

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені І. І. МЕЧНИКОВА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Л. Я. Барінова

ОСНОВИ ПСИХІАТРІЇ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для студентів спеціальності 053 Психологія
першого (бакалаврського) рівня освіти
по підготовці до лекційних та практичних занять

ОДЕСА
ОНУ
2019

УДК 616.89(072)

Б249

Рекомендовано до друку вченою радою
факультету психології та соціальної
роботи ОНУ імені І. І. Мечникова
Протокол № 6 від 16.04. 2019 р.

Рецензенти:

Н. В. Родіна - професор, доктор психологічних наук, завідувач кафедри диференціальної і спеціальної психології Одеського національного університету імені І. І. Мечникова;

О. І. Кононенко - доцент, доктор психологічних наук, професор кафедри диференціальної і спеціальної психології Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, заступник декана ФПСР з навчально-методичної роботи.

Барінова Л. Я.

Б249 Основи психіатрії: методичні рекомендації для студентів напряму підготовки 6.030102 Психологія. / Л. Я. Барінова. – Одеса: Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2019. – 56 с.

Методичні рекомендації складаються з тематики лекцій, практичних занять, методичних вказівок до вивчення тем, завдань для самостійної підготовки та списку літератури з дисципліни «Основи психіатрії».

Дані методичні рекомендації надають повну інформацію щодо теоретичних аспектів та практичних завдань для підготовки студентів до вивчення відповідного курсу «Основи психіатрії».

УДК 616.89(072)

ЗМІСТ

Передмова	4
Тема 1. Предмет, задачі та основні етапи розвитку психіатрії	9
Тема 2. Етіологія та патогенез психічних розладів. Основи клінічної та параклінічної діагностики	10
Тема 3. Класифікація психічних розладів	12
Тема 4. Характеристика невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів	15
Тема 5. Характеристика розладів особистості	16
Тема 6. Сексуальні збочення	19
Тема 7. Затримка психічного розвитку	20
Тема 8. Розлади психічного розвитку у дітей	22
Тема 9. Олігофренія	24
Тема 10. Нервова анорексія та булімія	26
Тема 11. Психічні розлади при деяких захворюваннях	27
Тема 12. Сенільна деменція	29
Тема 13. Шизофренія	31
Тема 14. Біполярний афективний розлад	33
Тема 15. Епілепсія	35
Теми практичних занять	37
Теми рефератів	41
Питання для підсумкового контролю (іспиту)	43
Список рекомендованої літератури	45
Додаток. Підсумкова контрольна робота	48

ПЕРЕДМОВА

Актуальність вивчення дисципліни зумовлена, з одного боку, вимогами Національних стандартів освіти в Україні, з іншого - зростанням поширеності психічних захворювань, алкоголізму, наркоманії, токсикоманій, дезадаптивних розладів та психічних порушень, пов'язаних із соматичними захворюваннями. Соціальне значення охорони психічного здоров'я у державних масштабах відображено у відповідних постановах уряду та Верховної Ради (Національна програма охорони психічного здоров'я та інші), але це, на жаль, само по собі не сприяє зниженню темпів поширення психічних розладів. Для більш суттєвих позитивних змін потрібні рішучі дії щодо збереження та зміцнення здоров'я нації, і в цьому процесі провідну роль повинні відігравати не тільки медичні працівники, але й психологи. Одним з найважливіших шляхів збереження та зміцнення психічного здоров'я нації є підвищення якості підготовки студентів вищих закладів освіти, майбутніх психологів. Саме вони мають стати первинною ланкою профілактичної роботи щодо попередження психічних розладів.

У перекладі з грецької психіатрія - це лікування душі (psyche - душа, iatria - лікування). Визначити поняття психічних розладів та захворювань неможливо без визначення поняття "психічне здоров'я". "Здоров'я" за визначенням ВООЗ, - це не тільки відсутність хвороби або фізичних дефектів, але й повне фізичне, душевне й соціальне благополуччя. Психічне здоров'я - відносно стійкий стан організму й особистості, що дозволяє людині усвідомлено, з огляду на свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні й соціальні умови, здійснювати і забезпечувати свої індивідуальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі. Психічне здоров'я - це відсутність хвороб і патологічних змін у головному мозку людини, але це ще не виключає виникнення в екстремальних умовах морально-етичних і соціально-психологічних реакцій, які виходять за межі загальноприйнятої норми, але не мають потреби у застосуванні медичних засобів.

До загальних критеріїв психічного здоров'я відносять:

1. Усвідомлення і почуття безперервності, сталості та ідентичності свого "Я".
2. Усвідомлення і почуття безперервності, сталості та ідентичності своїх переживань в однотипних ситуаціях.
3. Критичне ставлення до себе та результатів своєї психічної діяльності.
4. Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів середовища, соціальних обставин і ситуацій.
5. Здатність самокерування поведінкою відповідно до соціальних норм, суспільних правил та законів.
6. Здатність планувати свою життєдіяльність і реалізувати свої плани.
7. Здатність змінити свою поведінку залежно від життєвих ситуацій і обставин.

Психічні захворювання - це захворювання головного мозку, які проявляються різноманітними розладами психічної діяльності, а також зміною особистості.

Вивчення психіатрії є актуальним для студентів - психологів, оскільки кожен з них буде мати справу з людиною, яка характеризується певними індивідуальними особливостями. Кожна хвороба у свідомості будь-якого хворого психологічно переробляється, що впливає на клініку, динаміку, результат і терапію захворювання. Необхідність вивчення психіатрії в курсі психологічної освіти зумовлена ще й тим, що переважна більшість психічних хворих спочатку звертаються не до лікарів-психіатрів, а до психологів, які нерідко перші спостерігають психози та невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні в початковій стадії, коли психічні порушення ще незначно виражені. Останнім часом значно збільшилася кількість хворих із неспсихотичними розладами, у яких психічні порушення незначно виражені та не оцінюються самими пацієнтами як хворобливі, а соматичні скарги займають чинне місце у картині захворювання. Це так звані соматоформні розлади, з якими хворі звертаються частіше до психолога. Крім того, на різних етапах психічні захворювання мають прихований перебіг, коли пацієнт звертається за допомогою до різних фахівців, але не до психіатра.

Саме тому курс «Основи психіатрії» є актуальним та має велике практичне значення.

Навчальна дисципліна «Основи психіатрії»:

а) базується на вивченні студентами психології та різних галузей психології, інтегрується з цими дисциплінами;

б) надає можливість студентам не тільки оволодіти системою початкових психіатричних знань, а й забезпечує формування на цій основі професійно-психологічних вмінь, що є одним з важливих елементів у професійній підготовці та майбутній діяльності психолога;

в) розкриває нові можливості професійної діяльності психолога, формує особливе бачення загальнопсихологічних проблем людини та суспільства, а також дає можливість правильно обирати різноманітні варіанти діагностики, стратегій та впливів;

г) сприяє вирішенню питань в аналізі різного роду суміжних психолого-психіатричних ситуацій, в осмисленні найбільш ефективних методів впливу на особистість.

Міждисциплінарні зв'язки з філософією, біологією, соціологією, педагогікою, психологією особистості, віковою психологією, історією психології, диференціальною психологією, медичною психологією тощо.

Програма визначає обсяги знань, які повинен опанувати студент відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики, зміст навчального матеріалу дисципліни «Основи психіатрії», необхідне методичне забезпечення, складові та технологію оцінювання навчальних досягнень студентів.

Серед основних дидактичних одиниць навчального курсу «Основи психіатрії» наступні: велика психіатрія, мала психіатрія, психіка; методи психіатрії; форми відображення дійсності; свідомість людини; особистість; діяльність; базові категорії психіатрії; форма активності особистості; психічні захворювання; психічні стани; розлади особистості; психопатії; емоційно-вольова сфера; характер; акцентуації характеру.

Мета курсу - допомогти студентам засвоїти теоретичні і методичні підходи,

надати фундаментальні знання та розкрити закономірності функціонування та проявів психіки у період загострення психічного захворювання, зміни особистості, сприяти на цій основі формуванню загальної професійної культури та компетентності студентів, їх готовності до професійної діяльності.

Завдання курсу:

- розширення світоглядного і професійного горизонту в результаті ознайомлення з розвитком психіатрії як науки;
- формування уявлення про основні види психічних захворювань та перетворення психіки; аналіз закономірностей функціонування психіки хворої людини;
- ознайомлення із клінікою, етіологією та патогенезом, протіканням та ісходом психічних захворювань;
- формування студентами навичок свідомого самоконтролю та саморегуляції власних психічних станів та поведінки;
- набуття студентами навичок пояснення і використання в практичній діяльності особливостей перебігу патохарактерологічних процесів, функціонування психічних станів та прояву психічних властивостей у нормі та патології.

Місце курсу в навчальному процесі

Основною формою вивчення студентами курсу «Основи психіатрії» є відвідування лекцій, які охоплюють своїм змістом предмет та основні задачі дисципліни, знайомить студентів із базовими категоріями і поняттями психіатрії як науки, системою психіатричних знань, закономірностей, механізмів, видів методологічних підходів щодо вивчення особливостей функціонування та проявів психіки у період загострення психічного захворювання, змін особистості; особливостями поведінки, діяльності, вчинків при різних формах психіатричних захворювань; розглядає психофізіологічні процеси та механізми, які лежать в основі різних форм патологічних процесів у психіці.

«Основи психіатрії» є загальноосвітнім курсом професійної підготовки майбутніх бакалаврів – психологів, який поглиблює їх знання про особливості психічних захворювань та ускладнень психіки.

На підставі вивчення курсу студенти **повинні:**

знати:

- теоретико-методологічні засади та принципи сучасної психіатрії;
- категорійно-понятійний апарат науки;
- предмет, основні категорії, принципи та методи психіатрії;
- структуру та логіку побудови психіатрії, її зв'язок з іншими науками, предмети вивчення її основних галузей;
- визначення понять «психіка», «норма», «патологія», «хвороба», «психічні розлади», їх функції та структуру;
- зміст і механізми роботи інтелектуальної, афективної та вольової сфер особистості;
- характеристику понять «індивід», «особистість», «реабілітація», «дієздатність», «психосоматика»;
- специфіку розвитку та проявів психічних властивостей людини із

різними психічними захворюваннями.

вміти:

- оперувати понятійно-категоріальним апаратом психіатрії;
- визначати основні властивості особистості, що виступають чинником ризику формування психічних захворювань;
- орієнтуватися у різноманітних теоріях, критично аналізувати різні підходи до основних психіатричних категорій, враховувати отримані знання в практичній діяльності;
- визначати патохарактерологічні особливості особистості за їхніми проявами у діяльності та спілкуванні;
- вирізняти особливості розладу особистості, психичні та поведінкові розлади та акцентуації;
- дотримуватися певного методологічного підходу до психіатричного обстеження особистості;
- враховувати індивідуальність, неповторність, внутрішній потенціал особистості у процесі подолання хвороби;
- самостійно здійснювати пошук необхідної наукової літератури з різних тем курсу.

Процес вивчення дисципліни спрямований на формування елементів наступних **компетентностей**:

а) загальних (ЗК): КСО.02 Здатність дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки і моралі у міжособистісних стосунках та у суспільстві. КСО.05 Здатність до толерантних комунікаційних взаємодій. КСО.07 Здатність вирішувати нестандартні завдання та приймати рішення в умовах невизначеності. КСО.12 Здатність до саморозвитку та самовдосконалення впродовж життя.

б) фахових загальних (КФЗ), відповідно до освітньої програми: КЗП.01 Фундаментальні знання сучасних уявлень про індивідуальні особливості та потреби в життєдіяльності людини з урахуванням стану здоров'я, темпераментальних, особистісних і статево-вікових особливостей, вікових етапів і криз розвитку. КЗП.03 Здатність розуміти та використовувати психологічні поняття та принципи дисципліни Основи психіатрії. КЗП.06 Базові уявлення про стадії індивідуального розвитку та про онтогенетичне програмування основних адаптивних функцій. КЗП.11 Базові уявлення про детермінанти та фактори психічного здоров'я, зокрема біологічні, психологічні та соціальні.

в) спеціальних фахових (КФС): КФС.01 Уміння обирати методи підтримки та здійснювати необхідні заходи підтримки для сімей осіб з РАС (розладом аутистичного спектру). КФС.02 Володіння навичками психологічної корекції і терапії широкого спектра гендерних порушень, включаючи сексуальні дисфункції у чоловіків і жінок, сексуальні девіації у дітей і підлітків та дисгармонію подружніх відносин. КФС.03 Уміння застосовувати сучасні психологічні технології в роботі з клієнтами психосоматичними порушеннями. КФС.06 Уміння аналізувати комплексні причини порушень психічного здоров'я та обґрунтовувати причини його порушень у конкретних ситуаціях;

Організаційно-методичні вказівки

Організація навчального процесу здійснюється за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу. Засвоєння теми (поточний контроль) контролюється на практичних (семінарських) заняттях відповідно до конкретних цілей. Застосовуються такі засоби діагностики рівня підготовки студентів, як розв'язування ситуаційних задач, підготовка рефератів, проходження індивідуальних тестових завдань, участь у тренінгових вправах, проведення психологічних досліджень і трактування та оцінка їх результатів тощо. Оцінка успішності студента з дисципліни виставляється за багатобальною шкалою з урахуванням оцінок засвоєння окремих тем.

Логіка викладання курсу «Основи психіатрії» передбачає використання модульної технології навчання. Програма курсу формується на основі 2 змістовних модулів. Кредитний модуль включає лекції, індивідуальну та самостійну роботу студентів.

Індивідуальна робота студентів складається з:

виконання тестових (контрольних) завдань з кредитного модулю, презентації та обговорення у групі індивідуальних завдань.

Самостійна робота студентів складається з:

1. Підготовки до лекцій, практичних занять та контрольних робіт.
2. Підготовки наукових анотацій до робіт із теоретичної психіатрії.

При визначенні навчальних досягнень студентів, які вивчають курс «Основи психіатрії» пропонується тематичне оцінювання, яке здійснюється у вигляді часткової та підсумкової атестації.

Після закінчення вивчення дисципліни «Основи психіатрії» передбачено **проведення підсумкового контролю** за рівнем теоретичної та практичної підготовки студентів – іспит.

Рівні засвоєння матеріалів

- Засвоєння знань – характеризується за такими параметрами:
знання базової специфіки (знання термінології, специфічних фактів);
знання способів та методів оперування базовою специфікою (знання правил, логічних послідовностей, кваліфікацій та категорій, критеріїв, методології), знання теоретичних основ щодо базової специфіки (знання принципів, узігільнень, теорій та структур).
- Розуміння суті вивченого матеріалу. Характеризується за такими параметрами як трансляція, інтерпретація, екстраполяція.
- Застосування вивченого матеріалу. Характеризується як вміння використовувати вивчений матеріал у нових ситуаціях.
- Аналіз матеріалу, тобто вміння розчленувати ціле на складові елементи. Характеризується за такими параметрами, як аналіз елементів, аналіз взаємозв'язків, аналіз організаційних принципів.
- Синтез матеріалу, тобто вміння створювати ціле з частин. Характеризується за такими параметрами як створення власного повідомлення, алгоритму дій, створення системи абстрактних відношень.

