

# **ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та 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

---

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2013 року

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА**

до самостійного заняття по темі «Шизофренія» для студентів 4 курсу

1 медичного факультету

(спеціальність «Лікувальна справа»)

Запоріжжя – 2013 рік

## **I. Цілі заняття:**

### ***1.1. Студент повинен знати:***

- Визначення діагностичних меж шизофренії та історію її вивчення.
- Етіологічні теорії шизофренії, теорії патогенезу шизофренії. Класифікацію шизофренії.
- Клінічні прояви параноїдної форми шизофренії. Клінічні прояви простої форми шизофренії. Клінічні прояви кататонічної форми шизофренії. Клінічні прояви гебефренічної форми шизофренії.
- Типи перебігу шизофренії. Типи ремісій при шизофренії. Поняття шизофренічного дефекту та його типи.
- Фармакотерапію шизофренії. Немедикаментозне лікування шизофренії. Експертизу шизофренії.

### ***1.2 Студент повинен уміти:***

- Зібрати та оцінити скарги і анамнез хворого на шизофренію.
- Обстежити хворого на шизофренію.
- Оцінити дані патопсихологічного дослідження хворих на шизофренію.
- Провести профілактику рецидивів захворювання та диференційованої діагностики різних клінічних форм шизофренії та шизофреноподібних станів.

## **V. Зміст та структура теми заняття :**

Етіологія, теорії патогенезу шизофренії.

Класифікація, клінічні прояви різних форм та типів перебігу захворювання, додаткові методи діагностики.

Основні принципи лікування хворих на шизофренію.

Різновиди шизофреноподібних порушень.

Шизофренію та шизотипові розлади об'єднують генетичні механізми розлади об'єднують генетичні механізми, однак шизотипові є 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 x-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 розладу.

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 статури, 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 Е. Блейлеру до осьовим розлади шизофренії відносяться розлади мислення (розірваність, резонерство, паралогічність, аутизм, символічне мислення, звуження понять і мантизм, персеверація і бідність думок) і специфічні емоційно-вольові розлади (отупіння афекту, холодність, паратімія, гіпертрофія емоцій, амбівалентність і амбітендентність, 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. Майер-Гросс до первинних симптомів відносив розлади мислення, пасивність з почуттям впливу, первинний марення з ідеями відносини, емоційне сплюснення, 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, вплив 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 дослідженню 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
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-абулічного 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, неохочість), 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 галюцинаторні включення (вигуки), порушення концентрації уваги. Початок може бути також за типом реактивного параноїду або гострого чуттєвого марення, яке спочатку розглядається як гостре транзиторний психотичний розлад симптоми шизофренії або шизофреноподібне. 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 преморбідно 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 кататонічна 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 прямими.

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 разірванністю 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 гармонійною, 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 сенестопатії. Виявляються негативні симптоми шизофренії у емоційно-вольовій сфері, знижується активність, виникає емоційна холодність. Порушується воля, в результаті амбівалентності виникає пасивність. Збідніння мислення супроводжується скаргами на порожнечу в голові, мова бідна. Гіпомімія, іноді парамімія. Втрачаються колишні знайомі та друзі. Звужується я коло інтересів, які можуть стати химерними. Аутистичне 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.

#### 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:

- A Паранояльний
- B Параноїдний**
- C 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. Контакту 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 параноїдної 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

- С Параноїдний
- Д Іпохондричний
- Е 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:

- А Неврастенічний
- В Параноїдний
- С Іпохондричний
- Д Тривожно-фобічний**
- Е Обсесивно-компульсивний

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

- А. Гебефреничний синдром.
- В. Синдром психического автоматизма.
- С. Кататонический синдром.
- Д. Астено-невротический синдром**
- Е.. Онейроидний 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. Обгрунтувати 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°С, 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 нейрорептиками психотическое стан купіровано, досягнута повноцінна ремісія. Однак через 1,5 року хворий почав зловживати спиртним. При цьому перебіг захворювання:

- A. Не зміниться.
- B. Ремісія буде ще більш тривалою.
- C. Можна очікувати кататонический епізод.
- D. Буде відбуватися трансформація течії.
- E. Розвинуться алкогольні психози

