

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

**А.А. Смаилова
М.А. Бекназар**

Клиникалық Психиатрия

Оқу құралы I - бөлім



Түркістан 2018

ЭОЖ 616.89

КБЖ 56.14

Б 39

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ УМК қаралып Сенат шешімімен (№4, 28.02.2018 ж) шығарылымға рұқсат берілген.

Рецензенттер:

Бимурзаев Г.Н. – Түркістан медицина колледжінің директоры, м.ғ.к
доцент.

Абасова Г.Б. - Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Неврология,
психиатрия, наркология кафедрасының меңгерушісі,
м.ғ.к доцент.

Б 39 А.А. Смаилова, М.А. Бекназар, Клиникалық психиатрия І бөлім/
психиатрия дәрісіне арналған оқу - әдістемелік құралы. Түркістан:
Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ 2018.-101б.

ISBN 978-601-243-902-1

"Психиатрия пәні бойынша оқу-әдістемелік құралы" Медицина факультетінің "Жалпы медицина" мамандығында оқитын 5 курс студенттеріне арналған.

Оқу-әдістемелік құрал пәннің типтік бағдарламасы бойынша қаралған негізгі тақырыптарға сәйкес құрастырылған. Әр тақырып " Дәрістің мақсаты", " Тақырыптың негізгі сұрақтары", " Сабақ беру мен оқытудың әдістері ", " Ақпаратты- дидактикалық блок" сияқты негізгі бөлімдерден тұрады. Бұл оқу-әдістемелік құрал студенттерге тақырыптарды қысқаша баяндау арқылы қарастырылып жатқан мәселелерді түсінуге, оқуға өз бетінше дайындалуға және практикалық сабақтар барысында көмек береді.

ЭОЖ 616.89

КБЖ 56.14

ISBN 978-601-243-902-1

© Бекназар М.А.,
Смаилова А.А., **2018**

Кіріспе

Психиатрия – психикалық аурулардың этиологиясын, патогенезін, таралу жиілігін, диагностикасын, емін және халыққа психикалық көмекті ұйымдастыруды зерттейтін медициналық пән.

Психикалық ауруларды анықтау үшін клиникалық медицинаның негізгі әдістері (жалпы қарау, пальпация және аускультация) қолданылады және психикалық жағдайды бағалау үшін – науқастарды бақылау және олармен әңгімелесу керек.

Әңгімелесу кезінде науқас дәрігерге өзінің уайымы, өзіне төнген қауіпті, қорқынышын, көңіл-күйінің төмендігін, өзіне қатысты дұрыс емес қарым-қатынасты, дұрыс емес жағдайлар мен сандырақтық уайымдары жайлы айтуы мүмкін.

Науқастың психикалық жағдайын бағалауда оның өткен өмірі, болған оқиғаға қарым –қатынасы және қоршаған ортамен өзара қатынасы өте маңызды. Науқастарда жиі оқиғалар мен құбылыстарды ауыр түсіндіру анықталады, бұл жағдайда анамнез туралы емес, науқастың психикалық жағдайының қаншалықты ауыр екені туралы сөз қозғалады. Науқастың психикалық жағдайын бағалауда объективті анамнез мәліметтері, науқастың туыстары мен таныстарынан алынған ақпарат маңызды рөл ойнайды.

Кейде дәрігерлерге науқастар өз ауруларын жасырады (анозогнозия), тіпті науқастың жақын туыстарыда жасырады. Бұл жағдай эпилепсия, олигофрения және шизофрения тәрізді психикалық аурулармен ауыратындарда жиі кездеседі. Науқастың ата-аналары жоғары білімді тұлғалар және тіпті дәрігер болғаннан соң аурудың айқын белгілерін жасырады. Кейбіреулері аурудың жоқтығына қарамастан, қажетті терапияны жүргізуге келіседі. Бұл жағдайда дәрігер науқастың мүддесіне негізделе отырып максимальды икемділік және тактикаларды қолдануға міндетті және туыстарының ешқайсысының сенімінсіз, оған талап етпей, диагнозы анықталмай ем жүргізіледі.

Психикалық аурулардың ерекшелігі – олардың ағымының ұзақтығында. Егер науқастың өмірінде соматикалық аурулар жиі эпизодты түрде көрініс берсе, онда психикалық аурулар жылға жалғасады, кейде өмір бойы сақталады. Осыған байланысты әлеуметтік мәселелер туындайды: науқастың жұмысқа орналасуы, ауру ұстамасына шалдығу, отбасылық қатынастарды қалыпқа келтіру, оның қоршаған адамдармен өзара қатынасы және т.б.