Тема 1. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧІ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ

- 1.1. Об'єкт, предмет і основні категорії та завдання психіатрії. Загальне поняття про психіатрію. Зв'язок психіатрії, психології, медицини, історії та інших наук
- 1.2. Предмет та завдання психіатрії на сучасному етапі розвитку суспільства. Визначення терміна «Психіатрія». Основні розділи психіатрії.
- 1.3. Історичні етапи формування психіатричної допомоги. Донауковий період, еллінська медицина. Епоха греко-римської медицини. Середні віка (епоха інквізиції). 18 - початок 19-го сторіччя - період становлення психіатрії як галузі медицини. Епоха нозологічної психіатрії Е. Крепеліна.
- 1.4. Сучасний етап розвитку психіатрії. Найбільш важливі зміни у сучасній психіатрії. Велика та мала психіатрія.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Знайомство студентів із основами психіатрії починається із чіткого визначення її предмету. Предмет психіатрії - психічні хвороби (душевні хвороби) (психічні розлади) - хвороби головного мозку, які проявляються різноманітними розладами психічної діяльності. Ці розлади можуть бути продуктивними (марення, галюцинації, депресія, кататонічні розлади) і негативними (випадання або ослаблення психічної діяльності), а також проявлятися загальними змінами особистості.

Завдання психіатрії:

1. Діагностика психічних розладів.
2. Вивчення клініки, етіології і патогенезу, перебігу і наслідків психічних захворювань.
3. Вивчення епідеміології психічних розладів.
4. Розробка методів лікування психічної патології.
5. Розробка способів реабілітації хворих з психічними захворюваннями.
6. Розробка методів профілактики психічних розладів.
7. Розробка структури організації психіатричної допомоги населенню.

Особливого значення рекомендуємо приділити увагу безпосередньо аналізу терміну «Психіатрія». Психіатрія - медична дисципліна, яка займається розпізнаванням і лікуванням психічних хвороб. Розпізнавання означає не тільки діагностику, а й дослідження етіології, патогенезу, перебігу і наслідків психічних розладів. Лікування, крім власне терапії, включає в себе організацію психіатричної допомоги, профілактику, реабілітацію та соціальні аспекти психіатрії.

При ознайомленні із історією розвитку психіатрії необхідно основний акцент зробити на донауковому періоді, що тягнеться з найдавніших часів до появи еллінської медицини. Він характеризується примітивно-теологічним розумінням аномальної поведінки хворих. Була повністю відсутня будь-яка

медична допомога при душевній хворобі, проте в цей час відбувається хоча і безсистемне, однак, у край важливе для майбутнього накопичення розрізнених фактів і спостережень, які отримали образне запам'ятовування в міфології і народної поезії.

Найбільш важливими змінами, що відбулися в психіатрії, починаючи з 1945 р, є:

1. Психофармакологічні революції 1950 рр. (відкриття перших психотропних препаратів: іміпрамін, хлорпромазін)
2. Деінституалізація і зменшення кількості пацієнтів у стаціонарах.
3. Ослаблення впливу психоаналізу.
4. Застосування у практиці психотерапії не тільки лікарів, але й фахівців без медичної освіти.
5. Поява об'ємних наукових програм в області нейрохімії і нейробіології психічних захворювань.
6. Впровадження нового покоління антидепресантів (наприклад, прозак).
7. Зростання впливу фармакологічної індустрії в психіатрії.
8. Поява великої кількості нових діагнозів.
9. Видалення зі списку психічних хвороб гомосексуальності.

Завдання для самостійної роботи

Тема 1. Загальне поняття про психіатрію як науку.

Предмет та задачі психіатрії

1. Психіатрія як наука: визначення та основні етапи розвитку.
 2. Предмет та задачі психіатрії.
 3. Основні розділи психіатрії.
 4. Найбільш важливі здобутки сучасної психіатрії.
- Підготовка до групової дискусії щодо великої та малої психіатрії.

Тема 2. ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ. ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ТА ПАРАКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

2.1. Основні види психічних хвороб. Ендогенні психічні хвороби. Екзогенні психічні розлади. Психогенії (реактивні психози, невротичні розлади). Патологія психічного розвитку (психопатії, олігофренії).

2.2. Клінічний метод у психіатрії. Етапи застосування клінічного метода. Психіатричне обстеження та його цілі. Психіатричне інтерв'ю.

2.3. Параклінічні методи у психіатрії (патофизиологічне, інструментальне, лабораторне обстеження).

2.4. Особливості експериментально-психологічного обстеження у психіатрії. Психометричні методи у психіатрії

Методичні рекомендації до вивчення теми

Для узагальнення теоретичних знань з теми студенти мають засвоїти, що психіатричне обстеження проводять за загальноприйнятим у медицині принципом, який передбачає поєднання основного клінічного (психопатологічного) методу з низкою параклінічних (експериментально-психологічних, нейрофізіологічних, нейрорентгенологічних та ін.).

В процесі опрацювання даної теми, студенти повинні ознайомитися із специфікою методів психіатрії. Так, основними методами клінічного (психопатологічного) обстеження в психіатрії вважають одночасне спостерігання за хворим і його опитування. Дуже важливо постійно порівнювати почуте й побачене, дані опитування і спостерігання, мімічне, пантомімічне реагування на запитання, навіть тоді, коли пацієнт відмовляється відповідати на них.

Спостерігаючи за хворим, лікар звертає увагу на його зовнішній вигляд, цілеспрямованість, безглуздість або стереотипність рухів, викрики, міміку, реакцію на оточення, особливості мовлення та ін. За поведінкою хворого в стаціонарі спостерігає також середній медичний персонал, за результатами спостережень заповнюють спеціальні щоденники. Лікар використовує ці відомості для оцінювання психічного стану пацієнта.

При знайомстві з методами психіатрії студенти мають засвоїти, що широкого поширення набули експериментально-психологічні методики, які застосовуються для оцінки характеру і глибини психічного розладу, динаміки психічних розладів, визначення конкретних завдань з корекції психічних розладів та реабілітації хворих.

Рекомендуємо обговорити конкретні методики, що застосовуються у психіатрії. При психологічних дослідженнях використовуються різні методики. Порівняно прості методики можуть бути використані для загальної оцінки особливостей порушення окремих сторін пізнавальної діяльності випробуваних (пам'яті: знання дат, запам'ятовування чисел, слів і т. д., мислення, здатності побудови абстракцій, узагальнення і т. д.).

Метод «четвертий зайвий» полягає в тому, що досліджуваний з групи пред'явлених предметів виключає один, враховуючи, що залишилися об'єднані загальною ознакою. Можливі й інші завдання. Встановлені патопсихологічні закономірності в порушенні когнітивних процесів при окремих формах патології психіки дозволяють класифікувати, наприклад, тип порушення інтелектуальної діяльності випробуваного. Так, відомо, що при психічних розладах, зумовлених органічною патологією головного мозку, спостерігається зниження рівня узагальнення, бідність асоціацій, при шизофренії - спотворення, різноплановість.

Крім зазначених вище прийомів для оцінки пізнавальної діяльності хворих існує великий набір інших різноманітних методик дослідження інтелекту і особливостей особистості досліджуваного. Їх умовно ділять на психометричні та проєктивні.

За допомогою психометричних методик можна отримати кількісну оцінку когнітивних чи особистісних властивостей випробуваного. Рекомендуємо обговорити зі студентами, які психодіагностичні методики можуть бути використані у психіатрії.

Одним з таких тестів є тест з визначення інтелектуального розвитку дітей та підлітків (Гезелла і С. Біне). Тут є стандартизована шкала знань, користуючись якою досліджуваний при нормальному інтелекті повинен відповісти на 80-90% пропонуванних питань. Інтелектуальний індекс (IQ) розраховується за спеціальною формулою. Інший, застосований тест MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник. Результати дослідження д за цією шкалою дають характеристику особистості у вигляді психологічного профілю. До цієї ж групи тестів слід віднести запитальник К. Айзенка, що характеризує особистість за шкалами екстраверсії-інтроверсії і вираженості рівня нейротизму. Проективні тести відрізняються особливим композиційним змістом (невизначеністю, незавершеністю) і спрямовані на виявлення особливостей особистості, її установок, мотивацій, в тому числі неусвідомлюваних. Найбільш поширеними з них є тести Роршаха і метод ТАТ (тематичний аперцепційний тест).

Завдання для самостійної роботи

Тема 2. Етіологія та патогенез психічних розладів. Основи клінічної та параклінічної діагностики

1. Основні види психічних хвороб. Ендогенні психічні хвороби. Екзогенні психічні розлади.
2. Психогенії (реактивні психози, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні).
3. Патологія психічного розвитку (розлад особистості, олігофренії).
4. Етіологічні фактори психічних захворювань.
5. Клінічний метод у психіатрії. Етапи застосування клінічного метода.
6. Особливості експериментально-психологічного обстеження у психіатрії..

Підготовка до групової дискусії щодо методів психіатричного дослідження. Розробка карти-схеми.

Тема 3. КЛАСИФІКАЦІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- 3.1. Категорії діагностики та класифікації у психіатрії. Мета діагностики. Мета класифікації. Місце та значення психіатрії серед інших галузей знань.
- 3.2. Особливості застосування класифікаційних систем у психіатрії. Психотерапія та класифікація психічних захворювань.
- 3.3. Психіатрична систематика МКБ-10. Особливості діагностичних рубрик та їх характеристика.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Одна із складних для засвоєння тем – це класифікації, що становлять предмет наукової дисципліни, відображають етап її розвитку, рівень досягнень, теоретичну і методологічну спрямованість, а також мають велике значення для її

подальшого розвитку. Це залежить від того, що виділяються діагностичні одиниці не тільки використовуються для діагностики захворювання, але і відображають сучасні уявлення про етіологію (причини), характер і прогнози конкретного розладу.

При засвоєнні теми студенти мають засвоїти, що принципи класифікації психічних розладів за тривалий період розвитку психіатрії істотно еволюціонували. На початкових етапах систематика психічних захворювань будувалася на констатації у хворого окремих проявів психічних розладів (симптоматичний принцип). У міру розвитку психіатрії як медичної дисципліни накопичувалися знання про клінічні прояви захворювань, їх стійких поєднаннях і внутрішніх взаємозв'язках спостережуваних хворобливих розладів.

Таким чином, симптоматичний метод діагностики змінився синдромологічному - враховувалася вся сукупність психічних порушень, виявлених у хворого на період обстеження. Надалі були вивчені дані про особливості динаміки і результату певних психопатологічних станів, патобіологічного причини окремих психічних розладів.

Студентам слід знати, що Е. Крепелін створив нозологічну класифікацію психічних розладів, яка відповідала принципам медичної моделі соматичної патології з певною етіологією, клінікою і результатом для кожного захворювання (ідеальною моделлю в цьому плані є прогресивний параліч - сифілітичне ураження мозку, де відомі причини, вивчені клініка і наслідки захворювання). Однак систематика Е. Крепеліна була зустрінута критичними зауваженнями, а в деяких країнах навіть відкинута.

Студенти мають поступово знайомитися із специфічною психіатричною термінологією, яка відрізняється від термінології інших медичних дисциплін особливою складністю. Причини цього - недостатні знання про природу психічних розладів, велика кількість термінів, запозичених з психології, наявність великої кількості термінів, подібних за своїм значенням, але по-різному розуміються.

Творці МКБ-10 орієнтувалися, у першу чергу, на практичну зручність при її використанні і на максимально можливий рівень відтворюваності результату незалежно від досвіду і теоретичних поглядів конкретного лікаря. Тому МКБ-10 істотно відрізняється від класифікації попереднього перегляду - МКБ-9. Вона значно перевищує попередню версію за обсягом, а число діагностичних категорій в МКБ-10 збільшилася з 30 до 100. У певному сенсі це є кроком назад - від нозологічного принципу діагностики до синдромального, хоча і визначається завданнями максимальної диференціації та врахування психічної патології і необхідністю уніфікації діагностичних категорій на міжнародному рівні. Останнє змусило відмовитися від використання будь-яких понять, які не мають точних, однаково прийнятих в різних країнах визначень. Тому в класифікації не використовуються такі терміни, як "ендогенний" і "екзогенний", "невроз" і "психоз". Саме поняття "хвороба" замінено більш широким терміном "розлад". МКБ-10 Не заперечує в цілому ідеї нозологічної класифікації: зокрема, використовуються такі загальноприйняті нозологіческие одиниці, як "шизофренія", "органічні розлади", "реакція на стрес". Однак такий принцип

зберігається тільки за умови, що він не викликає істотних розбіжностей між національними психіатричними школами. Коротко викладемо основні принципи побудови цієї класифікації психічних розладів.

Студенти мають знати, що МКБ-10 задумана як центральна ("ядерна") класифікація для групи класифікацій з проблем хвороб і здоров'я. Деякі класифікації з цієї групи були сформовані за рахунок використання п'ятого чи навіть шостого знака для більшої деталізації. В інших класифікаціях категорії об'єднані для того, щоб отримати більш широкі групи, придатні для використання, наприклад, в первинному охороні здоров'я або загальній медичній практиці. Є багатовісевий варіант класу V (F) МКБ-10, а також спеціальна версія для дитячої психіатричної практики і досліджень в цій області. Група класифікацій включає також ті, які враховують інформацію, не що є МКБ, але має важливе значення для медицини або охорони здоров'я, наприклад класифікацію інвалідності, класифікацію медичних процедур і класифікацію причин для контактів пацієнтів з працівниками охорони здоров'я.

МКБ-10 складається з десяти блоків, кожен з яких включає окремі психічні захворювання, варіанти цих психічних захворювань і психопатологічні синдроми.

Студенти мають знати, що є суттєвою особливістю МКБ-10 (детальна характеристика кожного розділу психічних розладів, прагнення знайти для них загальні передумови, на підставі яких вони включені в цей блок).

Студенти мають наводити основні клінічні характеристики кожного виду психічних розладів (хвороб), їх окремі форми, варіанти психопатологічних синдромів, включених до відповідної рубрики; формулювати діагностичні та диференційно-діагностичні критерії кожної діагностичної категорії. Все це сприяє однаковості діагностики психічних розладів, що необхідно для сумісності клінічних даних, створення єдиної бази для вивчення епідеміології психічних розладів і наукових досліджень в цілому. Разом з тим і ця класифікація недосконала. Вона ґрунтується на ряді різнопланових передумов: етіологічних факторах, психопатологічних, патогенетичних, соціальних і т.д., на відміну від медичної моделі хвороби, що базується на етіологічних і клініко-морфологічних ознаках.

