даний розділ, мають ряд загальних ознак: початок (обов'язково) у дитинстві; порушення або затримка в розвитку функцій, тісно пов'язаних з біологічним дозріванням центральної нервової системи; рівний - без ремісій або рецидивів - плин. У більшості випадків порушені такі функції, як мова, навички зорово-просторове сприйняття й (або) рухова координація. Звичайно затримка або порушення розвитку присутні вже на дуже ранніх етапах (так що їх вдається виявити, як тільки стає можливим провести достовірне обстеження) і зменшуються в міру того як дитина стає старше, хоча більше легка дефіцітарна симптоматика може залишатися протягом всього життя

Загальна поширеність психічних і поведінкових порушень дитячого й підліткового віку становить від 10 до 20%. Велике значення в їхньому формуванні грають наступні фактори: спадковість, темперамент, соматична патологія, особлива поразка мозку, причини, пов'язані з навколишнім середовищем, соціальними умовами й культурою (Rutter, Herson, 1985; Quay, Werry, 1986;Graham, 1986).

***Загальна мета:*** уміти установити попередній діагноз розладу особистості, розумової відсталості, порушень психологічного розвитку, а також психічних і поведінкових порушень дитячого й підліткового віку, і визначати лікувально-тактичні заходи у відношенні даного контингенту хворих.

|  |  |
| --- | --- |
| *Конкретні цілі - уміти:* 1. Запідозрити наявність у пацієнта розлад особистості.2. Визначати клінічні типи розладів особистості.3. Визначати лікувально-реабілітаційну тактику у відношенні даної категорії пацієнтів.4. Визначати тактику при рішенні експертних питань для даного контингенту облич.5. Протягом клінічного інтерв'ю запідозрити розумову відсталість, порушення психологічного розвитку або поведінкові й емоційні розлади в дитини або підлітка.6. Опираючись на дані об'єктивного дослідження, анамнестичні відомості, виявляти етиологічні фактори недорозвинення інтелекту порушень психологічного розвитку пацієнта.7. Інтерпретувати й використати в діагностиці розумової відсталості результати об'єктивної оцінки ступеня розвитку інтелекту за допомогою тесту Векслера (IQ - коефіцієнт інтелекту).8. Інтерпретувати й використати в діагностиці порушень психологічного розвитку дитини, поведінкових і емоційних порушень результати патопсихологічних методів дослідження9. Уміти виявити психопатологічні симптоми й визначити провідний синдром.10. Визначати тактику лікування, реабілітації й організації допомоги пацієнтам із зазначеними розладами. | *Цілі вихідного рівня:*1. Виявляти скарги, збирати анамнестичні дані, проводити об'єктивне дослідження хворого відповідно до принципів медичної етики і деонтології (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, кафедра ОЗО з циклом історії медицини). 2. Визначати обсяг і інтерпретувати дані необхідних додаткових досліджень (кафедра неврології, кафедра внутрішніх хвороб).3. Виявляти при клінічному обстеженні хворого ведучий психопатологічний синдром (кафедра психіатрії і мед. психології).4.Проводити патопсихологічне дослідження особистості за допомогою особистісних опиткувальників (Айзенка, Леонгарда-Шмішека) і інтерпретировати отримані дані (цикл загальної психології кафедр ООЗ, цикл мед.психології кафедр психіатрії і мед.психології) 5. Уміти по зовнішньому вигляді пацієнта виявити аномалії розвитку (генетична патологія, порушення обмінних процесів, мікроцефалія, гідроцефалія) (кафедра біології з курсом медичної генетики, кафедра дитячих хвороб).6. Уміти вести клінічне інтерв'ю (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб).7. Застосовувати деонтологічні навички спілкування з хворими (каф. філософії та загальної психології).8. Уміти оцінювати результати лабораторних досліджень, дані додаткових клінічних досліджень (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, кафедра дитячих хвороб, кафедра променевої діагностики).9. Уміти оцінювати результати психологічних методів дослідження.10. Обґрунтувати вибір лікарських препаратів і механізм дії при психічних розладах (кафедра фармакології) |

Перевірити ступінь своєї підготовки Ви можете, вирішивши запропоновані завдання.

Завдання *№ 153.* Хворий С., 25 років звернувся до терапевта із скаргами на неприємні відчуття в області шлунка, що він зв'язує з “наявністю в нього рака”. За останній рік тричі звертався до лікаря з приводу вищевказаного. Маються висновки про відсутність патології з боку шлунково-кишкового тракту. Однак С. вважає, що лікарі спеціально не говорять правди, тому що знаходяться “у змові” з людьми, що хочуть нашкодити йому. Які анамнестичні зведення можуть свідчити про наявність у С. психічного захворювання?

А. Вік

В. Скарги

С. Часта обертаність до лікаря

D. Стать

Е. Дані обстеження

Завдання *№ 154.*  Пацієнт С., 33 років знаходився на стац. лікуванні в ПЛ в останні 2 місяця. В останній тиждень після переохолодження з'явився сухий кашель. 3 дні назад різко підвищилася температура до 39 С, з'явився біль у грудній клітці при подиху. Об'єктивно: над легенями перкуторно легеневий звук, аускультативно – праворуч нижче кута лопатки – крепітація. Яке додаткове дослідження грудної клітки необхідно зробити хворому:

А. Рентгенограма

В. Флюорограма

С. Бронхоскопія

D. КТ грудної клітини

Е. Рентгеноскопія

Завдання *№ 155.* Хворий М., 35 років звернувся на прийом до психіатра із скаргами на зниження пам'яті, поганий сон, головний біль стискаючого характеру, підвищений стомлюваність, дратівливість. Переживає через зниження працездатності, відзначає, що в другій половині дня з'являється головний біль, він стає більш розсіяним. Відзначає, що стала підвищувати голос на навколишніх, “не можу стриматися, накричу, а потім каюся”. Просить допомогти йому. До кінця бесіди став більш односкладово відповідати на питання, повідомив, що з'явився головний біль. Визначите ведучий психопатологічний синдром:

А. Апато-абулічний

B. Істеричний

С. Депресивний

D. Астенічний

Е. Іпохондричний

Завдання *№ 156.*  Випробуваний В., 26 років скарг не пред'являє. Психологічне тестування проходить у зв'язку з пристроєм на роботу охоронцем. При обстеженні за допомогою опитувальника Айзенка отримані наступні результати: по шкалах екстраверсії – інтроверсії – 14 балів, стабільності – нестабільності – 16 балів, неправди – 2 бали. Який темперамент визначається у випробуваного:

А. Отримані дані не підлягають інтерпретації

В. Холерик

С. Меланхолік

D. Сангвінік

Е. Флегматик

Завдання *№ 157.*  Хвора Т., 33 року надійшла в ОПНЛ із скаргами на знижений настрій, суїцідальні думки, відсутність апетиту, поганий сон. Дане надходження вперше в житті. Стан змінився протягом останнього місяця після загибелі батьків в автокатастрофі. У контакт вступає неохоче. На питання відповідає тихим голосом, переважно односкладово. Вираження обличчя сумне. Під час розмови погляд спрямований у підлогу, починає плакати, коли згадує про батьків. Для лікування хворої був призначений амітриптілін. До якої групи відносяться дані ліки:

А. Психостимулятори

В. Транквілізатори

С. Нейролептики

D. Ноотропи

Е. Антидепресанти

Завдання *№ 158.* У дитини непропорційно більша голова, виражений судинний малюнок (переважно венозна мережа), шкіра над роднічками виступає, при пальпації відчувається їх пульсація, відзначається розбіжність швів. При рентгенографії черепа визначаються пальцевидні вдавлення, на КТ розширення тіл і бічних рогів шлуночків, субарахноідальних просторів, атрофія тканини головного мозку. У дитини:

1. Синдром Морфана
2. Фенілкетонурія
3. Гідроцефалія
4. Синдром Дауна
5. Синдром Шерешевського-Тернера

Завдання *№ 159.* Хлопчик, 1 мес. Народився з низькою масою тіла, малим ростом, непропорційно короткими кінцівками, маленьким черепом з скошеною потилицею, невеликими, низько розташованими вушними раковинами. Розріз очей косий, э епікантус, радужка місцями депігментована. Ніс короткий і широкий, недорозвинена верхня щелепа, високе «готичне» небо. Язик збільшений, має складчасту поверхню. Неврологічно: м'язова гіпотонія, слабість конвергенції, косоокість. Яку вроджену патологію можна запідозрити в дитини?

