

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

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

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі «Шизофренія» для студентів 4 курсу
медичного факультету
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

Тема «Шизофренія»

I. Актуальність теми.

На шизофренію страждає близько 1% населення, що в світі становить біля 50-60 млн. осіб, переважно юнацького, молодого і зрілого віку. Це становить не тільки медичну, але й загальну соціально-економічну проблему майже у всіх країнах світу. В переважній кількості випадків захворювання зумовлене спадковою обтяженістю, приводить до інвалідизації, соціальній дезадаптації хворих та потребує постійного прийому хворими лікарських засобів. Своєчасне обстеження хворого після першого дебюту захворювання має важливе значення для діагностики, з'ясування особливостей клінічної картини, проведення диференціальної діагностики з іншими шизофреноподібними розладами та своєчасного призначення лікування. Відомо, що у разі проведення ранньої адекватної терапії, у 25% хворих на шизофренію психопатологічні симптоми зникають майже назавжди або на довготривалий час.

1. Навчальні цілі заняття:

Загальна ціль: вивчити психопатологічні симптоми та синдроми шизофренії в цілому, як окремої нозології, різних клінічних форм, типи перебігу і лікування захворювання.

Конкретні цілі:

1. Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого на шизофренію.
2. Обстеження хворого на шизофренію.
3. Оцінити дані патопсихологічного дослідження хворих на шизофренію.

4. Проведення профілактики рецидивів захворювання та диференційованої діагностики різних клінічних форм шизофренії та шизофреноподібних станів.

5. Призначення хворому адекватного стаціонарного та підтримуючого лікування залежно від клінічних форм, типу перебігу захворювання, інших особливостей клінічних проявів у хворих на шизофренію.

3. Виховні цілі.

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

4. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
<p><u>I. Попередні дисципліни</u></p> <p>1. Нормальна анатомія</p>	<p>Знати будову кори , підкоркових центрів та судинної системи головного мозку.</p> <p>Засвоїти</p>	<p>Вміти визначати можливе місце розташування патологічного осередку в ЦНС.</p>

<p>2. Нормальна фізіологія</p> <p>3.. Патофізіологія</p>	<p>функціональні можливості різних частин головного мозку в формуванні мислення та емоційно-вольових процесів</p> <p>Засвоїти особливості діяльності головного мозку.</p>	<p>Вміти визначати параметри нормального функціонування різних частин головного мозку за даними ЕЕГ.</p> <p>Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в мозковій тканині і судинах при розладах свідомості.</p> <p>Вміти визначити клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності при шизофреноподібних розладах та різних варіантах нейролептичного синдрому.</p>
<p><u>II. Наступні дисципліни</u></p> <p>1. Нейрохірургія</p>	<p>Знати початкові ознаки і клінічні особливості</p>	<p>Вміти виставити діагноз по клінічним</p>

<p>2. Неврологія (дитяча неврологія)</p>	<p>перебігу пухлин, гематом, вроджених вад головного мозку.</p> <p>Знати клінічні ознаки порушення розвитку рухової системи та мовлення , в т.ч. у дітей раннього віку, відставання у розвитку.</p>	<p>ознакам патології свідомості.</p> <p>Вміти виставити попередній діагноз (в т.ч. - наслідкових хвороб) та призначити лікування.</p>
<p><u>III. Внутрішньо предметна інтеграція</u></p> <p>Органічні порушення головного мозку (ішемічні та геморагічні інсульти, субдуральні гематоми, менінгіти, пухлини, атрофічні процеси та т.п.).</p>	<p>Знати етіопатогенез та клінічні особливості перебігу атрофічних порушень, мозкових катастроф та інфекційних захворювань ГМ.</p>	<p>Вміти призначити план обстеження, визначати основні клінічні симптоми .</p> <p>Вміти призначити</p>

<p>2. Діагностичні та терапевтичні заходи при психомоторному збудженні при різних формах шизофренії.</p>	<p>Засвоїти основні діагностичні критерії та терапевтичні заходи при різних видах ураження головного мозку.</p>	<p>диференційоване лікування при різних типах розладів свідомості.</p>
--	---	--

V. Зміст та структура теми заняття :

1. Етіологія, теорії патогенезу шизофренії.
2. Класифікація, клінічні прояви різних форм та типів перебігу захворювання, додаткові методи діагностики.
3. Основні принципи лікування хворих на шизофренію.
4. Різновиди шизофреноподібних порушень.