Завдання для самостійної роботи

Тема 3. Класифікація психічних розладів

1. Категорії діагностики та класифікації у психіатрії
2. Мета діагностики. Мета класифікації.
3. Особливості застосування класифікаційних систем у психіатрії.
4. Психотерапія та класифікація психічних захворювань.
5. Психіатрична систематика МКБ-10.

Підготовка до групової дискусії щодо порівняння діагностики та класифікації в психіатрії. Розробка дерева: «Психіатрична систематика»

Тема 4. ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ

4.1. Основні поняття (невроз, психогенні захворювання, психічна травма, важка психічна травма, психотравмуюча ситуація).

4.2. Конкордантно-нормальні особистості. Дискордантно-нормальні особистості.

4.3. Основні види: невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади,

неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів. Умови виникнення неврастенії. Частота виникнення неврастенії у сучасних умовах.

4.4. Істерія. Особливості характеру як фактори ризику виникнення істерії. Істеричний невроз. Особливості спілкування з істеричними хворими.

4.5. Невроз нав'язливих станів. Впливи психотравмуючих факторів. Види нав'язливих станів (фобії, obsesії, імпульсії).

Методичні рекомендації до вивчення теми

Тема засвоюється студентами добре, але інформації багато, тому її бажано максимально структурувати. Важливою особливістю неврозів є те, що людина усвідомлює свою хворобу і прагне її подолати. Зберігається здатність адаптуватися (приспосовуватися) до навколишнього середовища. Відповідно, умов для виникнення неврозів в даний час стало ще більше, ніж кілька років тому. Різноманітні події навколишнього світу, лавиноподібний потік інформації, зміна соціального становища і взаємин між людьми - все це впливає на психіку і викликає різні форми реагування на негативний вплив, а за певних умов може обернутися факторами, що створюють додаткове хворобливе напруження в душевного життя конкретної людини.

Опрацьовуючи тему, студенти мають засвоїти, що невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні мають чіткий початок, і вони оборотні (минуші), незалежно від їх тривалості - тобто вони проходять, коли ситуація, яка викликала їх, втрачає актуальність, або в результаті лікування. Невротичний зрив може бути у будь-якої людини, однак у деяких людей є схильність до виникнення неврозів. Це найчастіше люди, які страждають психопатіями (про це ми будемо говорити пізніше) або з менш вираженими особливостями характеру, що називається акцентуацією особистості.

Студенти мають виділяти та коротко характеризувати три види неврозів: неврастенію, істерію (істеричний невроз) і невроз нав'язливих станів.

Ситуація постійного або часто повторюваного емоційного та розумового напруження, психічного стресу провокує різні відхилення в психічній діяльності і фізіологічних функціях організму, які можна умовно розділити на дві групи - субклінічні і клінічні.

Субклінічні - це такі психічні порушення, з якими зазвичай людина справляється сам, без допомоги психіатра, а клінічні - це більш виражені розлади,

де вже потрібна допомога психіатра. Без лікування такі розлади можуть приймати затяжний, хронічний характер, і тоді лікувати їх набагато важче.

При субклінічному реагуванні на психічну травму відбувається своєрідна захисна психологічна перебудова, яка називається психологічним захистом. Варіантів психологічного захисту буває безліч в залежності від виду психічної травми і характеру самої людини, але здатність до психологічного захисту у різних людей різна.

Студенти мають чітко диференціювати людей за ознакою здатність до психологічного захисту. Одні мають психічну опірність і здатні переробити в своїй свідомості ступінь важливості негативного впливу, створити нові установки, тим самим перемагаючи негативні емоції. Вони можуть подолати і психічні травми незвичайної сили, велике особисте горе, і у них не виникають важкі розлади настрою, наприклад, депресія. Таких людей називають психологічно добре захищеними (або конкордантно-нормальними).

Інші пасують навіть перед незначною перешкодою на їхньому шляху, нездатні розвинути таку психологічну активність і створити систему психологічного захисту, найменша неприємність викликає у них зміну настрою і почуття неповноцінності, вони погано пристосовуються до швидких змін в житті, а при значній психічній травмі або тривалому стресовому впливі незначних негативних факторів їх механізми захисту і компенсації виявляються слабкими, відбувається дезінтеграція психічної діяльності і розвивається невроз.

У таких людей можливості субклінічного реагування обмежені, і їх називають погано психологічно захищеними (або дискордантно-нормальними).

Завдання для самостійної роботи

Тема 4. Характеристика невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів

1. Основні поняття (невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні, психогенні захворювання, психічна травма, важка психічна травма, психотравмуюча ситуація).
2. Загальна характеристика психогенних захворювань.
3. Конкордантно-нормальні особистості. Дискордантно-нормальні особистості.
4. Принцип розвитку.
5. Істерія. Особливості характеру як фактори ризику виникнення істерії..
6. Невроз нав'язливих станів.

Тема 5. ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

- 5.1. Загальне уявлення про розлади особистості. Основні ознаки психопатій за Б. П. Ганнушкіним. Біологічні та соціальні чинники формування психопатій.
- 5.2. Провідна роль стилів виховання у формуванні психопатій у дитячому віці.

- 5.3. Особливості психопатій у підлітковому віці. Види психопатій.
Основні відмінності акцентуацій та психопатій за А. Є. Лічко.
5.4. Асоціальні та кримінальні аспекти психопатій.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Тема засвоюється студентами добре, оскільки пов'язана із тематикою вікової психології. Розлад особистості - це аномалія характеру, від якої страждає або сама людина, або суспільство. Ці вроджені або придбані в ранньому віці аномалії призводять до дисгармонічного формування особистості і порушують соціальну адаптацію.

Студенти мають засвоїти, що важливою особливістю розлада особистості є декомпенсація при різних несприятливих впливах, зокрема, після психічної травми і при психотравмуючої ситуації. З точки зору нормальної людини в таких ситуаціях немає нічого особливого, але для психопата вона стає значущою саме через його аномалії характеру, оскільки зачіпає його найслабше місце.

Студенти мають наводити приклади, спираючись на знання з вікової психології. Наприклад, при істеричному розладі необґрунтовані претензії психопата на загальну увагу можуть не зустріти бажаного ставлення оточуючих і виникає зрив, декомпенсація. При психастенічному розладі такою ситуацією може виявитися необхідність приймати швидкі рішення. При епілептоїдній психопатії психотравмуючим виявляється будь-який замах на авторитет психопата або спроби протидії його владності і деспотизму і т.д.

Розлад особистості визначає психічний вигляд людини, накладає відбиток на весь душевний склад, протягом усього життя не береться суттєвих змін і заважає самої людини пристосовуватися до навколишнього.

Корисно для студентів запам'ятати та відпрацювати на практичних заняттях основні ознаки розладів особистості. Діагноз психопатії встановлюють на підставі трьох основних ознак, запропонованих психіатром П.Б. Ганнушкіним:

1. Тотальність патологічних рис характеру, які проявляються завжди і всюди, в будь-яких умовах, і при стресах, і при їх відсутності.
2. Стабільність патологічних рис характеру: вони вперше проявляються в дитячому або підлітковому віці, рідше у дорослих, і потім зберігаються протягом усього життя людини.
3. Порушення адаптації (пристосування) саме через патологічні риси характеру, а не через несприятливий зовнішній вплив.

Психопатія формується при поєднанні вродженої чи набутої в ранньому дитячому віці неповноцінності нервової системи з несприятливим впливом навколишнього середовища. Але психопатія - це не тільки неправильне виховання в дитинстві і педагогічна занедбаність (хоча ці обставини мають надзвичайно важливе значення для обважнення проявів хвороби). Одного лише впливу таких зовнішніх факторів для формування психопатії недостатньо. В її основі лежить неповноцінність нервової системи.

Студенти мають чітко засвоїти причини виникнення розладів особистості.

Мають важливе значення конституціональні, спадкові чинники: у батьків, які страждають психопатією, найчастіше народжуються діти з аналогічною патологією. Такі психопатії називають конституціональними, генуїнними або ядерними. Це найбільш несприятливий варіант психопатій, які неможливо коригувати навіть при правильному вихованні дитини.

Алкоголізм або наркоманія у батьків теж одна з причин розладів особистості у дітей. Грають роль і шкідливі впливи в період внутрішньоутробного розвитку, а особливо, якщо під час вагітності жінка вживала спиртні напої, курила, вживала ліки, які надають несприятливий вплив на розвиток плода, або у неї були отруєння будь-якими речовинами, а також психічні травми або інфекційні захворювання (особливо вірусні), недоліки харчування вагітної, важкі токсикози, загроза переривання вагітності і відшарування плаценти і багато інших чинників, що негативно впливають на плід.

Причинами виникнення розладів особистості можуть стати різні родові травми, асфіксія під час пологів, важкі тривалі пологи загрози для життя дитини, вузький таз породіллі і великий дитина, в результаті чого відбувається сильне здавлення голови при проходженні родових шляхів, і багато іншого. Несприятливими факторами є і різні шкідливі впливи на мозок, що розвивається, захворювання центральної нервової системи або тривалі виснажливі хвороби, перенесені дитиною в перші 2-3 роки життя. Грають роль у виникненні психопатій і черепномозкові травми, мозкові інфекції (менінгіт, менінгоенцефаліт, вірусні захворювання), важкі отруєння, перенесені в перші 4 роки життя дитини.

Велике значення в розвитку психопатій у дитини має несприятливий вплив навколишнього середовища, зокрема, недоліки виховання.

Завдання для самостійної роботи

Тема 5. Характеристика розладів особистості

1. Загальне уявлення про психопатії. Основні ознаки психопатій за Б. П. Ганнушкіним.
2. Біологічні та соціальні чинники формування розладів особистості.
3. Психопатоподібні стани. Їх відмінність від розладів особистості
4. Особливості психопатій у підлітковому віці.
5. Види психопатій. Основні відмінності акцентуацій та психопатій за А. Є. Лічко.
6. Соціометрія як метод соціальної психології: суть, правила проведення, обробка і інтерпретація результатів.
7. Емоційно тупі психопати за Е. Крепеліном та К. Шнейдером.

Практична робота: «Ознайомлення з ПДО Лічко».

Тема 6. СЕКСУАЛЬНІ ЗБОЧЕННЯ

6.1. Історичний погляд на сексуальні збочення. Перверзії (парафілії). Основні причини виникнення парафілій. Гендерні аспекти парафілій.

6.2. Порушення сексуальної орієнтації. Заміщення об'єкту сексуального потягу (ексгібіціонізм, нарцисизм, фетишизм, вуайєризм, некрофілія, зоофілія).

6.3. Гіперсексуальність і гіпосексуальність. Справжні та псевдоперверзії.

6.4. Статеві збочення (транссексуалізм, трансвестизм, фетишистський трансвестизм, фетишизм, некрофілія, ексcrementофілія, ексгібіціонізм, фроттеризм, педофілія, геронтофілія, інцест, нарцисизм, садизм, мазохізм, вуайєризм, зоофілія).

Методичні рекомендації до вивчення теми

Студенти мають засвоїти, що різні сексуальні збочення (перверзії, парафілії) раніше розглядали в рамках порушення потягів при психопатії. У випадках, коли домінуючим розладом було перекручений сексуальний потяг, психіатри минулого століття виділяли так звані статеві психопатії або перверзні розлади особистості. Але ця назва неточна, оскільки при сексуальних збоченнях зміни характеру і порушення адаптації людини в суспільстві вибагливі і пов'язані, в основному, з її сексуальною поведінкою.

Статеві збочення - це патологічна спрямованість статевого потягу і спотворення форм його реалізації. Статеві збочення умовно поділяють на перверзії (парафілії), коли об'єкт статевого потягу порушується або заміщується, і порушення сексуальної орієнтації.

Перверзії (парафілії) - це хворобливі, дивні сексуальні потяги. Вони частіше зустрічаються у чоловіків.

Сексуальна орієнтація - це прагнення мати статевий зв'язок з представниками певної статі (чоловіками або жінками).

Порушення сексуальної орієнтації можуть бути пов'язані зі статтю людини (гомосексуалізм) або з віком сексуального партнера (педофілія, ефебофілія, геронтофілія).

Заміщення об'єкта нормального сексуального потягу - це патологічний потяг не до людини, а до іншого об'єкту, і досягнення сексуального задоволення не шляхом нормального статевого акту, а іншим способом. Заміщення об'єкта сексуального потягу спостерігається при ексгібіціонізмі, нарцисизм, фетишизм, вуайєризмі, некрофілії і зоофілії. Спосіб сексуального задоволення змінюється при садизм, мазохізм і садо-мазохізм.

Зазвичай спостерігається поєднання або послідовна зміна статевих збочень. Передбачається, що однією з причин парафілій є виникнення в дитинстві сексуального збудження при незвичайних обставинах, що закріплюється за принципом умовного рефлексу. В подальшому сексуальне збудження виникає при повторенні таких обставин, а далі вже сама людина прагне задовольняти статевий потяг саме в таких ситуаціях.

В цілому у формуванні сексуальних перверзій беруть участь як зовнішні, так і внутрішні чинники. Варіант перверзії залежить від біологічних особливостей і особистості самого хворого, від умов його виховання і від вираженості його сексуальності.

При гіперсексуальності та гіпосексуальності у хворих виникає потреба в витончених формах статевого збудження і його задоволення, в отриманні додаткових або незвичайних сексуальних подразнень. При дуже слабо вираженому сексуальному потязі, близькому до повної його відсутності (крайня гіпосексуальність), можливий аутоеротизм тобто сексуальність, спрямована на самого себе.

Основне психічне захворювання накладає свій відбиток і на різновиди статевих збочень. У одного і того ж хворого на психопатію бувають різні перверзії, і форми статевого задоволення здатні змінюватися. Так, при психастенічній психопатії можуть спостерігатися такі перверзії, як фроттеризм, нарцисизм, іноді гомосексуалізм. У епілептоїдних психопатів і хворих на епілепсію - садизм або садо-мазохізм. При збудливій психопатії - ексгібіціонізм, садизм, педофілія.

Завдання для самостійної роботи

Тема 6. Сексуальні збочення

1. Перверзії (парафілії). Основні причини виникнення парафілій.
 2. Порухи сексуальної орієнтації. Заміщення об'єкту сексуального потягу.
 3. Справжні та псевдоперверзії.
 4. Статеві збочення.
- Ознайомлення з проективною методикою «Кодування»

Тема 7. ЗАТРИМКА ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

7.1. Причини ЗПР. Тимчасові ЗПР. Вроджені легкі форми ЗПР (конституційно глупий тип). Педагогічна занедбаність як причина ЗПР.

7.2. Прояви ЗПР. Психічний інфантилізм. Вроджена субдебільність. Салонне слабоумство.

