

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

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до самостійного заняття по темі «Дитяча та підліткова психіатрія» для
студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

Запоріжжя – 2015 рік

I. Цілі заняття:

1.1. Студент повинен знати:

- Основні психічні захворювання, що проявляються у дитячому віці.
- Відмінності клінічної картини психічних захворювань у дітей та дорослих.
- Особливості діагностики та лікування психічних захворювань у дітей

1.2 Студент повинен уміти:

- Провести розмову с дитиною та її батьками.
- Оцінити клінічні прояви наявного психічного захворювання або діагностувати його відсутність.
- Оцінити можливу динаміку психопатологічних розладів.
- Назначити терапевтичне та підтримуюче лікування.

II. Зміст та структура теми заняття:

"Важке поведження", невідповідне "нормативному", очікуваному від дитини при навчанні, може виникати з різних причин. У деяких випадках в основі такого поведження лежить дисгармонійний розвиток особистості, обумовлений умовами виховання і сформованими в дитини дезадаптивними патернами поведження (наприклад, протестні реакції, відмова виконувати інструкції педагога, зухвала поведінка, чи навпаки, байдужість і пасивна підлеглість).

Однак невідповідність формальним вимогам поведження під час навчальних занять може бути також індикатором порушень розвитку хворобливого походження. Найчастіше це прояви органічної недостатності нервової системи (імпульсивність, розгальмування, "нетримання афекту", слабкість довільного контролю за своєю діяльністю). Але зустрічаються випадки, коли неадекватне поведження дитини, "причуди" характеру, порушення навчальної діяльності викликані психічними захворюваннями, насамперед шизофренією.

Нерідко саме зміна поведінки дитини, наростання неадекватності її реакцій можуть насторожити дорослих. Педагог, який бачить дитину щодня, може помітити перші ознаки змін у його психічному стані, тактовно звернути на це увагу батьків, порадити звернутися до лікаря. Тому доцільно познайомити педагогів, що працюють з дітьми, з першими ознаками психічних захворювань. Крім цього, розуміючи особливості стану дитини після проведеного лікування, він може підібрати до нього правильний індивідуальний підхід у подальшому навчанні.

В обивательській свідомості психічні захворювання оточені деяким ореолом таємничості, уявленням про фатальність, безнадійність, що, можливо, було адекватним ще на початку минулого сторіччя. Але сьогодні, коли можливості психофармакології великі і продовжують зростати, зросли можливості допомоги хворому.

Для фахівця **психічне захворювання** - це, насамперед захворювання, тобто стан, що має у своїй основі певні зміни в обміні речовин, у нервовій системі дитини. При відсутності адекватного лікування ці зміни можуть підсилюватися і призводити до незворотних змін психіки. Так, і при будь-якому іншому захворюванні (нирок, серця тощо), розпочате вчасно і дібране правильно лікування може зупинити процес хвороби, звести до мінімуму збиток, нанесений хворобою психіці дитини. Тому дуже важливо звернутися до лікаря при перших ознаках психічного розладу, від цього нерідко залежить успіх лікування і прогноз подальшого розвитку дитини.

Так, як й інші хвороби, психічні можуть починатися й у шкільному, і в дошкільному віці, й можуть виникнути на тлі, обтяженому іншими порушеннями (розумовою відсталістю, слабозорістю, глухотою і т. ін.). Чим молодша дитина, тим складніша картина загального тла стану і розвитку, тим складніше виділити ознаки душевного захворювання. Крім цього, важливо враховувати, що дитина через незрілість психіки, недостатню критичність і рефлексію не висуває скарг щодо зміни свого душевного стану.

Чим молодша дитина, тим менша імовірність виявлення у неї "дорослих" ознак психічної хвороби: скарг на тугу, зміни стану, галюцинаторно-бредових побудов. Тим більше значення для виявлення хвороби мають непрямі ознаки: раптова чи поступова зміна загального стану, психічного тону, поведження, дезадаптація до звичних умов (наприклад, шкільних). Тільки діти старшого віку із непорушеним інтелектом при цілеспрямованому розпитуванні здатні дати більш-менш вичерпний звіт про свої переживання. Аж до середнього шкільного віку (а в дітей зі зниженим інтелектом - і пізніше) діагностика захворювання ґрунтується на зміні поведження дитини, її інстинктивної-емоційної сфери, потреб, реакцій, на окремих висловленнях.

