

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Медичний інститут

Кафедра педіатрії та хірургічних дисциплін

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Перший проректор

 Юрій КОТЛЯР

“ ” 2024 року

**РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗА НАПРЯМКОМ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

(для аспірантів кафедри психіатрії)

Галузь знань 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність 222 «Медицина»

Рівень вищої освіти – третій (освітньо-науковий)

Розробник

 Олег ЧЕРНИШОВ

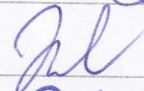
Завідувач кафедри розробника

 Олег ЧЕРНИШОВ

Гарант освітньо-наукової програми

 Микола КЛИМЕНКО

в.о директора НН Медичного інституту

 Наталія ТЕРЕНТЬЄВА

Начальник НМВ

 Сергій ШКІРЧАК

Миколаїв – 2024

## 1. Опис навчальної дисципліни

Найменування показника	Характеристика дисципліни	
Найменування дисципліни	Актуальні проблеми за напрямком наукового дослідження (для аспірантів кафедри психіатрії)	
Галузь знань	22 «Охорона здоров'я»	
Спеціальність	222 «Медицина»	
Рівень вищої освіти	Третій (освітньо-науковий) (PhD)	
Освітня програма	«Медицина»	
Спеціалізація (якщо є)	Немає	
Статус дисципліни	Нормативна	
Курс навчання	2-й	
Навчальний рік початку програми	2023-2024	
Номери семестрів:	Денна форма	Заочна форма
	3-й – 4-й	3-й – 4-й
Загальна кількість кредитів ЄКТС/годин	6 кредитів / 180 год.	
Структура курсу: – лекції – практичні заняття (півгрупові) – самостійна робота	Денна форма	Заочна форма
	20 год.	8 год.
	40 год.	12 год.
	120 год.	160 год.
Відсоток аудиторного навантаження	33%	11%
Мова викладання	Українська	
Форма проміжного контролю (якщо є)	Атестація – 3-й семестр	
Форма підсумкового контролю	Екзамен – 4-й семестр	

## 2. Мета, завдання та заплановані результати навчання

**Мета.** Вивчення нормативної навчальної дисципліни «Актуальні проблеми за напрямком наукового дослідження (для аспірантів кафедри психіатрії)» для здобувачів освітньо-наукового ступеня доктора філософії у галузі охорони здоров'я, зі спеціальності «Медицина» проводиться з метою формування нових та поглиблення існуючих у вказаній категорії слухачів загальнопрофесійних, спеціалізовано-професійних, дослідницьких та аналітичних медичних компетентностей, а також отримання ними нових актуальних теоретичних знань, вдосконалення практично-правових навичок і умінь, необхідних для професійної наукової діяльності аспірантів (здобувачів), зокрема належного вирішення завдань з виконання та оформлення результатів оригінальних наукових досліджень у сфері психіатрії, а також розв'язання комплексних проблем у професійній медичній діяльності, відповідно до постійно зростаючих вимог освітніх стандартів, вимог системи якості підготовки медичних кадрів, а також виходячи із актуальних проблем здійснення професійної медичної діяльності.

**Завдання навчання:** набуття аспірантами компетентностей та досягнення програмних результатів навчання для здійснення професійної діяльності за спеціальністю «Медицина» з:

- 1) набуття ґрунтовних знань із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань;
- 2) загальних закономірностей походження, виникнення, розвитку, перебігу і результату психічних хвороб;
- 3) розробки принципів комплексної терапії;
- 4) поглиблення знань у психофармакотерапії
- 5) використання базових принципів психотерапії

### *Компетентності*

#### *Загальні*

- ЗК1. Здатність до підвищення професійної кваліфікації.
- ЗК2. Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- ЗК3. Здатність виявляти, ставити та вирішувати проблеми, генерувати ідеї.
- ЗК4. Здатність розробляти та управляти проектами.
- ЗК5. Здатність до спілкування у професійному середовищі та з представниками інших професій у національному та міжнародному контексті.
- ЗК6. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконаних робіт.

#### *Фахові*

- ФК1. Здатність до розуміння предметної області за обраним науковим напрямом та освітньою діяльністю.
- ФК2. Здатність виявляти потребу в додаткових знаннях у сфері медицини та за напрямком наукових досліджень, генерувати наукові гіпотези.
- ФК3. Здатність формулювати дослідницьке питання, розробляти проект наукового дослідження.
- ФК4. Здатність обирати методи та кінцеві точки дослідження відповідно до цілей та завдань наукового проекту.
- ФК5. Володіння сучасними методами наукового дослідження.

- ФК6. Здатність інтерпретувати результати наукових досліджень, проводити їх коректний аналіз та узагальнення.
- ФК7. Здатність до впровадження нових знань (наукових даних) в науку, освіту та інші сектори суспільства.
- ФК8. Здатність до представлення результатів наукових досліджень в усній і письмовій мові відповідно до національних та міжнародних стандартів.
- ФК9. Здатність до організації та реалізації педагогічної діяльності.
- ФК10. Здатність до лідерства, керування колективом.
- ФК11. Дотримання етики та академічної доброчесності.

### ***Програмні результати навчання***

- ПРН1. Демонструвати безперервний розвиток власного інтелектуального та загальнокультурного рівня, самореалізації.
- ПРН2. Інтерпретувати та аналізувати інформацію з використанням новітніх інформаційних технологій.
- ПРН3. Виявляти невирішені проблеми у предметній області, формулювати питання та визначати шляхи їх рішення.
- ПРН4. Формулювати наукові гіпотези, мету і завдання наукового дослідження.
- ПРН5. Розробляти дизайн та план наукового дослідження.
- ПРН6. Виконувати оригінальне наукове дослідження.
- ПРН7. Пояснювати принципи, специфічність та чутливість методів дослідження, інформативність обраних показників.
- ПРН8. Володіти, вдосконалювати та впроваджувати нові методи дослідження за обраним напрямом наукового проекту та освітньої діяльності.
- ПРН9. Аналізувати результати наукових досліджень, використовувати методи статистичного дослідження.
- ПРН10. Впроваджувати результати наукових досліджень у освітній процес, медичну практику та суспільство.
- ПРН11. Презентувати результати наукових досліджень у формі презентації, постерних доповідей, публікацій.
- ПРН12. Розвивати комунікації в професійному середовищі й громадській сфері.
- ПРН13. Організувати освітній процес.
- ПРН14. Оцінювати ефективність освітнього процесу, рекомендувати шляхи його удосконалення.
- ПРН15. Організувати роботу колективу (студентів, колег, міждисциплінарної команди).
- ПРН16. Дотримуватися етичних принципів при роботі з пацієнтами, лабораторними тваринами.
- ПРН17. Дотримуватися академічної доброчесності, нести відповідальність за достовірність отриманих наукових результатів.

## **3. Програма навчальної дисципліни**

Організація навчального процесу здійснюється за європейською кредитною трансферно-накопичувальною системою (ЄКТС).

Програма навчальної дисципліни складається з двох блоків:

### **БЛОК 1. ЗАГАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ.**

#### **РОЗДІЛИ:**

1. ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
2. ЗАГАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ
3. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ.

## **БЛОК 2. НОЗОЛОГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ.**

### **РОЗДІЛИ:**

4. ШИЗОФРЕНІЯ.
5. АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ
6. ОРГАНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ
7. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ, ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ
8. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ, ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ
9. НЕВРОТИЧНІ, СОМАТОФОРМНІ І ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ ТА ФІЗІОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗЛАДИ

## **БЛОК 1. ЗАГАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ**

### **РОЗДІЛ 1**

#### **Основи соціальної гігієни та організації психіатричної допомоги.**

Вивчення здоров'я населення та вплив на нього соціальних чинників - найважливіша складова частина соціальної гігієни. Здоров'я індивіда стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани чи фізичні дефекти.

Перше місце за впливом на здоров'я населення в сучасних умовах відіграють фактори способу життя, на них припадає більше ніж 50 відсотків. Серед провідних факторів способу життя, що негативно впливають на здоров'я, слід назвати такі: паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідливі умови праці, стреси, гіподинамія, погані матеріально- побутові умови, вживання наркотиків; неміцна, неповна чи багатодітна родина; надмірний рівень урбанізації тощо.

На другому місці за силою впливу на здоров'я знаходяться біологічні фактори (стать, вік, спадковість, конституція). На них припадає близько 20 відсотків.

Третє місце посідають фактори навколишнього середовища (стан повітря, води, продуктів харчування, ґрунту, рівень радіації). Вплив цих факторів становить близько 20 відсотків.

Нарешті, суто медичні фактори - лікувально-профілактичні та санітарно-протиепідемічні заходи (щеплення проти інфекційних захворювань, якість лікування та обстеження хворих тощо) - лише на 10 відсотків визначають стан здоров'я.

Організація психіатричної допомоги в Україні.

Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства.

Законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону про психіатричну допомогу (від 19.06.2007) та інших нормативно-правових актів.

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України. Обмеження їх прав і свобод

допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України.

Лікувальну і соціальну допомогу психічно хворим в Україні надають:

I. *Лікувально-профілактичні заклади Міністерства охорони здоров'я (МОЗ України):*

1. психоневрологічні диспансери;
2. диспансерні відділення;
3. кабінети лікаря психіатра в Центральній районній лікарні (поліклініці);
4. психіатричні лікарні;
5. дитячі психіатричні лікарні (відділення);
6. психіатричні відділення загально-соматичних лікарень.