7.3. Затримки розвитку, обумовлені органічним пошкодженням мозку на ранніх етапах його розвитку.

7.4. Психогенно обумовлені затримки розвитку, викликані дефіцитом інформації у ранньому дитячому віці.

7.5. Інтелектуальна недостатність, обумовлена дефектом органів почуття.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Ця тема також відносно легко засвоюється студентами, оскільки вони можуть спиратися на знання з вікової психології. Порухи, які проявляються у

недостатності інтелекту і психіки в цілому внаслідок порушення розвитку, вважаються відносно легкими, в основі їх лежить затримка темпу психічного розвитку. Люди з такими порушеннями займають проміжне місце між тими, чий інтелект розвинений нормально, і хворими на олігофренію. Затримка темпу психічного розвитку може бути тимчасовим явищем.

Існують і вроджені легкі форми інтелектуальної недостатності, таких дітей і дорослих називають ще конституційно дурними.

Студенти мають чітко засвоїти основні причини затримки психічного розвитку: це можуть бути важкі інфекційні захворювання, черепно-мозкові травми, отруєння, спадкова схильність, а також несприятливий вплив навколишнього середовища.

Затримки розвитку можуть бути обумовлені психогенними ситуаціями, коли дитина розлучена з батьками недостатністю повноцінних емоційних контактів (наприклад, у дітей, які виросли в будинках дитини, дитячих будинках, у сиріт, яким не приділяє належної уваги), а також дефектами органів почуттів (сліпота, глухота, глухонімота), в таких ситуаціях не отримує різнобічної інформації для повноцінного інтелектуально

Розвиток психічних функцій дитини відбувається в певні вікові періоди. Рекомендуємо винести на повторне опрацювання питання з вікової психології щодо вікової періодизації. Якщо йому в цей час не вистачає необхідної інформації, то розвиток сповільнюється.

Для нормального розвитку дитини мають велике значення і умови виховання. Діти, які виросли в малокультурних сім'ях, де батьки не займаються їх вихованням і розвитком, часто відстають в інтелектуальному відношенні від своїх однолітків. Грає роль і педагогічна занедбаність.

Прояви затримки розвитку різноманітні. Крім інтелектуальної недостатності і незрілості психіки, спостерігаються порушення поведінки і невротичні симптоми.

При прикордонної інтелектуальної недостатності студенти мають виділити наступні варіанти затримок психічного розвитку:

1. Психічний інфантилізм.
2. Вроджена субдебільність, конституційно дурні особистості, салонне недоумство.
3. Затримки розвитку, обумовлені органічним ураженням мозку на ранніх етапах його розвитку.
4. Психогенно обумовлені затримки розвитку, викликані дефіцитом інформації в ранньому дитячому віці.
5. Інтелектуальна недостатність, зумовлена дефектом органів почуттів.

Психічний інфантилізм - стан, що характеризується затримкою психічного і фізичного розвитку, коли у дорослої людини зберігаються риси характеру, притаманні дитячому і підлітковому віку. Психічному інфантилізму, або психічній незрілості властиві риси дитячості, що не відповідають віку, в поведінці, в особливості суджень, а також емоційна нестійкість, підвищена сугестивність, залежність від інших людей при відсутності грубих порушень інтелекту.

Причинами інфантилізму можуть бути захворювання ендокринної системи, ураження головного мозку внаслідок захворювань внутрішніх органів. Психічний інфантилізм простежується при багатьох видах психопатій. Виділяють також психогенно обумовлені форми інфантилізму через неправильне виховання, коли батьки надмірно опікують дитину, дбайливо захищаючи від всіх можливих негараздів, не дозволяючи їй самій виробляти способи самозахисту, нормальні для свого віку.

Завдання для самостійної роботи

Тема 7. Затримка психічного розвитку

1. Причини ЗПР. Тимчасові ЗПР.
2. Вроджені легкі форми ЗПР (конституційно глупий тип).
3. Педагогічна занедбаність як причина ЗПР.
4. Роль праці у формуванні і розвитку свідомості людини. Концепція О. М. Леонтьєва.
5. Прояви ЗПР.
6. Психічний інфантилізм.
7. Затримки розвитку, обумовлені органічним пошкодженням мозку на ранніх етапах його розвитку.
8. Психогенно обумовлені затримки розвитку, викликані дефіцитом інформації у ранньому дитячому віці.

Тема 8. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

- 8.1. Загальна характеристика розладів психічного розвитку у дітей.
- 8.2. Розлади мовлення. Основні категорії розладів. Розлади експресивного мовлення. Розлади мовленнєвого вираження. Розлади рецептивного мовлення.
- 8.3. Розлади розвитку навчальних навичок (розлади читання, розлади розвитку експресивного письма, розлади арифметичних навичок та змішані розлади навчальних навичок).
- 8.4. Коректувальні заходи при розладах мовлення у дітей.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Студенти мають засвоїти, що розлади психологічного розвитку мають спільні риси:

- початок обов'язково в немовлятах або дітьми,
- порушення або затримка розвитку функцій, пов'язаних з дозріванням центральної нервової системи,
- стійкість проявів.

Ці розлади називають специфічними, оскільки найчастіше порушення спостерігається в ізольованому вигляді, його не супроводжує інтелектуальна

недостатність, як при розумової відсталості, і неможливо пояснити ці порушення будь-яким відомим в психіатрії захворюванням.

Важливо зрозуміти, що причина цих розладів невідома. У більшості випадків страждають мова, зорово-просторові навички і рухова координація. Ці порушення можуть прогресивно зменшуватися в міру дорослішання дитини, але деяка недостатність часто зберігається і в зрілому віці.

Розлади розвитку мови. Сюди відносяться розлади, при яких нормальний характер придбання мовних навичок страждає вже на ранніх стадіях розвитку. Розлади розвитку мови часто супроводжуються суміжними проблемами, такими, як труднощі при читанні, правописі і вимові слів, порушення міжособистісних відносин; емоційні та поведінкові порушення.

Студенти мають засвоїти три категорії розладів:

1. Нездатність навчитися промови.
2. Вторинна, придбана в результаті травми або неврологічного захворювання нездатність навчитися промови.
3. Затримка в оволодінні мовою (затримка розвитку мови).

Найбільш частий вид розладів мовної сфери розлад розвитку мови.

Воно поділяється на розлад експресивної мови і розлад рецептивної мови. При цьому можливі розлади артикуляції, але вони спостерігаються не завжди. Розлад експресивної мови (розлад мовного вираження) починає проявлятися приблизно у віці півтора років, коли дитина не вимовляє окремі слова і навіть звуки. Вона не говорить навіть таких простих слів як мама ", тато", дай, хочу, а для виразу своїх бажань використовує жести, показуючи пальцем на предмет.

Буває, що розлад мовного виразу супроводжується коливаннями настрою, гіперактивністю, нестійкістю уваги, через непослух і порушеннями поведінки.

Може мати місце смоктання пальця і нічне нетримання сечі. У деяких дітей відзначаються легка неврологічна патологія за органічним типом і зміни на електроенцефалограмі.

Завдання для самостійної роботи

Тема 8. Розлади психічного розвитку у дітей

1. Загальна характеристика розладів психічного розвитку у дітей.
2. Розлади мовлення. Розлади експресивного мовлення.
3. Розлади мовленнєвого вираження. Розлади рецептивного мовлення. Розлади мовленнєвої артикуляції.
4. Розлади розвитку навчальних навичок.
5. Коректувальні заходи при розладах мовлення у дітей.

Групова дискусія. Розробка дерева-схеми «Розвиток мовлення дитини». Відповіді на питання. Обговорення результатів.

Тема 9. ОЛІГОФРЕНІЯ

9.1. Загальна характеристика слабоумства. Чинники виникнення олігофренії (ендогенні та екзогенні).

9.2. Глибокі ступені олігофренії (імбецильність, ідіотія).

9.3. Недоліки пізнавальних психічних процесів олігофренів. Особливості мовлення олігофренів. Особливості психомоторики олігофренів. Емоційна сфера олігофренів.

9.4. Дебільність як легка форма олігофренії. Психічний розвиток імбецилів. Психічний розвиток хворих на ідіотію.

Методичні рекомендації до вивчення теми

При опрацюванні даної теми студенти мають засвоїти, що олігофренія - це вроджене або придбане у перші роки життя слабоумство, яке виражається в загальному психічному недорозвитку з переважанням інтелектуального дефекту і труднощі соціальної адаптації.

Згідно з визначенням Американської Асоціації Розумових Дефектів розумова відсталість характеризується наступним:

1. Істотне зниження загального рівня інтелектуального розвитку.
2. Значний дефіцит або відсутність здатності до адаптації.
3. Поява зазначених змін в віці до 18 років.

Студенти мають знати, що найбільш рельєфний прояв олігофренії – це недорозвинення інтелекту. Коефіцієнт інтелектуальності у хворих на олігофренію нижче 70. Але недоумкуватість є лише частиною загального психічного недорозвинення особистості, затримки психічного розвитку в цілому.

Особливо важливим моментом при засвоєнні теми є виділення факторів, що впливають на виникнення олігофренії. Їх прийнято розділяти на спадкові (ендогенні) і зовнішні (екзогенні). Відповідно, студенти мають усвідомити. Що виділяють форми олігофренії, переважно пов'язані зі спадковими факторами і з зовнішньосередовищними впливами (внутрішньоутробними, родовими і такими, що впливають в ранньому дитячому віці).

Але є і форми розумової відсталості, викликані поєднанням впливом і спадкових (генетичних), і зовнішніх чинників. Спадково обумовлені форми олігофренії складають 20-25% випадків важкої розумової відсталості. А в цілому частка спадково зумовлених форм серед усіх випадків олігофренії становить від 69,5 до 90%.

Причиною розумової відсталості бувають такі захворювання вагітної, як серцево-судинна недостатність, хвороби нирок і печінки, цукровий діабет, порушення функції щитовидної залози та інші ендокринні порушення.

Шкідливий вплив на плід надають і багато лікарських засобів, які вагітна жінка повинна приймати через своїх захворювань.

Деякі інфекційні захворювання у вагітної жінки, а особливо вірусні (корова краснуха, цитомегалічний інклюзивна хвороба, грип, гострі респіраторні

захворювання, інфекційний гепатит), а також пневмонія іноді стають причиною розумової відсталості дитини.

Частою причиною розумової відсталості стає несумісність плода і матері по резус-фактору. Коли кров матері резус-негативна, а у батька дитини резус-позитивна, то плід в переважній більшості випадків теж набуває резус-позитивність.

Однією з частих причин розумової відсталості є алкоголізм одного або обох батьків.

Причиною розумової відсталості може бути і хвороба дитини в перші роки її життя. Більшість важких, виснажливих захворювань негативно впливають на розвиток мозку новонародженого і дітей до двох-трьох років. В першу черга, це інфекційні процеси, особливо інфекційні захворювання центральної нервової системи менінгіт, енцефаліт і менінгоенцефаліт.

Олігофренії не властивий прогресуючий розвиток, коли слабоумство наростає, як при деменції (придбаному слабоумстві), навпаки, у багатьох випадках при своєчасному лікуванні та коригуванні можливе поліпшення інтелектуального розвитку (за винятком найважчих ступенів).

При глибокому ступені олігофренії (імбецильність, ідіотія) хворі не здатні до інтелектуальної діяльності. При дебільності найбільш чітко проявляється слабкість абстрактного мислення, переважання конкретних зв'язків, що не виходять за рамки звичних уявлень. Вищі форми мислення здатність до аналізу, синтезу і абстрагування олігофренам недоступні. Логічне мислення у них відсутнє.

При опрацюванні даної теми рекомендуємо пропонувати студентами самостійно узагальнювати інформацію щодо факторів, які впливають на виникнення олігофренії, у вигляді таблиці або інших форм візуального подання матеріалу.

Завдання для самостійної роботи

Тема 9. Олігофренія

1. Загальна характеристика слабоумства.
2. Чинники виникнення олігофренії (ендогенні та екзогенні).
3. Алкоголізм батьків як причина олігофренії дітей.
4. Глибокі ступені олігофренії (імбецильність, ідіотія).
5. Особливості мовлення олігофренів..
6. Особливості психомоторики олігофренів.
7. Емоційна сфера олігофренів. Особливості особистості олігофренів.
8. Дебільність як легка форма олігофренії..
9. Психічний розвиток імбецилів.

Тема 10. НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ ТА БУЛІМІЯ

10.1. Причини нервової анорексії. Порушення Я-образу хворих на анорексію. Дисморфоманія. Групи ризику виникнення анорексії (вік, стать).

10.2. Нервова булімія. Причини нервової булімії. Емоційний стан хворих на булімію. Сексуальна поведінка хворих на булімію.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Тема засвоюється легко, оскільки студенти можуть посилатися на знання з вікової психології. Вони мають засвоїти, що нервова анорексія - це розлад, який характеризується навмисної втратою маси тіла, викликаной і підтримуваної самим пацієнтом. Такий розлад найчастіше зустрічається у дівчат підліткового віку і молодих жінок, але іноді може спостерігатися і у юнаків і молодих чоловіків.

Розлад викликано патологічною боязню ожиріння і в'ялості фігури. Ця боязнь стає домінуючою ідеєю, і хворі встановлюють для себе низька межа маси тіла. Є значні порушення в уявленні про своє тіло, про його масу, пропорції і форми, наприклад, хворі на анорексію вважають себе жирними навіть будучи виснаженими або вважають, що якась частина тіла дуже жирна і через це потворна, хоча насправді це зовсім не так.

Найчастіше нервова анорексія зустрічається в підлітковому віці. Лише 4 6% серед хворих на анорексію складають хлопчики. Тобто в переважній більшості випадків нервова анорексія властива дівчаткам підліткового віку. Це розлад зустрічається приблизно у однієї дівчинки (дівчата) з 100 у віці від 12 до 18 років.

Студенти мають засвоїти основні ознаки анорексії. Нервова анорексія виражається в наполегливому прагненні схуднути за допомогою самообмеження в їжі. Багато психіатрів відзначають, що термін анорексія для визначення цього розладу є невірним, оскільки анорексія - це відсутність апетиту. Але при нервовій анорексії спочатку немає порушень апетиту, навпаки, хворі говорять про добрий апетит і відчуття голоду. Апетит у хворих на нервову анорексію знижується тільки на важких стадіях. Особливе ставлення до їжі проявляється і в тому, що деякі хворі ховають її по всьому будинку, постійно носять в кишені печиво, солодощі або щось інше, але не їдять.

Нервова анорексія розглядається в структурі синдрому дисморфоманії (дисморфофобії), тобто хворобливої переконаності в наявності у себе фізичних вад, найчастіше уявних або надмірно перебільшених. Нервова анорексія - це одна з небагатьох психічних хвороб, яка може привести до смерті, і в цьому полягає її головна небезпека.