1. Синдром Морфана
2. Фенілкетонурію
3. Синдром Дауна
4. Розумову відсталість
5. Синдром Шерешевського-Тернера

Завдання *№ 160.* Дитина 13 років. Відзначається підвищена емоційна нестабільність, потреба у визнанні його самостійності при недостатній готовності до реального її прийняття, конфліктність, максималізм у поведінкиі: перебільшення афективного прийняття або відкидання реальних форм життя. Виявляє підвищену цікавість до себе, своїм здатностям. Збережено дитячі риси. У якому періоді психічного розвитку перебуває дитина?

1. Підлітковий
2. Молодший шкільний
3. Ранній
4. Дошкільний
5. Юнацький

Завдання *№ 161.* Дитина 3,5 роки. Виховується в неповній родині, матір'ю приділяється недостатня увага дитині; більшу частину часу дитина надана сам собі. Який тип неправильного виховання описаний?

1. Гіпоопіки
2. Гіперопіки
3. «Золушка»
4. «Їжакові рукавиці»
5. «Кумир родини»

Завдання *№ 162.*  Дитина, 7 років. Є установка на шкільне навчання, готовність до нього. Дитина готова до змістовного співробітництва з дорослими. Гра продовжує впливати на розвиток, хоча й знижується її розвиваюче значення. У якому періоді психічного розвитку перебуває дитина?

1. Молодший школьний
2. Дошкільний
3. Ранній
4. Підлітковий
5. Юнацький

Завдання *№ 163.* Дитина И., 6 років. Виховання містить у собі вихваляння, культивування в ньому почуття винятковості, звільнення його від всіх тягот, виконання будь-якої його примхи, зняття відповідальності за провини. Який тип неправильного виховання описаний?

1. «Кумир родини»
2. Гіпоопіки
3. «Золушка»
4. «Їжакові рукавиці»
5. Гіперопіки

Якщо при виконанні приведених вище тестових завдань виникли труднощі, необхідно звернутися до наступної літератури:

1. Максименко С. Д. та інші. Медична психологія.-Київ, 2014. – 516 с.

 2. Синяченко О. В. Пропедевтика внутренних болезней. Донецк, 2000. – С. 20 –46. 3.Фармакология под редакцией проф. И. В. Комисарова. - Донецк.- 2001.- С.60-75.

***Зміст навчання.***

Інформація, яка необхідна для формування знань-вмінь, що забезпечують досягнення мети заняття, викладена у літературних джерелах та лекціях.

***Література:***

1.Лекція «Поведінкові розлади, що починаються у дитячому та підлітковому віці. Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих» доц. О. І. Осокіна.

2. Психиатрия и наркология. Учебник под ред. проф. В. Л. Гавенко. – Киев, 2009. – с.412-423.

3. Психіатрія. Підручник під ред. проф. О. К. Напреєнко. – Київ, 2001. – с.461-519.

4. Психиатрия. Учебник под ред. проф. Е. Н. Жарикова. – Москва, 2000. – с.64-87.

5. Руководство по психиатрии. Под ред. проф. А. Н. Тиганова. – Москва, 2001, т.1. – с. 126-163.

***Теоретичні питання:***

1. Розлади особистості та поведінки у дорослих, фактори, що сприяють їх розвитку.

2. Етіологія і патогенез розладів особистості.

3. Динаміка розладів особистості.

4. Клінічні форми розладів особистості та акцентуацій характеру. Основні принципи лікування, реабілітації та профілактики розладів особистості та поведінки у дорослих.

5. Діагностика розладів особистості і диференціальний діагноз.

6. Причини олігофренії та класифікація за етіологічними ознаками.

7. Клінічні форми олігофренії. Сомато-неврологічні симптоми олігофренії.

8. Принципи терапії, корекції, експертизи, реабілітації при олігофренія. Організація навчально-виховного та трудового процесу при олігофренії.

9. Психофізичний інфантілізм. Межова розумова відсталість.

10. Визначення поняття ранній дитячий та атиповий аутизм. Клінічні прояви, діагностика та лікування. Принципи корекцій та реабілітації.

11. Гіперкінетичні розлади у дітей та підлітків. Розлади соціальної поведінки. Етіологія. Патогенез. Клінічні прояви. Принципи медіко-педагогічної корекції, соціальної реабілітації.

***Граф логічної структури*** теми «Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих. Розумова відсталість. Порушення психологічного розвитку. Поведінкові розлади, що починаються у дитячому та підлітковому» приведено у додатку 9 та 10.

***Орієнтована основа дії (ООД):*** У додатку 9 та 10 приведено діагностичні алгоритми за даною темою.

**Діагностичні критерії розладів особистості відповідно до МКХ-10**

|  |
| --- |
| Помітна дисгармонія в особистісних позиціях і поведінки, що утягує звичайно кілька сфер функціонування, наприклад, афективність, збудливість, контроль спонукань, процеси сприйняття й мислення, а також стиль відносини до інших людей |
| Хронічний характер аномального стилю поведінки, що виник давно й не обмежуваними епізодами психічної хвороби |
| Аномальний стиль поведінки є всеосяжним і чітко порушує адаптацію до широкого діапазону особистісних і соціальних ситуацій |
| Вищезгадані прояви завжди виникають у дитинстві або підлітковому віці й продовжують своє існування в періоді зрілості |
| Розлад приводить до значного особистісного дистресу, але це може стати помітним тільки на пізніших етапах |
| Розлад супроводжується істотним погіршенням професійної й соціальної продуктивності |

Завдання *№ 164.* Пацієнт П., 23 років перебуває на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні з діагнозом: емоційно-нестійкий розлад особистості, імпульсивний тип. Те, що в сучасних класифікаціях позначається як розлад особистості, раніше позначалося як:

A. Девіантна поведінка

B. Реактивні стани

C. Конституційні психози

D. Психопатії

E. Патохарактерологічне формування

Завдання *№ 162.* Пацієнт О., 29 років перебуває на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні з діагнозом: шизоідний розлад особистості. У число виділених П.Б. Ганнушкіним критеріїв розладів особистості не входить:

A. Вони визначають весь психічний вигляд індивіда

B. Не піддаються істотним змінам протягом життя

C. Оборотні при лікувальних впливах

D. Заважають соціальній адаптації

E. Відзначаються з дитячого віку

Завдання *№ 163.* Пацієнтка Б., 25 років характеризує себе, як невпевнену в собі, своїх силах. Відзначає, що важко знайомиться з людьми, тому що бояться критики у свою адресу, переконана у своїй непривабливості. Постійно турбують важкі передчуття, “хоча в родині і на роботі всі благополучно”. Повідомляє, що через свої особливості характеру відмовилася від керівної посади. Діагноз: розлад особистості. Який варіант РО можна припустити в пацієнтки?

А. Ананкастне

В. Залежне

С. Тривожне

D. Істеричне

Е. Параноїдне

Завдання *№ 165.*  Пацієнт С., 25 років перебуває на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні з діагнозом: параноідний розлад особистості. Яке з тверджень вірніше інших описує прогноз при розладах особистості:

A. Більшість пацієнтів виявляє поліпшення після декількох тижнів лікування

B. У більшості випадків ефективно лікарське лікування

C. У переважної більшості пацієнтів поліпшення наступає спонтанно поза залежністю від лікування

D. У більшості пацієнтів лікування в змісті досягнення стійких результатів неефективно

E. У більшості випадків ефективна психотерапія

Завдання *№ 166.*  Пацієнтка Л., 32 років перебуває на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні з діагнозом: ананкастний розлад особистості. Яке з тверджень краще описує ананкастную особистість:

A. Помислива-тривожно-недовірлива особистість

B. Іпохондрична особистість

C. Особистість, схильна до нав'язливих думок і дій

D. Педантично-інертна особистість

E. Збудлива особистість

Завдання *№ 167.* Пацієнт М., 18 років спрямований РВК на стац. експертизу. Скарг не пред'являє. З анамнезу відомо, що батько дитини зловживає алкоголем, з родиною не живе. Виховувався матір'ю в умовах бездоглядності. Ранній розвиток без особливостей. Розвивався відповідно віку. З дитинства відрізнявся конфліктністю. У дитячому садку часто бився з однолітками, ламав іграшки, на зауваження викладачів не реагував. У школу пішов з 7 років, навчання давалася легко, але був грубий з викладачами, часто бився з однокласниками. У старших класах став прогулювати заняття, більшу частину часу проводив серед асоціальних підлітків, початків курити, вживати спиртні напої. На зауваження й угоди матері змінити спосіб життя не реагував, грубив, у стані алкогольного сп'яніння вдарив її. У цей час закінчує ПТУ за фахом електрослюсар. Психічний статус: орієнтування у всіх видах збережені. Контакт носить продуктивний характер. На питання відповідає охоче, по суті, з бравадою розповідає про свої «подвиги». Мислення у звичайному темпі. Запас шкільних знань знижений. Коло інтересів обмежене. Операції пам'яті не порушені. Емоційно лабилен. Не завжди дотримує почуття дистанції. Критики до своїх вчинків немає. У відділенні агресивний, грубий стосовно медперсоналу. Побився з хворим через те, що хворий не захотів поступитися йому місце в їдальні. Служити в армії не хоче. Як повинен звучати висновок стац. експертизи:

A. Придатний до військової служби в нестройових військах у мирний час

B. Непридатний до військової служби в мирний час

C. Придатний до служби у ВДВ

D. Непридатний до військової служби

E. Непридатний до служби у ВДВ

Який розлад особистості можна припустити?