II. *Заклади, що знаходяться у підпорядкуванні Міністерства соціального забезпечення та захисту:*

7. будинки інвалідів для психічно хворих з хронічним перебігом (для дорослих і дітей);
8. психіатричні медико-соціальні експертні комісії (МСЕК).

III. *Заклади Міністерства освіти і науки:*

9. школи для осіб з психічними вадами;
10. школи-інтернати для психічно хворих з хронічним перебігом (для дорослих і дітей);
11. дитячі садки для дітей з психічними вадами;
12. школи для хворих не епілепсію.

Амбулаторна допомога психічно хворим.

Центральне місце в системі допомоги психічно хворим посідає психоневрологічний диспансер.

Диспансеризація - це організація роботи психіатричних закладів стосовно систематичного нагляду за перебігом психічного розладу в особи, яка страждає на психічний розлад.

Диспансеризація включає:

- обстеження психічного стану особи, яка страждає на психічний розлад, при її самостійному зверненні до психіатричного закладу;
- проведення медичного спостереження (лікарями-психіатрами, медичними сестрами та іншими фахівцями, що беруть участь у наданні психіатричної допомоги) шляхом оцінки психічного стану особи, яка страждає на психічний розлад, під час огляду особи в психіатричному закладі або під час відвідування за місцем її перебування;
- проведення амбулаторних лікувальних заходів з метою запобігання виникненню загострень психічних розладів та забезпечення своєчасної госпіталізації особи, яка потребує стаціонарного лікування;
- організація або проведення необхідних додаткових параклінічних(рентгенологічних, лабораторних та функціональних) обстежень для контролю за загальносоматичним станом здоров'я особи;
- своєчасне вирішення питань працездатності з метою надання особі, яка страждає на психічний розлад, відповідної медико-соціальної допомоги;
- здійснення заходів з медико-соціальної реабілітації та адаптації особи шляхом сприяння залученню її до відповідного навчання та працевлаштування.

Диспансеризація здійснюється у вигляді *диспансерного та консультативного нагляду*.

За територіальним принципом диспансери поділяються на обласні, міські, міжрайонні та районні (у великих районах).

Робота в диспансері будується за дільничним принципом. Штати, структура і об'єм діяльності психоневрологічних диспансерів залежать від кількості населення, яке обслуговує диспансер. Для обслуговування окремих контингентів хворих спеціальними

видами допомоги при диспансерах створюються *неврологічні, психотерапевтичні, фізіотерапевтичні кабінети*. Для обслуговування дітей і підлітків - *дитячо-підліткові кабінети*. Для надання лікувальної допомоги (при відсутності психіатричних стаціонарів) при диспансерах організуються *психіатричні стаціонари, денні стаціонари*, а для трудотерапії і трудового пристосування інвалідів першої та другої груп - *лікувально-трудова виробничі майстерні*.

Психоневрологічний диспансер проводить різні види амбулаторної експертизи психічного стану особи (медико-соціальна експертиза працездатності, військово-лікарська, судово-психіатрична).

Медико-соціальна експертиза *визначає ступінь обмеження життєдіяльності людини, причину, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосування ї до суспільного життя*.

Вона здійснюється медико-соціальними експертними комісіями спеціалізованого профілю для огляду осіб з психічними розладами. До складу комісії спеціалізованого профілю для огляду осіб з психічними розладами входять два лікарі-психіатри і терапевт чи невропатолог, а у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ - лікар військово-медичної служби СБУ відповідного профілю.

Судово-психіатрична експертиза проводиться з метою відповіді на питання, що виникають під час провадження адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи. Експертиза проводиться в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, центрах судово-психіатричних експертиз, відділеннях (амбулаторних, стаціонарних експертиз), які є структурними підрозділами психоневрологічних (психіатричних) лікарень, психоневрологічних диспансерів.

Експертиза може проводитись амбулаторно (у тому числі посмертно), стаціонарно, у судовому засіданні. Крім того, експертиза поділяється на первинну, додаткову і повторну.

Первинною є експертиза, яка призначається у даній справі з даних питань уперше.

Додатковою є експертиза, яка призначається для вирішення окремих питань, які не були поставлені при первинній експертизі, а також у разі неповноти або недостатньої якості первинної експертизи.

Повторною є експертиза, яка призначається, якщо висновок первинної експертизи суперечить матеріалам справи, викликає сумніви щодо його правильності і визнаний необґрунтованим. Її проведення доручається іншому більш кваліфікованому складу експертів.

Термін проведення амбулаторної експертизи становить до 30 діб з моменту отримання всіх відповідних матеріалів. По результатам експертизи видається акт (одноособової, комісійної) експертизи, який підписується експертом, членами комісії і засвідчується печаткою експертної установи.

Військово-психіатрична експертиза є складовою частиною військово-медичної експертизи. Основною метою військово-психіатричної експертизи є визначення стану військовослужбовця та встановлення можливості початку служби чи зміни його статусу у Збройних Силах України.

## РОЗДІЛ 2

### Загальна психопатологія.

Хвороба ніколи не проявляється окремим симптомом. Під час аналізу її клінічної картини помічають взаємопов'язані симптоми, що утворюють синдром. Синдром — це сукупність взаємопов'язаних симптомів, що мають спільний патогенез. У синдромі співіснують як позитивні психічні розлади (астенічні, афективні, невротичні, маячні, галюцинаторні, кататонічні, судомні), так і негативні (деструкція, випадіння, дефект).

Позитивні симптоми завжди варіабельні, негативні — інваріантні. У синдромі виділяють симптоми першого (провідні), другого (основні) і третього (другорядні) рангів. У процесі діагностики лікар виявляє у конкретного хворого специфічну для певної хвороби симптоматику, наприклад, не просто астенію, а астенію, що відображує особливості хвороби (атеросклеротичну, травматичну, післяінфекційну тощо),

### РОЗДІЛ 3

#### Методи дослідження психічно хворих.

Головними методами клінічного (психопатологічного) обстеження в психіатрії вважають одночасне спостереження за хворим і його опитування. За поведінкою хворого в стаціонарі стежить також середній медичний персонал і ведуть спеціальні щоденники спостережень. Лікар використовує ці дані для оцінки психічного стану пацієнта.

У процесі клінічного обстеження психічно хворих можуть виникати труднощі з діагностикою ініціальних, мало виражених розладів психіки і оцінкою збережених рис особистості, навичок, умінь і т. ін. Мета психологічного дослідження, виявити порушення психічних процесів (сприйняття, пам'яті, уваги, мислення, інтелекту та ін.) і загалом особистості.

*Рівень інтелекту* найчастіше оцінюють за допомогою тесту Векслера. *Розлади уваги* можна виявити за допомогою коректурних проб. З метою діагностики розладів уваги використовують метод відшукування чисел за таблицями Шульте.

*Дослідження пам'яті.* Розлади пам'яті можна оцінити за допомогою таких простих прийомів, як запам'ятовування 10 слів, не зв'язаних за суттю. Здатність їх відтворити перевіряють відразу (короткочасна пам'ять) і через 1-2 год (тривала пам'ять).

*Дослідження мислення.* Для виявлення патології мислення використовують цілу низку психологічних методів. Наприклад, хворого просять розповісти, *що* зображено на сюжетній картинці. Методика дозволяє оцінити кмітливість хворого, уміння виокремити головне і оцінити емоційну реакцію.

"Встановлення послідовності подій". За серією картинок (3-6) із зображенням якої-небудь події хворий повинен скласти оповідання.

"Асоціативний експеримент". Хворому показують одне за одним слова з набору (20-25 слів). Він повинен відповідати узагальненим словом.

Методикою класифікації об'єктів (Протопопова-Рушкевича) користуються для дослідження стану абстрактного мислення.

*Методика дослідження емоційної сфери.* Дати самооцінку пропонують так. На прямій лінії, яка символізує певну властивість усіх людей (здоров'я, розум, характер, щастя і т. ін.), треба крапкою вказати своє місце й пояснити мотив такої оцінки. Позначити також особливості емоційних реакцій.

Різними прийомами можна виявити приховану депресію. Поширений кольоровий тест Люшера (Гліспег). У деяких запитальниках (Спілбергера, Гамільтона та ін.) є спеціальні шкали депресії.

*Методики дослідження рухової сфери.* Їх є кілька: складання лабіринтоподібної "хаотичної" ламаної лінії з сірників; складання кольорової мозаїки з кубиків; дослідження конструктивно-пальцевих дій; серіальна динамометрія; проба багатоточковості; дослідження зорово-моторної координації та ін.

Для діагностики, прогнозу та психотерапії дуже важливо виявити психотравмівні чинники, хворобливі переживання, їх недужий часто приховує. Для цього застосовують проєктивні методи. Найвідоміша методика незакінчених речень. Використовують також тематичний аперцепційний тест (ТАТ), запропонований М. Муррєєм і Г. Морганом (1935).

Характерологічні особливості оцінюють найчастіше за методом, розробленим у США і адаптованим у нас, Міннесотським багатопрофільним особистісним запитальником (ММРІ);



Діагностичні лабораторні дослідження в психіатрії призначають для оцінки соматичного стану хворого на різних етапах лікувально-діагностичного процесу, а також з метою виявлення соматичних недуг, зумовлених психозами, або тих, що їх супроводжують.

Об'єкти дослідження (кров, сеча, спинно-мозкова рідина та ін.), а також більшість методів є ті самі, що і в інших галузях медицини.

*Загальні аналізи крові та сечі* проводять передусім для того, аби не пропустити інфекційне чи інше захворювання. Це особливо важливо, бо психічно хворі рідше скаржаться на погіршення загального стану.