Нервова булімія - це розлад, що характеризується повторними нападами переїдання і вираженим занепокоєнням з приводу маси тіла. Так, наприклад, нервову булімію приписують англійській принцесі Діані і деяким знаменитим співачкам і актрисам. Нервова булімія проявляється швидким поглинанням їжі за короткий проміжок часу, причому сама людина не може контролювати свою поведінку, пов'язану з їжею, тому такі епізоди виникають регулярно.

Після таких епізодів вгамування вовчого голоду (булімія в перекладі з грецького означає обжерливість) у хворого нервовою булімією може виникати почуття фізичного дискомфорту, нудоту, болі в животі, а також почуття провини, погіршення настрою, депресію і навіть ненависть до самого себе за нестриманість в їжі.

Таке емоційний стан носить назву страждання після обжерливості.

У більшості хворих нервовою булімією вага тіла залишається в межах нормального, але у деяких може бути злегка підвищений або знижений. Такі хворі стурбовані своєю фігурою і зовнішністю, переживають, що думають оточуючі про їх зовнішності і сексуальної привабливості.

Прагнення заїдати неприємності властиве деяким жінкам, які не страждають нервовою булімією, наприклад, в період зниженого настрою, викликаного будь-якими психотравмуючими факторами, жінки знаходять своєрідну розраду в їжі, і чим гірше їх настрій, тим більше вони їдять.

Завдання для самостійної роботи

Тема 10. Нервова анорексія та булімія

1. Причини нервової анорексії..
2. Порушення Я-образу хворих на анорексію.
3. Дистормоманія. Особливості особистості хворих на анорексію.
4. Групи ризику виникнення анорексії (вік, стать).
5. Нервова булімія. Причини нервової булімії.
6. Особливості особистості хворих на булімію.

Тема 11. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ДЕЯКИХ ЗАХВОРЕННЯХ

11.1. Психічні розлади при атеросклерозі судин головного мозку. Вік як чинник ризику. Психосоматичний стан хворих на атеросклероз судин головного мозку. Зміни характеру при атеросклерозі судин головного мозку.

11.2. Психічні розлади при гіпертонічній хворобі. Психосоматичний стан хворих на гіпертонію. Основні фобії хворих на гіпертонію. Тяжкі психічні порушення хворих на гіпертонію.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Тема складна для засвоєння, оскільки щільно пов'язана із медициною. Але для студентів-психологів є важливою, оскільки особистісні особливості хворим із різними діагнозами екстраполюються на систему міжособистісних відносин.

Психічні порушення при атеросклерозі судин мозку. Атеросклероз - захворювання з хронічним перебігом, при якому багато судин, в тому числі і церебральні (тобто мозкові), уражаються так званими атеросклеротичними бляшками, які звужують внутрішній просвіт артерій, через що погіршується кровопостачання органів, що викликає різні порушення. Атеросклероз судин

головного мозку (інша назва церебральний атеросклероз) супроводжується нервовопсихічними змінами, а при несприятливому перебігу може призвести до змін особистості, вираженого недоумства і навіть до смерті.

Студенти мають засвоїти, що психічні порушення при церебральному атеросклерозі починаються з дратівливості, нестійкості емоційних проявів, підвищеної стомлюваності, зниження активності і працездатності.

Особливо погіршується інтелектуальна діяльність. Хворі на атеросклероз стають розсіяними, активна увага у них знижується, темп мислення сповільнюється. Хворі на церебральний атеросклероз дуже чутливі до змін погоди, болісно реагують на коливання атмосферного тиску. При його різких коливаннях дратівливість, головний біль і загальне нездужання посилюються.

Знижений настрій поєднується з почуттям безнадії і безперспективності. Хворі песимістично ставляться до свого майбутнього і прогнозу свого стану. У деяких хворих виникає безпричинна тривога, особливо при погіршенні самопочуття.

Психолог має розуміти, що у міру прогресування захворювання у хворих змінюється характер. Спочатку посилюються (загострюються) риси особистості, які раніше були компенсовані й непомітні. Можуть бути істеричні прояви, примхливість, вимога підвищеної уваги до себе, оскільки вони важко хворі. Потім відбувається гротескна зміна колишніх рис характеру. Недовірливі люди стають підозрілими, їм здається, що їх права постійно порушуються, і вони пишуть скарги в різні інстанції. Марнотратні ще більш легковажно ставляться до грошей і витрачають їх даремно, економні стають скупими, безтурботні абсолютно безтурботними, недобррозичливі злісними, схильні до побоювань тривожними і так далі.

Психіатри називають такі явища карикатурною зміною особистості, шаржуванням колишніх рис особистості.

Найбільш частими порушеннями при атеросклерозі мозкових артерій є порушення пам'яті. При опрацюванні даного питання рекомендуємо додатково обговорити загальні питання психології пам'яті, її влативості та процеси.

Психічні порушення при гіпертонічній хворобі. Гіпертонічна хвороба характеризується не тільки порушеннями з боку внутрішніх органів, але і психічними порушеннями. Найбільш частими скаргами хворих є дратівливість, головні болі, млявість, підвищена стомлюваність. Хворі стають неуважними, недовірливими, слабкодушкими і плаксивими, вкрай образливими. У одних переважає дратівливість і запальність, у інших млявість і підвищена стомлюваність.

Найбільш тяжкі для хворих нав'язливі страхи (фобії), яких до хвороби у них не спостерігалось. Найчастіша з фобій кардіофобія - страх невилікового захворювання серця. Рекомендуємо при опрацюванні цього питання проблему фобій обговорити додатково.

Одночасно з кардіофобією може бути страх смерті. З інших фобій можливий страх висоти, великого натовпу, обмеженого простору.

Як і при атеросклерозі мозкових артерій, при гіпертонічній хворобі змінюється характер хворих, виникає карикатурне, шаржоване спотворення

особистості, коли колишні риси характеру посилюються, приймаючи гротескних форм. Хворі на гіпертонію стають все більш важкими у спілкуванні, особливо для членів своєї родини. Вони легко спалахують з незначного приводу, не терплять заперечень, ображаються і плачуть через дрібниці, звинувачують своїх дітей, що ті не розуміють їх стану і недостатньо уважні до них.

Завдання для самостійної роботи

Тема 11. Психічні розлади при деяких захворюваннях

1. Психічні розлади при атеросклерозі судин головного мозку.
2. Зміни характеру при атеросклерозі судин головного мозку.
3. Психічні розлади при гіпертонічній хворобі.
4. Основні фобії хворих на гіпертонію.
5. Тяжкі психічні порушення хворих на гіпертонію

Тема 12. СЕНІЛЬНА ДЕМЕНЦІЯ

12.1. Патологічні зміни характеру при сенільній деменції. Біологічні потреби хворих на сенільну деменцію.

12.2. Особливості моральних установок. Гіперсексуальність на тлі статевого безсилля хворих на сенільну деменцію

12.3. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих на сенільну деменцію.

12.4. Дезорієнтація у власній особистості. Синдром відсутності почуття сну. Психози хворих на сенільну деменцію.

12.5. Стадія маразму у хворих на сенільну деменцію

Методичні рекомендації до вивчення теми

При опрацюванні даної теми рекомендуємо спиратися на знання, отримані з вікової психології, оскільки старече слабоумство зазвичай розвивається у віці 65-85 років, хоча початок може бути і більш раннім, і більш пізнім. Інша назва старечого недоумства - сенільний деменція. Початок хвороби зазвичай проявляється поступово, повільно. Починається вона зі зміни характеру. На перший погляд зміни характеру нагадують ті, які властиві природному старінню, але вони більш виражені і швидше прогресують.

Студенти мають усвідомити, що спочатку особистісні риси загострюються, виступають у перебільшеному вигляді. Акуратність і любов до порядку перетворюється на дріб'язкову педантичність, ощадливість - у скнарність, твердість характеру - у тупу впертість. Потім все особистісні риси згладжуються (нівелюються). Відбувається патологічна зміна особистості, властива саме старечому недоумству (це називається сенільною психопатизацією особистості), і всі хворі на сенільну деменцію за характером стають схожими один на одного.

Всім хворим на старече недоумство властиві егоцентризм і черствість по відношенню до своїх близьких, втрата чуйності, співчуття і колишньої здатності

емоційно відгукуватися на події, прискіпливість, звуження світогляду та інтересів, шаблонність поглядів і висловлювань, нетактовність.

Хворі на сенильну деменцію збирають і накопичують старі і вже нікому не потрібні речі. Вони не дозволяють членам сім'ї викидати старий одяг і взуття, навіть, якщо вона продірявилася і не годиться для шкарпетки, не викидають навіть тріснуті чашки або іншу кухонне начиння, які прийшли у непридатність.

Всі колишні інтереси і захоплення у хворих на сенильну деменцію пропадають. Поряд з цим зростають елементарні біологічні потреби. Підвищується апетит, і хворі стають ненажерливими. Нерідко вони неохайні у їжі, квапливо заковтують їжу, як ніби хтось її забирає або їх довго морили голодом, що створює відразливе враження на оточуючих. Коли їх намагаються переконати не їсти так швидко і неакуратно, вони, анітрохи не бентежачись, можуть заявити, що їх не годують або тримають впроголодь. Насправді через підвищеного апетиту вони постійно відчувають почуття голоду, і як би добре їх ні годували, вони ніколи не бувають задоволені.

Зникають сором'язливість і колишні моральні установки. З'являється гіперсексуальність. Зазвичай вона поєднується з статевим безсиллям, тому найчастіше приймає збочені форми. Хворі на старече недоумство проявляють підвищений інтерес до молодих людей протилежної статі, заводять з ними розмови на еротичні теми, супроводжуючи їх непристойними коментарями і натяками, що завжди справляє відразливе враження.

Хворі на старече недоумство бувають впертими і підозрілими зі своїми дітьми, але вкрай легковірними у відносинах з сторонніми. Вони легко піддаються чужому впливу, часто на шкоду своїм інтересам. Через підвищену сексуальність вони можуть захопитися хлопцем або дівчиною і віддати їм всі свої заощадження, хоча раніше вважали кожну копійку і своїм дітям не давали нічого. Душевне життя стає все більш примітивним і одноманітним. З самого початку захворювання виникають інтелектуальна недостатність і порушення пам'яті. Ці порушення неухильно нарастають і з часом призводять до глибокого недоумства і розпаду всієї психічної діяльності.

У першу чергу страждає механічна пам'ять. Хворі не можуть утримати у пам'яті нову інформацію. Потім виникає так звана фіксаційна амнезія - хворі не можуть запам'ятати, що відбувається. Коли фіксаційна амнезія стає вираженою, хворі не пам'ятають, яке сьогодні число, день тижня (дезорієнтація у часі), не пам'ятають своєї адреси, не знають, де вони в даний момент знаходяться (дезорієнтація у навколишній обстановці).

Порушення мислення починаються із втрати найвищих його форм здатності до узагальнення і абстрагування. Хворі не здатні до умовисновків, утворення понять і встановлення причинно-наслідкових зв'язків між явищами.

У хворих на сенильну деменцію спостерігається так зване збочення формули сну - вдень вони сплять, клують носом, навіть якщо ненадовго присіли в крісло перед телевізором, а вночі не сплять, бродять по будинку.

У деяких хворих вночі спостерігаються епізоди спутаної свідомості - вони починають метушитися, збираються кудись, кажуть, що їм терміново потрібно їхати, що вони запізнюються на поїзд тощо. Якщо хворі вночі сплять, то вранці

часто скаржаться, що всю ніч не могли заснути. Цей симптом називається відсутністю почуття сну. Він буває при багатьох захворюваннях пізнього віку. Приблизно у 10% хворих на старече недоумство розвиваються психози. Зазвичай буває марення збитку (хворі вважають, що оточуючі прагнуть заподіяти їм матеріальний збиток, псують їхнє майно), марення отруєння (переконаність, що їм щось підсипають в їжу, бажаючи отруїти), марення пограбування (переконаність, що їх мають намір пограбувати або грабують їхні родичі) і марення переслідування (за ними стежать, на вулиці все дивляться підозріло). Буває і марення фантастичного змісту. Іноді виникають галюцинації або поєднання марення і галюцинацій.

Завдання для самостійної роботи

Тема 12. Сенільна деменція

1. Патологічні зміни характеру при сенільній деменції.
2. Особливості моральних установок.
3. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих на сенільну деменцію.
4. Дезорієнтація у власній особистості. Прогресуюча амнезія.
5. Стадія маразму у хворих на сенільну деменцію

Тема 13. ШИЗОФРЕНІЯ

13.1. Особливості протікання шизофренії. Е. Крепелін, В. Х. Кандинський, Е. Блейлер та С. С. Корсаков про шизофренію. Ендогенне походження шизофренії. Неоднозначна роль психічної травми у розвитку шизофренії.

13.2. Клінічні прояви шизофренії. Негативні симптоми шизофренії. Ураження емоційної та вольової сфери при шизофренії.

13.3. Пасивний та активний негативізм при шизофренії. Особливості міжособистісних відносин хворих на шизофренію. Деадаптація у соціумі.

13.4. Продуктивна симптоматика при шизофренії. Особливості лікування, реабілітації та реадаптації хворих на шизофренію.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Тема для засвоєння складна, але студенти можуть спиратися на знання про шизоїдну акцентуацію характеру та знання про особливості шизоїдної особистості. Шизофренія - психічне захворювання, яке протікає хронічно у вигляді нападів або безперервно і призводить до характерних однотипних змін особистості (дефекту) з дезорганізацією психічних функцій (мислення, емоцій і поведінки).

Слово «шизофренія» походить від грецького schizo - розщеплюю, розколюю і phren - душа. Тобто, психічні функції ніби то розщеплюються: пам'ять і набуті раніше знання зберігаються, а інша психічна діяльність порушується. Цей розлад в якості єдиного захворювання було виділено в 1896 році німецьким психіатром Е. Крепеліном. Він встановив, що група найбільш зл�кїсних

психічних захворювань починається в підлітковому і юнацькому віці, швидко призводить до однакового стану, глибокого дефекту особистості, і назвав цю хворобу dementia praecox- раннє слабоумство.

Шизофренія відноситься до ендогенних захворювань (ендо- в перекладі з грецького зсередини, внутрішній, екзо - зовнішній, зовнішній). На відміну від так званих екзогенних захворювань, які викликані зовнішніми негативними впливами, наприклад, черепно-мозковою травмою, інфекційним захворюванням, інтоксикацією та ін., при шизофренії таких явних зовнішніх факторів немає. Звідси і назва «ендогенне захворювання», тобто таке, що розвивається ніби то зсередини, без зовнішнього впливу. Хоча іноді перший напад шизофренії може розвинути після будь-якої психічної травми (в таких випадках в народі кажуть, що людина зійшла з розуму від горя), але після цього ще не означає внаслідок цього. Це може бути простим збігом, і в клінічній картині шизофренії психотравмуюча ситуація зовсім не звучить, тобто немає зв'язку між психічною травмою і болючими переживаннями.