A. Шизоідний

B. Межовий

C. Емоційно-нестійкий, імпульсивного типу

D. Істеричний

Завдання *№ 168.* Хвора 17 років. З дитинства відрізнялася дратівливістю, нетерпимістю до зауважень. Пубертатний період протікав стрімко, менструації встановилися в 12 років. Із цього часу стала більше грубої, зазнавала насолоди, коли виводила когось із себе. Перестала проявляти увагу й турботу до матері, навіть під час хвороби. Била й знущалася з домашньої собаки. Будучи покараної, ніколи не каялася, не вважала себе винної, у случившемся обвинувачувала навколишніх. У відділенні дуже задоволена, коли вдається будь-кого довести до сліз. На зло зламала магнітофон, порізала шкіряну куртку хворої. З медперсоналом конфліктувала. Інтересу до будь-якої продуктивної діяльності немає. Який розлад особистості описаний:

A. Шизоідний

B. Емоційно-нестійкий

C. Дисоціальний

D. Залежний

E. Істеричний

Виберіть лікування:

A. Трифтазін

B. Неулептіл

C. Карбомазепін

D. Психотерапія

E. Меліпрамін

Завдання *№ 169.*  Хвора С., 32 р. Скарги на почуття «комка» у горлі, «оніміння» рук і ніг, відчуття слабості в ногах, періодичну повну втрату чутливості в області губ. З анамнезу: є єдиною дитиною в родині. З раннього дитинства виховувалася в обстановці розпещеності й обожнювання. Родичі всіляко хвалили її в присутності інших людей, намагалися задовольнити всі її вимоги. У школі віддавала перевагу літературі, історії, брала участь у драмгуртку. Після закінчення школи надійшла в торговельний інститут, навчання давалася погано, виявила нездатність до систематичних занять. На 2-м курсі, вийшовши заміж і завагітнівши, залишила навчання. У цей час домогосподарка. Стан погіршився після конфліктної ситуації в родині, коли чоловік став більш вимогливо ставитися до хворої, дорікав її за недбайливість у домашніх справах, пригрозив їй розлученням. Психічний статус: доступна контакту. Всебічно правильно орієнтована. Говорить охриплим голосом, трагічним тоном викладає свої скарги, затверджує, що в неї в наявності всі симптоми «важкого неврологічного захворювання». Легко відволікається на сторонні теми, починає кокетувати, викладаючи свої анамнестичні відомості. Без коливання погоджується розповісти про своє захворювання студентам на лекції. Перед демонстрацією в аудиторії ретельно наклала макіяж, ошатно одяглась. Вважає себе важко хворою. Поставте попередній діагноз:

A. Шизоідний розлад особистості

B. Демонстративний розлад особистості

C. Параноідний розлад особистості

D. Ананкастний розлад особистості

E. Залежний розлад особистості

Завдання *№ 170.*  Пацієнт Б., 37 років, звернувся зі скаргами на неприємні відчуття в тілі, нав'язливі думки неприємного змісту, про наявність у нього рака, виконанні нав'язливих дій, тривожний сон. З дитинства відрізнявся непевністю, постійно долали сумніви по будь-якому приводі. Боявся спізнитися на заняття, відповідати в дошки, одержувати зауваження. Відзначає, що вже в школі виконував елементарні ритуали: квиток на іспиті брав тільки лівою рукою, щоб уникнути поганої оцінки на уроках по шкільним сходам піднімався через сходинку. Надалі надійшов в інститут, відрізнявся надмірною сумлінністю, прагненням до бездоганного виконання завдань, по нескольку раз перевіряв ще раз їх. Підкреслює, що любить порядок у всьому. Від дружини жадає бездоганної чистоти в будинку, щоб усе перебувало на своїх місцях, тому що безладдя «сильно дратує», перемивав вимитий посуд. Став керівником відділу, жадає від своїх підлеглих неухильного дотримання правил. На роботі затримується після закінчення робочого дня, перевіряючи ще раз зроблену роботу. Конфліктна ситуація на роботі погіршила стан пацієнта, і він звернувся до лікаря. Соматичний статус: діяльності серця ритмічна, тони чисті. Ps 82 уд. в 1 хв., АД 150/100 мм рт.ст. Живіт м'який, пальпаторно хворобливість по ходу товстого кишечнику. Аналізи сечі та крові - без відхилень від норми. Псих.статус: зовні акуратний, підтягнутий. У кабінет лікаря входить обережно, зупиняється, потім переступає поріг правою ногою. Соромливо посміхається. Випробовує неприємні відчуття в тілі, мучить постійна думка про рак. Розуміє, що думка хвороблива, але все-таки «імовірність така є в кожної людини». Захисні дії (входити в кімнату із правої ноги, вертатися додому завжди по однієї й тій же стороні вулиці) його заспокоюють. Говорить, що безглуздість цього він усвідомлює. Просить допомогти йому. Який розлад особистості описаний:

A. Дисоциальний C. Залежний

B. Ананкастний D. Тривожний E. Шизоідний

Ваша тактика:

A. Має потребу в спостереженні й лікуванні в терапевтичному стаціонарі

B. Має потребу в невідкладній госпіталізації в психіатричний стаціонар

C. Має потребу в лікуванні в умовах закритого психіатричного стаціонару

D. Має потребу в консультації й лікуванні в психіатра у відкритому відділенні

E. Має потребу в лікуванні в психіатра в амбулаторних умовах

Завдання *№ 171.*  Хвора Р., 35 років, домогосподарка прийшла на прийом до невропатолога із скаргами на відчуття слабості в ногах, періодично повну втрату чутливості в області губ, мови, почуття “комка” у горлі. Стан погіршився після конфліктної ситуації в родині. З дитинства виховувалася в обстановці розпещеності й обожнювання. Інститут не закінчила, знайшла нездатність до систематичних занять. Наявність ЧМТ в анамнезі заперечує. Під час бесіди демонстративна, трагічним голосом викладає свої скарги, затверджує, що в неї “усі симптоми важкого неврологічного захворювання”, при цьому починає плакати. Потім легко відволікається на сторонні теми, починає кокетувати, викладаючи свої анамнестические зведення. Об'єктивно: з боку нервової системи патології не виявлено. Яке захворювання можна припустити в хворий?

А. Розлад особистості

В. Невроз

С. Дістимія

D. Полінейропатія

Е. Соматоформний розлад

Завдання *№ 172.* Хвора 17 років. З дитинства відрізнялася дратівливістю, нетерпимістю до зауважень. Пубертатний період протікав стрімко, менструації установилися в 12 років. З цього часу стала більш грубої, зазнавала насолоди, коли виводила когось із себе. Перестала виявляти увагу і турботу до матері, навіть під час хвороби. Била і знущалася з домашньої собаки. Будучи покараної, ніколи не каялася, не вважала себе винної, у случившемся обвинувачувала навколишніх. У відділенні задоволена, коли вдається будь-кого довести до сліз. На зло зламала магнітофон, порізала шкіряну куртку хворої. З медперсоналом конфликтует. Виберіть групи лікарських препаратів:

А. Нейролептики

В. Антидепресанти

С. Протисудомні

D. Транквілізатори

Е. Психостімулятори

Завдання *№ 173.*  Під час проходження медогляду на закличному пункті призовник Р., 18 р. грубив навколишнім. Стосовно лікарів не дотримував почуття дистанції. З шкільної характеристики відомо: у школу пішов з 7 років, навчання давалася легко, але був грубий з викладачами, часто бився з однокласниками. У старших класах став прогулювати заняття, велику частину часу проводить серед асоціальних підлітків, початків курити, уживати спиртні напої. Вкажіть оптимальну тактику в даній ситуації:

А. Стаціонарна військова експертиза

В. Амбулаторна військова експертиза

С. Має потребу в невідкладній госпіталізації в психіатрічну лікарню

D. Придатний до служби в армії

Е. Спостереження в невропатолога

Завдання *№ 174.*  Хвора звернулася з скаргами на зниження настрою, плаксивість, поганий сон, що з'явилися після сварки з чоловіком (чоловік пригрозив розлукою). Відзначає, що не тільки зараз під час конфлікту, але й у повсякденному житті відчуває запеклий страх виявитися покинутої, почуття безпорадності і неспроможності. Говорить, що завжди уступала бажанням інших людей (спочатку матері, тепер чоловіка), рідко приймала самостійно рішення. Під тиском чоловіка залишила роботу. Випробує побоювання, що виявиться нездатної подбати про себе у випадку розводу. Який варіант розладу особистості можна припустити в пацієнтки?