*Біохімічні зміни в крові і сечі* спостерігаються при різних психічних недугах. Психомоторне збудження супроводжується гіперглікемією, підвищенням вмісту кортикостероїдів і катехоламінів та ін.

*Аналіз спинно-мозкової рідини* призначають за підозри на органічну патологію мозку (сифілітичного, пухлинного, запального генезу або з іншої причини).

*Краніографія* – рентгенографія кісток черепа. Вона дає змогу за непрямими ознаками зробити висновок про наявність органічного ураження мозку. Так, посилення пальцеподібних втиснень є ознакою тривалого підвищення внутрішньочерепного тиску. Ділянки надмірного звапнення виникають після черепномозкових травм.

*Пневмоєнцефалографія (ПЕГ)*. Рентгенографію мозку виконують після того, як частину спинномозкової рідини випускають і замість неї вводять повітря або кисень, які заповнюють шлуночки мозку та субарахноїдальний простір. Таким чином вдається виявити спайки в мозкових оболонках, деякі пухлини, атрофічні зміни. З появою комп'ютерної томографії голови даний метод вважається застарілим.

*Ангіографія судинної системи мозку* дозволяє виявити пошкодження мозкових судин, а також локальні ушкодження мозку (пухлини та ін.).

*Комп'ютерна томографія голови* – автоматизоване пошарове рентгенологічне дослідження тканин мозку з аналізом показників на ЕОМ і побудовою об'ємного зображення на спеціальному екрані. Можна встановити локалізацію осередків ураження в головному мозку. Призначають з метою діагностики мозкових пухлин, атрофічних процесів, абсцесів тощо.

*Позитронно-емісійна томографія* ґрунтується на різниці розщеплення радіонуклідів, якими мітять під час уведення глюкозу, нейромедіатори або інші препарати. Дозволяє судити про локальні зміни метаболізму мозку, нейрорецепторів, кровопостачання і т. ін. Показники синтезуються на ЕОМ. Один із найперспективніших діагностичних методів, можливості якого ще не розкриті.

## БЛОК 2 НОЗОЛОГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ

### РОЗДІЛ 4 Шизофренія.

Класифікація, діагностика, лікування. Шизоафективний, шизотиповий та інші маячні розлади.

Класифікація шизофренії.

Історично склався поділ шизофренії на просту, кататонічну, гебефренічну (тепер – дезорганізовану), і параноїдну. На сьогодні, є п'ять підкласів шизофренії:

- 1. Параноїдний тип: присутні маячні ідеї й галюцинації, але немає розладів мислення, дезорганізації поведінки, і афективного сплюснення.
- 2. Дезорганізований тип – "гебефренічна шизофренія". Характерна комбінація розладів мислення й сплюснення афекту.

- 3. Кататонічний тип: виразні психомоторні порушення. Симптоми можуть включати кататонічний ступор і воскову гнучкість.
- 4. Недиференційований тип: присутні психотичні симптоми, але не виконуються критерії параноїдного, дезорганізованого або кататонічного типу.
- 5. Залишковий тип: є позитивні симптоми, але вони слабо виразні.

Виділено ще два підтипи:

- 1. Постшизофренічна депресія: депресивний епізод, що виникає після редукції шизофренічної симптоматики, з можливою наявністю деяких симптомів шизофренії в ослабленій формі.
- 2. Проста шизофренія: негативні симптоми, що розбудовуються поволі, поступово набувають тяжкої форми, за відсутності історії психотичних епізодів.

Діагноз визначається на підставі аналізу скарг пацієнта і його поведінки. Це включає розповідь самої людини про свої переживання, з можливим доповненням цієї інформації родичами, друзями або колегами, з наступною клінічною оцінкою пацієнта психіатром, соціальним працівником, клінічним психологом або іншим фахівцем галузі психіатрії. Під час психіатричної оцінки проводиться аналіз психічного статусу й психіатричного анамнезу. Вироблені стандартні діагностичні критерії враховують наявність певних ознак і симптомів, їх значимість і тривалість. На сьогодні не існує лабораторного тесту для діагностики шизофренії.

У діагностиці шизофренії за МКХ-10 повинна спостерігатися хоча б одна з наступних ознак:

1. Звучання власних думок, вкладання або відібрання думок, відкритість думок навколишнім.
2. Марення оволодіння, впливу, або пасивності, що чітко ставиться до тіла або кінцівок, думок, дій, або відчуттям; маревне сприйняття.
3. Гацюцинаторні голоси, що коментують або обговорюють поведінку хворого; інші типи "голосів", що йдуть від різних частин тіла.
4. Стійкі маячні ідеї, які культурно неадекватні, безглузді, неможливі й/або грандіозні за змістом.

Або повинні спостерігатися принаймні два з наступних "менших" симптомів:

1. Стійкі галюцинації будь-якої сфери, що супроводжуються лабільним або неповністю сформованим маренням, але без виразного афекту; або постійні, нав'язливі надцінні ідеї
2. Неологізми, шперрунг, розірваність мови
3. Кататонічні розлади, такі як порушення, застигання або воскова гнучкість, негативізм, мутизм і ступор
4. Достовірні й послідовні зміни загальної якості поведінки, що проявляються втратою інтересів, безцільністю, поглинанням власними переживаннями, соціальним аутизмом.

Негативні симптоми (але не обумовлені при цьому депресією або фармакотерапією), які можуть бути виражені апатією, збідненням або неадекватністю емоційних реакцій, соціальною відгородженістю соціальною непродуктивністю.

При цьому зазначені симптоми повинні проявлятися не менше місяця. Стани, що відповідають даним критеріям, але тривають менш місяця, класифікуються як гострий шизофреноподібний психотичний розлад, а якщо вони згодом тривають понад місяць, то діагноз змінюється (перекодується) на відповідну форму шизофренії.

Основним методом лікування шизофренії є антипсихотичні медикаменти, часто у поєднанні з психологічною та соціальною підтримкою.

## **РОЗДІЛ 5**

### **Афективні розлади.**

В основі афективних розладів – зміни настрою: гіпо- або гіпертимія. Основними ознаками депресивних розладів є стійке пригнічення настрою, песимістичний відтінок мислення, психомоторна загальмованість зі зниженням загальної активності, “енергії”, втрата здатності відчувати радість (ангедонія). Маніакальні стани переважно характеризуються неадекватним піднесенням настрою або роздратуванням, гіперактивністю, прискореним мисленням з ідеями переоцінки власної значущості.

Класифікація МКХ-10

Розлади настрою (афективні розлади)

F30 Маніакальний епізод

F31 Біполярний афективний розлад

F32 Депресивний епізод

F33 Рекурентний депресивний розлад

F34 Стійкі розлади настрою (афективні)

(сюди зараховують і F34.0 Циклотимія)

F38 Інші розлади настрою (афективні)

F39 Неуточнений розлад настрою (афективний).

Діагностика афективних розладів полягає, передусім, у використанні клініко-психопатологічного (феноменологічно-описового) методу. Головні критерії маніакального епізоду (за МКХ-10) - неадекватно підвищений настрій від радісного піднесення до неконтрольованого збудження; - підвищена енергійність аж до гіперактивності; - збільшена мовна продукція аж до мовного натиску; - зниження потреби уві сні; - завищена самооцінка з можливими ідеями переоцінки аж до ідей величч; - порушення уваги з підвищеним відволіканням; - тривалість епізоду не менше одного тижня з вираженим порушенням соціального функціонування

Головні критерії депресивного епізоду (за МКХ-10) - пригнічений настрій; - втрата інтересів та задоволення; - зниження енергійності; - зниження концентрації уваги та зосередженості; - зниження самооцінки та відчуття невпевненості у собі аж до ідей провини та гріховності; - песимістичне бачення майбутнього; - ідеї чи дії з самопошкодження чи суїциду; - порушення сну; - знижений апетит; - тривалість епізоду не менше двох тижнів з вираженим порушенням соціального функціонування. Головні критерії змішаного афективного епізоду (за МКХ-10) - наявність симптомів як депресії, так і манії одночасно; - тривалість епізоду не менше двох тижнів з вираженим порушенням соціального функціонування.

## РОЗДІЛ 6

### Органічні психічні розлади.

Органічні психічні розлади, які також називаються органічними синдромами мозку, складаються з порушень когнітивної функції, які мають органічні або фізіологічні причини. Тобто людина має якийсь фізичний стан, який завдає шкоди її психічному функціонуванню. Це станом психічного погіршення, що є наслідком:

- Зловживання наркотиками або наркотики, що викликають залежність.

- Серцево-судинні розлади, нестача кисню до мозку (інсульт, серцеві інфекції, гіпоксія, субдуральна гематома тощо).

- Отруєння (надмірний вплив деяких речовин, таких як метанол, свинець або окис вуглецю, може спричинити пряме пошкодження мозку).

- Інфекції (вважають нервову систему через проникнення вірусів та бактерій, яких імунна система не змогла перемогти).

- Деменції (деменції, які починаються з пошкодження мозку, яке поширюється все більше і більше, є хронічним і практично незворотним). Серед деменцій ми виявляємо хворобу Альцгеймера, хворобу Паркінсона, хворобу Хантінгтона, судинну деменцію, спричинену деякою цереброваскулярною афектацією тощо.

- Травми голови (ЧМТ), що складаються з травм головного мозку, спричинених зовнішнім впливом, які зачіпають будь-яку частину черепа, а отже і мозок. Ці пошкодження мають чіткі прояви в когнітивних можливостях, особистості та афективних та емоційних аспектах пацієнта.