Психиатрия бұл - клиникалық медициналық пән. Соматикалық аурулар мен психикалық бұзылыстар арасында тығыз байланыстар бар. Кез – келген соматикалық ауру науқастың жеке басына және психикалық белсенділігіне әсер етеді. Басқаша айтқанда, соматикалық аурулар кезіндегі психикалық бұзылыстар бұл психикалық соматогенді бұзылыстар және адамның ауруға реакциясының қосындысы.

1. №1 тақырып. Психикалық аурулардың диагностикалық әдістері және зерттеу ерекшеліктері. Психиатриялық көмектің құрылымы. Сараптама түрлері. Қабылдаудың бұзылыстары.

2. Тақырыптың мақсаттары

- халыққа психиатриялық көмекті ұйымдастырудың негізгі принциптерін;
- психиатрия және наркологияда қолданылатын негізгі қазіргі зерттеу әдістерін;
- психиатриялық бұзылыстардың негізгі симптомдарын және синдромдарын;
- психиатриядағы емдеу мен алдын алудың негізгі принциптерін.

3. Б1.1 ҒЫЛЫМИ, ЗЕРТТЕУШІ – БІЛІМІН ҚОЛДАНУ

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: перереквизиттерден және осы пәндерден алынған білімді қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: Психиатрия бойынша тақырыпқа сай презентацияларды ұсынуды, неврология, психиатрия және наркологияда қолданылатын зерттеу әдістерін дәлділікпен орындайды;

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді: іс-әрекетінде ғылыми жаңалықтардың құндылықтарын үйлестіреді.

Б.2.2 ДӘРІГЕР-КЛИНИЦИСТ (1) НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Білім (когнитивті) домені:

Есте сақтайды: жүйелер бойынша зерттеу әдістерін сұрастыру, неврологиялық статус пен психостатусты зерттеу әдістерін есте сақтайды.

Түсінеді: Жүйелер бойынша патологиялардың негізгі клиникалық симптомдары мен синдромдарын;

Қолданады: науқасты тексеруде қазіргі кезеңдегі клиникалық – зертханалық және аспаптық тәсілдерді; науқаспен, оның туыстарымен, әріптестіермен және басқа медицина қызметкерлерімен сенімді қарым-қатынас орнатуды қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: жүйке ауруларының; орталық және шеткілік патологиялық рефлекстерін, өзгерістерін анықтау және т.б. дағдыларды дәлділікпен жасайды.

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

Б.2.5. ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: психикалық аурулардың алдын алудың, психикалық бұзылыстар мен тәуелділік ауруларының психогигиенасы мен психопрофилактикасының негіздерін, қалыптастырудағы білімдерін қолданады.

Қарым қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

4. Тақырыпқа байланысты сұрақтар:

1. Клиникалық зертеу тәсілдері: сұрастыру, бақылау.
2. Психиатриялық сұхбаттасу тәсілдерінің ерекшеліктері.
3. Дәрігер психиатрдың ролі мен стратегиясы.
4. Субъективті және объективті анамнез.
5. Диалогты басқару.
6. Симуляцияны, аггравацияны, десимуляцияны анықтау.
7. Соматикалық қарау.
8. Неврологиялық қарау.
9. Нейрофизиологиялық тәсілдер: ЭЭГ, РЭГ, МРТ, КТ.
10. Психологиялық тәсілдер.
11. Психиатриялық көмектің диспансерлік бөлімінің құрылымы (жедел психиатриялық көмек, күндізгі стационар, емдік-еңбектік бөлімдер, интенсивті психиатриялық көмек беру бөлімі, ауруханадан тыс реабилитация бөлімі, «көмекті тұрғынжай», ауруханалардан тыс жағдайларда психоәлеуметтік жұмыс бөлімі).
12. Психиатриялық көмектің стационарлық бөлімі.
13. Психиатриялық көмектің сапалық бақылануы.
14. Экспертиза түрлері.
15. «Есі дұрыс емес» түсінігі.
16. Іс-әрекетке қабілеттілігі.

5. Оқу және оқыту әдістемесі

Науқастарды қарауға қатысу, тематикалық пациенттерді талдау, шағын топтарда жұмыс істеу, теңдесі жоқ білім беру, науқастарды емдеу, рөлдік ойындар, пікірталастар, кері байланыс.