Шизофренію та шизотипові розлади об'єднують генетичні механізми розлади об'єднують генетичні механізми, однак шизотипові е розлади частіше протікають амбулаторно. Маячні розлади і шизофренія на етапі першого психозу важко відрізнити, тому діагноз шизофренії правильніше ставити при наявності характерних симптомів тільки через 6 місяців клінічного спостереження. Всю діагностичну групу шизофренії, шизофреноподібні і маревних розладів об'єднують розлади мислення і функціональний характер психозів.

Найбільш визнаної є генетична природа шизофренії, яка обґрунтовано в результаті досліджень ризику розвитку хвороби у моно - і дизиготних близнюків, у сибсів, батьків і дітей, а також у результаті вивчення прийомних дітей від батьків, які страждають на шизофренію. Однак існують однаково переконливі дані про те, що шизофренія обумовлена одним геном (моногенна теорія) з варіативною

експресивністю і неповної пенетрантністю, невеликою кількістю генів (олігогенна теорія), безліччю генів (полігенна теорія) або множинною мутацією. Надії покладаються на дослідження транслокації в 5-й хромосомі і псевдоаутосомній області х-хромосоми. Найбільшу популярність має гіпотеза генетичної неоднорідності шизофренії, в якій, серед іншого, можуть бути також варіанти, зв'язані з підлогою. Ймовірно, пацієнти з шизофренією володіють рядом переваг у природному відборі, зокрема, вони більш стійкі до больового, температурного і гистаміновому шоку, а також до радіаційного випромінювання. Крім того, середній інтелект здорових дітей у хворих шизофренією батьків вище, ніж популяційний для аналогічних віку. Ймовірно, в основі шизофренії лежить шизотип - носій маркерів шизотаксії, який, будучи нейтральним інтегративним дефектом, виявляється під впливом факторів середовища як патологічний процес. Одним з маркерів шизотаксії є порушення повільних рухів очей при спостереженні маятника, а також особливі форми викликаних потенціалів головного мозку.

Для діагностичної групи в цілому характерне поєднання розладів мислення, сприйняття і емоційно-вольових порушень, які тривають не менше місяця, однак більш точний діагноз може бути встановлено лише протягом 6 міс. спостережень. Зазвичай на першому етапі ставиться діагноз гострого транзиторного психотичного розладу з симптомами шизофренії або шизофреноподібного розлади.

Стадії захворювання: ініціальна, маніфестна, ремісія, повторний психоз, дефіцитарна. У 10% випадків можливий спонтанний вихід і тривала (до 10 років ремісія). Причини розходжень у прогнозі переважно ендогенні. Зокрема, прогноз краще у жінок, при пікнічній статурі, високий інтелект, життя в повній сім'ї, а також при короткому

(менше 1 міс.) ініціальному періоді, короткому маніфестному періоді (менше 2 тижнів), відсутності аномального преморбідного фону, відсутності дисплазій, низькою резистентності до психотропних засобів. По Э. Блейлеру до осьовим розлади шизофренії відносяться розлади мислення (розірваність, резонерство, паралогичність, аутизм, символічне мислення, звуження понять і мантизм, персеверація і бідність думок) і специфічні емоційно-вольові розлади (отупіння афекту, холодність, паратімія, гіпертрофія емоцій, амбівалентність і амбітендентность, апатія і абулія). Блейлер вважав, що осьові розлади повинні бути окреслені наявністю маніфестних проявів, відсутністю синдромів екзогенного типу реакцій (аменція, делірій, кількісні зміни свідомості, припадки, амнезія), присутністю розірвані мислення, розщеплення в сфері емоцій, міміки, моторики, деперсоналізації, психічних автоматизмів, кататонії і галюцинацій. В. Майєр-Гросс до первинних симптомів відносив розлади мислення, пасивність з почуттям впливу, первинний марення з ідеями відносини, емоційне сплющення, звучання думок і кататонічну поведінку.