Буває, що психічна травма ніби то спровокувала прихований шизофренічний процес, який навіть без такої психотравми рано чи пізно проявився б і був нею лише прискорений.

Студенти мають чітко засвоїти клінічні прояви шизофренії, які дуже різноманітні. При ній можуть спостерігатися майже всі відомі в психіатрії симптоми і синдроми. Але незважаючи на різноманіття симптомів і синдромів шизофренії, при цьому захворюванні завжди є типові прояви, загальні для всіх хворих. Ці порушення зустрічаються при всіх формах шизофренії, але ступінь їх вираженості різна. Їх називають «негативними симптомами», оскільки вони відображають той збиток для психіки хворого, який завдає хвороба. Найбільшою мірою при шизофренії уражаються емоційна і вольова сфери.

Емоційне зниження. Воно починається з наростаючої емоційної холодності хворих до своїх рідних і інших близьких людей, байдужості до оточуючих, байдужості до того, що безпосередньо відноситься до хворого, втрати колишніх інтересів і захоплень.

Амбітендентність - розлад, аналогічне амбівалентності, що виявляється подвійністю прагнень, мотивів, дій, тенденцій.

Може бути дисоціація емоційної сфери - хворий сміється, коли відбувається сумна подія або плаче при радісній події. Хворі можуть бути байдужі до горя своїх рідних, важкої втрати і засмучуватися, побачивши розтоптаний квітка або хвору тварину.

Емоційна тупість - це недостатність (бідність) емоційних проявів, байдужість до своїх близьких, втрата здатності емоційно відгукуватися на горе, печаль і неприємності інших людей, в тому числі і рідних, огрубіння почуттів.

Порушення вольової діяльності. У самих виражених випадках вольові порушення називаються абулією. Абулія - часткова або повна відсутність спонукань до діяльності, втрата бажань, у виражених випадках - повна байдужість і бездіяльність, припинення спілкування з оточуючими.

Аутизм (від грецького autos - сам) - втрата контактів з оточуючими, відхід від дійсності у свій внутрішній світ, у свої переживання. Аутизм виявляється

відходом хворого у себе, відгородженості від зовнішнього світу, зміною ставлення хворого до людей, втратою емоційного контакту з оточуючими. Це не просто замкнутість, яка буває при шизоїдній психопатії і деяких інших особистісних розладах. Аутистичною на ранніх етапах шизофренії може бути і людина, яка формально контактує з оточуючими, але у свій внутрішній світ вона нікого не допускає, цей світ закритий для всіх, включаючи найближчих хворому людей.

Завдання для самостійної роботи

Тема 13. Шизофренія

1. Е. Крепелін, В. Х. Кандинський, Е. Блейлер та С. С. Корсаков про шизофренію.
2. Ендогенне походження шизофренії. Неоднозначна роль психічної травми у розвитку шизофренії.
3. Клінічні прояви шизофренії. Негативні симптоми шизофренії.
4. Особливості мовленнєвої сфери хворих на шизофренію (мутизм).
Порушення мисленнєвої діяльності.
5. Особливості міжособистісних відносин хворих на шизофренію
6. Особливості лікування, реабілітації та реадaptaції хворих на шизофренію.

Тема 14. Біполярний афективний розлад

- 14.1. Фази та інтермісії при біполярному афективному розладі. Ендогенне походження біполярному афективному розладі
- 14.2. Циклофренія (виражена форма біполярному афективному розладі), циклотимія (легка форма біполярному афективному розладі).
- 14.3. Особливості протікання депресивної фази. Візуальні ознаки тяжкої депресії.
- 14.4. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих на маніакально-депресивний психоз. Часова перспектива хворих на біполярному афективному розладі. Суїцидальна активність.
- 14.5. Особливості протікання маніакальної фази. Ступені вираженості маніакальних станів.
- 14.6. Психосексуальна активність. Манії (величі, весела, експансивна, гнівлива). Гіпермнезія хворих на біполярному афективному розладі.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Рекомендуємо при опрацюванні даної теми повторити тему «Психопатії та акцентуації підлітка», пригадати класифікацію А. Є. Лічко та К. Леонгардта.

Студенти мають засвоїти, що, як і шизофренія, маніакально-депресивний психоз відноситься до ендогенних захворювань, які виникають аутохтонно, без

впливу зовнішніх факторів. Інші його назви циркулярний психоз, циркулярне божевілля, маніакально-депресивні захворювання, циклофренія, циклотимія.

Виражена форма маніакально-депресивного психозу називається циклофренія. Полегшена, м'яка форма називається циклотимією.

Термін маніакально-депресивний психоз ввів в 1889 році Е. Крепелін. Термін циклотимія уперше застосував К.Кальбаум. Захворювання може початися у будь-якому віці, але частіше в зрілому і пізньому (30-60 років). Жінки хворіють маніакально-депресивним психозом приблизно вдвічі частіше за чоловіків.

Для маніакально-депресивного психозу характерне чергування фаз і світлих проміжків. Може бути чергування депресивних і маніакальних фаз, при цьому одна фаза безпосередньо переходить в іншу (двофазний, біполярний психоз), або чергування депресивних фаз і світлих проміжків (монополярний депресивний психоз), або чергування маніакальних фаз і світлих проміжків (монополярний маніакальний психоз).

Якщо за маніакальною або депресивною фазою йде світлий проміжок, а потім виникає нова фаза, протилежна первісній, це називається альтерніруючим плином.

Чисельність фаз у різних хворих різна: може бути єдина фаза протягом життя, але бувають випадки, коли фази виникають щорічно і навіть кілька разів на рік. Депресивні фази спостерігаються частіше, ніж маніакальні.

Депресивний стан (депресивна фаза). Депресивна фаза (депресивний стан) має класичну клінічну картину. Вона характеризується тріадою психічних розладів: зниженим настроєм, уповільненням розумових процесів і руховою загальмованістю.

Найбільш характерна ознака депресивної фази - пригнічений, тужливий настрій. Буває так звана "передсерцева туга" - поєднання тужливого настрою з тяжкими, болісними відчуттями, з почуттям стискання, тяжкості і пекучого болю в області серця.

Студенти мають засвоїти одну важливу особливість цієї хвороби - думки про смерть і самогубство у депресивних хворих майже постійні, і саме тому це дуже небезпечний стан. Як відомо, самогубства в стані депресії дуже часті, але при важкій формі ендогенної депресії, на відміну від реактивної (тобто тієї, що виникає після психічної травми), думка про самогубство виникає не раптово, по типу короткого замикання, а присутня постійно.

При станах субдепресії (тобто, коли не досягається рівень глибокої депресії) говорять про циклотимію. Її напади не потребують лікування в лікарні і лікуються амбулаторно, а в деяких випадках проходять самотійно.

Маніакальний стан (маніакальна фаза). Маніакальний стан характеризується протилежними депресії симптомами - підвищеним настроєм, прискоренням розумових процесів і руховою активністю, яка доходить до ступеня маніакального збудження.

Маніакальні стани можуть бути різного ступеня вираженості.

Легкі стани називаються гіпоманією, середньої вираженості - типовими маніакальними станами, а важкі - манією з маренням величі та манії зі сплутаністю.

При маніакальній фазі спостерігається симптом підвищеного відволікання. Хворий реагує на будь-які події, слова або вчинки оточуючих.

Маніакальні стани часто супроводжуються загостренням пам'яті. Це називається «гіпермнезія». Хворі можуть прочитати вірші, які знали багато років тому, але в звичайному стані ніколи не згадували, або згадати інформацію, яка здавалася їм давно забутою.

У виражених випадках виникає марення величч.

Безглузвих маячних ідей, як при шизофренії, тут не буває. Хворі легко висловлюють свої ідеї, але так само легко можуть від них і відмовитися. Виділяють кілька варіантів маній. Для веселої манії характерний радісний настрій, ейфорія, прекрасне фізичне самопочуття і переоцінка власних можливостей. При експансивній манії підвищений настрій поєднується з ідеями величч і гіперактивною діяльністю. Гнівлива манія характеризується не ейфорією, а гнівливістю, озлобленістю, дратівливістю і постійними конфліктами з оточуючими.

Завдання для самостійної роботи

Тема 14. Біполярний афективний розлад.

1. Фази та інтермісії при біполярному афективному розладі.
2. Циклофренія (виражена форма біполярного афективного розладу), циклотимія (легка форма біполярного афективного розладу)
3. Особливості протікання депресивної фази. Візуальні ознаки тяжкої депресії.
4. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих при біполярному афективному розладі.
5. Часова перспектива хворих на біполярного афективного розладу. Суїцидальна активність.

Тема 15. ЕПІЛЕПСІЯ

- 15.1. Авіценна про епілепсію. Епілептичні напади. Аура перед нападом (психічна, зорова, слухова, нюхова).
- 15.2. Епілептичний статус хворого. Абсанс хворого.
- 15.3. Особливості епілептоїдного характеру. Дисфорія. Сомнамбулія хворого на епілепсію. Епілептичне слабоумство.

Методичні рекомендації до вивчення теми

Епілепсія - хронічне психічне захворювання, що виявляється в судомних припадках і психічних порушеннях.

Термін «епілепсія» був введений лікарем Авіценною у XI столітті. Також її називали священною, місячною (через сноходження, лунатизму).

Епілептичні напади. Напади при епілепсії бувають широкими і малими. Хворі приходять до великого епілептичного припадку за кілька годин або днів до

межі. Занепокоєння, дратівливість, що виникають, посмикування окремих м'язів обличчя і тіла. Можуть бути серцебиття, почуття тяжкості в голові, світлобоязнь, гострота слуху, нюху і смаку.

Приблизно у половини хворих на епілепсію перед нападом виникає аура (Aura по-грецькі означає подих). Аура буває різною. Можуть виникати різні відчуття в органах почуттів - сенсорна аура. Наприклад, при зоровій аурі виникають спалахи світла або предмети стають надзвичайно яскраво "пофарбованими». При слуховій аурі хворі чують звуки, яких насправді немає. При нюховій аурі хворі відчують дивні запахи диму. Може бути і така аура, коли у хворого виникають неприємні відчуття в животі, нудота, блювота і серцебиття. При психічній аурі можливі переживання чогось страшного, жахливого.

Після аури виникає тонічна фаза епілептичного нападу, яка проявляється різкою напругою всієї мускулатури. Хворий може видавати характерний крик через виштовхування повітря через судорожно звужену голосову щілину. Хворий падає на підлогу, на землю, на предмети, найчастіше обличчям вперед. Під час нападу можливі переломи, вивихи і удари. Тонічна фаза триває близько 30 секунд.

Потім настає фаза клонічних судом. Відбуваються судомні скорочення поперемінно то згинальна, то розгинальна мускулатури тулуба, рук і ніг. Дихання хрипке, клекотіле, синюшність поступово проходить. Очі хворого закриваються. Виникає прикус язика і слизової оболонки рота, через це на губах з'являється кривава піна. Через 1-2 хвилини судоми слабшають, а потім проходять.

Постнападний стан триває від декількох хвилин до 1-2 годин. Погляд хворого блукаючий, свідомість неясна, і він погано усвідомлює навколишнє, мова безладна. Найчастіше потім настає сон, але деякі хворі після нападу можуть встати.

У тих випадках, коли напади слідують один за іншим, і в проміжках між ними хворий не приходить до тями, розвивається небезпечний стан, який називається епілептичним статусом.

Рекомендуємо особливу увагу звернути на психічні порушення при епілепсії. Психічні порушення при епілепсії можуть бути у вигляді психічних еквівалентів, які ніби то є заміною нападів, а також у вигляді поступово наростаючих хронічних змін психічної діяльності, змін особистості хворого, його характеру і інтелекту.

Дисфорія - тоскно-злісний настрій, що виникає без будь-якої причини. Це поняття має бути знакомим студентам із вікової психології.

Сутінковий розлад свідомості - порушення свідомості, при якому навколишнє сприймається у спотвореному вигляді. З'являються страх, злість, агресивність, прагнення кудись бігти. Виникають марення і галюцинації. Через ці переживань хворі можуть учинити суспільно небезпечні дії, аж до вбивства.

Амбулаторний автоматизм супроводжується сутінковим розладом свідомості, але зовні поведінка хворого може виглядати цілеспрямованою і впорядкованою, і навколишні можуть нічого не помітити. В такому стані хворий здатний здійснювати тривалі подорожі, він купує квиток і сідає в поїзд, а приїхавши в інше місто і прийшовши до тями, не розуміє, як туди потрапив.

Сомнамбулізм (лунатизм) найчастіше буває у дітей та підлітків і розглядається як еквівалент нападу.

Зміни мислення у хворих на епілепсію типові. На перший план виступає крайня в'язкість, докладність розумового процесу, труднощі перемикання з однієї теми на іншу. Хворі деталізують всі малозначні подробиці, застрягають на непотрібних дрібницях. Почавши щось розповідати, епілептик мучить співрозмовника непотрібними подробицями, йде від головної теми до випадкових, попутно виникли обставин і ніяк не може дістатися до головного, що він хотів сказати.

Завдання для самостійної роботи

Тема 15. Епілепсія

1. Епілептичні напади. Аура перед нападом (психічна, зорова, слухова, нюхова).
2. Епілептичний статус хворого.
3. Особливості епілептоїдного характеру. Фізіологічні основи уявлення.
4. Епілептичне слабоумство.

ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Тема 1. Предмет, задачі та основні етапи розвитку психіатрії

1. Психіатрія як наука: визначення та основні етапи розвитку.
2. Предмет та задачі психіатрії.
3. Основні розділи психіатрії.
4. Найбільш важливі здобутки сучасної психіатрії.

Групова дискусія щодо великої та малої психіатрії.

Тема 2. Етіологія та патогенез психічних розладів.

Основи клінічної та параклінічної діагностики

1. Основні види психічних хвороб. Ендогенні психічні хвороби. Екзогенні психічні розлади.
2. Психогенії (реактивні психози, невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні).
3. Патологія психічного розвитку (розлади особистості, олігофренії).
4. Етіологічні фактори психічних захворювань.
5. Клінічний метод у психіатрії. Етапи застосування клінічного метода.
6. Особливості експериментально-психологічного обстеження у психіатрії..

Групова дискусія щодо методів психіатричного дослідження. Розробка карти-схеми.

Тема 3. Класифікація психічних розладів

1. Категорії діагностики та класифікації у психіатрії.
2. Мета діагностики. Мета класифікації.
3. Особливості застосування класифікаційних систем у психіатрії.
4. Психотерапія та класифікація психічних захворювань.
5. Психіатрична систематика МКБ-10.