6. Ақпараттық-дидактикалық блок

Психиатрияда науқасты сұрастыру зерттеудің маңызды әдісі болып саналады. Психикалық бұзылыстардың көптеген симптомдарын науқастың сөзінен анықтауға болады (психикалық автоматизм көрінісі, жабысқақ ойлар және қорқыныш, сандырақ ойлар, көптеген алдамшы сезімдер, деперсонализациялық және дереализациялық бұзылыстар және т.б.).

Кейбір психикалық бұзылыстарда науқастарды бақылау кезінде олардың мінез-құлқына қарап күдіктенуге болады (есту галлюцинациясы, науқастар бір нәрсені естігендей болады, соңына түсу сандырағы – күйзеліске түскен

және қорқынышты күйде және т.б). Шұғыл қозуда, ступорда, сана бұзылыстарында науқастың жағдайы жақсарғаннан кейін сұрастыру керек. Психотикалық жағдайдағы науқастармен оның туыстары және жақындарынан ол туралы алдын ала ақпарат алған соң әңгімелесу тиімді, бірақ психотикалық емес бұзылыстары бар науқастарда науқастың дәрігерге сенімін арттыру үшін алдымен өзінен сұрастыру жүргізу керек.

Сауалнама жүргізу үшін психиатрдың кәсіби тәжірибені жинақтау процесінде алынған кейбір дағдылары болуы қажет. Бір жағынан , науқасқа сөйлеуге үнемі мүмкіндік беріңіз, екінші жағынан бастама әрқашан дәрігердің қолында болуы керек. Белгілі бір схеманың болуы мүмкін емес. Науқасты сұрастыру психиатрға шағым беріп келген уақыттан бастау қажет. Дәрігерден үнемі шыдамды, мейірімді болуын және науқас нағыз дұшпандық қарым-қатынас көрсетседе дәрігердің сүйіспеншілік танытуы міндетті. Алайда үнемі ашық танысуға жол бермеу және ара-қашықтықты міндетті түрде сақтау қажет. Науқастан сұрастырудың мақсатын жасырмау керек, кейде науқаспен дәрігер –психиатр емес басқа біреу болып танысу ұсынылады. Науқас қойылған сұрақтарға жауап беруден бас тартқан жағдайда сұрақ қойылуы және оның қойылған сұраққа реакциясын бағалау маңызды.

Сұрастыруға науқас айналасында болып жатқанды қаншалықты түсінетіндігін, орынға және уақытқа бағдарын, өміріндегі маңызды оқиғаларды есте сақтауын, дәрігерге деген қатынасын анықтау кіреді. Науқастан өзге адамдар арасында психикалық бұзылуларға күдік тудыратын іс – әрекеттері жайлы түсіндіруін сұрайды.

Егер науқас өзінің ауыр уайымдарын айтпаса,оның мінез-құлқына немесе оған қатысты алынған ақпаратқа негізделі отырып, галлюцинация ,сандырақ және басқада бұзылыстар туралы жаңа сұрақтар қойылады. Науқастан қазіргі уақытта ғана емес, бұрыннан да суицидтік ойлары болғаны не болмағаны туралы сұрақ қою әрқашан пайдалы. Науқастан барлық ауыр сынақтарға және мінез-құлқы ерекшеліктеріне көзқарасын білу маңызды:сыни көзқарастың болмауы, жартылай, тұрақсыз немесе жеткілікті көзқарастың болуы.

Субъективті анамнез. Мәліметтер науқастан сұхбат кезінде жиналады. Аурудың анамнезінде алғашқы белгілерінің қандай және қашан пайда болғаны, онда қандай оқиғалар болғаны, бұл көріністер қалай өзгергені, белгілерінің қашан жойылғаны және т.б анықталады. Өмір анамнезінде: қандай отбасында өсті, ата-аналары кім, қалай оқыды, балалық және жасөспірім жасында қандай заңсыз әрекеттер жасағаны (үйден қашу және т.б) сұралады. Ішімдікке салыну, есірткі және басқада психобелсенді заттарды қолданғаны, қанша жасында қолдана бастағаны, қаншалықты қарқынды болғанын анықтау өте маңызды. Науқас өзінің әлеуметтік мәртебесінде – отбасы және жұмыс жағдайын бағалауы: қанғаттандырылуы, ауыртпалықтың болуы және не жетіспейтіндігі маңызды. Науқастардан өткен өмірі жайлы, өткен өміріндегі ең ауыр деп санайтын оқиғалар, оларды қалай бастан кешіргені, суицидтік ойлар мен

әрекеттер болғандығын сұрастыру қызығушылық тудырады. Соматикалық анамнезінде, басынан өткізген ауыр аурулардан басқа, бас-ми жарақаты, тіпті сананың жоғалуы, нейроинтоксикация, милық инфекциялар және аллергиялық реакцияларға бейімділік жайлы ақпараттарды ескеру қажет.