- Медичні захворювання (порушення обміну речовин: захворювання печінки, нирок, щитовидної залози, анемія, дефіцит вітамінів, таких як В12 і тіамін, гіпоглікемія. Новоутворення або ускладнення внаслідок раку, ендокринні розлади, лихоманка, переохолодження, зневоднення, серцево-легеневі розлади, мігрень тощо).

- Інші розлади нервової системи (епілепсія, пухлини мозку, демієлінізуючі захворювання, такі як розсіяний склероз тощо).

- Тривале відчуття дераивації або недосипання (відсутність сну та відпочинку протягом тривалих періодів часу спричиняє, в довгостроковій перспективі, пошкодження мозку).

За тривалістю органічні психічні розлади можна розділити на дві групи:

Гострий органічний психічний розлад, що також визначається як гострий конфузійний синдром або делірій. Характеризується когнітивними змінами, які з'являються швидко, за лічені години або дні, є оборотними та тимчасовими.

Хронічний органічний психічний розлад

У цьому випадку включаються ті умови, які залишаються стабільними в довгостроковій перспективі. Тобто ті, які завдали постійної шкоди когнітивному функціонуванню.

Типовим прикладом цього підтипу є деменція.

Підгостра дисфункція мозку на основі органів або енцефалопатія.

Є автори, які встановлюють третю категорію енцефалопатії, оскільки вона складається з проміжного прояву між двома крайностями. Спочатку цей стан демонструє коливання і навіть, здається, вирішується, але часто прогресуючий і стійкий.

Найбільш загальними і типовими симптомами органічного психічного розладу є:

- агітація
- спантеличеність
- знижений рівень свідомості
- проблеми з судженням та аргументацією
- деякі порушення когнітивного функціонування, як короткочасні (наприклад, делірій), так і довгострокові (наприклад, деменції). У цій категорії ми формуємо проблеми з увагою, пам'яттю, сприйняттям, виконавчими функціями тощо.
- зміни в циклах сну і неспання (це головним чином у гострих підтипах).

## РОЗДІЛ 7

### Психічні розлади дитячого та підліткового віку, порушення психологічного розвитку.

Класифікація емоційних розладів і розладів поведінки, що починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці за МКХ-10:

1. Гіперкінетичні розлади
  - 1.1. Порушення активності уваги
  - 1.2. Гіперкінетичний розлад поведінки
  - 1.3. Інші гіперкінетичні розлади
2. Розлади поведінки
  - 2.1. Розлад поведінки, що обмежується умовами сім'ї
  - 2.2. Несоціалізований розлад поведінки
  - 2.3. Соціалізований розлад поведінки
  - 2.4. Опозиційно-визиваючий розлад
  - 2.5. Інші розлади поведінки
3. Змішані розлади поведінки та емоцій

- 3.1. Депресивний розлад поведінки
  - 3.2. Інші змішані розлади поведінки та емоцій
  - 4. Емоційні розлади, специфічні для дитячого віку
    - 4.1. Тривожний розлад у зв'язку з розлукою в дитячому віці
    - 4.2. Фобічний тривожний розлад дитячого віку
    - 4.3. Соціальний тривожний розлад дитячого віку
    - 4.4. Розлад сиблінгового суперництва
    - 4.5. Інші емоційні розлади дитячого віку
  - 5. Розлади соціального функціонування з початком, специфічним для дитячого віку
    - 5.1. Елективний мутизм
    - 5.2. Реактивний розлад прихильності дитячого віку
    - 5.3. Розгальмований розлад прихильності дитячого віку
    - 5.4. Інші розлади соціального функціонування дитячого віку
  - 6. Тикові розлади
    - 6.1. Транзиторний тиковий розлад
    - 6.2. Хронічний руховий або голосовий тиковий розлад
    - 6.3. Комбінований голосовий і множинний руховий тиковий розлад (синдром де ля Туретта)
    - 6.4. Інші тикові розлади
  - 7. Інші поведінкові й емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці
    - 7.1. Неорганічний енурез
    - 7.2. Неорганічний енкопрез
    - 7.3. Розлад харчування в дитячому віці
    - 7.4. Поїдання неїстівного (калу) у дитинстві і у ранньому дитинстві
    - 7.5. Стереотипні рухові розлади
    - 7.6. Заїкуватість
    - 7.7. Мова взахльоб
    - 7.8. Інші специфічні поведінкові й емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці
- Загальні принципи лікування розладів.
- Розлади активності та уваги
- Розлади поведінки
- Емоційні розлади, специфічні для дитячого віку
- Психотерапевтичні
- Раціональна, групова, ігрова, сімейна психотерапія
- Психотерапевтична корекція особистості: родинна, групова, ігрова, індивідуальна
- Ігрова, групова, сімейна психотерапія
- Медикаментозні нейролептики: ризазин, зипрекса, терален; антидепресанти: сертралін (золофт), нейролептики: тіоридазин (ридазин), оланзипін (зипрекса), периціазин (неулептіл) та ін.; антидепресанти з седативною або нейролептики: тіоридазин (ридазин), еглоніл (сульпірід), оланзепін (зипрекса) та ін.; антидепресанти з 7 флуоксетин (прозак), ремерон; транквілізатори; нормотиміки: фінлепсин, тимоніл; ноотропи; вазо активні речовини; вітамінотерапія. Збалансованою дією: амітриптилін, сертралін (золофт), флуоксетин (прозак), мirtазапін (ремерон) та ін.; транквілізатори та снодійні засоби: алпрозалам (ксанакс, кассадан), діазепам (сібазон), медазепам (рудотель), гідазепам та ін. седативні засоби: препарати валеріани, собачої кропиви, бромід натрію; ноотропи та гамкергічні засоби: пірацетам (ноотропіл), фенібут, пантогам, когітум, гамалон та ін. седативною або збалансованою дією: амітриптилін, міансерін (леривон), ципраміл, сертралін (золофт), ремерон, мапротилен (людіоміл) та ін.; транквілізатори: діазепам, медазепам, зопіклон (імован); седативні засоби: препарат валеріани, собачої кропиви, бромід натрію; ноотропи: гамалон, гліцин, пантогам, пірацетам, піритинол, фенібут.

## РОЗДІЛ 8

### Розумова відсталість.

Розумова відсталість – група різних за етіологією і патогенезом станів, які внаслідок несприятливих впливів у внутрішньоутробний період або в ранньому дитинстві (частіше до 3 років) призводять до недорозвинення психіки з переважною недостатністю інтелекту й утруднюють (частково або повністю) соціальне функціонування. Розумова відсталість супроводжується тотальним психічним недорозвиненням.

Провідною ознакою патології є різке зниження здатності до формулювання, узагальнення понять й абстрактного мислення. Розумова відсталість позначається на всій особистості загалом. Це можуть бути недорозвинення мовлення, моторики і міміки. Такі хворі здатні помітити різницю між предметами і явищами, але не спроможні встановити подібність між ними. Вони не розуміють переносного значення прислів'їв, приказок і метафор, не вміють вичленити основну думку прочитаного твору. Слабкість абстрактного мислення впливає на всі пізнавальні процеси, тому хворим нелегко або неможливо навчитися рахувати, розв'язувати задачі, а також правильно використовувати граматичні правила. У них порушена здатність до аналізу й узагальнення інформації про предмети і явища. У них значною мірою знижується смислове запам'ятовування порівняно з механічним. Хворі не можуть переказати зміст почутого, побаченого або прочитаного. Затримка формування пізнавальних функцій призводить до недорозвинення мовлення. Ступінь його відповідає тяжкості інтелектуального зниження. За глибокого зниження інтелекту людина не може розмовляти і не розуміє, що їй кажуть, але при цьому велике значення мають інтонації та жести. Нездатність абстрактно мислити призводить до того, що хворі користуються заученими штампами, не розуміючи їхнього змісту. Запас слів зазвичай обмежений (залежно від ступеня зниження інтелекту). Ознаки недорозвинення мовлення виявляються також у дефекті вимови. При цьому емоційна сфера збережена.

З урахуванням особливостей темпераменту розрізняють торпідну й еретичну розумову відсталість. Такі хворі безініціативні. Через підвищену сугестивність легко піддаються як вихованню, так і негативному впливові. Під час дослідження інтелектуального рівня суб'єкта потрібно використовувати всю наявну інформацію щодо коефіцієнта інтелекту – IQ (Intelligence quoting). Його визначають за допомогою адаптованого тесту Векслера. Коефіцієнт розумового розвитку визначають за допомогою стандартизованого тесту, що враховує місцеві культурні особливості.

#### **Класифікація**

##### *За МКХ-10*

F70 — Розумова відсталість легкого ступеня

F71 — Розумова відсталість помірного ступеня

F72 — Розумова відсталість тяжкого ступеня

F73 — Глибока розумова відсталість.

Пацієнти з легким недоумством оволодівають мовленням з деякою затримкою і можуть ним користуватися в повсякденному житті. Адаптивні здібності на побутовому рівні у них також досить розвинені. Вони можуть обслуговувати себе (їсти, вмиватися, одягатися, контролювати фізіологічні акти), набувати нескладних практичних навичок, але не здатні вчитися в звичайній школі через слабкість абстрактного і теоретичного мислення, відставання у формуванні понять, суджень і змістових зв'язків. Оскільки за такого недоумства нівелюється особистість загалом, то вже в школі виявляється нездатність до самоствердження і самоусвідомлення. Якщо ж правильно вибрати методику, у таких хворих можна розвинути досить адаптивні здібності та маніпулятивні навички, що дають змогу виконувати малокваліфіковану роботу. Соціальні обмеження найчастіше зумовлені особистісною незрілістю, емоційним і вольовим дефектом. Коефіцієнт розумового розвитку становить 50-69.