Головна ознака, що повинна насторожувати дорослих, - це помітне зростання негативних тенденцій розвитку і/чи поява нових, невластивих дитині до цього психічних відхилень. У цьому випадку необхідно проконсультувати його у психіатра чи психоневролога. Тільки фахівець зможе оцінити стан і вирішити питання про необхідність медикаментозного втручання.

Найпоширеніше психічне захворювання - шизофренія. Це серйозний хворобливий процес, що може привести до незворотних змін психіки, насамперед в емоційно-вольовій сфері. Безпосередня причина, що викликає початок хворобливого процесу, ще не встановлена, не до кінця відомі механізми розвитку порушень. Однак відомо, що спадкоємна обтяженість (психічні захворювання в когось із близьких родичів дитини, яскраво виражені дивини характеру в одного чи обох батьків) підвищує можливість захворювання.

Нерідко до розвитку хворобливого процесу в дитини може відзначатися своєрідність емоційно-вольової сфери: знижена контактність з однолітками, незвичайні інтереси, замкнутість, інтровертованість (дитина немов звернена більше в себе, ніж на оточуючий світ). Якщо ці особливості набувають динамічного розвитку - посилення незвичайних рис, зростання відгородженості від зовнішнього світу - і якщо до них приєднуються нові

"дивини" - як безглузді вчинки, невмотивовані чи непояснені психологічно страхи, тривога, маревні висловлювання - необхідно проконсультувати його в лікаря-психіатра.

Зміни в поведженні можуть характеризуватися манірністю, кривлянням, безглуздістю вчинків і, на перший, погляд справляти враження недисциплінованості, а не хворобливого стану. Загальний стан може бути як пригніченим, апатичним (відсутність інтересу до навколишнього, зниження вольових спонукань), так і збудженим. Однак працездатність і продуктивність дитини у навчальній роботі, як правило, різко знижується. Іноді це виглядає як парадоксальне сполучення "одержимості" у якому-небудь виді діяльності (наприклад, складання схем неіснуючих міст) і байдужості до всього іншого. Зміна емоційного тла може мати депресивний характер, дитина виглядає замкнуто і пригнічено. Але іноді спостерігається збудженість, що сприймається навколишніми як пожвавлення, підвищення емоційного тону.

Часто можна зазначити розщепленість емоцій хворої дитини: високу (до хворобливості) чутливість до переживань, що стосується особисто його чи незвичайних об'єктів, і байдужість до переживань близьких людей. Так, наприклад, дитина може болісно сприймати зламану гілку дерева і залишитися байдужим до хвороби чи смерті близького родича. Дитина може виявляти подвійні, "амбівалентні" почуття до матері: болісно реагувати на її відсутність і в той же час немов не помічати її присутності, не вступати з нею в контакт. Іноді в такий спосіб поєднується прихильність (аж до залежності) з агресією стосовно матері, прагненням укусити, вщипнути, ударити її.

Дитина може болісно реагувати на спроби вступити з нею у тактильний емоційний контакт (погладити, поцілувати його, пригорнути до себе), пручатися, тікати. Спілкування з нею перестає задовольняти дорослих, насамперед матір, тому що у стосунках відсутні теплота і взаєморозуміння, дитина стає чужою. Старші діти нерідко пов'язують свої маревні висловлювання з тим, до кого в минулому були особливо прив'язані,

наприклад, говорять, що "мати - чужа, вона мене всиновила", чи підозрюють близьких у тому, що вони хочуть їм зашкодити. Іноді скарги хворої дитини чи її твердження виявляються настільки веселими і сприймаються навколишніми як жарт. Однак те, що дитина продовжує наполягати на них, повинно насторожити дорослих.