Объективті анмнез - туысқандары мен достарынан және науқасты жақсы білетін басқа адамдардан алынған ақпарат. Бұл ақпараттарды басқалардан оқшау, әрбірінен жеке алған дұрыс. «Объективті» деген атау шартты болып табылады, себебі оның әрбір баяндаушысы науқасқа субъективті көзқарас танытады. Дәрігер фактілерді анықтап және біреудің көзқарасын түсінуге тырыса отырып, әңгімені басқарып отырады. Ауру анамнезінде жиналады: ауру белгілері қандай және қашан пайда болды, себебі не болуы мүмкін, сонымен қатар өмір анамнезін жинайды: тұқымқуалаушылық ақпараттары (психикалық аурулар, кемақылдылық, алкогольизм және нашақорлық, туысқандарының арасында суйцидтік жағдайлар, сондай-ақ олардың арасында ерекше характерлі адамдардың болуы). Ата-аналарынан баланың даму ерекшеліктерін білуге болады. Әрі қарай оларға науқасқа қойылған сұрақтар қайта қойылады. Науқастың неге үнсіз қалғанын және басқа қандай ұсынысдар науқасқа көмектесетінін анықтау да маңызды.

Науқасты қарау

Психиатрдың қарауы әдеттегі соматикалық қараудан өзгеше. Зақымдалған іздерді анықтау (көгерулер, тері сыдырылулары, бұрынғы күйген және кесілген шрамдар, көптеген инъекциялар, мойнынан тұншықтырылған терең іздер) және келесі зерттеулерге не маңызды екенін анықтап, оларды ауру тарихына сипаттайды. Егер психиатриялық ауруханаға құжаттары жоқ белгісіз адам түссе, онда оның негізгі сыртқы бейнесі сипатталу керек: бойы, дене бітімі, көзінің және шашының түсі, шамамен жасы, қалы, денесіндегі татуы және шрамы, сонымен қатар физикалық мүгедектігі болса.

Неврологиялық қарау жүйке аурулары оқулықтарында жазылған ережелерге сәйкес жүзеге асырылады.

Соматикалық қарауда шағым жасауға қабілетсіз науқастарға мұқият болу керек. Кебір сандырақтың түрлерінде науқастар соматикалық бұзылыстарын әдейі жасырады.

Егер науқаста шұғыл қозу және қарауға қарсылық білдірген жағдайда, бұл ауру тарихына жазылады.

Науқастың мінез-құлқын бақылау

Бұл мінез-құлқты бақылайтын дәрігер ғана емес. Ауруханада орта медициналық қызметкерлер арнайы күнделік арнайды, онда әр ауысым уақытында ауыр немесе қатаң қадағалау кезінде әрбір пациенттің мінез-құлқын сипаттайды. Кейбір науқастарға қажет болған жағдайда ғана жазбаларды енгізеді (режимді бұзу, қақтығыста, тағамнан бас тарту кезінде немесе психикалық бұзылыстардағы айқын сыртқы көріністері кезінде). Дәрігер науқаспен алғашқы қарым - қатынаста бақылауды бастайды.

Науқаста қозу кезінде оның ерекшеліктерін бақылайды: мақсатты әрекеттері немесе мағынасыз стереотипті қайталанатын қозғалыстары, көтеріңкі дауыс, бет-әлпеті, айналасына реакциясы. Баяулаған (при заторможенности) кезеңде оның дәрежесін бағалау қажет. Әңгімелесу уақытында науқастың дауыс интонациясының ерекшелігін (монотонды, қайғылы және т.б), бет – әлпетінің өзгеруі, ишара-ым, сондай-ақ сөйлеу ерекшеліктері (жылдам, баяу, кешіктіру, тыныш және т.б). Науқастың мінез-құлқынан галлюцинациялар айқын көрінуі мүмкін (науқас бірнәрсеге мұқият назар аударады, тыңдайды, сыбырлайды) және сандырақ, аса күдік пен қорқыныш, кез – келген адамға күтпеген агрессия көрсетеді.

Психологиялық тексеру - медициналық психологтар немесе медициналық психология бойынша арнайы дайындықтан өткен дәрігер мамандар жүзеге асырады. Бұл тексеруде – қабылдау, есте сақтау, назар аудару, ойлау, интеллект және тұлғаның өзін-өзі бағалаудағы психикалық бұзылыстарын анықтайды.