За помірного недоумства повільно розвивається мовлення. Пацієнти не зовсім розуміють інших. Таким хворим нелегко оволодіти навичками щодо самообслуговування, тому більшість із них потребує догляду. Засвоюють лише ази письма та читання. Трудові навички також обмежені. Соціальний розвиток можливий до рівня здатності встановити контакти, спілкуватися з іншими людьми та брати участь у елементарних соціальних заняттях. Коефіцієнт розумового розвитку становить 35-49.

Тяжке недоумство характеризується вираженішими порушеннями моторної функції або іншими клінічно значущими органічними стигмами. Коефіцієнт розумового розвитку – від 20 до 34.

У разі глибокого недоумства обмежена рухливість, хворі не здатні контролювати фізіологічні акти. Словникового запасу немає або він складається з окремих слів. При цьому можлива елементарна невербальна комунікація за формулою: “Вони дивляться та слухають, але нічого не розуміють”. Такі пацієнти потребують догляду. Коефіцієнт розумового розвитку – до 20. Часто глибоке недоумство супроводжують тяжкі соматичні та неврологічні розлади.

## РОЗДІЛ 9

### Невротичні, соматоформні і пов’язані зі стресом та фізіологічними порушеннями розлади.

Серед психогенних захворювань розрізняють невротичні, пов’язані зі стресом, розлади, гострі і затяжні реактивні психози, соматоформні та психосоматичні порушення, а також посттравматичні стресові розлади. Причиною психогенних захворювань є психічні травми, тобто події, що стосуються значущих сторін існування людини і призводять до глибоких психологічних переживань. Це можуть бути суб’єктивно значущі події – такі, які є патогенними для більшості людей. Крім того, психотравмуючими можуть бути умовно-патогенні події, що викликають переживання у окремо взятої людини в силу особливостей її ціннісної ієрархії.

На вивчення навчальної дисципліни відводиться 90 годин, 3 кредити ЄКТС.

#### 4. Структура навчальної дисципліни

Назва розділу	Кількість кредитів	Кількість годин	Кількість годин					
			аудиторних				СРС	
			всього	лекцій		практичних занять		
<b>Психіатрія</b>								
01.	Основи соціальної гігієни та організації психіатричної допомоги		18	6	2		4	12
02.	Загальна психопатологія		18	6	2		4	12

03.	Методи дослідження психічно хворих		18	6	2		4	12
04.	Шизофренія. Класифікація, діагностика, лікування. Шизоафективний, шизотиповий та інші маячні розлади		18	6	2		4	12
05.	Афективні розлади		18	6	2		4	12
06.	Органічні психічні розлади		18	6	2		4	12
07.	Психічні розлади дитячого та підліткового віку, порушення психологічного розвитку		18	6	2		4	12
08.	Розумова відсталість		18	6	2		4	12
09.	Невротичні, соматоформні і пов'язані зі стресом та фізіологічними порушеннями розлади		18	6	2		4	12
10.	Розлади особистості та поведінки у дорослих осіб		18	6	2		4	12
<b>РАЗОМ</b>		<b>6</b>	<b>180</b>	<b>60</b>	<b>20</b>		<b>40</b>	<b>120</b>

### Перелік питань для самостійної роботи студентів

#### Блок 1

1. Загальні питання психіатрії
2. Предмет психіатрії та наркології
3. Завдання психіатрії та наркології
4. Основні етапи розвитку психіатрії.
5. Досягнення вітчизняних вчених
6. Структура психіатричної та наркологічної допомоги, психіатричної лікарні й диспансеру.
7. Принципи догляду за психічно хворими.
8. Основні фактори етіології психічних розладів
9. Основні патогенетичні механізми психічної патології
10. Правові принципи психіатричної допомоги.
11. Сучасна концепція охорони психічного здоров'я в Україні.
12. Роль лікаря соматичного профілю в наданні медичної допомоги хворим із симптоматичними психічними порушеннями.
13. Перша і невідкладна допомога хворим із психічними порушеннями, основні показання до госпіталізації.
14. Амбулаторне лікування хворих із різними захворюваннями, підтримуюча терапія, особливості її організації, її значення для охорони здоров'я.
15. Проблеми реадптації і реабілітації психічно хворих.
16. Методика клініко-психопатологічного дослідження.



## Блок 2

1. Способи виявлення розладів ефекторної сфери.
2. Вікові особливості ефекторних порушень.
3. Синдроми пригнічення та потьмарення свідомості
4. Особливості догляду, спостереження, транспортування хворих із порушенням свідомості.
5. Методи визначення стану свідомості та його порушень.
6. Межові непсихотичні синдроми: астеничний, невротичні (неврастенічний, obsесивно- фобічний, дисморфофобічний, істеричний), депресивні, іпохондричні, соматоформні.
7. Психотичні синдроми: депресивні, маніакальні, параноїдні, паранойальні, дісморфоманічні, кататонічні, гебефренічні, деліріозні, онейроїдні, аментивні, астеничної сплутаності свідомості, сутінкового стану свідомості, галюциноза.
8. Дефектно-органічні синдроми: психоорганічні, Корсаковській амнестичний, олігофренії, деменції, психічного маразма.
9. Основні психопатологічні синдроми дитячого віку: невропатії, дитячого аутизма, гіпердинамічний, дитячих патологічних страхів, , нервової анорексії, інфантилізму.
10. Значення діагностики психопатологічного синдрому для вибору метода невідкладної терапії та наступного обстеження хворого.
11. Органічні (в тому числі симптоматичні) психічні розлади. Екологічна психіатрія.
12. Основні клінічні форми соматогенних психозів.
13. Психічні розлади при вагітності, у післяпологовому та лактаційному періодах.
14. Психічні розлади при пухлинах головного мозку.
15. Психічні розлади при пухлинах позамозкової локалізації.
16. Особливості психічних розладів при ендокринних захворюваннях.
17. Основні принципи терапії, реабілітації та профілактики психічних розладів при ендокринних та соматичних захворюваннях.
18. Класифікація психічних порушень при гострих та хронічних інфекціях.
19. Особливості психічних порушень при сифілісі мозку, прогресивному паралічі.
20. Психічні розлади у ВІЛ-інфікованих.
21. Принципи лікування психічних розладів при гострих і хронічних інфекціях.

### Типові тестові задачі для розв'язування на практичних заняттях:

1. Під час бесіди з лікарем хвора розповіла: "Кожну ніч при засинанні приходиться "вісник смерті" у вигляді однієї з хворих, яка раніше перебувала в цьому ж відділенні. В своєму уявленні я проходжу повз неї та роблю вигляд, що її не бачу. Потім вона підкрадається до мого ліжка з сокирою: сокири виблискують, а її очі світяться лютюю. Я прокидаюся від жаху, потім заспокоююся та починаю знову засинати. В цю ж мить знову з'являється "вісник смерті". Таке відбувається багато разів на ніч. Визначити стан хворого.

А Гіпнагогічні галюцинації

В Псевдогалюцинації

С Насильницьки спогади

D Ментизм

Е Патологічний афект

2. Жінка 28 років, скаржиться на відчуття нереальності, змінності власного тіла. Коли стоїть перед дзеркалом, впізнає себе, але її руки, ноги, обличчя здаються їй чужими, що не належать їй. Який найбільш вірогідний психопатологічний розлад у хворої?

A Деперсоналізація

B Дерезалізація

C Галюцинації

D Сенестопатії

E Ілюзії

3. Хворий Ю., 57 років, перебуває в лікарні третій місяць. Розповідає, що щойно приїхав з відрядження, заходив в гості до сусіда, а тепер “приліг відпочити”. Не може запам'ятати свою палату, ліжко, лікуючого лікаря, кожен ранок починає з того, що з усіма знайомиться. Паспортні дані, загальновідомі історичні події, основні події свого життя називає вірно. Діагностуйте психіатричний розлад хворого.

A Корсаковський синдром.

B Хвороба Альцгеймера.

C Істерична псевдодеменція.

D Олігофренія.

E Тотальна деменція.

4. Хвора Д., 29 років, інвалід II групи з приводу частих судомних пароксизмів. Протягом останніх кількох днів була зажуреною, мала погане самопочуття. Зранку була злостивою, прискіпливою, накинулась з бійкою на матір за те, що вона взяла її вишивання. Почала кидати в стіни стільцями, посудом, побила вазонки з квітами. За годину впала на ліжко і заснула. Пробудившись, плакала, каялась, просила у всіх пробачення, спогади про перенесений стан неповні. Кваліфікуйте перенесений психічний стан.

A Дисфоричний епілептичний пароксизм.

B Істеричний сутінковий стан.

C Гострий епілептичний параноїд.

D Гостре кататонічне збудження.

E Ажітована депресія.

5. Хворий на шизофренію вважає себе “видатним вченим, геніальним композитором і неперевершеним художником”. Скаржится на те, що “рідні та друзі постійно заздять йому і хочуть отруїти”. Визначіть психопатологічний синдром.

- A паранояльний
- B параноїдний
- C маніакальний
- D парафренічний
- E гебефренічний

### **Забезпечення освітнього процесу**

1. Мультимедійні проектори, комп'ютери, екрани для мультимедійних презентацій, лекційні презентації.
2. Демонстраційні екрани, ноутбуки, файли у Power Point та Word з задачами для практичних та підсумкових занять.
3. Екзаменаційні білети.