Особливе занепокоєння повинна викликати така зміна поведінки дитини, коли вона стає недовірливою, підозрілою, насторожено озирається чи прислухається, принохується. При довірливій бесіді вдається з'ясувати, що, на його думку, його переслідують, хочуть убити чи отруїти. У такому стані дитина може бути небезпечна для себе (зробити спробу самогубства), і для навколишніх (перетворивши в "переслідувача переслідувачів").

Особливість хвороби полягає в тому, що через порушену контактність дитина навряд чи звернеться за допомогою до дорослих - їхнє завдання помітити ці зміни в поведінці й вирішити питання про необхідність медичної допомоги. Перебіг хвороби може бути дуже різноманітним - напливами, безупинний, із наростаючою чи стабільною симптоматикою. Лікувальні заходи, як правило, ліквідують такі розлади, як обмани сприйняття, неадекватне поведіння, порушене емоційне тло. Якщо перебіг хвороби легкий, то інтелектуальні можливості дитини залишаються незмінними, і вона може навчатися в звичайній школі.

Якщо хвороба протікає злоякісно, то розвивається вторинне слабоумство, і дитина потребуватиме в навчанні за допоміжною програмою. Однак шкільні проблеми дитини будуть визначатися не тільки його інтелектуальними можливостями після перенесеного захворювання, але і здатністю адаптуватися до шкільних умов, дитячого колективу.

Після перенесеного приступу хвороби нерідко спостерігаються досить значні зміни працездатності (астенезація, підвищена виснажливність), підвищена чутливість дитини, недостатня гнучкість емоцій, труднощі в контактах з однолітками. Ці зміни, більш-менш різко виражені, можуть фіксуватися в

дитини, яка перенесла приступ хвороби і вернулась до класу після лікування в стаціонарі.

На перший план, звичайно, виступає зміна емоційності дитини, ускладнення контактів з іншими дітьми. Замкнутість, підвищена чутливість часто сполучаються з недостатнім сприйняттям почуттів інших, дитина може "не вписуватися" у спілкування з ними, дискомфортно почуватися в колективі, створювати враження "дивака". У неї може знижуватися психічний тонус, вона швидко втомлюється від навчального навантаження, відчувати труднощі при необхідності швидко переключитися з одного виду діяльності на іншій, виявити гнучкість у діяльності, у контактах з дітьми, в іграх.

Від учителя залежить, яка атмосфера сформується навколо хворої дитини - доброзичливе розуміння його особливостей і прийняття її однолітками такою, якою вона є, чи глузливе неприйняття в зв'язку з її "дивинами". У тому випадку, якщо стосунки з іншими дітьми будуть розвиватися сприятливо, дитину не буде травмувати перебування серед дітей, її комунікабельність, незважаючи на своєрідність, знижуватися не буде, шанси на якісні взаємини з навколишніми, можливості професійної й у цілому соціальної адаптації в майбутньому значно зростуть.

Крім цього, необхідно враховувати підвищену, іноді неадекватно, чутливість такої дитини до негативних переживань: різке зауваження вчителя, окрик, глузування можуть вивести її зі стану рівноваги на кілька днів, значно погіршити психічний стан, надовго порушити контакт учителем. У цьому випадку будуть потрібні дуже великі зусилля, щоб відновити контакти з нею, "витягти" її зі свого світу.

Труднощі, що виникають у взаєминах з такими дітьми, часто ставлять вчителя у глухий кут, оскільки реакції дитини можуть виявитися неадекватними. Коли це відбувається, бажано звернутися за консультацією до фахівця - психолога чи психіатра, які можуть зрозуміти і пояснити особливості реакції хворої дитини на певну ситуацію. Якщо ж перекручування психічного реагування після хвороби відбулося такою

мірою, що його перебування в дитячому колективі визначається недоцільним, необхідно вирішити питання про переведення дитини на індивідуальне (домашнє) навчання. Таких заходів варто вживати тільки в крайньому випадку, оскільки знаходження серед дітей має для хворого важливе значення.