Найбільше визнання в діагностиці знайшли симптоми першого рангу До. Шнайдеру, до яких відносяться: звучання власних думок, слухові суперечливі і взаємовиключні галюцинації, слухові галюцинації, що коментують, соматичні галюцинації, вплив на думці, вплив на почуття, вплив на стимули, впливу на вчинки, симптом відкритості думок, шперрунг і маячний сприйняття, близьке до гострого почуттєвого бреду. До симптомів другого рангу відносяться кататонія, патологічна експресія у промові, емоції і переживання. Велика частина з цих симптомів враховується і в сучасній класифікації завдяки Міжнародному дослідження шизофренії в 9 країнах. Згідно МКБ 10 повинен бути хоча б один з наступних ознак:

1. «Эхо думок» (звучання власних думок), вкладання або відібрання думок, відкритість думок.
2. Маячення впливу, моторний, сенсорний, идеаторний автоматизми, маячний сприйняття. Таке поєднання в вітчизняної психіатрії позначається як синдром Кандинського-Клерамбо.
3. Слухові коментують справжні і псевдогалюцинації і соматичні галюцинації.
4. Маячні ідеї, які культурально неадекватні, безглузді і грандіозні за змістом.

Або хоча б два з наступних ознак:

1. Хронічні (більше місяця) галюцинації з маяченням, але без вираженого афекту.
2. Неологізми, шперрунги, розірваність мови.
3. Кататонічну поведінку.
4. Негативні симптоми, у тому числі апатія, абулія, збідніння мови, емоційна неадекватність, у тому числі холодність.
5. Якісні зміни поведінки з втратою інтересів, нецілеспрямованістю, аутизмом.

Протягом шизофренії може бути встановлено вже в періоді маніфесту, однак більш точно - після третього нападу. При тенденції до ремісій хорошої якості, напади зазвичай поліморфні, включають афект тривоги, страху. Виділяють безперервне пізніше, під яким мається на увазі відсутність ремісії протягом більше року, епізодичне з наростаючим дефектом, коли між психотическими епізодами прогресивно (безперервно) наростає негативна симптоматика, епізодичне зі стабільним дефектом, коли між психотическими епізодами спостерігається стійка негативна симптоматика. Епізодичне ремітуюче, коли відзначаються повні ремісії між пострілами. Цей варіант течії

відповідає прийнятій в вітчизняної психіатрії симптоматиці періодичного течії. Після нападу можлива також неповна ремісія. Раніше у вітчизняній психіатрії даного поняття відповідали ремісії «В» і «С» за М.Я. Серейському, при яких в клініці ремісії виявляються розлади поведінки, порушення афекту, інкапсульована клініка психозу або невротична симптоматика. Повна ремісія відповідає ремісії «А» за М.Я. Серейському.

Стійка негативна симптоматика в період ремісій (дефект) включає в своїй клініці стерті симптоми продуктивної симптоматики (інкапсуляція), розлади поведінки, знижений настрій на тлі апатико-абুলічного синдрому, втрату комунікацій, зниження енергетичного потенціалу, аутизм та відгородженість, втрату розуміння, інстинктивний регрес.

У дитячому віці досить точно даний діагноз може бути поставлено лише після 2 років, з 2 до 10 років переважають ядерні форми, які проявляються у дещо іншій формі. Параноїдні форми описані з віку 9 років. Характерними симптомами шизофренії дитячого віку є регрес, зокрема регрес мови, поведінки (симптом манежній, балетної ходьби, вибір неігрових предметів, неофобія), емоційно-вольові розлади і затримка розвитку.

Параноїдна (F20.0)

Преморбідний фон часто без особливостей. Ініціальний короткий період - від декількох днів до декількох місяців. У клініці цього періоду - симптоми тривоги, розгубленості, окремі галлюцинаторные включення (вигуки), порушення концентрації уваги. Початок може бути також за типом реактивного параноїда або гострого чуттєвого бреда, який спочатку розглядається як гостре транзиторне психотическое розлад

симптоми шизофренії або шизофреноподібное. Маніфестний період у віці від 16 до 45 років.

Гебефренічна (F20.1)

У преморбиді нерідкі розлади поведінки: антидисциплінарне, асоціальна і кримінальне поведінку. Часті дісоціативні риси особистості, раннє статеве дозрівання і гомосексуальні ексцеси. Це часто сприймається як спотворення пубертатного кризу. Початок найчастіше охоплює вік 14-18 років, хоча можлива маніфестація і більш пізньої гебефренії. Надалі, в маніфестом періоді, характерна тріада, що включає феномен бездіяльності думок, непродуктивну ейфорію і кривляння, що нагадує неконтрольовані тики. Стилїстика поведінки характеризується регресією в мові (нецензурна лайка), сексуальності (випадкові і аномальні статеві зв'язки) і в інших інстинктивних форми поведінки (поїдання неїстівного, дромоманія, неохайність).