Клиникалық зерттеу кезінде әлі анықталмаған, бастапқы, аз көріністі бұзылыстар өте маңызды. Мысалы, шизофренияның бастапқы сатысында ойлаудың бұзылуы болмаған кезде, арнайы әдістердің көмегімен жалпы процестің сипаттамалық бұрмалануы анықталуы мүмкін. Назар аудару мен есте сақтаудың атеросклеротикалық нәзік бұзылуларын тек арнайы психологиялық әдістер арқылы орнатуға болады. Ақыл-ой кемістігі бар науқастарда оңалту (реабилитация) мақсатында қолданылатын психологиялық зерттеулер, науқасқа қажетті ең қауіпсіз аспектілерді, дағдыларды және қабілеттерді бағалауға мүмкіндік береді. Арнайы әдістер науқастардың жасырып қалғысы келетін ауыр қиындықтарын анықтау үшін қолданылады, мысалы жасырын депрессия немесе психотравматикалық жағдайларда. Науқасты психологиялық сараптамаға бағыттау үшін ең алдымен, дәрігерді қызықтыратын сұрақтарды - интеллект деңгейін, ойлау бұзылыстарын, шизофренияға тән психикалық бұзылулардың болуын, мидың органикалық зақымдануына тән есте сақтау және назар аудару бұзылыстарын, невроздар мен психопатияларға тән ерекшеліктерді және т.б анықтауға мүмкіндік беру керек. Интеллект деңгейін бағалау көбінесе Векслер сынағының көмегімен жүргізіледі. Сауалнама жүргізу мақсатында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ресми түрде интеллектуалдық коэффициент «ай кью» (IQ-Intellectual Quotient) деп қабылдады. Орташа көрсеткіш 100, бірақ дамыған елдердің заманауи сау тұрғындарында халықтың көпшілігі 100-ден асады. 90-нан 70-ге дейінгі мәндер шекаралас аумақ болып саналады, «төмен қалыпты», бірақ кемақылдылық деп қарастырылмайды. 70 – тен 50-ге дейін дебильді кемақылдылық, ал 50-ден төмен имбецильділік және терең кемақылдылық болып саналады.

Есте сақтау бұзылыстарын мағыналас емес 10 сөзді есте сақтау тәрізді қарапайым әдістермен бағалауда болады. Оларды бірден айтқызу (қысқа уақыттық есте сақтау) және бірнеше сағаттан кейін айтқызу (ұзақ есте

сақтау) арқылы тексеруге болады. Қысқа әңгімелерді (мағыналық есте сақтау) немесе суреттерді сипаттап (көру есі) айтып беруі арқылы бағалауға болады.

Науқас айтпаған психотравмалық факторлары мен ауыр күйзелістерін анықтау , аурудың диагностикасы,болжамы және психотерапиясы үшін өте маңызды.

Бұл үшін көбінесе жобалық әдістер қолданылады. Олардың арасында ең танымалы «аяқталмаған сөйлемдер» әдісі. Тексерілушіге «Тұрмыстағы өмір мен үшін», «Нағыз дос,ол....» деген сияқты сөйлемдерді айтып , оны жалғастыруын сұрайды. Сондай – ақ , «Тақырыптық сынақ тесті»- де қолданылады . Бұл әдісте түрлі жағдайларды бейнелейтін суреттер немесе тақырыптар беріп, оны түсіндіруін сұрайды (мысалы, «Өтіп бара жатқан автокөлік жолаушыға балшық шашты»).

Отбасышілік қарым-қатынасты бағалау психологиялық диагностиканың бір әдісі. Балаларға отбасының суретін салуды ұсынады. Сурет парақшасында отбасы мүшелерінің қайда орналасқанына байланысты,оларды баламен және отбасында өзара қарым-қатынасын түсінуге болады.

Медициналық психолог дәрігер - психиатрға науқастың психологиялық сараптамасының нәтижелерін және оларды түсіндіруді ұсынады. Бұл деректер клиникалық диагнозға көмекші материал ретінде ғана қызмет етеді, олардың түпкілікті бағасы дәрігерде қалады.

Нейрофизиологиялық зерттеу

Нейрофизиологиялық зерттеу әдістерінің арасында психикалық бұзылыстары бар науқастарды зерттеу үшін көбіне электроэнцефалография, сирек реоэнцефалография және эхоэнцефалография қолданылады.

Нейрорентгенологиялық зерттеу

Краниография – бас сүйектерінің рентгенограммасы – жанама белгілер арқылы бас миының органикалық зақымдануларын анықтауға мүмкіндік береді. Мысалы, саусақ батуы іздерінің терендеуі - ұзақ уақыт бас сүйек ішілік қысымның жоғарылауының белгісі болып табылады.