### **III. Рекомендована література.:**

#### **Основна:**

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,1988

#### **Додаткова**

1. Каннабих Ю.В., «История психиатрии», Москва ,1923
2. Блейлер Э., «Руководство по психиатрии» ,изд-во «Врач» ,Берлин ,1920
3. Гиляровский В.А., «Учение о галлюцинациях», БИНОМ ,Москва ,2003
4. Крепелин Э., «Введение в психиатрическую клинику», БИНОМ, Москва, 2004
5. Корсаков С.С., «Общая психопатология», БИНОМ,Москва ,2004
6. Суханов С.А., «Семиотика и диагностика душевных болезней» товарищество типографии А.И. Мамонтова, Москва ,1905

7. Снежневский А.В., «Общая психопатология», МЕДпресс-информ Москва, 2001
8. Ганнушкин П.Б., «Клиника психопатий», изд-во НГМА ,Нижний Новгород, 2000
9. Гаррабе Ж., «История шизофрении», Москва – Санкт-Петербург, 2000
10. Аммон Г., «Динамическая психиатрия», Санкт-Петербург, 1996
11. Крафт-Эбинг Р., «Половая психопатия», изд-во «республика», Москва 1996
12. Случевский И.Ф., «Психиатрия», медгиз, ленинградское отделение, 1957
13. «Шизофрения, мультидисциплинарное исследование», под ред. А.В. Снежневского, «медицина», Москва ,1972
14. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В., «Психиатрия», «Медицина», Москва ,1968
15. Семке В.Я., «Истерические состояния», «медицина», Москва ,1988
16. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., «Клиническая психиатрия» в 2-х томах, «медицина», Москва ,2002
17. Святощ А.М., «Неврозы и их лечение», медгиз, Москва, 1959
18. Бамдас Б.С., «Астенические состояния», медгиз, Москва, 1961
19. Кемпински А., «Меланхолия», наука, Санкт-Петербург, 2002
20. Кемпински А., «Экзистенциальная психиатрия», СПб изд-во «совершенство», 1998
21. Авруцкий Г.П., Недува А.А., «Лечение психически больных» М, «медицина», 1988
22. Нуллер Ю.Л. «Депрессия и деперсонализация». 1981
23. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. ,«Аффективные психозы» ,1988
24. Пападопулос Т.Ф., «Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)». М., Медицина, 1975
25. Шнайдер К., «Клиническая психопатология», М., «сфера», 1999

26. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айд мл. – К.: Ника-Центр, 1999 – 728 с.
27. «Лечебная физическая культура в психиатрической больнице»  
В.И.Запускалов, С.А.Каспарова и др. (под. ред. И.З.Копшицер) М  
Медицина 1965
28. Гиляровский В.А. «Психиатрия» 1954
29. Кречмер Э. «Об истерии» СПб 2002
30. Кречмер Э. «Строение тела и характер»
31. Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков»
32. Леонгардт К. «Акцентуированные личности»
33. Зейгарник Б.В. «Патопсихология» 1986
34. Ясперс К. «Общая психопатология» М. «Практика» 1999
35. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х томах СПб изд-во  
«Белый кролик» 1996
36. Юнг К.Г. Работы по психиатрии СПб изд-во «Академический проект»  
2000
37. Блейхер В.М. «Расстройства мышления» 1983
38. Кандинский В.Х. «О псевдогаллюцинациях»
39. Осипов В.П. «Курс общего учения о душевных болезнях,  
государственное изд-во РСФСР ,Берлин ,1923

#### IV. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

№	Основні завдання	Вказівки/питання
	<b>Етіологія</b>	Назвати основні етіологічні фактори шизофренії
	<b>Клініка</b>	Назвати основні клінічні синдроми при шизофренії
	<b>Діагностика</b>	Дати перелік методів, які використовують для діагностики шизофренії
	<b>Диф. діагностика</b>	Заповнити таблицю для диф.діагнозу ендогенних психозів
	<b>Лікування</b>	Скласти типові схеми лікування
	<b>Профілактика та диспансерізація</b>	Скласти схеми профілактичного спостереження