Кататонічна (F20.2)

Преморбідний фон характеризується шизоїдним розладом особистості, хоча можливо розвиток і на преморбидно не зміненому тлі. У ініціальному періоді депресивні епізоди, симплекс-синдром з аутизацією, втратою ініціативи та інтересів. Маніфестація імовірна за типом гострого реактивного ступору, після черепно-мозкових травм, грипу, хоча частіше психоз розвивається без видимих причин. Класична кататоническая шизофренія протікає у вигляді люцидної кататонії, кататано-параноїдних станів і онейроїдної кататонії, а також фебрильною кататонії. Руховий компонент при кататонії виражається у формі ступору і збудження. В даний час класична кататонія змінилася мікрокататонічними прявами.

Кататонический ступор включає мутизм, негативізм, каталепсію, ригідність, застигання, автоматичну підкорюванність. Зазвичай у ступорі наголошується симптом Павлова (пацієнт відповідає на шепотну мову, але не реагує на звичайну мову), симптом зубчастого колеса (при згинання і розгинання рук спостерігаються товчкоподібний опір), симптом повітряної подушки (голова залишається піднятою після прибирання подушки), симптом капюшона (пацієнт прагне ховатися з головою або накриває голову одягом).

Кататонічні порушення протікають з явищами хаотичності, персевераціями і разірваністю мислення. Вся клініка може бути виражена або в зміні збудження і ступору, або у формі повторних ступорів (збуджень).

Проста (F20.6)

Зазначений тип шизофренії не включений в американську класифікацію, оскільки його складно відрізнити від динаміки шизоїдного розлади особистості. Однак якщо в преморбиде особистість була щодо гармонійної, її трансформація і виникнення рис регресу в поєднанні з емоційно-вольовими розладами дозволяють припускати зазначений діагноз.

Початок захворювання від 14 до 20 років. У ініціальному періоді - нав'язливі фобічні, неврастенічні або афективні епізоди. У маніфестному періоді можна відзначити формальні розлади мислення (аутистичного, символічне, резонерського, паралогічного), дисморфофобії і сенестопатии. Виявляються негативні симптоми шизофренії у емоційно-вольової сфери, знижується активність, виникає емоційна холодність. Порушується воля, в результаті амбівалентності виникає пасивність. Збідніння мислення супроводжується скаргами на

порожнечу в голові, мова бідна. Гіпомімія, іноді парамимии. Втрачаються колишні знайомі та друзі. Звужується я коло інтересів, які можуть стати химерними. Аутистичного мислення може активно проявлятися і пред'являтися навколишнім (аутизм навиворіт), перебуванням у світі фантазій, які не мають точок дотику з світом. Близькі часто вважають пацієнта ледачим.

ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ ПО ТЕМІ: ШИЗОФРЕНІЯ

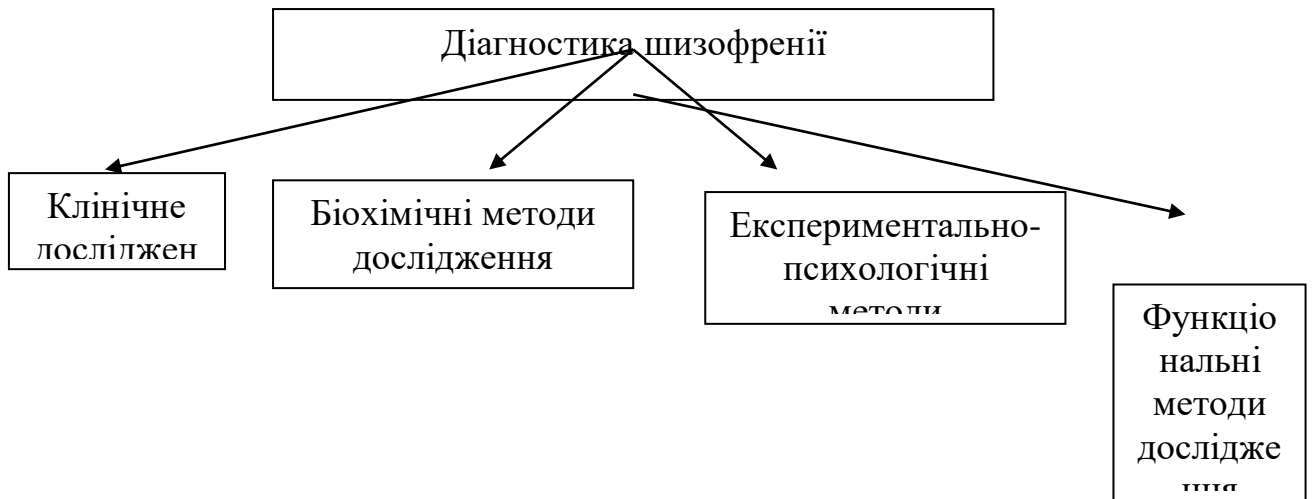
Міжнародна класифікація хвороб МКХ-10

Шизофренія

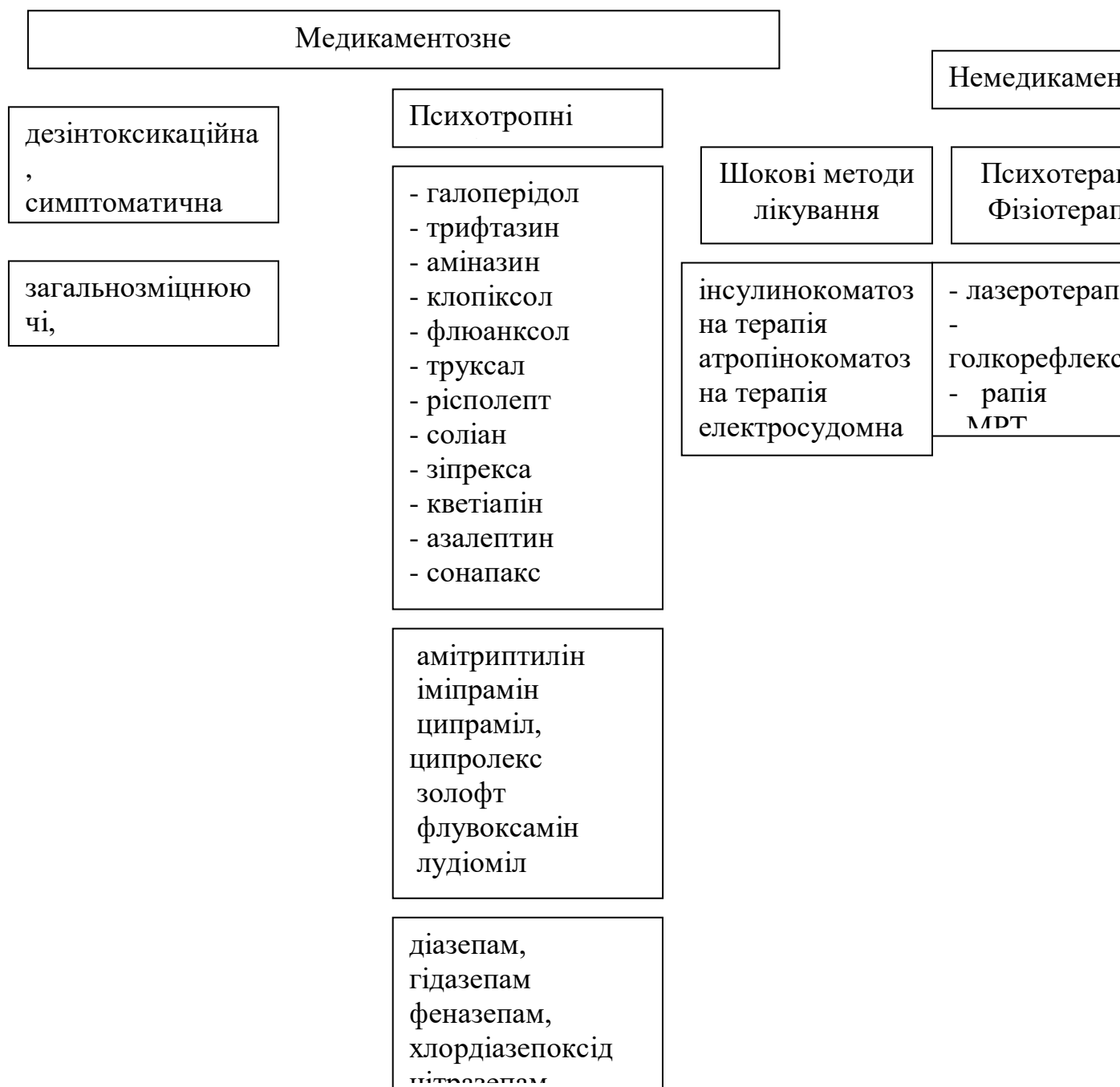
Шизофренія неуточнена	Інші форми шизофренії	Проста	Резидуальна шизофренія	Постшизофре нічна депресія	Недиференцій ована шизофренія	Кататонічна шизофренія	Гебефренічна шизофренія	Параноїдна шизофренія
--------------------------	--------------------------	--------	---------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------