Пневмоэнцефалография (ПЭГ) – бас миының рентгенограммасы, ми-жұлын сұйықтығы орналасқан кеңістіктерге бел омыртқааралықтарын немесе ми қарыншаларын тесу арқылы ауа жіберу әдісі. Бұл әдіс арқылы ми қабықтарындағы жабысу процестерін, кейбір ісіктерді, атрофиялық өзгерістерді анықтауға болады. Компьютерлік томография әдісі пайда болғаннан бері бұл әдісті ескірген деп қарастыруға болады.

Церебральды ангиография – ұйқы артериясынан контрастты немесе радиоактивті заттарды жіберу арқылы жүзеге асырылатын рентгенографиялық зерттеу әдісі. Бас миы қан тамырларының

зақымдануларын, сонымен қатар бас миының локальды зақымдануларын (ісіктер және т.б.) анықтауға мүмкіндік береді.

Бас миының компьютерлік томографиясы – бастағы тығыздығы әр түрлі анатомиялық құрылымдардың рентген сәулесін сіңіру көрсеткішін өлшеуге негізделген. Электронды есептеу техникасы мен жабдықталған томограф арқылы жүзеге асырылады. Бұл әдіс арқылы бас миының ісіктерін, атрофиялық процестерді, кисталар мен абсцестерді және т.б. анықтауға болады.

Психиатриялық ауру тарихы

Ауру тарихы тек медициналық емес, сонымен қатар заңды және ғылыми құжат болып табылады. Психиатриялық ауру тарихы өзіндік ерекшеліктерге ие.

Паспорттық бөлімде, мысалы, тек науқастың ғана мекен-жайы емес, сонымен қатар оның жақын туысының тегі, аты, әкесінің аты, мекен-жайы мен телефон номері көрсетілуі тиіс. Біріншілік қарауда кімнің айтуымен және не себепті психиатрға қаралғаны немесе науқастың жатқызылуы анықталуы керек. Ары қарай біріншілік қарауда психикалық статус бейнеленеді: қоршаған ортаға бағдары, сана бұзылыстарының белгілері, ес, ойлау, қабылдаудың бұзылыстары . Науқастың шағымдары ғана емес (егер ол шағымдарын айтудан бас тартса, ол да көрсетілуі керек), сондай ақ науқастың сандырақтық және жабысқақтық идеялары, кимыл және сөйлеу бұзылыстары сипатталып жазылады. Науқастың өзін ұстауы мен айтуының критикалық дәрежесі бағаланады.

Жазылған мәліметтерді қажетсіз ақпараттармен толықтырмау қажет (мысалы, ересек науқастардың балалық шақта басынан өткерген асқынусыз жұқпалы аурулары) немесе бұл синдромда болмауы мүмкін симптомдардың жоқтығын көрсету (мысалы, эйфория жағдайындағы науқастарда суицидальды ойлардың болмауы). Сипаттамаларда тек бір психиатриялық терминология қолданылуға болмайды (« науқаста соңына түсу сандырағы », « есту галлюцинациялары бар » және т.б. деген сияқты), науқастың айтуын немесе оның іс-қимылын сипаттау қажет. Бұл арқылы белгілі бір бұзылыстардың констатациясы анықталады.

Егер науқастың айтуы бойынша анамнез жинау мүмкін болса, онда ол статустан кейін жазылады (анамнездің қандай жағдайда жиналғандығы көрінуі үшін). Егер бұл мүмкін болмаса, анамнезді кейін науқастың жағдайы жақсарған кезде толтырады. Егер науқасты жақындары алып келсе, онда мәліметтерді туыстарының сөзі бойынша жинайды.

Науқасты қарауға неврологиялық тексеру мен соматикалық статусты анықтау кіреді.

Күнделікті жазбаларға науқастың шағымдары, оның іс-әрекеттерін бақылаудағы нәтижелер, мамандар консультациясы, лабораториялық зерттеулер және барлық емдік шаралар кіреді. Жазбалар жиілігі науқастың жағдайына байланысты анықталады - жедел және өмірге қауіпті жағдайларда тәулігіне бірнеше реттен (сағаты көрсетіледі), созылмалы стационардағы науқастарда аптасына бір ретке дейін.

Үй жағдайындағы демалыста келу және кету сағаты мен күні туралы, қолға берілген дәрі-дәрмектер, демалысқа дейінгі және демалыстан кейінгі науқастың психикалық жағдайы, сондай-ақ (туыстарының айтуы бойынша) үйдегі өзін-өзі ұстауы туралы мәліметтер жазылады.