### **Методи навчання**

Навчання здійснюється на основі вербальних (лекція, бесіда, пояснення), наочних (ілюстрація, демонстрація) та практичних методів навчання, а також з використанням інноваційних технологій в освіті (аудіовізуального, інтренет-ресурсів тощо) та валеологічних методик навчання.

## **5. Підсумковий контроль**

### **Перелік питань підсумкового контролю (екзамену)**

1. Загальні питання психіатрії
2. Предмет психіатрії та наркології
3. Завдання психіатрії та наркології
4. Основні етапи розвитку психіатрії.
5. Досягнення вітчизняних вчених
6. Структура психіатричної та наркологічної допомоги, психіатричної лікарні й диспансеру.
7. Принципи догляду за психічно хворими.
8. Основні фактори етіології психічних розладів
9. Основні патогенетичні механізми психічної патології
10. Правові принципи психіатричної допомоги.
11. Сучасна концепція охорони психічного здоров'я в Україні.
12. Роль лікаря соматичного профілю в наданні медичної допомоги хворим із симптоматичними психічними порушеннями.
13. Перша і невідкладна допомога хворим із психічними порушеннями, основні показання до госпіталізації.

14. Амбулаторне лікування хворих із різними захворюваннями, підтримуюча терапія, особливості її організації, її значення для охорони здоров'я.
15. Проблеми реадптації і реабілітації психічно хворих.
16. Методика клініко-психопатологічного дослідження.
17. Метод психоаналізу та психодинамічного спостереження.
18. Особливості психіатричної документації.
19. Значення параклінічних методів у психіатричній діагностиці.
20. Поняття психопатологічного симптому, синдрому та захворювання.
21. Синдромологічна та нозологічна класифікація психічної патології.
22. Характеристика реєстрів психічних розладів.
23. Принципи та методи лікування психічних захворювань та розладів.
24. Принципи та методи соціально-трудової реабілітації психічно хворих та профілактики психічних захворювань.
25. Принципи та методи трудової, військової та судово-психіатричної експертизи.
26. Загальна психопатологія.
27. Психофізіологічні та нейропсихологічні основи розладів відчуттів, сприймань та уявлень.
28. Класифікація та визначення порушень відчуттів: гіперестезії, гіпестезії, анестезії, сенестопатії.
29. Класифікація та визначення порушень сприймань: ілюзії, психосенсорні розлади, галюцинації.
30. Вікові особливості розладів відчуттів, сприймань та уявлень.
31. Способи виявлення розладів відчуттів, сприймань та уявлень.
32. Класифікація та визначення порушень пам'яті.
33. Психофізіологічні та нейропсихологічні основи розладів пам'яті.
34. Способи виявлення розладів пам'яті.
35. Класифікація та визначення порушень мислення та інтелекту.
36. Психофізіологічні та нейропсихологічні основи розладів мислення та інтелекту.
37. Способи виявлення розладів мислення та інтелекту.
38. Класифікація та визначення порушень емоцій
39. Психофізіологічні та нейропсихологічні основи розладів емоцій.
40. Способи виявлення розладів емоцій.
41. Класифікація та визначення порушень ефекторної сфери
42. Психофізіологічні та нейропсихологічні основи розладів ефекторної сфери.
43. Способи виявлення розладів ефекторної сфери.
44. Вікові особливості ефекторних порушень.
45. Синдроми пригнічення та потьмарення свідомості
46. Особливості догляду, спостереження, транспортування хворих із порушенням свідомості.
47. Методи визначення стану свідомості та його порушень.
48. Межові непсихотичні синдроми: астеничний, невротичні (неврастенічний, obsесивно-фобічний, дисморфофобічний, істеричний), депресивні, іпохондричні, соматоформні.

49. Психотичні синдроми: депресивні, маніакальні, параноїдні, паранойяльні, дісморфоманічні, кататонічні, гебефренічні, деліріозні, онейроїдні, аментивні, астеничної сплутаності свідомості, сутінкового стану свідомості, галюциноза.
50. Дефектно-органічні синдроми: психоорганічні, Корсаковський амнестичний, олігофренії, деменції, психічного маразма.
51. Основні психопатологічні синдроми дитячого віку: невропатії, дитячого аутизма, гіпердинамічний, дитячих патологічних страхів, нервової анорексії, інфантилізму.
52. Значення діагностики психопатологічного синдрому для вибору метода невідкладної терапії та наступного обстеження хворого.
53. Органічні (в тому числі симптоматичні) психічні розлади. Екологічна психіатрія.
54. Основні клінічні форми соматогенних психозів.
55. Психічні розлади при вагітності, у післяпологовому та лактаційному періодах.
56. Психічні розлади при пухлинах головного мозку.
57. Психічні розлади при пухлинах позамозкової локалізації.
58. Особливості психічних розладів при ендокринних захворюваннях.
59. Основні принципи терапії, реабілітації та профілактики психічних розладів при ендокринних та соматичних захворюваннях.
60. Класифікація психічних порушень при гострих та хронічних інфекціях.
61. Особливості психічних порушень при сифілісі мозку, прогресивному паралічі.
62. Психічні розлади у ВІЛ-інфікованих.
63. Принципи лікування психічних розладів при гострих і хронічних інфекціях.
64. Психічні порушення у гострому періоді черепно-мозкової травми, їх лікування та профілактика.
65. Психічні порушення у пізньому періоді травматичної хвороби.
66. Резидуально-органічні наслідки черепно-мозкових травм.
67. Пізні травматичні психози, їх диференційна діагностика та лікування.
68. Клінічні особливості психічних розладів при гострих отруєннях атропіном, акрихіном, камфорою.
69. Клінічні особливості психічних розладів при гострих отруєннях препаратами бромю, стероїдними гормонами, психотропними препаратами.
70. Клінічні особливості психічних розладів при гострих і хронічних інтоксикаціях чадним газом, речовинами, що містять фосфор, ртуть, миш'як, свинець, тетраетил свинець, нафтопродукти.
71. Клінічні особливості психічних розладів при гострих та хронічних інтоксикаціях хлорофосом, антифризом, нітратами, дефоліантами.
72. Особливості психічних порушень, які викликані екологічно несприятливими факторами.
73. Профілактика та лікування психічних порушень у разі промислових, побутових, лікарських інтоксикацій і внаслідок екологічно несприятливих впливів.
74. Гостра і хронічна променева хвороба, її психоневрологічні прояви.
75. Пострадіаційні психічні розлади: реактивні та органічні.
76. Особливості терапії, соціальної реабілітації та експертизи пострадіаційних захворювань.
77. Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та залежності від них.

78. Поняття, психоактивних речовин, феноменів вживання та залежності.
79. Поняття великого наркоманічного синдрому.
80. Особливості і перебіг наркологічних захворювань по фазах.
81. Вплив алкоголю на вищу нервову діяльність людини.
82. Просте алкогольне сп'яніння, його ступені, індивідуальні особливості, діагностика, надання медичної допомоги при гострих алкогольних отруєннях.
83. Патологічне алкогольне сп'яніння, діагностика, судово-психіатрична експертиза.
84. Алкоголізм, його критерії, наркоманічний синдром при алкоголізмі.
85. Діагностика алкогольного абстинентного стану, медична допомога.
86. Стадії алкоголізму, особливості деградації особистості.
87. Гострі металкогельні психози: діагностика початкових проявів, попередження подальшого розвитку, лікування.
88. Затяжні металкогельні психози.
89. Алкогольні енцефалопатії.
90. Принципи лікування алкогольних психозів.
91. Організація наркологічної допомоги.
92. Методи лікування алкоголізму.
93. Профілактика алкоголізму та його рецидивів.
94. Медичний, соціальний і правовий критерії наркотичних речовин.
95. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання опіатів.
96. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання канабіноїдів.
97. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання седативних та снодійних препаратів.
98. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання кокаїну та інших психостимуляторів.
99. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання галюциногенів.
100. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок вживання легких розчинників.
101. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання нікотину.
102. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання кофеїн вміщуючі продуктів.
103. Психічні, поведінкові розлади та психози внаслідок одночасного вживання декількох наркотичних речовин та використання інших психоактивних речовин.
104. Вікові особливості наркоманій і токсикоманій.
105. Психогенні психічні захворювання.
106. Поняття психогенного розладу
107. Етіологічні та патогенетичні фактори психогенних розладів
108. Класифікація психогеній.
109. Визначення понять емоційно-стресова, адаптаційна реакції, неврози.
110. Клінічна картина неврастенії.
111. Класифікація та клінічна картина тривожних розладів.
112. Клінічна картина obsesивно-компульсивного розладу.
113. Клінічна картина дисоціативних розладів
114. Депресивні невротичні розлади.
115. Моносимптомні неврози у дітей.
116. Класифікація, клінічна картина та лікування соматоформних розладів