Перебіг шизофренічних розладів

період
спостереження
інший
повна ремісія
неповна
ремісія
епізодичний
ремітисуючий
епізодичний із
стабільним
епізодичний з
наростаючим
неперервний



Лікування хворих на шизофренію



ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Визначення вихідного рівня знань.

Визначення вихідного рівня знань проводиться шляхом вирішення студентами тестових завдань. Викладач перевіряє їх згідно з еталонами відповідей, обговорює результати.

Опитування за основними питаннями теми заняття.

Шляхом індивідуального опитування кожного студента за питаннями щодо теми заняття викладач має змогу визначити теоретичний рівень знань студентів. Відповіді обговорюються всіма студентами, доповнюються, поширюються під керівництвом викладача.

Самостійна робота студентів.

Студенти проводять опитування хворих за темою заняття, наділяючи увагу скаргам, анамнезу життя та захворювання, визначають основні симптоми та синдроми, які дозволяють припустити дане захворювання. Студенти визначають основні напрямки обстеження та лікування, пропонують окремі групи лікарських препаратів і дози. Під час самостійної роботи викладач коректує відповіді, обговорює різні варіанти психотерапії і фармакотерапії.

Аналіз і підсумок роботи студентів.

Підсумок заняття проводиться вирішенням підсумкового тестового контролю. Студентам пропонується вирішити тести формату КРОК-1,2. Викладач перевіряє правильність вирішення за еталонами відповідей. Проводиться аналіз роботи кожного студента на занятті.

Місце та час проведення заняття.

Заняття зі студентами проводиться на протязі 180 хвилин. Заняття проводяться в учбовій кімнаті. Курація хворих відбувається в палатах відділень психіатричної лікарні.

Оснащення занять.

1. Таблиці.
2. Схеми.
3. Набори завдань вихідного рівня.
4. Набори тестів підсумкового контролю.

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

	Етапи	ас хв.)	Учбові посібники		Місце проведення
			Засоби навчання	Устатк ування	
	Контроль вихідного рівня знань	0	Контроль питання, тестові завдання за темою	ПК	Навч альна кімната
	Перевірка виконання самостійної роботи	0	Таблиці, малюнки, алгоритми	Слайди	Навч альна кімната
	Знайомство з тематичними хворими, розбір листів лікарських призначень	0	Історії хвороб, листи лікарських призначень		Палат и відділень
	Рішення		Набір		Навч

	ситуаційних задач	0	ситуаційних задач		альна кімната
	Контроль кінцевого рівня знань	0	Тести	ПК	Навч альна кімната

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

1. Ендогенні психози. Історія поглядів на шизофренічні розлади.
2. Теорії етіології та патогенезу.
3. Клінічна оцінка та методи експериментально-психологічних досліджень при шизофренії.
4. Характеристика основних клінічних форм шизофренії. Патоморфоз шизофренії.
5. Типи перебігу шизофренії. Стадії шизофренічного процесу.
6. Диференційна діагностика різних форм шизофренії та шизофреноподібних станів.
- 7 Психофармакологія та психотерапія при шизофренії
9. Біологічні методи лікування при шизофренії.