Егер де науқас бұрын басқа психиатриялық мекемелерде емделген болса, онда сол мекемеден медициналық мәліметтер сұралады. Шығарылған кезде ауру тарихы қысқа түсініктеме беретін эпикризбен аяқталады. Бұл берілген эпикриздің көшірмесі әдетте, басқа психиатриялық мекеменің сұранысымен жіберіледі және медициналық ақпарат ретінде қолданылады. Ауру тарихының өзі тек прокурордың немесе соттың талабы бойынша олар жіберген қызметкерлердің қолхатымен беріледі.

Психиатриялық көмектің құрылымы.

Психиатриялық көмек көрсету кез келген мемлекетте психикалық науқастың құқықтық мәселесін шешпей жүзеге асырылмайды. Психологияның әртүрлі саласында кең көлемді экспериментальды психологиялық әдістері қолданылады. Халыққа психиатриялық көмек көрсету стационарлы және амбулаторлы шарттарда жүргізіледі.

Стационарлық психиатриялық көмек.

Стационарлық ем көрсеу психиатриялық ауруханаларда және көп салалы ауруханалардың психиатриялық бөлімшесінде жүргізіледі. Бұл бөлімшелер арнайы белсенді терапия мен оталық емге көрсеткіш болатын, шектелген психопатиялық емес аурулары бар (невроз, психосоматикалық аурулар, невроз тәрізді немесе цереброастениялық бұзылыстар) және психозбен зардап шегетін және соматикалық аурулары қосарланған науқастарды емдеуге арнайы мамандандырылған болады.

Психиатриялық ауруханаларда науқастар территориялық принцип енгізілген: науқастар белгілі бір ауданнан немесе участоктан дәл сол психоневрологиялық диспансерге және дәл сол бөлімшеге жатқызылады (осылайша бұл мекемелер арасында емдеу сабақтастығы орындалады).

Мұнан басқа, шектелген науқастарға, қарт адамдарға және балаларға арнайы бөлімшелер бар.

Соңғы жылдары психиатриялық ауруханаларда арнайы психореанимациялар жасалуда.

Балалар және жеткіншектер бөлімшесінде балалар тек ем алып қоймай, сонымен бірге жаппай мектеп бағдарламасын оқу жүргізіледі.

Психиатриялық ауруханалар соматикалық ауруханалардағыдай шарттар мен режим жасауға тырысуда. Психиатриялық ауруханаларда науқастар ұзақ уақыттық ем алатындықтан, онда арнайы демалу орындары, еңбек терапиялары, музыкалық үйірмелер және т.б болуы қажет. Бөлімшенің барлық бөлмелері науқастарға қарайтын күтімгерлерге ыңғайлы жағдай жасалуы қажет.

Ауруханадан тыс науқастарға көмек көрсету.

Ауруханадан тыс науқастарға көмек көрсету үш түрлі бағытта орындалады: науқастарға психоневрологиялық диспансерде көмек көрсету; көмек көрсетудің жаңа түрі науқастары есепке алмастан консультативті психиатриялық көмек көрсету; көмек көрсету диспансерден тыс, жалпы медициналық көмек көрсету жүйесінде емханалардың психиатриялық кабинеттерінде және медико санитарлық бөлімдерінде жүргізіледі. Бұл мекемелерде шектелген бұзылыстары бар науқастарға көмек көрсету және басқа психикалық аурулары бар науқастарды ерте анықтауға бағытталған.

Психоневрологиялық диспансерден басқа ауруханадан тыс көмек күндізгі стационарда жүргізіледі. Онда науқастар таңертең келеді және қажетті емін алып, еңбек процесстеріне, ойын сауықтарға қатысып кешке үйіне жөнелтіледі.

Сонымен қатар кешкі стационарлар жұмыс жасайды. Онда науқастар кешкі уақытта жұмыстан кейін және түнгі уақытта өткізеді. Осы уақытта науқастарға инфузионды терапия, иглотерапия, емдік массаж секілді емдік шаралар өткізіледі. Таңертең науқастар жұмыстарына бара алады.

Өртүрлі невротикалық аурулары бар балаларға емдік терапиямен бірге мектеп оқуын үйрететін, санаториялық мектептер қарастырылған. Психикалық денаулығын қалыпқа келтіру үшін науқастарға еңбек және демалу режимін, таза ауада ұзақ уақыт серуендеу және дене шынықтырумен айналысуы қажет. Санаториялық мектепте балалар бір тоқсан ем ала алады.