Групова дискусія щодо порівняння діагностики та класифікації в психіатрії.
Розробка дерева: «психіатрична систематика»

Тема 4. Характеристика невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів

1. Основні поняття (невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні, психогенні захворювання, психічна травма, важка психічна травма, психотравмуюча ситуація).
2. Загальна характеристика психогенних захворювань.
3. Конкордантно-нормальні особистості. Дискордантно-нормальні особистості
4. Принцип розвитку.
4. Істерія. Особливості характеру як фактори ризику виникнення істерії..
5. Невротичний розлад при нав'язливих станах.

Тема 5. Характеристика розладів особистості

1. Загальне уявлення про розладах особистості. Основні ознаки психопатій за Б.П.Ганнушкіним.
2. Біологічні та соціальні чинники формування розладів особистості.
3. Психопатоподібні стани. Їх відмінність від розладів особистості.
4. Особливості психопатій у підлітковому віці.
5. Види розладів особистості. Основні відмінності акцентуацій та розладів особистості за А. Є. Лічко.
6. Соціометрія як метод соціальної психології: суть, правила проведення, обробка і інтерпретація результатів.
7. Емоційно тупі психопати за Е.Крепеліном та К.Шнейдером.

Практична робота: «Ознайомлення з ПДО Лічко».

Тема 6. Сексуальні збочення

1. Перверзії (парафілії). Основні причини виникнення парафілій.
2. Порушення сексуальної орієнтації. Заміщення об'єкту сексуального потягу.
3. Справжні та псевдоперверзії.
4. Статеві збочення.

Ознайомлення з проективною методикою «Кодування»

Тема 7. Затримка психічного розвитку

1. Причини ЗПР. Тимчасові ЗПР.
2. Вроджені легкі форми ЗПР (конституційно глупий тип).

3. Педагогічна занедбаність як причина ЗПР.
4. Роль праці у формуванні і розвитку свідомості людини. Концепція О.М.Леонтьєва.
5. Прояви ЗПР.
6. Психічний інфантилізм.
7. Затримки розвитку, обумовлені органічним пошкодженням мозку на ранніх етапах його розвитку.
8. Психогенно обумовлені затримки розвитку, викликані дефіцитом інформації у ранньому дитячому віці.

Тема 8. Розлади психічного розвитку у дітей

1. Загальна характеристика розладів психічного розвитку у дітей.
2. Розлади мовлення. Розлади експресивного мовлення.
3. Розлади мовленнєвого вираження. Розлади рецептивного мовлення. Розлади мовленнєвої артикуляції.
4. Розлади розвитку навчальних навичок.
5. Коректувальні заходи при розладах мовлення у дітей.

Групова дискусія. Розробка дерева-схеми «Розвиток мовлення дитини». Відповіді на питання. Обговорення результатів.

Тема 9. Олігофренія

1. Загальна характеристика слабоумства.
2. Чинники виникнення олігофренії (ендогенні та екзогенні).
3. Алкоголізм батьків як причина олігофренії дітей.
4. Глибокі ступені олігофренії (імбецильність, ідіотія).
5. Особливості мовлення олігофренів..
6. Особливості психомоторики олігофренів.
7. Емоційна сфера олігофренів. Особливості особистості олігофренів.
8. Дебільність як легка форма олігофренії..
9. Психічний розвиток імбецилів.

Тема 10. Нервова анорексія та булімія

1. Причини нервової анорексії..
2. Порушення Я-образу хворих на анорексію.
3. Дисморфоманія. Особливості особистості хворих на анорексію.
4. Групи ризику виникнення анорексії (вік, стать).
5. Нервова булімія. Причини нервової булімії.
6. Особливості особистості хворих на булімію.

Тема 11. Психічні розлади при деяких захворюваннях

1. Психічні розлади при атеросклерозі судин головного мозку.
2. Зміни характеру при атеросклерозі судин головного мозку.
3. Психічні розлади при гіпертонічній хворобі.
4. Основні фобії хворих на гіпертонію.
5. Тяжкі психічні порушення хворих на гіпертонію

Тема 12. Сенільна деменція

1. Патологічні зміни характеру при сенільній деменції.
2. Особливості моральних установок.
3. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих на сенільну деменцію.
4. Дезорієнтація у власній особистості. Прогресуюча амнезія.
5. Стадія маразму у хворих на сенільну деменцію

Тема 13. Шизофренія

1. Е. Крепелін, В.Х.Кандинський, Е.Блейлер та С.С.Корсаков про шизофренію.
2. Ендогенне походження шизофренії. Неоднозначна роль психічної травми у розвитку шизофренії.
3. Клінічні прояви шизофренії. Негативні симптоми шизофренії.
4. Особливості мовленнєвої сфери хворих на шизофренію (мутизм).
Порушення мисленнєвої діяльності.
5. Особливості міжособистісних відносин хворих на шизофренію
6. Особливості лікування, реабілітації та реадaptaції хворих на шизофренію.

Тема 14. Биполярний афективний розлад

1. Фази та інтермісії при биполярному розладі.
2. Циклофренія (виражена форма биполярного розладу), циклотимія (легка форма биполярного розладу).
3. Особливості протікання депресивної фази. Візуальні ознаки тяжкої депресії.
4. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих на биполярний розлад
5. Часова перспектива хворих на биполярний розлад. Суїцидальна активність.

Тема 15. Епілепсія

1. Епілептичні напади. Аура перед нападом (психічна, зорова, слухова, нюхова).
1. Епілептичний статус хворого.
2. Особливості епілептоїдного характеру. Фізіологічні основи уявлення.
4. Епілептичне слабоумство.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ

1. Історичні етапи формування психіатричної допомоги
2. Сучасний етап розвитку психіатрії.
3. Зв'язок психіатрії з іншими науками.
4. Основні розділи психіатрії.
5. Основні види психічних хвороб.
6. Ендогенні психічні хвороби. Екзогенні психічні розлади.
7. Екзогенні психічні розлади.
8. Етіологічні фактори психічних захворювань.
9. Клінічний метод у психіатрії..
10. Місце та значення психіатрії серед інших галузей психологічних та медичних знань.
11. Параклінічні методи у психіатрії.
12. Особливості експериментально-психологічного обстеження у психіатрії.
13. Загальна характеристика психогенних захворювань.
14. Основні особливості невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів.
15. Основні види невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів.
16. Істерія.
17. Особливості спілкування з істеричними хворими.
18. Види нав'язливих станів
19. Загальне уявлення про розлади особистості.
20. Психопатоподібні стани.
21. Провідна роль стилів виховання у формуванні розладів особистості у дитячому віці.
22. Особливості розладів особистості у підлітковому віці.
23. Види розладів особистості.
24. Основні відмінності акцентуацій та психопатій за А.Є. Лічко.
25. Асоціальні та кримінальні аспекти розладів особистості.
26. Історичний погляд на сексуальні збочення.
27. Справжні та псевдоперверсії.
28. Педагогічна занедбаність як причина ЗПР.
29. Затримки розвитку, обумовлені органічним пошкодженням мозку на ранніх етапах його розвитку.
30. Загальна характеристика розладів психічного розвитку у дітей. Розлади мовлення.
31. Загальна характеристика слабоумства..
32. Глибокі ступені олігофренії.
33. Дебільність як легка форма олігофренії.
34. Причини нервової анорексії..
35. Нервова булімія. Причини нервової булімії..
36. Психічні розлади при атеросклерозі судин головного мозку..
37. Психічні розлади при гіпертонічній хворобі..

38. Патологічні зміни характеру при сенільній деменції..
39. Стадія маразму у хворих на сенільну деменцію
40. Особливості протікання шизофренії.
41. Клінічні прояви шизофренії.
42. Абулія, апатія та аутизм хворих на шизофренію.
43. Особливості лікування, реабілітації та реадaptaції хворих на шизофренію.
44. Ендогенне походження біполярного афективного розладу .
45. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих біполярним афективним розлад. Гіпермнезія хворих біполярним афективним розлад..
46. Авіценна про епілепсію.
47. Епілептичний статус хворого..
48. Особливості епілептоїдного характеру.
49. Епілептичне слабоумство.

ПИТАННЯ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ (ІСПИТУ)

1. Предмет і задачі психіатрії.
2. Зв'язок психіатрії з іншими науками, що вивчають людину.
3. Місце психіатрії в системі сучасних наук.
4. Визначення терміна «Психіатрія». Основні розділи психіатрії.
5. Донауковий період, еллінська медицина.
6. Епоха греко-римської медицини.
7. 18 - початок 19-го сторіччя - період становлення психіатрії як галузі медицини.
8. Епоха нозологічної психіатрії Е. Крепеліна. Сучасний етап розвитку психіатрії.
9. Найбільш важливі зміни у сучасній психіатрії.
10. Велика та мала психіатрія
11. Основні види психічних хвороб.
12. Ендогенні психічні хвороби.
13. Екзогенні психічні розлади.
14. Етіологічні фактори психічних захворювань.
15. Клінічний метод у психіатрії.
16. Психіатричне обстеження та його цілі.
17. Параклінічні методи у психіатрії.
18. Особливості експериментально-психологічного обстеження у психіатрії. Психометричні методи у психіатрії
19. Особливості застосування класифікаційних систем у психіатрії. Психотерапія та класифікація психічних захворювань.
20. Основні поняття (невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, психогенні захворювання, психічна травма, важка психічна травма, психотравмуюча ситуація).
21. Загальна характеристика психогенних захворювань.
22. Основні особливості невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів . Психологічна схильність до переживання невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів.
23. Основні види невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів..
24. Основні чинники виникнення неврастенії. Основні симптоми неврастенії..
25. Істерія. Особливості характеру як фактори ризику виникнення істерії..
26. Основні істеричні порушення (істерична фуга, синдром Ганзера, псевдодеменція, істеричний ступор, пуерилизм)..
27. Неврозо нав'язливі стани. Впливи психотравмуючих факторів..
28. Загальне уявлення про психічних розладів. Основні ознаки за Б.П.Ганнушкіним.
29. Психопатоподібні стани. Їх відмінність від розладів особистості.
30. Особливості розладів особистості у підлітковому віці.
31. Види розладів особистості.
32. Основні відмінності акцентуацій та психопатій за А.Є.Лічко.

33. Асоціальні та кримінальні аспекти психопатій.
34. Історичний погляд на сексуальні збочення. Перверзії (парафілії).
35. Причини ЗПР. Тимчасові ЗПР. Вроджені легкі форми ЗПР.
36. Затримки розвитку, обумовлені органічним пошкодженням мозку.
37. Психогенно обумовлені затримки розвитку, викликані дефіцитом інформації у ранньому дитячому віці..
38. Загальна характеристика розладів психічного розвитку у дітей.
39. Загальна характеристика слабоумства. Чинники виникнення олігофренії.
40. Особливості мовлення олігофренів. Особливості психомоторики олігофренів.
41. Дебільність як легка форма олігофренії.
42. Психічний розвиток імбецилів.
43. Причини нервової анорексії.
44. Дисморфоманія. Особливості особистості хворих на анорексію.
45. Групи ризику виникнення анорексії (вік, стать).
46. Нервова булімія. Причини нервової булімії.
47. Особливості особистості хворих на булімію.
48. Психічні розлади при атеросклерозі судин головного мозку.
49. Психосоматичний стан хворих на атеросклероз судин головного мозку.
50. Основні фобії хворих на гіпертонію.
51. Патологічні зміни характеру при сенільній деменції.
52. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих на сенільну деменцію.
53. Особливості протікання шизофренії. Е. Крепелін, В.Х. Кандинський, Е.Блейлер та С.С. Корсаков про шизофренію.
54. Клінічні прояви шизофренії. Негативні симптоми шизофренії.
55. Особливості міжособистісних відносин хворих на шизофренію. Дезадаптація у соціумі.
56. Особливості лікування, реабілітації та реадаптації хворих на шизофренію.
57. Фази та інтермісії при маніакально-депресивному психозі. Ендогенне походження маніакально-депресивного психозу.
58. Зміни у пізнавальних психічних процесах хворих на маніакально-депресивний психоз.
59. Авіценна про епілепсію. Епілептичні напади. Аура перед нападом
60. Епілептичний статус хворого.
61. Особливості епілептоїдного характеру.
62. Дисфорія. Сомнамбулія хворого на епілепсію.
63. Епілептичне слабоумство.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

ОСНОВНА

1. Балакірева О.М. Рівень розповсюдження та структура вживання алкоголю та інших наркотичних речовин серед підлітків в Україні: соціологічний вимір / О.М. Балакірева, О.О. Яременко.– К. : «Укр. Ін-т соціальних досліджень», 2008.– 150 с.
2. Гавенко В.Л. Психіатрія і наркологія : підручник / В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов та ін. / За ред. В.Л. Гавенко, В.С. Бітенського.– 2-ге вид., переробл. і допов.– К. : ВСВ «Медицина», 2015.– 512 с.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика /П.Б. Ганнушкин. – СПб.: Питер, 2013. – 287 с.
4. Ганнушкин П.Б. Особенности эмоционально-волевой сферы при психопатиях //П.Б. Ганнушкин. – СПб.: Питер, 2013. – 243 с.
5. Ленг Р. Расколотое Я /Р. Ленг. – М.: Наука, 2011. – 387 с.
6. Пріб Г.А. Медико-соціальна експертиза життєдіяльності у психічно хворих : Монографія / Г.А. Пріб – К. : ІПК ДСЗУ, 2012. – 380 с.
7. Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України– 2016.
8. Соціальна психіатрія і наркологія [Навч. - метод. комплекс] /Укл. О.Г. Карагодіна, В.В. Штенгелов– К.: Акад. праці і соц. відносин Федер. проф. спілок України, 2010.– 44 с.
9. Сосланд А.И. Фундаментальная структура психотерапевтического метода /А.И. Сослан. – Минск, 2017. – 187 с.
10. Карагодіна О.Г. Соціальна значущість депресивних розладів (аналітичний огляд літератури / О.Г. Карагодіна // Журнал «Вестник ассоциации психиатров Украины».– 2013.– No 03.– С.45-58.
11. Ентоні В. Психіатрична реабілітація : пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фаркас.–К. : Сфера, 2001.–298 с Ентоні В. Психіатрична реабілітація : пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фаркас.–К. : Сфера, 2001.–298 с.
12. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? / Л. Чомпи // Социальная и клиническая психиатрия.– 1999.– No 9 (3).–С. 27-31.
13. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства / Л.Н. Юрьева.– К.: Сфера, 2002.– 101 с.
14. Cohen M.R. Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal (Trainer package) / М. R., Cohen, M. D., Farkas, B. F., Cohen, K. V. Unger. –Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation,1990.– 230 с.