Тести 1 рівня

1 Хвора 32 років. Пред'являє скарги на знижений настрій. "Чує голоси" сусідів, які їй загрожують, коментують її дії. Уважає, що вони стежать за нею через стіни, на вулиці, у магазині. Визначіть синдром:

- А Паранояльний
- В Параноїдний**
- С Парафренічний

- D Депресивний
- E Галюцинаторний

2. Для емоційно-вольової сфери хворих шизофренією характерно все перераховане, крім:

- A. Дисфории.
- B. Негативізму.
- C. Абулії.
- D. Амбівалентності.
- E. Амбітендентности.

3. Хворий 37 років, захворів під час навчання в інституті був: задумливим, внутрішньо зосередженим, уникав розмов. Уперше лікувався у психіатричному закладі з явищами психічного автоматизму: вважав, що його думки усім відомі, його мозком керує військова розвідка. Говорити про все це спокійно, байдуже. У поведінці безініціативний, мало спілкується. Визначіть діагноз:

- A Шизоафективний психоз
- B Параноїчний розлад
- C Інволюційна парафренія
- D Параноїдна шизофренія
- E Реактивний параноїд

4. Хворий скаржиться на вкрай неприємний стан відчуженості від власних!, нездатність переживати емоції. Оточуючі предмети сприймає як несправжні, люди здаються йому двомірними "картонними"

фігурками. Хворому важко пояснити іншим свій стан, він не відчуває себе реально існуючим. Визначіть психічний розлад:

- A Синдром дереалізації та деперсоналізації
- B Дисморфоманія і дисморфофобія
- C Порушення сприйняття
- D Несправжні галюцинації
- E Парафренне маячення

5 Хворий 35 років, вперше поступивши в психіатричний стаціонар. Встановлено діагноз: шизофренія, параноїдна форма. Який метод лікування доцільно застосувати?:

- A Фізіотерапія
- B Вітамінотерапія
- C Нейролептична терапія
- D Психотерапія
- E Рефлексотерапія

6. Хворий збуджений, робить стереотипні рухи руками, ногами. Контакт недоступний, повторює деякі задані йому питання, повторює рухи сусіда по палаті. Ходить швидкими кроками по відділенню. Визначте тип порушення.

- A. Маніакальне.
- B. Обумовлене маячною і галюцинаціями.
- C. Гебефреническое.
- D. Кататоническое.
- E. Обумовлена порушенням свідомості.

Тести II рівня

1. Жінчина 25 років хворіє параноїдною шизофренією протягом 3 років. У період загострення захворювання напружена, чує 'голоси', наказують убити себе. Який препарат доцільно призначити хворий в даному випадку?

- A. Аміназин.
- B. Сонапакс.
- C. Галоперидол.
- D. Седуксен.
- E. Амітриптилін.

2. Хвора 18 років, росла допитливою, рухливою, вчилася на "відмінно", мала багато друзів. У пубертатному віці при зрості 158 см важила 58 кг, вважала себе "товстою", скаржилася батькам, що в школі її називають "пупсиком". З 16-ти років захоплюється "косметичним голодуванням", обмежує себе в їжі, цікавиться дієтами, часто після їжі викликає у себе блювоту, від чого вага тіла останнім часом знизилася до 35 кг (при зрості 162 см). Дратівлива, швидко втомлюється, продовжує обмежувати себе в їжі, хворою себе не вважає. Госпіталізована для обстеження у психіатричну клініку. Визначити імовірний діагноз?:

- A Нервова анорексія**
- B Адаптаційне порушення
- C Циклотимія
- D Шизофренія
- E Неврогенна булімія

3. Хворий 45 років, знаходиться в стані повної нерухомості, на запитання лікаря відповідає окремими словами, вибірково. Вираз обличчя скорботний. Зіниці розширені, тиск 100/60 мм рт. ст., пульс 100/хв. Визначіть емоційно-вольове порушення:

- A Каталепсія
- B Кататонія
- C Депресивний ступор**
- D Галюцинаторно-маячний ступор
- E Психогенний ступор

4. Хвора 52 років, направлена на консультацію до психіатра гінекологом, до якого звернулася з приводу розладу місячних. На прийомі вкрай тривожна, не може всидіти, розгублена. Переживає, що з рідними станеться нещастя, висловлює побоювання стосовно свого здоров'я, життя. Визначіть діагноз:

- A Параноїдна шизофренія
- B Інволюційний психоз**
- C Маніакально-депресивний психоз
- D Реактивний психоз
- E Істероїдна психопатія