А. Диссоциальний

В. Істеричний

С. Залежний

D. Тривожний

Е. Шизоідний

Завдання *№ 175.* Дитина 5-ти років. У дошкільній дитячій установі вихователі звернули увагу на затримку розвитку. При виявленні в дитини ознак можливої розумової відсталості правильна тактика припускає:

A. Раннє консультування у фахівців

B. Обережність у прогнозі

C. Ретельне неврологічне обстеження

D. Усунення прямого інформування родичів

E. Фіксація на патологічних стигмах дитини

Завдання *№ 176.* Педіатр під час чергового профілактичного огляду звернув увагу на відставання дитини в психомоторному розвитку. У поведінки лікаря, що повідомляє родину дитини про розумову відсталість, основною помилкою є:

A. Усунення чітких оцінних суджень

B. Акцент на однобічну обдарованості (механічна пам'ять, музичний слух і т.п.)

C. Орієнтування на можливості адаптації

D. Висновок про неможливість допомоги

E. Рекомендація з ранніх років звернутися до дефектолога

Завдання *№ 177.* Пацієнт К., 9 років. Вагітність матері протікала з токсикозом I половини, пологи термінові, патологічні, виявлявся акушерський посібник у вигляді накладення щипців. Ранній розвиток без особливостей. З віку 1,5 років мати помітила затримку психофізичному розвитку відносно однолітків. У школу пішов з 7 років, шкільну програму освоював з труднощами, дублював 1 й клас. Об'єктивно: таблицю множення не знає, узагальнення доступно в простих варіантах, виключення проводить тільки після навідних запитань. Мислення грузле, торпидне, конкретне. Коефіцієнт розумового розвитку 56 балів. У пацієнта:

1. Легка розумова відсталість
2. Помірна розумова відсталість
3. Важка розумова відсталість
4. Глибока розумова відсталість
5. Варіант вікової норми

Завдання *№ 178.* Дитина 7 років. На першому році життя було замічене відставання в психомоторному розвитку, надалі відзначалося відставання розвитку мови, утруднене освоєння навичок самообслуговування. Гра уявляє собою беззмістовне одноманітне маніпулювання з предметами. Немає диференційованого інтересу до інтелектуальних форм ігрової діяльності. Запас відомостей і вмінь недостатній. Коефіцієнт інтелектуальності становить 42 бали. У пацієнта:

A. Помірна розумова відсталість

B. Легка розумова відсталість

C. Важка розумова відсталість

D. Глибока розумова відсталість

E. Варіант вікової норми

Завдання *№ 179.* Дитина 6 років. Мислення й мова майже не розвинені, реакції на навколишнє різко знижені, часто неадекватні. Емоції обмежені почуттями задоволення й невдоволення, будь-яка осмислена діяльність, у тому числі навички самообслуговування, недоступна. Самостійно ходити й стояти не може. Епізодично виникають невмотивовані агресія й аутоагресія. Коефіцієнт розумового розвитку 18 балів. У дитини:

A. Глибока розумова відсталість

B. Помірна розумова відсталість

C. Важка розумова відсталість

D. Легка розумова відсталість

E. Варіант вікової норми

Завдання *№ 180.*  Дитина 9 років. Відзначаються труднощі в освоєнні шкільної програми, дублював 2-й клас. Повсякденна мова розвинена досить, мислення конкретне, порівняння, узагальнення - у простих варіантах. Результати методики коефіцієнта інтелектуальності Векслера 72 бала. У дитини:

A. Недорозвинення інтелекту немає

B. Помірна розумова відсталість

C. Важка розумова відсталість

D. Легка розумова відсталість

E. Варіант вікової норми

Завдання *№ 181.* У дитини П., 6 років виявили затримку психічного розвитку. Ваша тактика:

A. Консультування у вузьких фахівців

B. Усунення прямого інформування родичів

C. Орієнтування родичів на адаптаційні можливості дитини

D. Винесення чітких оцінних суджень до одержання результатів обстеження й консультації у фахівців

E. Установка на неефективність лікарських втручань

Завдання *№ 182.* У дитини Г., 6 мес. знайшли фенілкетонурію. Профілактична патогенетична терапія при фенілкетонурії припускає:

A. Дієта з різким обмеженням фенілаланину

B. Сімейна психотерапія

C. Пірацетам

D. Амірідін

E. Меллеріл

Завдання *№ 183.* Дитина 9 мес., народилась доношеною, по шкалі Апгар одержав 8-9 балів. В 5-ти місячному віці мати помітила відставання дитини в психомоторному розвитку від однолітків. Об'єктивно: хлопчик з дуже світлою шкірою, блакитними очами. Спостерігається м'язова гіпотонія, гіперкинези, тремор пальців рік, порушення черепно-мозкової іннервації. Сеча має «мишачий» запах, при реакції з трьоххлорієнтним залізом стає синювато-зеленою. Яке захворювання можна запідозрити в дитини?

A. Синдром Дауна

B. Синдром Морфана

C. Синдром Шерешвського-Тернера

D. Фенілкетонурія

E. Розумова відсталість

Завдання *№ 184.* Дитина 9 мес, діагноз - фенілкетонурія. Вік, у якому необхідно діагностувати це захворювання:

A. 1-2 року

B. до 1 місяця

C. 0,5 року -1 рік

D. 3-4 року

E. 6-7 років

Завдання *№ 185.* При обстеженні призовника методикою «виключення четвертого зайвого предмета» у варіанті посуд і кухонний стіл, відповідь – «виключаємо стіл, оскільки на ньому не втримується вода». Дана відповідь відповідає:

A. Логічно-смисловий тип мислення

B. Паралогічність мислення

C. Конкретно-образний тип мислення

D. Соскальзування

E. Символізм

Завдання *№ 186.* Дитина, 5 років. Ігрова діяльність носить умовний характер, ігри містять правила, є елементи трудової й навчальної діяльності. Характерні позаситуативні мовні форми спілкування з дорослими. Починає формуватися мораль. Для якого періоду психічного розвитку дитини це характерно?

A. Дошкільний

B. Молодший шкільний

C. Ранній

D. Підлітковий

E. Юнацький

Завдання *№ 187* Дитина 7 років. Виховання включає позбавлення дитини пещення й уваги з боку старших; постійне третирування дитини, приниження, протиставлення іншим дітям, позбавлення задоволень. Який тип неправильного виховання описаний?

A. «Золушка»

B. Гіперопіки

C. Гіпоопіки

D. «Їжакові рукавиці»

E. «Кумир родини»

Завдання *№ 188.* Дитина 9 років. Виховання включає систематичне побиття дитини, диктаторське відношення до нього, відсутність тепла, співчуття, заохочення. Який тип неправильного виховання описаний?

A. «Попелюшка»

B. Гіперопіки

C. Гіпоопіки

D. «Їжакові рукавиці»

E. «Кумир родини»

Завдання *№ 189.* У дитини 4-х років діагностований дитячий аутизм Каннера. Яка тактика ведення дитини?