ДОПОМІЖНА

1. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. — М.: Наука, 1977. - 380 с.
2. Ананьев Б.Г. Психология чувственного познания / Б.Г. Ананьев. — М.: АПН РСФСР, 1970. — 234 с.
3. Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси. — М.: Педагогика., 2000 — Т. 1,2. — 450с.
4. Анатомія центральної нервової системи (спинний і головний мозок). Навч.метод. посіб. з анатомії людини. — К. 1999. — 120 с.
5. Асмолов А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа /А.Г. Асмолов— М.: Изд-во МГУ, 1990. — 367 с.
6. Бассин Ф.В. Проблема «бессознательного». (О неосознаваемых формах высш. нервной деятельности) /Ф.В. Бассин. — М.: Медицина, 1968.
7. Березин Н.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека /Н.Б. Березин. — Л.: Наука, 1988.
8. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности /Н.А. Бернштейн. — М.: Медицина, 1966.
9. Брушлинский А.В. Мышление и общение / А. В. Брушлинский, В. А. Поликарпов — Минск: БГУ, 2001. — 438 с.
10. Буюва Л.П. Человек. Деятельность и общения /Л.П. Буюва. — М.: Мисль, 1978. - 325 с.
11. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медикосоциальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и клинических психологов / Р.М. Войтенко.— СПб., 2011.— 192 с.
12. Дмитриева Т.Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова ; отв. ред. Ю.А. Александровский.— М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2012.— 624 с.
13. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии : учеб. пособие для студентов фак. соц. работы / Т.В. Зозуля.—М. : Академия, 2011.— 221 с.
14. Занюк С. Психологія мотивації та емоцій / С. Зинюк. — Луцьк, 2010. — 187 с.
15. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции / В.А. Иванников. - М.: МГУ, 1991.
16. Карлинг П.Дж. Возвращение в сообщество: Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П.Дж. Карлинг. — К. : Сфера, 2001.— 442 с.
17. Кликс Ф. Пробуждающееся мышление. История развития человеческого интеллекта / Ф. Кликс. — 2-е изд., перераб. и доп. — К.: Вища школа, - 1985. - 295 с.
18. Леонгард К. Акцентуированные личности /К. Леонгард. — Киев: Вища школа, 1989.
19. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков /А.Е. Личко. — Л.: Медицина, 1983. -245 с.
20. Мерлин В.С. Личность как предмет психологического исследования /В.С.

Мерлин. — Пермь, 1988. 198 с.

21. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети /А.И. Мещеряков. — М., 1974. -156 с.
22. Мясищев В.Н. Личность и невроз/ В.Н. Мясищев. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. - 224 с.
23. Небылицын В.Д. Основные свойства нервной системы человека / В.Д. Небылицын // Избранные психологические труды / Под ред. Б.Ф. Ломова. - М.: Педагогика, 1990. — 345 с.
24. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения /Т.А. Немчин. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1999. — 50 с.
25. Первин Л. Психология личности: Теории и исследования / Л. Первин, О. Джон. - М., 2000. — 340 с.
26. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка / Ж. Пиаже. — М., 1994. — 265 с.
27. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера.— М. : Медпрактика, 2012.— 180 с.
28. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков та ін.; за ред. О.К. Напрєєнка.— 2-е вид., переробл. і допов.— К. : ВСВ «Медицина», 2015 р. — 378 с.

ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ В ІНТЕРНЕТІ

1. Библиотека с книгами по психіатрії
<http://psychologylib.ru/books/index.shtml>
2. Библиотека психологического форума «MyWord.ru» [Электронный ресурс] — Режим доступа: [http:// psylib. myword. ru](http://psylib.myword.ru).
3. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : Закон України No 875–XII від 21.03.91 р. зі змінами 2016 р. [Електронний ресурс].—Режим доступу : URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.
3. «Психея» [Электронный ресурс] — (Режим доступа: <http://www.psycheya.ru>).
4. Виртуальная библиотека по психиатрии [Электронный ресурс] — Режим доступа: [http:// scitylibrary.h11.ru/Library.htm](http://scitylibrary.h11.ru/Library.htm)
5. "Каталог психиатрической литературы» [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.psycatalog.ru>
6. Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»–2016 [Електронний ресурс].— Режим доступу : URL : <http://www.apf.org.ua/publications>

ДОДАТОК. ПІДСУМКОВА КОНТРОЛЬНА РОБОТА

1. Предметом психології є:

- а) розвиток емоцій і почуттів;
- б) психічні хвороби - хвороби головного мозку, які проявляються різноманітними розладами психічної діяльності;
- в) розвиток і прояви психічних явищ.

2. Метод спостереження у психіатрії входить до групи:

- а) емпіричних методів;
- б) організаційних методів;
- в) обробки даних;
- г) інтерпретаційних методів.

3. Донауковий етап розвитку психіатрії:

- а) накопичення розрізнених фактів і спостережень, які отримали образне запам'ятовування в міфології і народній поезії;
- б) система ідей, принципів, законів, норм оцінок, що регулюють стосунки між людьми;
- в) процес цілеспрямованого відображення об'єктивної реальності у свідомості людей.

4. Одним із найважливіших здобутків сучасної психіатрії є:

- а) виявлення провідної ролі біологічних потреб;
- б) вивчення готовності людини успішно виконувати певну діяльність, що ґрунтується на знаннях і навичках;
- в) застосування у практиці психотерапії не тільки лікарями, а й фахівцями без медичної освіти;

5. «Велика психіатрія» вивчає:

- а) активність, що виявляється в системі дій, спрямованих на досягнення поставленої мети;
- б) психічні захворювання, при яких порушується свідомість, є грубі і виражені психічні розлади;
- в) часткову автоматизацію виконання і регулювання доцільних рухів.

6. «Мала психіатрія» вивчає:

- а) продуктивну людську діяльність, здатну породжувати якісно нові матеріальні та духовні цінності суспільного значення;
- б) рівень розвитку здібностей, який виявляється в діяльності людини, спрямованій на відтворення вже відомих зразків матеріальної та духовної культури;
- в) легкі, менш виражені, більш оборотні психічні порушення, які перебувають ніби то на кордоні психічної норми і патології..

7. Стан надмірного та довготривалого психічного напруження, яке виникає в людини, якщо її нервова система отримує значне емоційне перевантаження – це ...

- а) нудьга;
- б) стрес;
- в) депресія;
- г) горе.

8. Термін грецького походження, який означає «риса», «ознака», «відбиток»:

- а) переконання;
- б) досвід;
- в) характер.

9. До ендогенних психічних хвороб відносяться:

- а) шизофренія;
- б) булімія;
- в) менінгіт.

10. Провідним методом психіатрії є :

- а) експеримент;
- б) клінічний метод;
- в) спостереження.

11. Допоміжним методом психіатрії є:

- а) метод аналізу продуктів діяльності;
- б) параклінічний метод;
- в) психодіагностика.

12. Експериментально-психологічне дослідження у психіатрії містить:

- а) обмін інформацією між лікарями;
- б) взаємодію із хворим;
- в) дослідження особистості, інтелекту, патопсихологічне обстеження.

13. Класифікація у психіатрії – це:

- а) метод дослідження;
- б) спосіб лікування станів свідомості;
- в) інструмент достовірної статистичної розшифровки хвороб .

14. Метою діагностики у психіатрії є:

- а) створення психологічного портрету хворого;
- б) постановка індивідуального діагнозу для вибору лікувальної тактики та визначення прогнозу хвороби;
- в) дослідження особливостей соціалізації хворого.

15. Психічна травма – це:

- а) порушення соціалізації особистості;
- б) інтенсивний, але порівняно короткочасний негативний зовнішній вплив, який може викликати емоційні переживання;
- в) психопатологічні зміни характеру.

16. Психогенні захворювання виникають:

- а) до психічної травми;
- б) після психічної травми;
- в) проявляються одночасно із психічною травмою.

17. Із субклінічними порушеннями людина може упоратися без допомоги психіатра.

- а) так;
- б) ні.

18. Із запропонованих варіантів оберіть варіант психологічного захисту

- а) компенсація;
- б) емансипація;
- в) раціоналізація.

19. Конкордантно-нормальні особи – це:

- а) добре психологічно захищені;
- б) агресивні;
- в) суб'єктивно благополучні.

20. При невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах:

- а) зберігається здатність адаптуватися (приспособуватися) до навколишнього середовища;
- б) порушується здатність адаптуватися (приспособуватися) до навколишнього середовища

21. Неврастенія - це:

- а) екзогенне психічне захворювання;
- б) найбільш часта форма неврозу;
- в) стан нервової системи.

22. На виникнення неврастенії впливає:

- а) надчутливість;
- б) фізичне навантаження;
- в) висока активність;
- г) підвищене психічне та психологічне навантаження.

23. При лікуванні неврастенії головним є:

- а) адекватно підібрані медикаментозні препарати;
- б) обмеження контактів із оточенням;
- в) усунення причини, яка викликала емоційне напруження і перевтому;
- г) корекція мислення.

25. Характер людини проявляється у:

- а) ставленні до себе;
- б) ставленні до інших людей;
- в) ставленні до праці;
- г) всі відповіді правильні.

26. Визначте тип темпераменту за його характеристикою: людина з помітною психічною активністю, швидко реагує на події, прагне до нових вражень, порівняно легко переживає невдачі та неприємності, жива, рухлива, з виразною мімікою та рухами

- а) меланхолічний;
- б) сангвінічний;
- в) флегматичний;
- г) холеричний.

27. Укажіть тип темпераменту, що проявляється у таких психічних властивостях: чутливість, емоційність, низька витривалість до психічних навантажень.

- а) меланхолічний;
- б) сангвінічний;
- в) флегматичний;
- г) холеричний.

28. Для якого типу темпераменту більше підходить монотонна, кропітка діяльність, наприклад, ремонт наручних годинників:

- а) меланхолічний;
- б) сангвінічний;
- в) флегматичний;
- г) холеричний.

29. Лікуванням невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів займаються:

- а) психіатри
- б) психотерапевти;
- в) психолои;

30. Як психіатри називають істерію:

- а) великою симулянткою;
- б) маленькою жертвою;
- в) великою акторкою;
- г) маніпуляторкою.

31. Істерична fuga – це:

- а) дія, коли хворий після сварки чи іншої психотравми раптово звертається до втечі з дому, з роботи або іншого місця, при цьому його дії безцільні;
- б) форма пристосування до оточення;
- д) варіант конкуренції.

32. Оберіть із нижчезазначених характеристик ті, що відносяться до проявів псевдодеменції:

- а) продуктивність;
- б) оригінальність;
- в) міцність;
- г) примхливість;
- д) системність;
- е) порядність.

33. Наслідками істерії можуть бути:

- а) паралічі, глухота, сліпота, істерична вагітність;
- б) миттєве усвідомлення розв'язання проблеми;
- в) уявне відокремлення властивостей предмета від ознак.

34. Розлад особистості- це:

- а) аномалії характеру;
- б) акцентуації характеру;
- в) інтелектуальна поведінка.

35. Психопатії досліджувалися наступними вченими:

- а) А.Є.Лічко, П.Б.Ганнушкін;
- б) Ч.Ломброзо;
- в) І.П.Павлов.

36. Однією із причин розладу особистості є:

- а) алкоголізм та наркоманії батьків;
- б) дромоманія;
- в) гіперкомпенсація.

37. При психастеничному розладу особистості проявляються:

- а) алкоголізм;
- б) фроттеризм;
- в) садизм.

38. Статева ідентифікація - це:

- а) внутрішнє відчуття приналежності людини до чоловічої або жіночої підлогу;
- б) особливості функціонування первинних статевих ознак;
- в) транссексуалізм.

39. Для дослідження інтелекту хворого використовують:

- а) проєктивний тест «Намалюй людину»;
- б) тест Векслера;
- в) опитувальник Шмішека.

40. Сексуальні девіації - це:

- а) патології характеру;
- б) непатологічні відхилення від загальноприйнятих норм статевої поведінки;
- в) кримінальні порушення статевої недоторканості громадян.

41. Варіантами ЗПР є:

- а) ідіотія;
- б) психічний інфантилізм;
- в) деменція.

42.Олігофренія характеризується:

- а) значним дефіцитом або відсутністю здатності до адаптації;
- б) вираженою гіперкомпенсацією;
- в) станом виснаження.

43. Стан зниженої здатності (небажання, невміння) приймати та виконувати вимоги середовища як особистісно-значущі; реалізувати свою індивідуальність в конкретних соціальних умовах називається:

- а) стан адаптації;
- б) стан дезаптації;
- в) стан збудження;
- г) стан виснаження.

44. Сенільна деменція виникає у віці:

- а) 8-12 років;
- б) 45-50 років;
- в) 65-85 років;

45. Шизофренію досліджували:

- а) А.Є.Лічко;
- б) Е. Крепеліном;
- в) І.П.Павловим.

46. При шизофренії проявляються:

- а) ураження емоційної та вольової сфери;
- б) схильність до дромоманії;
- в) ЗПР.

47. Біполярний афективний розлад є:

- а) ендогенним ;
- б) екзогенним.

48. Епілепсія проявляється у:

- а) порушеннях розподілу уваги;
- б) судомних випадках і психічних порушеннях;
- в) персевераціях.

49. Дисфорія - це:

- а) тужливо-злобний настрій, що виникає без будь-якої причини;
- б) порушення сприйняття;
- в) особливості поведінки у скрутних ситуаціях;
- г) характеристика темпераменту.

50. Епілептоїдний характер діагностується за допомогою:

- а) ПДО Лічко;
- б) опитувальником Кеттелла;
- в) опитувальником Томаса;
- г) психологічна;
- д) перцептивна.

Ключ-дешифратор до тестів з основ психіатрії

№	Правильний варіант відповіді	№	Правильний варіант відповіді	№	Правильний варіант відповіді	№	Правильний варіант відповіді
1	б	15	б	29	б	43	б
2	а	16	б	30	а	44	в
3	а	17	а	31	а	45	б
4	в	18	в	32	г	46	а
5	б	19	а	33	а	47	а
6	в	20	б	34	а	48	б
7	б	21	б	35	а	49	а
8	в	22	г	36	а	50	а
9	а	23	в	37	б		
10	в	24	г	38	а		
11	б	25	г	39	б		
12	в	26	б	40	б		
13	в	27	а	41	б		
14	б	28	в	42	а		

Навчальне видання

Барінова Ліна Яківна

ОСНОВИ ПСИХІАТРІЇ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для студентів спеціальності 053 Психологія
першого (бакалаврського) рівня освіти
по підготовці до лекційних та практичних занять

Видано в авторській редакції

Підп. до друку 18.04.2019. Формат 60x84/16.

Умов.-друк.арк. 3,2. Тираж 25 прим.

Зам. № 1995.

Видавець і виготовлювач:

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Свідоцтво ДК № 4215 від 22.11.2011 р.

Україна, 65082, м. Одеса, вул. Єлисаветинська, 12

Тел.: (048)723 28 39. E-mail: druk@onu.edu.ua