5. Дівчина 15 років декілька місяців назад з перебільшеною увагою стала ставитися до своєї зовнішності. Годинами розглядала себе в дзеркалі, знаходячи при цьому якісь вади обличчя. Наполягає на тому, що вона "потворна", майже всі люди насміхаються над нею; бачила на вулиці, як зустрічні насмішкувато позирають е її бік. Лікар не зміг переконати хвору в її помилкових поглядах. Заявила, що буде наполягати на пластичній операції. Оцінити, який синдром у хворої?:

A Дисморфоманічний

B Дисморфофобічний

C Параноїдний

D Іпохондричний

E Психопатоподібний

6. Інженер Г. чудово справляється з роботою. Ніхто із співробітників не знає, що у нього є страх переходити через мости. "Я боюся, каже він, що міст може впасти, коли я по ньому буду йти. Бачу, як по мосту їдуть автомобілі, ходять люди. Розумію, що він капітальний і не провалиться. Усвідомлюю абсурдність мого страху, намагаюся боротися з ним, але перебороти не можу. Як тільки я роблю спробу заставити себе пройти по мосту, мене охоплює тривога, непереборний страх, майже жах, з'являється серцебиття і я не можу зробити жодного кроку". Визначіть синдром:

A Неврастенічний

B Параноїдний

C Іпохондричний

D Тривожно-фобічний

E Обсесивно-компульсивний

7. Для ініціального періода с острым типом начала шизофрении не характерно:

A. Гебефреничний синдром.

B. Синдром психического автоматизма.

C. Кататонический синдром.

D. Астено-невротический синдром

E.. Онейроидный синдром

Задачі 3 рівня

1.Хворий 22 років. При розмові стверджує, що відчуває зв'язок з космосом, упевнений в насильстві над собою. Говорить, що його думками та діями керують конкретні люди, впливають "психотропною зброєю". Переконаний у своїй правоті. Обґрунтувати ваш імовірний діагноз

- A Реактивний параноїд
- B Параноїдна шизофренія**
- C Алкогольний параноїд*
- D Шизоафективний психоз
- E Гебефренічна шизофренія

2.Хворий 39 років, прооперований з приводу гострого апендициту. Увечері на третю добу після операції став неспокійним, метушливим, чув, як на вулиці співають дівчата. Відганяв від себе "білих мух", кричав, що в кімнаті повно пацюків. Вважає, що він у себе вдома, в часі дезорієнтований. Соматично: гіпергідроз, АТ - 160/100 мм рт. ст., t° тіла - 37,4°C, тахікардія. За повідомленням родичів, багато років зловживає спиртним. Діагностуйте психопатологічний розлад:

- A Гіпертоксична шизофренія
- B Токсико-інфекційний психоз
- C Алкогольний делірій**
- D Гострий шизо-афективний психоз
- E Синдром Ганзера

3. Хворий 33 років переніс епізод з галлюцинаторно - маревними переживаннями, розцінений як початок шизофренічного процесу. На фоні лікування нейролептиками психотическое стан купіровано,

досягнута повноцінна ремісія. Однак через 1,5 року хворий почав зловживати спиртним. При цьому перебіг захворювання:

- А. Не зміниться.
- В. Ремісія буде ще більш тривалою.
- С. Можна очікувати кататонический епізод.
- Д. Буде відбуватися трансформація течії.
- Е. Розвинуться алкогольні психози

ЛІТЕРАТУРА для студентів

1. Психіатрія /За ред. О.К.Напрієнка.-К., 2003
2. Психіатрія (клініко- діагностичні алгоритми): Навчально-методичний посібник/ За ред. проф. Л.М.Юр'євої.-Д.:АРТ-ПРЕС,2002.-168с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика:Практическое руководство для врачей и студентов.-М.:ТОО «Техлит», 1997.-496с.
4. Бурлачук Л.Ф.,Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике.-СПб.,1999.-518с.
5. Клиническая психиатрия/ Под ред. Н.Е.Бачерикова.-К.:Здоров'я,1989-512с.
6. Руководство по психиатрии /Под ред А.В.Снежневского.-В 2-х томах.-М.:Медицина, 1983.
7. Руководство по психиатрии /Под ред.А.С.Тиганова.- В 2-х томах- М.: Медицина,1999г.
8. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В.Морозова.- В 2-х томах. _М.:Медицина,1988г
9. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-09-10. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнецова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.
11. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.