A. Груповий тренінг соціальних навичок

B. Фармакотерапія соматотропними препаратами

C. Фізіотерапія

D. Педагогічна корекція

E. Психотерапія батьків

Завдання *№ 190.* Хлопчик 5 років довго боявся чужих людей. Ласкавий тільки з м'якими іграшками й котом. До людей звертається як до речей, дивиться крізь людей. В обличчя співрозмовникові не дивиться. У дитячому садку з однолітками не спілкується, робить враження глухого, у заняттях і іграх із групою не спілкується. Симбіотичний контакт з матір'ю. Кваліфікуйте стан дитини:

A. Дитячий аутизм Каннера

B. Атипичный аутизм

C. Синдром Ретта

D. Синдром Аспергера

E. Варіант вікової норми

Завдання *№ 191.* Хлопчик 10 років, до однолітків не тягнеться, завжди перебуває на самоті. Незважаючи на труднощі спілкування, з шкільною програмою справляється, досить розвинене логічне мислення. У мові виявляються тенденції до міркування. Обертає на себе зовнішній вигляд дитини: усунуте вираження обличчя з бідною мімікою й поглядом, зверненим повз співрозмовника. Жестикуляція також збіднена, спостерігаються стереотипії. Кваліфікуйте стан дитини:

A. Синдром Аспергера

B. Синдром Ретта

C. Дитячий аутизм Каннера

D. Атипичный аутизм

E. Варіант вікової норми

Завдання *№ 192.* Дівчинка, 3,5 роки зовсім не вміє спілкуватися з однолітками й молодшими дітьми. Незнайомі люди в будинку, кофемолка, музичні іграшки викликають страх. З ляльками не грає. Намагається малювати, але виходять карлючки, олівець тримає в жмені. Надзвичайно важко пристосовується до будь-яких змін в обстановці й звичних стереотипах. Себе називає в третій особі. Поведінка й ігри стереотипні. У мові присутні эхолалії, діалог з дитиною не вдається ні батькам, ні лікареві. Кваліфікуйте порушення в дитини:

A. Дитячий аутизм Каннера

B. Атипичный аутизм

C. Синдром Ретта

D. Синдром Аспергера

E. Варіант вікової норми

Завдання *№ 193.* Дитина 5 років. Виховання дитини полягає в сполученні непослідовності пред'явлення вимог з відсутністю емоційного контакту з ним. Мама, купивши дитині 2 машинки (одну - зеленого, іншу - синього цвіту), запитує про те, яка з них подобається дитині більше. Одержавши відповідь, що - зелена, вона з образою говорить: «Виходить, синя тобі не сподобалася?» Любая відповідь дитини викликає негативну реакцію матері і приводить його в замішання. Який тип неправильного виховання описаний?

A. «Парадоксальної комунікації»

B. Гіперопіки

C. Гипоопеки

D. «Їжакові рукавиці»

E. «Кумир родини»

Завдання *№ 194.* Хлопчик 7 років. Учителька звернула увагу на різке зниження успішності, особливо при виконанні завдань по математиці. Вдома готується до занять, але почав звертатися по допомогу до батьків при виконанні домашнього завдання. Не запам'ятовує тільки що виучений матеріал. На уроках сонливий, часто скаржиться на головний біль. Кваліфікуйте стан дитини:

A. Порушення активності уваги

B. Депресивний розлад поводження

C. Соціалізований розлад поведінки

D. Несоціализований розлад поведінки

E. –

Завдання *№ 195..* Хлопчик 8 років. Звернулася вчителька з скаргами на порушення в поведінки дитини. Під час уроку може встати, голосно розмовляє з дітьми, часто б'ється, на зауваження вчителя не реагує, тримається без почуття дистанції. На перервах бігає по коридорі. Кваліфікуйте порушення:

A. Гіперкінетичний розлад поведінки

B. Порушення активності уваги

C. Депресивний розлад поведінки

D. Соціалізований розлад поведінки

E. Несоціалізований розлад поведінки

Завдання *№ 196.* Хлопчик 6,5 років. Батьки скаржаться на те, що поведінка сина некерована: з однолітками не дружить, постійно б'ється, хуліганить. На очах у дітей камінням забив кішку. Схильний до злодійства, брехливий, виверткий. Кваліфікуйте порушення:

A. Несоціалізований розлад поведінки

B. Соціалізований розлад поведінки

C. Гіперкінетичний розлад поведінки

D. Депресивний розлад поведінки

E. Розлад поведінки, що обмежується умовами родини

Завдання *№ 197.* Хлопчик 9 років. Учителі в школі скаржаться на погану поведінку дитини: є неформальним, негативним лідером, зриває уроки, хуліганить, твердий стосовно деяких однокласників, його викрито в злодійстві. Із учителями тримається без почуття дистанції, зухвалий. Часто прогулює школу, на кілька днів іде з будинку. Кваліфікуйте порушення:

A. Соціалізований розлад поведінки

B. Несоціалізований розлад поведінки

C. Опозиційно- зухвалий розлад

D. Депресивний розлад

E. –

Завдання *№ 198.* Дівчинка 8 років. Батьки стурбовані недостатньою слухняністю дочки. Зауваження батьків з приводу успішності дівчинка вважає несправедливими і невиправданими, вступає з ними в суперечку за відстоювання своїх позицій, поводиться зухвало. У школі з учителями проблем у дитини не виникає. Кваліфікуйте стан дитини:

A. Опозиційний-зухвалий розлад

B. Депресивний розлад поведінки

C. Соціалізований розлад поведінки

D. Несоціалізований розлад поведінки

E. Розлад поведінки, що обмежується умовами родини

Завдання *№ 199.* Хлопчик 7 років. Після того, як пішов у школу й не зміг подружитися з однокласниками, став подавленим, плаксивим, вважає, що в школі його не люблять, порушився сон, апетит. Зі слів учительки, грубить дітям, забирає в них ручки, зошита, ударив портфелем сусідку по парті. Кваліфікуйте стан дитини:

A. Депресивний розлад поведінки

B. Соціалізований розлад поведінки

C. Несоціалізований розлад поведінки

D. Опозиційний-зухвалий розлад

E. Розлад поведінки, що обмежується умовами родини

Завдання *№ 200.* Дитина 3-х років. Батьки стурбовані тим, що в яслах син постійно плаче, кличе батьків, говорить про те, що його кинули й уже не заберуть додому ввечері, як інших дітей. Мама дитини була змушена піти з роботи, тому що син відмовлявся йти в дитячий садок і хотів бути увесь час з нею. Кваліфікуйте стан дитини:

A. Тривожний розлад у зв'язку з розлукою в дитячому віці

B. Генералізований тривожний розлад

C. Фобічний тривожний розлад дитячого віку

D. Соціальний тривожний розлад дитячого віку

E. Ізольований тривожний розлад

Завдання *№ 201.* Дівчинка 2-х років під час тихої години в яслах була налякана вихователькою, що показала їй іграшкового курчати. Після цього дівчинка довго плакала. Вдома була неспокійної, довго не засипала, кричала: «Ціпочка! Ціпочки кусають мене!» Із цього часу стала смутної, плаксивої, часто з страхом просипалася по ночах, говорячи, що боїться «ціпочек, курочок». Разом з тим, дівчинка стала боятися будь-яких птахів. Кваліфікуйте стан дитини:

A. Фобічний тривожний розлад

B. Тривожний розлад у зв'язку з розлукою в дитячому віці

C. Соціальний тривожний розлад

D. Депресивний розлад поведінки

E. –

Завдання *№ 202.* Хлопчик 4,5 роки. Батьки стурбовані тим, що хлопчик протягом останнього тижня насильно моргає. Цей стан розвився після того, як дитину злякала собака. Після курсу психотерапії моргання пройшло. Кваліфікуйте порушення в дитини:

A. Транзиторное тиковий розлад

B. Синдром де ля Туретта

C. Хронічний руховий тиковий розлад

D. -

E. –

Завдання *№ 203.* Дівчинка 13 років. На прийомі в дитячого психіатра у зв'язку з тим, що останнім часом до множинних рухових порушень у вигляді мимовільного здригування, кивання головою приєдналися нав'язливі покахикування та крик. Кваліфікуйте стан:

A. Комбінований розлад з голосовими й множинними руховими тиками

B. Хронічний руховий тиковий розлад

C. Хронічний голосовий тиковий розлад

D. Транзиторний руховий тиковий розлад

E. Транзиторний голосовий тиковий розлад

Завдання *№ 204.* Мати 5-ти літньої дитини звернулася до дитячого психіатра у зв'язку з тим, що після розлучення в сина почалося нічне нетримання сечі. Тактика ведення дитини:

A. Комплексне лікування, включаючи психотерапію, медикаментозне лікування й дієтотерапію

B. Примусове пробудження дитини під час сну

C. Умовнорефлекторна терапія

D. Обов'язкове лікування в стаціонарних умовах

E. Покарання дитини при упусканні сечі

Завдання *№ 205.*Дівчинка 6 років. Після того, як неї злякав сусідський собака порушився ритм, темп і плавність мови. Дитячий психіатр діагностував заїкуватість. Яка на Вашу думку повинна бути лікувальна тактика?