Необхідно відзначити, що ставлення до шизофренії як фатального захворювання неправомірне. Сучасна медицина має досить широкий арсенал препаратів, які, втручаючись в обмінні процеси, здатні спинити наростання хворобливих змін, а іноді й частково компенсувати вже наявні перекручення психічної діяльності.

Тому своєчасне виявлення хвороби і її лікування принципово важливі для подальшої долі дитини.

Необхідно підкреслити, що на початку психічне захворювання важливо - вчасно звернути увагу на відхилення у стані дитини і звернутися за допомогою до лікаря. Питання діагностування і лікування вирішувати буде він, але дуже важливо не втратити час, бо у процесі захворювання можуть зростати незворотні зміни у психіці.

Емоційні розлади також складають значну частину психічних захворювань і в дитячому, і в дорослому віці. Емоції людини - найважливіша частина її психіки. Супроводжуючи практично будь-які прояви активності, емоції є одним з головних регуляторів психічної діяльності і поведінки. Вони розвиваються у процесі еволюції від елементарного реагування найпростіших істот на подразники до так званих вищих емоцій людини: співпереживання, почуття боргу, відповідальності, альтруїзм. Емоції допомагають найбільш тонкому пристосуванню людини до навколишнього світу, до життя в суспільстві, до контактів з іншими, тобто вони слугують пристосуванню і виживанню не тільки одного індивіда, але і збереженню людського роду в цілому.

Зміна емоційного тла - тонкий індикатор загального стану психіки. Фахівцям відомо, що воно може виявитися першим "дзвоником" душевної

хвороби. У реалізації емоцій задіяні і підкіркові структури мозку, і вегетативні і рухові механізми, і, природно, кора головного мозку. Причому чим молодше дитина, тим менш диференційовані в неї ці структури, тим більше "розливається" прояв переживання, тим сильніше задіяні ті сфери, що ми за звичай не пов'язуємо з емоційними переживаннями: рухова активність, сон, апетит, робота кишечника, регуляція температури і тощо.

Усе це призводить до того, що в дітей набагато частіше, ніж у дорослих, зустрічаються нетипові прояви емоційних розладів, що ускладнюють їхнє правильне розпізнавання і лікування. Зміна емоційного тла може бути майже непомітною за різними "фасадами": порушенням вегетативних функцій, що імітують те чи інше захворювання, розладами поведінки, зниженням шкільних успіхів. Однак виявлення емоційного розладу необхідне для правильного лікування.

Відчуття суму, туги, ослаблення інтересів, зниження загального тону, відхід від контактів, іноді відчуття власної зміни, загальмованості - типові прояви "дорослої" депресії. У дітей, що не досягли перехідного віку, важко виділити подібні ознаки - не тільки через їхню нечіткість, але і через те, що дитина, як правило, не може дати докладний звіт про свої емоційні переживання.

Емоційні коливання в дітей, як у зовсім маленьких, так і в старших, часто бувають викликані несприятливою ситуацією, але зрідка можуть відбуватися мимовільно (принаймні, ми не бачимо конкретної причини зміни стану). Мабуть, у схильності до таких розладів велике значення має генетична схильність до коливань емоційного тла.

Якщо депресивний стан розвивається в маленької дитини, батьки насамперед звертають увагу на зниження апетиту, зупинку у вазі, зниження імунітету (схильність до захворювань) і, як правило, майже не зауважують на безпричинні зміни загального стану дитини: примхливість, відмову від спілкування, тимчасове припинення розвитку.