117. Лікування та профілактика неврозів.
118. Реактивні психози: загальні клінічні ознаки, критерії Ясперса.
119. Гострі реактивні психози.
120. Затяжні реактивні психози.
121. Терапія реактивних психозів.
122. Експертиза, профілактика, реабілітація при реактивних психозах.
123. Визначення поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
124. Клінічні особливості ПТСР.
125. Профілактика та лікування ПТСР.
126. Поліетіологічні психічні захворювання
127. Визначення поняття шизофренія.
128. Причини шизофренії.
129. Основні ознаки шизофренії.
130. Основні клінічні форми шизофренії.
131. Типи перебігу шизофренії.
132. Кінцевий стан шизофренії. Поняття про ремісію та дефект.
133. Принципи терапії шизофренії
134. Клінічна картина маніакально-депресивного психозу. Циклотимія.
135. Масковані депресії.
136. Особливості афективних розладів у дітей і підлітків.
137. Принципи терапії хворих на афективні розлади.
138. Суїцидальна поведінка при психічних захворюваннях та у психічно здорових осіб.
139. Антисуїцидальна терапія. Психопрофілактика суїцидальної поведінки.
140. Первинна (генуїнна) та вторинна (симптоматична) епілепсія. Пароксизм, його клінічна характеристика.
141. Класифікація пароксизмальних проявів. Тоніко-клонічний судомний припадок, допомога хворому.
142. Епілептичний статус і лікувальні заходи щодо виведення хворого з цього стану.
143. Принципи терапії хворих на епілепсію.
144. Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих. Розумова відсталість. Порушення психологічного розвитку. Поведінкові розлади, що починаються у дитячому та підлітковому віці.
145. Розлади особистості та поведінки у дорослих, фактори, що сприяють їх розвитку.
146. Причини олігофренії та класифікація за етіологічними ознаками. Принципи терапії, корекції, експертизи, реабілітації при олігофреніях. Організація навчально-виховного та трудового процесу при олігофренії.
147. Клінічні форми олігофренії. Сомато-неврологічні прояви олігофренії.
148. Принципи терапії, корекції, експертизи, реабілітації при олігофреніях.
149. Організація навчально-виховного та трудового процесу при олігофренії.
150. Психофізичний інфантилізм. Межова розумова відсталість.
151. Клінічні варіанти психопатії та акцентуацій характеру. Основні принципи терапії, реабілітації та профілактики розладів особистості та поведінки у дорослих.
152. Визначення поняття ранній дитячий та атиповий аутизм. Клінічні прояви. Діагностика. Лікування. Принципи корекції та реабілітації.

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

**Типові тестові задачі для розв'язування на практичних заняттях:**

1. Під час бесіди з лікарем хвора розповіла: "Кожну ніч при засинанні приходиться "вісник смерті" у вигляді однієї з хворих, яка раніше перебувала в цьому ж відділенні. В своєму уявленні я проходжу повз неї та роблю вигляд, що її не бачу. Потім вона підкрадається до мого ліжка з сокирою: сокири виблискують, а її очі світяться лютю. Я прокидаюся від жаху, потім заспокоююся та починаю знову засинати. В цю ж мить знову з'являється "вісник смерті". Таке відбувається багато разів на ніч. Визначити стан хворого.

- A Гіпнагогічні галюцинації
- B Псевдогалюцинації
- C Насильницьки спогади
- D Ментизм
- E Патологічний афект

2. Жінка 28 років, скаржиться на відчуття нереальності, змінності власного тіла. Коли стоїть перед дзеркалом, впізнає себе, але її руки, ноги, обличчя здаються їй чужими, що не належать їй. Який найбільш вірогідний психопатологічний розлад у хворої?

- A Деперсоналізація
- B Дерезалізація
- C Галюцинації
- D Сенестопатії
- E Ілюзії

3. Хворий Ю., 57 років, перебуває в лікарні третій місяць. Розповідає, що щойно прийшов з відрядження, заходив в гості до сусіда, а тепер "приліг відпочити". Не може запам'ятати свою палату, ліжко, лікуючого лікаря, кожен ранок починає з того, що з усіма знайомиться. Паспортні дані, загальновідомі історичні події, основні події свого життя називає вірно. Діагностуйте психіатричний розлад хворого.

- A Корсаковський синдром.
- B Хвороба Альцгеймера.
- C Істерична псевдодеменція.
- D Олігофренія.



Е Тотальна деменція.

4. Хвора Д., 29 років, інвалід II групи з приводу частих судомних пароксизмів. Протягом останніх кількох днів була зажуреною, мала погане самопочуття. Зранку була злостивою, прискіпливою, накинулася з бійкою на матір за те, що вона взяла її вишивання. Почала кидати в стіни стільцями, посудом, побила вазонки з квітами. За годину впала на ліжку і заснула. Пробудившись, плакала, каялась, просила у всіх пробачення, спогади про перенесений стан неповні. Кваліфікуйте перенесений психічний стан.

А Дисфоричний епілептичний пароксизм.

В Істеричний сутінковий стан.

С Гострий епілептичний параноїд.

Д Гостре кататонічне збудження.

Е Ажітована депресія.

5. Хворий на шизофренію вважає себе “видатним вченим, геніальним композитором і неперевершеним художником”. Скаржиться на те, що “рідні та друзі постійно заздять йому і хочуть отруїти”. Визначіть психопатологічний синдром.

А параноїальний

В параноїдний

С маніакальний

Д парафренічний

Е гебефренічний

#### «0» варіант екзаменаційного білету

Рівень вищої освіти – третій (освітньо-науковий, PhD)

Спеціальність – 222 Медицина

Освітньо–наукова програма – Медицина

Назва навчальної дисципліни – Актуальні проблеми за напрямком наукового дослідження (для аспірантів кафедри психіатрії)

#### Екзаменаційний білет № 0

1. Предмет та задачі психіатрії. Основні принципи сучасної психіатрії. **Максимальна оцінка – 10 балів.**
2. Невідкладна психіатрична допомога. Показання та правила госпіталізації. **Максимальна оцінка – 10 балів.**
3. Значення суміжних наук (фізіології, нейро- та психофізіології; неврології, нейрохірургії). **Максимальна оцінка – 10 балів.**
4. Рішення ситуаційних задач та тестів. **Максимальна оцінка 10 балів.**

Завідувач кафедри  
Екзаменатор

доцент Чернишов О.В.  
доцент Чернишов О.В.

## 6. Критерії оцінювання та засоби діагностики результатів навчання

### Методи контролю

- Опитування (перевірка теоретичних знань та практичних навичок).
- Тестовий контроль.
- Написання огляду наукової літератури (рефератів), виконання індивідуальних завдань, їх захист.

**Поточний контроль.** Перевірка на практичних заняттях теоретичних знань і засвоєння практичних навичок, а також результатів самостійної роботи за темою заняття. Контролюються викладачами відповідно до конкретної мети навчальної програми. Оцінка рівня підготовки аспірантів здійснюється шляхом: опитування, рішення й аналізу ситуаційних і тестових задач, інтерпретації результатів експериментальних і клініко-лабораторних досліджень, контролю засвоєння практичних навичок.

**Проміжний контроль.** Перевірка можливості використання аспірантами для клініко-діагностичного аналізу отриманих теоретичних знань і практичних навичок по всіх вивчених темах розділу, а також результатів самостійної роботи за розділом. Здійснюється на останньому занятті за розділом шляхом здачі практичних навичок, рішення ситуаційних задач і тестування. Підсумкове заняття з психіатрії оцінюється такою ж кількістю балів, як і будь-яке інше заняття (див. нижче).

**3-й семестр** завершується підсумковою контрольною роботою (ПКР), яка проводиться по завершенню вивчення всіх тем блоку на останньому занятті за блоком. До ПКР допускаються аспіранти, які відвідали всі передбачені навчальною програмою лекції, аудиторні навчальні заняття, виконали в повному обсязі самостійну роботу й у процесі навчання набрали кількість балів, не менше, ніж мінімальну (див. нижче).

**4-й семестр** завершується екзаменом. До екзамену допускаються лише аспіранти, які мають атестацію за 3-й семестр та у поточному семестрі відвідали всі передбачені навчальною програмою лекції, аудиторні навчальні заняття, виконали в повному обсязі самостійну роботу й у процесі навчання набрали кількість балів, не менше, ніж мінімальну (див. нижче).

### Розподіл балів, які отримують аспіранти

Оцінювання аспірантів здійснюється за 100-бальною шкалою, тобто максимальна оцінка за дисципліну – 100 балів. Мінімальна оцінка – 60 балів.

Оцінка складається з двох складових – з оцінки за поточну навчальну діяльність (ПНД) та оцінки на ПКР (у 3-му семестрі) або іспиті (у 4-му семестрі).

За ПНД аспірант може набрати максимально 60 балів. Аспірант допускається до ПКР або іспиту, якщо він набрав за ПНД не менше 20 балів.

Максимальна кількість балів, що може набрати аспірант у результаті здачі ПКР або іспиту, становить 40. ПКР або іспит вважаються складеними, якщо аспірант сумарно (за ПНД та ПКР або іспит) набрав 60 і більше балів.

Оскільки дисципліна «Актуальні проблеми за напрямком наукового дослідження (для аспірантів кафедри психіатрії)» у кожному з семестрів складається з 10 практичних занять тем (див. вище пункт 4.2. План практичних занять), то за кожне заняття аспірант може отримати максимально 6 балів, мінімально – 2 бали, але сумарно за всі заняття не більше 60 балів та не менше 20 балів. При цьому обов'язково мають бути зараховані всі практичні заняття. Оцінка з заняття нижче 2 балів означає «незадовільно», заняття не зараховане і підлягає обов'язковому відпрацюванню в установленому порядку.