A. Психотерапія в амбулаторних умовах

B. Стан не вимагає втручання психіатра

C. Медикаментозна терапія в амбулаторних умовах

D. Акцентування уваги навколишніх на заїкуватості дівчинки

E. Стаціонарне лікування в логопедичному відділенні психіатричної лікарні

**ДОДАТКИ**

**Додаток 1**

Граф логічної структури „Порушення відчуттів”

Граф логічної структури „Порушення сприйняття”



Граф логічної структури „Порушення мислення”

Граф логічної структури „Порушення уваги”



Граф логічної структури „Порушення пам’яті”

**Додаток** **2**

Граф логічної структури „Патологія емоцій”



Граф логічної структури „Психопатологічні синдроми”



**Додаток 3**

Диференціально-діагностичний алгоритм кататонічного синдрому

**Ступор, збудження, або обидва стани, що**

**швидко та непередбачено змінюють один**

**одного**

Наявність діагностичних критеріїв шизофренії

Зведення про нещодавні стресові події або

текучі проблеми при відсутності фізичного

або психічного розладу, що могло би

об”яснити ступор

Дані про органічну мозкову дисфункцію

(енцефаліт або отруєння чадним газом-найчастіше)

Кататонічна шизофренія

Дисоціативний ступор

Кататонічний розлад органічної природи

Так

Так

Так

Ні

Ні

Диференціально-діагностичний алгоритм делірія

**Наявність сплутаності свідомості або його елементів загальності або дезорієнтації у часі та оточені**

Виникають на фоні інтелектуально-мнестичного зниження внаслідок органічної мозкової дисфункції

„Поліморфна” психотична картина, що виникає гостро, при наявності або відсутності гострого стресу

Наявність шизофренічних симптомів(див. „Шизофренія”)

Наявність афективних розладів (депресії, манії)

Сполучається із здоровими ілюзіями та галюцинаціями з/без маячення, гіпо- або гіперактивністю, розладами ритму сон-неспання та емоційними розладами

Деменція

Гострі транзиторні психотичні розлади

Шизофренія

Афективні розлади (настрою)

Дані про використання психоактивних речовин

Стан скасування з делірієм

Наявність органічної церебральної дисфункції

Делірій, не обумовлений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами

Так

Так

Так

Так

Так

Так

Так

Ні

Ні

Ні

Ні

Ні

**Додаток 4**

Граф логічної структури “Органічні, в тому числі симптоматичні психічні розлади”

Органічна церебральна патологія

Етіологія

Клінічні прояви

1. Деменції:

- при хв. Альцгеймера (ранній та пізній варіант);

- судинна;

- при СНІДі;

- при хв. Піка;

- інші;

2. Органічний амне-стичний синдром

Інші психічні розлади внаслідок ураження, дисфункції головного мозку або хвороби

Психотичні:

- органічний делірій;

**-** органічний галюциноз;

**-** органічний маячний розлад;

**-** органічний кататонічний розлад;

 **-** органічний афективний розлад.

Непсихотичні:

- органічний астенічний

розлад;

- органічний тривожний

розлад;

-органічний дисоціативний

розлад;

- органічний розлад особистості;

-постенцефалічний синдром;

- посткомоційний синдром

Діагностика

Лікування

Прогноз

Диференціально-діагностичний алгоритм органічного амнестичного синдрому

**Порушення пам”яті на нещодавні події**

Амнезія нещодавніх подій стресової природи при відсутності органічних розладів, інтоксикації або втоми

Наявність депресії з підвищеною втомою та зниженою активністю

Наявність установочних реакцій при активних жалобах на втрату пам”яті і відсутності органічних розладів або інтоксикації

Сполучається із зміненою свідомістю, зоровими галюцинаціями з або без маячення, психомоторними та емоційними розладами

Наявність даних про використання психоактивних речовин

Наявність церебральної дисфункції, не пов”язаної з інтоксикацією

Сполучається з інтелектуальними розладами, що приводять до порушення повсякденного життя і перебігає на фоні органічної дисфункції

Сполучається з відсутністю порушення безпосередньо відтворення і загального порушення пізнавальних функцій

Наявність даних про застосування психоактивних речовин

Наявність даних про інсульт або хвороби мозку

Дисоціативна амнезія

Депресивний розлад

Симуляція

Стан скасування з делірієм

Органічний делірій

Деменція

Амнестичний синдром внаслідок застосування психоактивних речовин

Органічний амнестичний синдром

Ні

Ні

Ні

Так

Ні

Ні

Ні

Ні

Так

Так

Так

Так

Ні

Так

Так

Так

Так

**Додаток 5**

Диференціально-діагностичний алгоритм психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР)

Галюцинації та/або маячення, та/або рухові порушення, та/або сенсормальний афект

Пряма обумовленість вірогідним церебральним або фізичним розладом

Виникнення у зв'язку з прийомом ПАР

Потьмарення свідомості, сплутаність, соматичні розлади

Швидке видужання

Змінювання пізнавальних функцій, особистості або поведінки, що продовжується після безпосередньої дії ПАР

Наявність органічних розладів особистості

Відповідає критеріям органічного афективного розладу

Відповідає критеріям деменції

Відповідає критеріям амнестичного синдрому

Інши психічні і поведінкові розлади

Органічний психічний розлад

Виникнення на тлі припинення тривалого прийому ПАР

Стан скасування з делірієм

Клініка відповідає ефекту ПАР

Гостра інтоксикація

Психотичний розлад внаслідок використання ПАР

Розлади особистості та поведінки внаслідок використання ПАР

Резідуальний афективний розлад внаслідок застосування ПАР

Деменція внаслідок застосування ПАР

Амнестичний розлад внаслідок застосування ПАР

ні

ні

ні

ні

ні

ні

ні

ні

так

так

так

ні

ні

так

так

так

так

так

**Додаток 6**

Граф логічної структури “Психогенні розлади”

Невротичні, зв'язані із стресом розлади

Неврастенія

Сомато-

формний розлад

Дисоціативний (конверсійний) розлад

Обсесивно-компульсивний розлад

Тривожно-фобічний розлад

Соматизований розлад

Дисоціативний ступор

Реакція на стрес и адаптаційні розлади

Агорафобія

Іпохондричний розлад

Дисоціативна фуга

Соціальні

фобії

Соматоформна вегетативная дисфункція

Дисоціативна амнезія

ПТСР

Специфічні

фобії

Дисоціативний розлад

моторики

Адаптаційний розлад

Генералізований тривожний

розлад

Дисоціативний розлад чутливості

Диференціально-діагностичний алгоритм соматоформних розладів

Диференціально-діагностичний алгоритм тривожно-фобічних, інших тривожних та обсесивно-компульсивних розладів

**Наявність в клінічній картині соматичних жалоб, що повторюються, фізичних симптомів або безпідставного страху хвороби**

Незадоволеність заключеннями і тактикою лікарей

Є органічні соматичні симптоми або типова картина соматичного захворювання

Переживання вегетативних симптомів і жалоб, відносно певних органів

Занепокоєність, головним чином, діагнозом і його можливими наслідками, а не окремими конкретними симптомами

Ведуча жалоба – постійний важкий і психічно пригнічуючий біль, що збільшується під впливом дії психосоціальних факторів

Постійні(повторно виникаючі) множинні, варіабельні соматичні симптоми, якими частково пояснюється порушення соціального та сімейного функціонування

Не має соматоформних розладів

Наявність психологічних чинників, що грають важливу роль у розвитку соматичного захворювання

Психологічні та поведінкові чинники, пов”язані з захворюваннями

Занепокоєність має маячний характер

Шизофренічні та маячні розлади

Іпохондричний розлад

Хронічний соматоформний больовий розлад

Соматизовані розлади

Так

Ні

Ні

Ні

Так

Так

Ні

Так

Так

Ні

Ні

Так

Ні

Так

Диференціально-діагностичний алгоритм дисоціативних (конверсійних) розладів

**Тривожна (панічна) симптоматика**

Супроводжується фобіями

Психологічні і вегетативні симптоми первинні серед проявлень тривоги

Первинне маячення

Первинні обсесії

Обов'язкова наявність уникаючої поведінки

Уникаюча поведінка обумовлюється тривогою, пов'язаною хоча б з двома із чотирьох ситуацій: натовп, громадські місця, пересування поза домом, самітня подорож

Наявність панічних атак

Наслідок органічних порушень

Панічні розлади, що повторюються

Тривога носить стійкий, генералізований характер

Переважають нав'язливі думки

Переважають ритуали

Відсутність чіткого переважання обсесій або компульсивної поведінки

Ситуація уникається тільки коли це можливо та обумовлена визначеним фобічним об'єктом