Після трьох років "настрій" починає звучати більш чітко. Але ще тривалий час, аж до перехідного віку, коли емоції "вирвуться" уперед, стануть усвідомленими, насиченими, не реальними для самої дитини, у неї відсутні типові депресивні скарги на сум і тугу. У дошкільному віці на перший план за звичай виступають зміни в стані здоров'я: розладу сну, апетиту, пітливість, тремтіння, почервоніння, збліднення шкіри, може раптово з'явитися енурез (нічне нетримання сечі) чи енкопрез (дитина, давно привчена до туалету, починає раптом бруднити штанці). Її загальний стан може бути млявим, загальмованим, чи неспокійним, тривожним, плаксивим. Разом з тим у рухах, манері говорити і тримати себе можуть проявитися типові депресивні ознаки: тихий голос, сумний вираз обличчя, стареча постава (дитина ходить, опустивши голову, тягнучи ноги і не рухаючи руками). Уже в цьому віці вона може відчувати й описувати зміни свого стану ("усе як у тумані, як у ві сні").

У молодших школярів на перший план найчастіше виступають зміни поведінки - пасивність, млявість, замкнутість, байдужність, втрата інтересу до ігор, порушення активної уваги, що призводить до повільного засвоєння навчального матеріалу і, відповідно до шкільних труднощів. До 12-13 років від дитини рідко можна почути скаргу на "сум" чи "тугу", незважаючи на глибину депресивного стану. Частіше діти скаржаться на те, що їм "нудно", нічим не хочеться займатися, "нічого не цікаво". У деякого, особливо у хлопчиків, можуть з'явитися дратівливість і вразливість, що призводять до втеч з дому та школи, прогулів.

Прояви можуть бути різними, лікарі звичайно говорять про "маски" депресії: це і шкільна дезадаптація, коли дитина раптом перестає навчатися у школі, у неї порушуються стосунки з однолітками і вчителями, розлад здоров'я, тривога за близьких чи за своє здоров'я. Але у всіх випадках привертає увагу втрата життєрадісності, властивого дітям оптимізму, може спостерігатися типовий для депресивного стану добовий ритм коливання настрою, коли зранку дитина особливо в'яла, дратівлива, плаксива, важко "розходитьса", а

до вечора стає більш активною, її важко покласти спати, стає здатною щось робити, наприклад, вчити уроки.

Років до 11-12 виразність депресивного стану стає більш виразною, дитина може висловлюватись про власну малоцінність, непотрібність, винність ("я найслабший у класі", "ніхто не хоче з мною дружити", "у мене нічого не виходить"), може відзначити у себе уповільнений плин думок. Іноді відзначається загальмованість рухів, уповільнене мовлення, тужливий вираз обличчя.

Причому зовнішні прояви в хлопчиків і в дівчинок можуть значно різнитися. У хлопчиків частіше зустрічаються порушення поведінки, пов'язані з підвищеною дратівливістю, невдоволенням навколишніми, з потребою на когось "зірвати зло", схильністю до реакцій протесту (деякі психіатри затверджують, що не менше половини дітей і підлітків з асоціальною поведінкою мають депресивні розлади); у дівчат на перший план частіше виступають пасивність, млявість, "замисленість", надмірна слухняність - лікарі називають це "синдромом Попелюшки". Як правило, обов'язковий компонент депресивних розладів у школярів - значне стійке, не пояснюване зовнішніми причинами зниження шкільної успішності.

Найяскравішу почуттєву насиченість мають депресії у підлітків, коли емоційна сфера немов виринає вперед, стає "керівником" усього життя в цілому. До суму, туги, можуть приєднатися ідеї власної нікчемності, ущербності, нецікавості для однолітків, хворобливості. Прояви можуть бути різними - підліток може стати млявим і апатичним, немов загальмованим чи грубим і неслухняним, потягтися до алкоголю чи наркотиків, може стривожено говорити і думати тільки про своє здоров'я чи зовнішність. Іноді з'являються ідеї самозвинувачення, власної гріховності, негідності. Загальна пригніченість, втрата звичайних інтересів, зниження успіхів у школі повинні насторожити дорослих.

Діти середнього шкільного віку і підлітки, що переживають депресивний стан, викликають велику тривогу через небезпеку здійснення суїциду, тому

що в них поруч зі зниженням загального тону, інтересу до навколишнього світу, нерідко притупляється й інстинкт самозбереження.