### Оцінка успішності аспіранта

Вид діяльності (завдання)	Мінімальна кількість балів	Максимальна кількість балів
<b>3-й семестр</b>		
Практичні заняття від 1-го до 10-го	2	6
Разом ПНД	20	60
ПКР	-	40
Разом за ПНД та ПКР (атестація)	60	100
<b>4-й семестр</b>		
Практичні заняття від 1-го до 10-го	2	6
Разом ПНД	20	60
Екзамен	-	40
Разом за ПНД та екзаменом	60	100

### Критерії оцінювання знань

**Оцінкою 6 балів за практичне заняття (А за шкалою ECTS та «відмінно» за національною шкалою)** відповідь аспіранта оцінюється, якщо вона демонструє глибокі знання всіх теоретичних положень і вміння застосовувати теоретичний матеріал для практичного аналізу і не має ніяких неточностей.

**Оцінкою 4-5 балів за практичне заняття (В та С за шкалою ECTS та «добре» за національною шкалою)** відповідь оцінюється, якщо вона показує знання всіх теоретичних положень, вміння застосовувати їх практично, але допускаються деякі принципові неточності.

**Оцінкою 2-3 бали за практичне заняття (D та E за шкалою ECTS та «задовільно» за національною шкалою)** відповідь оцінюється за умови, що аспірант знає головні теоретичні положення та може використати їх на практиці.

## 7. Рекомендована література

### I. ОСНОВНІ ДЖЕРЕЛА

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Аутизм у дітей» ГСТ2015-3411а [http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr\\_r.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr_r.html)
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Аутизм у дорослих» ГСТ2015341-2а [http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr\\_r.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr_r.html)

3. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Депресія» (легкий або помірний депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом). ГСТ2014-1003-1а [http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr\\_r.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr_r.html)
4. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Епілепсії» ГСТ2014-276-1а [http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr\\_r.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr_r.html)
5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Посттравматичний стресовий розлад» ГСТ2016-121-1а [http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr\\_r.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr_r.html)
6. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Рекурентні депресивні розлади» ГСТ2014-1003-2а [http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr\\_r.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr_r.html)
7. Аймедов К. В. Індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з параноїдною формою шизофренії з урахуванням статевої належності/ К. В. Аймедов, Г. В. Морванюк // Архів психіатрії. - 2016. - Т. 22, № 1. - С. 98-101.
8. Антидепресанти, транквілізатори та психостимулятори. Принципи використання в психіатричній практиці. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагин Р.Б., Гончаров В.Є., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Навчальний посібник. Харків: ХМАПО, 2015. 33 с.
9. Баричева Е.М., Долуда С.М., Козідубова В.М. Обсяги профілактичної, діагностичної та загальної практики - сімейного лікаря з розділу "Психіатрія": Навч. посіб. для лікарів інтернів і лікарів-слухачів курсів підвищення кваліфікації закладів. - Х.: Прапор, 2005. - 416 с.
10. Баричева Э.Н., Зайцева Л.В., Григорчук М.Ю. Задоволеність подружніми стосунками та адаптивність подружжя при депресивних розладах різного генезу у дружини // Український вісник психоневрології. - 2015. – Т. 23, вип. 1(82). - С. 3.
11. Богомолець О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // Архів психіатрії. - 2016. - Т. 22, № 2. - С. 11-15.
12. Гончар Т.О. Клініко-психопатологічні механізми та соціальне функціонування хворих на шизофренію, що обумовлюють надання примусової психіатричної допомоги // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1–2 (46–47). – С. 4-6.
13. Домедична допомога в умовах бойових дій : альбом / В. Д. Юрченко, В. О. Крилюк, А. А. Гудима [та ін.] ; Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Національна академія внутрішніх справ України Управління медичного забезпечення та реабілітації МВС України, Всеукраїнська рада реанімації (ресусцитації) та екстреної медичної допомоги. – Тернопіль : ТДМУ; Укрмедкнига, 2014. – 76 с.
14. Епідеміологія психічних розладів та принципи організації психіатричної допомоги. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагин Р.Б., Гончаров В.Є., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Навчальний посібник Харків: ХМАПО, 2015. - 37 с.
15. Закон України "Про психіатричну допомогу". - К.: Сфера, 2000. - 50 с.
16. Закони України про охорону здоров'я: Збірник нормативно-правових актів. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - 464 с.
17. Збірник тестових завдань для ліцензійного іспиту Крок-3 (лікувальна справа та педіатрія) - розділ психіатрія / Навчальне видання МОЗ України, Київ, 2015.
18. Козідубова В.М., Кутько І.І., Напреенко О.К. Афективні розлади. Психіатрія і наркологія. – Київ: ВСВ «Медицина», 2011. - С.179-193.

19. Кулініченко В. Л. Протидія насильству в сім'ї : навчальний посібник для лікарів-інтернів, аспірантів, магістрів... циклів підвищення кваліфікації закладів (факультетів) післядипломної освіти / В. Л. Кулініченко, В. Д. Мішалов, О. Г. Карагодіна ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. - Київ : Євченко О.О., 2014. - 106 с. : табл.іл.
20. Надання допомоги лікарями загальної практики психічно хворим. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гончаров В.С., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Навчально-методичний посібник Харків: ФОП Шейніна О.В., 2014. - 244 с.
21. Наказ МОЗ України від 08.10.01. № 397 "Про затвердження нормативи правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади". - К., 2002.
22. Пішель В. Я. Посттравматичний стресовий розлад та психотичні прояви: дискусійні питання / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна // Архів психіатрії. - 2016. - Т. 22, № 2. - С. 114-115.
23. Принципи діагностики, лікування та експертизи психічних розладів при енцефалітах. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гончаров В.С., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Навчальний посібник Харків: ХМАПО, 2015. - 24 с.
24. Психіатрія і наркологія : підручник / В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов [та ін.] ; за ред. : В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. – Вид. 2-ге, перероблене і доповнене. – Київ : Медицина , 2015. – 511 с.
25. Психіатрія і наркологія : підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков [та ін.] ; за ред. О. К. Напрєєнка. – 2-ге вид., перероблене і доповнене. – Київ : Медицина , 2015. – 422 с.
26. Психіатрія особливого періоду : навчальний посібник / Ю. В. Рум'янцев, О. Г. Сиропятов, Г. В. Осьодло [та ін.] ; Військово-медичний департамент МО України, Українська військово-медична академія. – 2-е вид. перероблене і доповнене. – Київ : "МП Леся", 2015. – 226 с.
27. Психіатрія / під ред. В.М.Козідубової, В.М. Кузнєцова, В.А. Вербенко, Л.М. Юр'євої, О.О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків: Оберіг, 2013. - 1164 с.
28. Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку). «Нейро News: психоневрологія та нейропсихіатрія».
29. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : методичний посібник / Т. А. Золотарьова, С. І. Табачников, О. К. Напрєєнко [та ін.] ; за ред. : І. Я. Пінчук, К. Д. Бабова, А. І. Гоженка ; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології, Український науково-дослідний інститут медицини транспорту. – Київ : Калита, 2014. – 91 с.
30. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі».
31. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія(легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» Наказ Міністерства охорони здоров'я

України 25.12.2014 № 1003 «Про затвердження та впровадження медикотехнологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

32. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Посттравматичний стресовий розлад» Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.06.2015 № 341 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі».

33. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)» Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у разі аутизму».

34. Шизофренія. Класифікація, діагностика, лікування. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гончаров В.Є., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Навчальний посібник. - Харків: ХМАПО, 2015. - 49 с.

35. Boltivets S.I., Gonchar O.A., Gonchar T.O., Uralova L.T., Chelyadyn Y.Y. Psychotherapeutic correction of deviant behavior caused by mental disorders in children and young adults // Znanstvenamisel. – 2017. - №2. – С. 16-19.

36. Gonchar T.O. Outcomes of perinatal cerebrovascular lesions // Психічне здоров'я. – 2017. – № 1–2 (50–51). – С. 65-67.

37. Mrug O. Rehabilitation potential of personality in paranoid schizophrenia / O. Mrug // Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 2. - С. 88-92.

#### ***Ресурси Інтернет:***

1. <http://mon.gov.ua/> – офіційний веб-сайт Міністерства освіти і науки України;
2. <http://nmapo.edu.ua/index.php/uk/> – офіційний сайт Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;
3. <http://www.drlz.com.ua/> – Державний реєстр лікарських засобів України
4. <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/> – офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України;
5. <http://www.nbuv.gov.ua/> – Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського;
6. <http://www.who.int/> – офіційний веб-сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я.

#### **II. ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА**

1. Про авторське право та суміжні права: Закон України від 23 грудня 1993 р. № 3792-ХІІ (зі змінами і доповненнями) // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1994, № 13, ст. 64.
2. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05 жовтня 2000 р. № 2017-ІІІ // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 48, ст. 409.
3. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05 липня 2012 р. № 5081-VI (зі змінами і доповненнями) // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст. 340.

4. Про Уповноваженого Верховного Ради України з прав людини: Закон України від 23 грудня 1997 р. № 776/97-ВР (зі змінами і доповненнями) // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1998, № 20, ст. 99.

***Ресурси Інтернет:***

1. <http://court.gov.ua/> – офіційний веб-портал «Судова влада України»;
2. <http://inmeds.com.ua/> – веб-ресурс «Єдиний медичний простір»;
3. <http://medicallaw.org.ua/vidavnictvo/medychne-pravo/> – науково-практичний журнал «Медичне право»;
4. <http://www.library.univ.kiev.ua/>– Наукова бібліотека ім. М. Максимовича Київського національного університету імені Тараса Шевченка;
5. <http://www.nau.ua> - Професійні правова система «Мега-НАУ»;