Уникаюча поведінка обмежена певною ситуацією

Органічний тривожний розлад

Панічний розлад

Генералізований тривожний розлад

Шизофренічні і маячні розлади

Переважно компульсивні дії

Змішані обсесивні думки та дії

Специфічні (ізольовані) фобії

Соціальні фобії

Агорафобія без панічних атак

Переважно нав'язливі думки (розумова гумка)

Агорафобія з панічними атаками

ні

ні

ні

ні

ні

так

так

так

так

так

ні

ні

так

так

ні

так

так

так

так

ні

ні

так

так

так

**Додаток 7**

**Часткова або повна втрата інтеграції функцій пам'яті, свідомості своєї ідентичності, безпосередніх відчуттів і моторики**

Наявність фізичного або неврологічного захворювання

Переконливий часовий зв'язок між розладами та стресовими подіями

Значне зниження або відсутність повільних рухів, мови, нормальної реакції на звук, світло та дотик

Дисоціативний ступор

Втрата почуття власної ідентичності, звуження свідомості

Повна або часткова втрата моторики, порушення координації

Раптові судорожні рухи без втрати свідомості

Часткова або повна втрата кожної чутливості, або зору, або нюху

Демонстрація грубої психіатричної симптоматики

Розлади множинної особливості

Органічні, включно симптоматичні психічні розлади

Часткова або повна амнезія травматичної стресової інформації, що перебільшує звичну безпам'ятність

Дисоціативна амнезія

Вжита несподівана поїздка з віддаленням від соціальної обстановки

Транси і стани оволодіння

Дисоціативний розлад моторики

Дисоціативні судороги

Дисоціативна анестезія та втрата чуттєвого сприйняття

Змішаний дисоціативний розлад

Синдром Ганзера

Наявність усередені індивідуума двох або більше особистостей, що мають свою пам'ять

Дисоціативна фуга

ні

так

так

так

так

так

ні

так

так

так

так

так

так

так

так

так

так

Граф логічної структури “Шизофренія, шизотипні та маревні розлади”

Шизофренія

Анамнез

Симптоми порушень психічних функцій

Відчуття

Мислення

Емоції

Воля та дії

Психопатологічні синдроми

Продуктивні

Негативні

Клінічні форми шизофренії

Додаткові методи дослідження

Попередній діагноз

Лікування

Реабілітаційні засоби

Показання до госпіталізації

Тактика ведення хворого

Диференціально-діагностичний алгоритм “Шизофренія, шизотипні та маревні розлади”

Наявність одного явного симптома (або 2-х менш явних симптомів), приналежного до групи а) - г), або 2-х симптомів з д) - і), які повинні відмічатися протягом більшої частини епізоду тривалістю один місяць чи більше

Стабільне, частіше параноідне, марення, що супроводжуеться галюцінаціями, особливо слуховими, розладами сприйняття. Розлади емоційної сфери, вольові і мовні порушення, кататонічні симптоми слабо виражені

Выражені емоційні зміни. Афект неглибокий та неадекватний, частіше супроводжуеться гигиканьем, самодовільством, самопоглиненою улибкою, величними манерами, гримасами, манерністю. Поведінка бесцільна, непередбачена. Галюцінації і марення можуть бути, але не є ведучими симптомами. Поведінка зберігається протягом 2-3 місяців

Домінують психомоторні розлади, які можуть варіювати в від гіперкінезів до ступора, або від автоматичного підпорядковування до негативизма. Можуть сполучатися з онейроідним станом з яркими сценообразними галюцінаціями

Гострий шизофреноподібний психотичний розлад

Інші форми шизофренії

Шизофренія невстановлена

Постшизофренічна депресія

Парарно-їдна шизофренія

Гебефренна

шизофренія

Кататонічна

шизофренія

Недиференційована шизофренія

Негативні симптоми: психомоторна заторможеність, зниження активності, емоційна зглаженість, пасивність, відсутність ініціативи, бідність мови, невербальної комуникації; недостатність навиків самообслуговиванняі соціальної продуктивності. Ранняя стадія включає один або більше епізодів з психотичною симптоматикою

Резидуальна шизофренія

Проста шизофренія

Негативні симптоми

без передуючих психотичних епізодів

Підозрілість або бредоподібніідеї; стереотипне мислення, вычурна мова без выраженої розірваності; нав'язливі міркування без внутрішнього сопротивлення

Шизотіпичний розлад

ні

так

ні

ні

так

так

так

ні

так

ні

так

ні

так

Граф логічної структури: «Афективні розлади» Додаток 8

Антидепресанти

**Основні синдроми при афективних розладах**

***Депресивний***

***Маніакальний***

Гіпотімія

Брадіфренія

Гіпертімія

Тахіфренія

Гіпербулія

Гіпобулія

**Дані додаткових методів дослідження**

Шкала визначення депресії Зунга

Шкала визначення манії Янга

Менше 50 балів – відсутність депресії

50-59 балів – легка депресія

60-69 – помірна депресія

Більше 70 балів – тяжка депресія

Більше 10 балів – відсутність манії

10-19 балів – легка манія

20-29 балів – помірна манія

Більше 30 балів – тяжка манія

**Диференційний діагноз афективних розладів**

 Депресивний епізод

БАР, епізод депресії

Рекурентний депресивний розлад

Маніакальний епізод

БАР, епізод манії

Циклотімія

Дістімія

**Попередній діагноз афективного розладу**

**Тактика ведення хворого**

Принципі лікування

Госпіталізація в стаціонар

Реабілітація

Профілактика і прогноз

Психофармакотерапія

Психотерапія

Психосоціальна

Психоосвіта

Стабілізатори настрою

Індивідуальна

Групова

Диференціально-діагностичний алгоритм депресивних розладів

 **Сниження настрою (депресія)**

 **Наявність органічної патології**

 **Органічний депресивний розлад**

 **Наявність депресії протягом більше 2-х тижнів**

 **Депресивний епізод**

 **Рекурентний депресивний розлад**

 **Наявність в анамнезі депресивного епізода**

 **Наявність в анамнезі маніакального епізода**

 **Біполярний афективний розлад**

 **Наявність депресії протягом 2-х років**

 **Дістімія**

 **Чергування легкї депресії з гіпоманією**

 **Циклотімія**

 **Наявність залежності від психоактивних речовин**

 **Депресивний розлад внаслідок вживання психоактивних речовин**

 **Шизоафективний розлад, депресивний тип**

 **Наявність шизофренічних симптомів**

Диференціально-діагностичний алгоритм маніакальних розладів

 **Підвищення настрою (манія)**

 **Наявність органічної патології**

 **Органічний маніакальний розлад**

 **Наявність манії протягом більше 2-х тижнів**

 **Маніакальний епізод**

 **Наявність в анамнезі депресивного епізода**

**Біполярний афективний розлад**

 **Циклотімія**

 **Чергування легкої депресії з гіпоманією**

 **Наявність залежності від психоактивних речовин**

 **Маніакальний розлад внаслідок вживання психоактивних речовин**

 **Наявність шизофренічних симптомів**

 **Шизоафективний розлад, маніакальний тип**

Граф логічної структури «Розлади особистості» Додаток 9

Розлади

особистості (РО)

Етіологія

Генетичні

аспекти

Конституціональна концепція

Органічна предиспозиція

РО

Психогенний початок

РО

Динаміка РО

Етапи формування РО

Вікові кризи

Компенсація

Декомпенсація

Фази

Види РО

Параноідний

Шизоідний

Дисоціальний

Емоційно- хитливий

Демонстратив-ний

Ананкастний

Тривожний

Залежний

Крітерії РО

Експертиза

Військова

Трудова

Судебна

Лікування

Психотерапія

Фармакотерапія декомпенсацій

Всеоб'ємний характер аномального стиля поведінки

Дисгармонія в особистісних позиціях и поведінки

Хронічний характер аномального стиля поведінки

Відхилення з'являється у дитинстві

Особистісний дістрес

Погіршення професійної і соціальної продуктивності

Диференціально-діагностичний алгоритм розладів особистості

**Зміни особистості, що призводять до порушення в міжперсональному, соціальному функціонуванню**

Наявність органічної патології

Вживання психоактивних речовин

Зниження потягів і інтересів, цілеспрямованості та продуктивності поведінки, негативні симптоми

Виразні негативні шизофренічні симптоми, наявність в минулому виразного психотичного епізоду, що відповідає критеріям шизофренії

Розвиваються вслід за клінічними видужуванням від психічної хвороби, переконання в змінності внаслідок перенесеної хвороби, на залежність і виможливе відношення до інших

В анамнезі стрес катастро-фи

Епізоди повторного уболівання травми у вигляді нав”язливих спогадів, снів або кошмарів виникають протягом місяця від травматичного випадка