Якщо депресія виражена несильно, вона може пройти мимовільно, без втручання фахівців. - тут, необхідна увага до душевного стану дитини. Особливість дитячих депресій полягає насамперед у тім, що дитина не прийде до дорослого зі скаргами на душевну недугу, вона і при розпитуванні, як правило, не може сформулювати, що її турбує.

У старшому віці вона може спробувати пояснити свій стан якимись зовнішніми причинами, а в молодшому - у кращому випадку скаже, що їй просто "нудно". Скарга на "нудьгу", що означає зниження інтересу до навколишнього життя, - одна з найчастіших ознак дитячих депресій. Усі інші внутрішні переживання зазвичай не фіксуються дитиною, і ми не можемо одержати від неї мовний звіт про переживання. Замість цього перед нами постає картина різних "масок" емоціонального розладу: починаючи з порушень здоров'я, сну й апетиту і закінчуючи "неправильною" поведінкою з порушенням адаптації до школи.

Значно рідше, ніж зниження емоційного тла, відзначається його хворобливе підвищення - маніакальний стан. Прояви маніакальних станів у дитячому віці ще більш атипові, ніж прояви депресії. У молодшому шкільному віці вони виявляються переважно на рівні психомоторного реагування: дитина може бути розгальмованою, метушливою, імпульсивною (швидко переключається з однієї діяльності на іншу, не закінчує почате). Можуть підсилитися інстинкти й потяги: підвищений апетит, онанізм, іноді переоцінюються свої фізичні сили, досягнення.

Про хворобливе походження такого підвищеного пожвавлення необхідно думати в тих випадках, коли порушується поведінка дитини, її адаптація до шкільних умов, причому ці зміни визначені у часі: можна більш-менш чітко зафіксувати початок подібного стану, оскільки відсутня психологічна причина пожвавлення, реакція обмежується на яку-небудь подію, затягується. У старшому віці у проявах манії підвищене тло настрою стає

більш помітним, але, як і раніше, на першому плані знаходяться порушення поведінки, що можуть бути ще більш грубими.

Підліток у маніакальному стані може бути надто активним, просторікуватим, агресивним, він переоцінює свої можливості, втрачає почуття дистанції відносно дорослих, у нього підвищується апетит і сексуальність, він усім задоволений. Рідше зустрічається "гнівлива манія" з підвищеною дратівливістю, вимогливістю, нестриманістю. Про можливість емоційного розладу в підлітка варто задуматися, коли його поведінка значно змінюється, стає нетиповою для нього.

Для того, щоб вчасно виявити емоційні розлади і проконсультувати дитину в лікаря, необхідно бути уважним до змін його стану, емоційного тла, вчасно помічати нетипові для нього особливості поведінки. Дуже важливо, щоб прагнення "виправити" неправильну поведінку, не погіршило його стан. Не варто проводити "лобову" атаку, читаючи нотації, закликаючи до вольових зусиль висуваючи вимоги.

Така поведінка дорослих може збільшити наявні розлади: підсилити почуття провини чи власної неповноцінності, замкнутість, протестні реакції. Діти в подавленому стані часто роздратовано реагують на спроби "залізти до них у душу", схильні до замкненості і відмови від контактів. Але у розслабленому, відносно комфортному стані дитина може не тільки розповісти про те, що її тривожить і засмучує, але і краще прийняти оптимістичну настанову на майбутнє, на тимчасовість проблем зниженого настрою.

Основні ознаки хворобливості змін емоційного тла, що відбулися в дитини: психологічна незрозумілість чи надмірність реакції, затягненість у часі, зміна загального тону, так званих "вітальних" функцій (сну, апетиту і тощо), зниження інтересу до навколишнього світу, дезадаптація до звичних умов, насамперед до школи.

Виявлення і своєчасне лікування таких станів має велике значення - він потребує досить серйозного і тривалого медикаментозного лікування (до

речі, можливості лікарської допомоги при депресивних розладах як у дорослих, так і в дітей досить високі).

Чим раніш дитині буде надана допомога, тим легше вийде вона із хворобливого стану, тим менше можливість несприятливих наслідків у навчанні, взаєминах з однолітками, ризику зробити щось небезпечно для себе

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. Блейлер Э., «Руководство по психиатрии» ,изд-во «Врач», Берлин,1920
2. Гиляровский В.А., «Учение о галлюцинациях», БИНОМ ,Москва ,2003
3. Крепелин Э., «Введение в психиатрическую клинику», БИНОМ, Москва, 2004
4. Корсаков С.С., «Общая психопатология», БИНОМ,Москва ,2004
5. Суханов С.А., «Семиотика и диагностика душевных болезней» товарищество типографии А.И. Мамонтова, Москва ,1905
6. Снежневский А.В., «Общая психопатология», МЕДпресс-информ Москва, 2001
7. Ганнушкин П.Б., «Клиника психопатий», изд-во НГМА ,Нижний Новгород, 2000
8. Гаррабе Ж., «История шизофрении», Москва – Санкт-Петербург, 2000
9. Аммон Г., «Динамическая психиатрия», Санкт-Петербург, 1996
- 10.Крафт-Эбинг Р., «Половая психопатия», изд-во «республика», Москва 1996
- 11.Случевский И.Ф., «Психиатрия», медгиз, ленинградское отделение,1957
- 12.«Шизофрения, мультидисциплинарное исследование», под ред. А.В. Снежневского, «медицина», Москва ,1972
- 13.Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В, «Психиатрия», «Медицина», Москва ,1968
- 14.Семке В.Я., «Истерические состояния», «медицина», Москва ,1988

- 15.Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., «Клиническая психиатрия» в 2-х томах,«медицина», Москва ,2002
- 16.Свядош А.М., «Неврозы и их лечение», медгиз, Москва, 1959
- 17.Бамдас Б.С., «Астенические состояния», медгиз, Москва, 1961
- 18.Кемпински А., «Меланхолия», наука, Санкт-Петербург, 2002
- 19.Кемпински А., «Экзистенциальная психиатрия», СПб изд-во «совершенство», 1998
- 20.Авруцкий Г.П., Недува А.А., «Лечение психически больных» М, «медицина», 1988
- 21.Нуллер Ю.Л.. «Депрессия и деперсонализация». 1981
- 22.Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. ,«Аффективные психозы» ,1988
- 23.Пападопулос Т.Ф., «Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)». М., Медицина, 1975
- 24.Шнайдер К., «Клиническая психопатология», М.,«сфера», 1999
- 25.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.
- 26.«Лечебная физическая культура в психиатрической больнице» В.И.Запускалов, С.А.Каспарова и др. (под. ред. И.З.Копшицер) М Медицина 1965
- 27.Гиляровский В.А. «Психиатрия» 1954
- 28.Кречмер Э. «Об истерии» СПб 2002
- 29.Кречмер Э. «Строение тела и характер»
- 30.Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков»
- 31.Леонгардт К. «Акцентуированные личности»
- 32.Зейгарник Б.В. «Патопсихология» 1986
- 33.Ясперс К. «Общая психопатология» М. «Практика» 1999
- 34.Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х томах СПб изд-во «Белый кролик» 1996

35. Юнг К.Г. Работы по психиатрии СПб изд-во «Академический проект» 2000
36. Блейхер В.М. «Расстройства мышления» 1983
37. Кандинский В.Х. «О псевдогаллюцинациях»
38. Осипов В.П. ,«Курс общего учения о душевных болезнях, государственное изд-во РСФСР ,Берлин ,1923
39. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-09-9.
40. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнецова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.
41. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.

IV. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

№	Основні завдання	Вказівки/питання
	Етіологія	Назвати основні етіологічні фактори психічних захворювань у дітей
	Клініка	Назвати основні клінічні синдроми психічних захворювань у дітей
	Діагностика	Дати перелік методів, які використовують для діагностики психічних захворювань у дітей

	Диф. діагностика	Заповнити таблицю для диф.діагнозу психічних захворювань у дітей
	Лікування	Скласти типові схеми лікування
	Профілактика та диспансерізація	Скласти схеми профілактичного спостереження