Післятрав-матичний стресовий розлад

Органічний розлад особистості

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин

Шизофренія, проста форма

Резідуальна шизофренія

Хронічні зміни особистості після хронічної хвороби

Розлад особистості

Так

Так

Так

Так

Ні

Ні

Ні

Так

Так

Так

Так

Так

Так

Ні

Додаток 10

Граф логічної структури «Розумова відсталість»

# Розумова відсталість

Етиологія

Спадкоємно обумовлені

Істина мікроцефалія

Ензимопатичні форми

Обумовлені хромосомними аберраціями

Ембріопатії

Обумовлені вірусними інфекціями

Обумовлені впливом екзогенних токсичних факторів

Обумовлені резус-конфліктом

Внаслідок інфекцій, ЧМТ та інтоксикацій

При асфіксії плода

Зв'язані з родовою травмою

**Клінічні прояви**

Легка

 IQ 50-69

Помірна

IQ 35-49

Тяжка

IQ 20-34

Глибока

IQ нижче 20

Поведінкові порушення

мінімальні

значні, потребуючі уваги або лікувальних заходів

інші поведінкові порушення

поведінкові порушення не встановлені

**Діагностика**

**Лікування**

**Прогноз**

Обумовлені патологією пери- и постнатального періодів

Диференціально-діагностичний алгоритм розумової відсталості

Граф логічної структури «Розлади психологічного розвитку»

**Порушення загального рівня і інтелектуальності мовних, моторних та соціальних здібностей**

Наявні мовні навички, незалежність у сфері догляду за собою. Низька успішність у загальноосвітній школі. Здатні існувати поза опікою.

Недостатнє розуміння та використання мови. Брак навичок самообслуговування, моторики (рухомості). Потребують в опіці протягом життя. Частина осіб засвоює навички читання та письма.

Виражені моторні порушення, чітки ознаки значного пошкодження ЦНС. Не здатні існувати самостійно.

Хворі нерухомі, спостерігається енурез, енкопрез. Практично відсутні навички невербальної комунікації, вимогають постійної опіки.

Оцінка інтелектуального зниження за допомогою звичних процедур утруднена: глухість, сліпота і т.п.

Встановлюється при відсутності жодної з вищенаведених категорій

Легка розумова відсталість

Емоційні та соціальні порушення не викликають грубу дезадаптацію

Мінімальні поведінкові порушення

Помірна розумова відсталість

Емоційні та соціальні порушення викликають грубу дезадаптацію

Значні поведінкові порушення

Важка розумова відсталість

Глибока розумова відсталість

Інша розумова відсталість

Невизначена розумова відсталість

Так

Так

Так

Так

Так

Ні

Ні

Ні

Ні

Так

**Розлади психологічного розвитку**

Етиологія

Клінічні прояви

#### Специфічні розлади розвитку мови:

#### Специфічний розлад мовної артикуляції

#### Розлад експресивної мови

#### Розлад рецептивної мови

#### Придбана афазія з епілепсією

### Специфічні розлади розвитку шкільних навичок:

* Специфічний розлад читання
* Специфічний розлад спелінгування
* Специфічний розлад счета
* Змішаний розлад розвитку шкільних навичок

### Специфічний розлад розвитку рухових функцій

### Змішаний специфічний розлад розвитку

### Загальні розлади розвитку:

### Дитячий аутизм Каннера

* Атіпичний аутизм
* Синдром Ретта
* Інший дезинтегративний розлад дитячого віку
* Гіперактивний розлад, що сполучається з розумовою відсталістю та стереотипними рухами
* Синдром Аспергера

**Діагностика**

**Лікування**

**Прогноз**

Граф логічної структури «Поведінкові та емоційні розлади, що починаються у дитячому та підлітковому віці»

Етиологія

Клінічні прояви

#### Гіперкінетичні розлади:

#### Порушення активності та уваги

#### Гіперкінетичні розлади поведінки

**Розлад поведінки:**

- Розлад поведінки, що обмежується сімейним колом

- Несоціалізований розлад поведінки

- Соціалізований розлад поведінки

- Опозиційно-зухвалий розлад

**Змішаний розлад поведінки та емоцій:**

- Депресивний розлад поведінки

**Емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого віку:**

- Тривожний розлад у зв'язку з страхом розлуки в дитячому віці

- Тривожно-фобічний розлад дитячого віку

- Соціальний тривожний розлад дитячого віку

- Розлад сиблінгового суперництва

**Розлад соціального функціонування з початком, специфічним для дитячого та підліткового віку:**

- Елективний мутизм

- Реактивний розлад прихильності дитячого віку

- Расстройство привязанности детского возраста по расторможенному типу

**Тікозні розлади:**

* Транзиторний тикозний розлад
* Хронічний руховий або голосовий тікозний розлад
* Комбінований розлад з голосовими та множинними руховими тіками (синдром де ла Туретта)

**Інші поведінкові та емоційні розлади, що починаються в дитячому та підлітковому віці:**

* Енурез неорганічної природи
* Енкопрез неорганічної природи
* Розлад питания дитячого віку
* Стереотипний руховий розлад
* Заїкуватість
* Мова взахлеб

**Діагностика**

**Лікування**

**Прогноз**

**Поведінкові та емоційні розлади**

 Диференціально-діагностичний алгоритм емоційних розладів, специфічних для дитячого віку

Диференціально-діагностичний алгоритм тикозних розладів

**Страх, тривога, що виникають у дитячому** **віці**

В основі тривоги – страх відриву від рідних, виникає у ранні дитячі роки.

Страхи, які сфокусовані на багатьох речах та ситуаціях, деякі страхи пов”язані з певною фазою розвитку особистості (страх тварин)

Розлад психіки, який настає після народження молодшого сіблінга.

Обережність перед незнайомими людьми, яка обумовлена зіткненням з новими людьми, виникає до 6-річного віку, без генералізації

Страх втрати рідних, небажання йти до школи, побоювання розлучитися на нетривалий час, страх самотності, нічні страхіття, дістреси, які повторюються, вегетативні розлади.

Тривожний розлад у зв”язку з розлукою у дитячому віці

Початок у дитячому віці, тривога. Патологічна тривога поза важкістю нервово-психічного розладу.

Фобічний тривожний розлад дитячого віку

Очевидність супірництва, ревнощі, пов”язані із народженням сібса, виникнення психо-соціальних проблем.

Розлад сіблінгового супірництва

Страх в присутності дорослих, залишається прихильність до близьких; проявляється в присутності несподіванних гостей

Соціальний тривожний розлад

Ні

Ні

Ні

Так

Так

Так

Так

Так

Ні

Так

Так

Так

**Мимовільні тики (бистрий неритмічний рух, що повторюється)**

Тики не спостерігаються більш 12 місяців; частіше у віці 4-5 років: мукання, гримасування, посмикування головою.

Можуть бути єдиним епізодом, або можуть бути рецидиви та ремісії

Транзиторний тикозний розлад

До вказаних властивостей тикозного розладу приєднується або моторний, або голосовий тик

Тики або єдині, або численні. Спостерігаються більш року.

Хронічний руховий або голосовий тикозний розлад

Численні рухові та голосові тики, не завжди в одночас спостерігаються. Початок в дитячому або підлітковому віці.

Частіше вмявляється цереброорганічна недостатність, зберігається у зрілому віці. Можлива копролалія, гримасування. Зникають у ві сні.

Синдром де ля Туретта

Так

Ні

Ні

Так

Так

Так

Так

Так

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
|  **І. Змістовий модуль ЗАГАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ** | **3** |
| **І.1. ПАТОЛОГІЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ.** |  |
|  **ПАТОЛОГІЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ.** |
| **ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ.** |
| **ІІ. Змістовий модуль ПОЛІЕТІОЛОГІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ** | **24** |
| **II.1. ШИЗОФРЕНІЯ, ШИЗОТИПНІ ТА МАРЕВНІ РОЗЛАДИ.** |  |
|  **АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ.** |  |
| **ІІI. Змістовий модуль ОРГАНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ** | **34** |
|  **ІІI.1. ЕКЗОГЕНО-ОРГАНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ.** |  |
| **ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ.****ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЯ. ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН.** |  |
| **ІV. Змістовий модуль ПСИХОГЕННІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ** | **43** |
| **ІV.1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВ’ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ.** |  |
|  **V. Змістовий модуль ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ** | **59** |
| **VI.1. ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ. РОЗЛАДИ ЗРІЛОЇ ОСОБИСТОСТІ ТА ПОВЕДІНКИ.** |  |
| **РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ. ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ.** |  |

**ДОДАТКИ 75**