Әлеуметтік қамтамасыз ету орталықтарына психоневрологиялық интернаттар кіреді. Онда созылмалы психикалық аурулары бар науқастар ем алады.

Мектеп жасына дейінгі ОЖЖ зақымдалуы және кекештенуі бар балаларға арнайы ясли балабақшалары жұмыс жасайды. Онда тәрбиешілермен қатар дәрігер-психиатр, психолог пен логопедтер жұмыс жасайды.

Психоневрологиялық диспансердің міндетіне науқасқа ем көрсету, компульсивті және әлеуметтік көмек көрсету жүргізіледі.

Диспансерде психикалық аурулары бар мүгедектерге емдік еңбектік жұмыстары жүргізіледі. Онда науқастарға жүйелі ем көрсету, тамақтануын қадағалау және аздаған ақша табуларына мүмкіндік береді.

Соңғы жылдары суицидпен күресумен арнайы қызметтер жасалуда. Әрбір қалада ауыр өмірлік қиындықтары бар психикалық жағдайдағы науқастар немесе суицид туралы ақпаратты білушілер «Сенім қызметіне» хабарласа алады. Психиатриялық көмекті арнайы дайындықтан өткен психиатрлар мен психологтар қызмет көрсетеді.

Психотерапиялық және психологиялық көмекті үлкендер мен ересектерге жалпы соматикалық емханаларда арнайы кабинеттерде жүргізіледі. Үлкен қалаларда суицидалды әрекеттердің алдын алу мақсатында арнайы, кризистік бөлімшелер жұмыс жасайды.

Ауылдық жерлерде ауылдық ауруханаларда және аудандық емханаларда, орталық аудандық ауруханаларда арнайы психиатриялық кабинеттер жұмыс жасайды.

Сараптама түрлері

Азаматтық процесте сот-психиатриялық сараптама жүргізу кезінде, құқыққа қабілеттілік және іс-әрекетке қабілеттілік ұғымдары қолданылады.

Құқықтық қабілеттілікке азаматтардың жеке меншік мұрагерлік құқығы, мұрагер болу және мұрагерлікке өсиет қалдыру , авторлық құқықтар кіреді.

Азаматтардың іс-әрекетке қабілеттілігі – бұл азаматтардың өз құқықтарын иеленуіне және жүзеге асыруға, өздерінің азаматтық міндеттерін құруға және оларды жүзеге асыруға қабілеттілігі болып саналады. Азаматтық қабілет 18 жасқа толған кезде, яғни, ересек адам болғанда жүзеге асырылады.

Азаматтық кодекске сәйкес құқықтық қабілет азаматтарға өз іс-әрекетінің мағынасын түсінетін және оларды басқара алатын психикалық жай-күйді қамтамасыз етеді, яғни ақыл-парасаты және есте сақтау қабілеті сау болуы керек.

Іс-әрекет қабілеттілігі медициналық және заңдық критерийлерді қамтиды. Медициналық критерийлер – бұл психикалық бұзылулардың болуы. Заңдық критерийлер- бұл психикалық бұзылулардың сипаттамасы мен тереңдігін көрсетеді, яғни, адамның өз іс-әрекетін басқара алуға және өз іс-әрекетін түсінуге қабілетті немесе қабілетсіздігін анықтайды. Адамды қабілетсіз деп тану үшін екі критерий орын алуы қажет. Маңызды критерий – бұл құқықтық критерий болып саналады, себебі ол психикалық бұзылулардың ауырлығын көрсетеді, бұл олардың өз іс-әрекеттерін түсінуге және оны басқара алуға қабілетсіз екендігін дәлелдейді.

Әскери психиатриялық сараптама келесі санаттағы азаматтардың денсаулығына қойылатын әртүрлі талаптарды көздейді:

- I - бастапқыда әскери қызметке шақыру туралы әскери есепке алу үшін;
- II – әскери қызметкерлер, шақырту бойынша әскери қызметте жүргендер;
- III - әскери қызметкерлер, шарт бойынша әскери қызметте жүргендер;
- IV - суасты қайықтарында әскери қызметін өткеріп жатқан қызметкерлер, суасты қайықтарында әскери қызметті өтеуге жоспарланғандар.

Әскери қызметке жарамдылықтың келесі категорияларын бөлуге болады:

- A. Әскери қызметке жарамды
- B. Әскери қызметке шамалы шектеулермен жарамды
- C. Шектелген, бірақ әскери қызметке жарамды
- G. Әскери қызметке уақытша жарамсыз
- D. Әскери қызметке жарамсыз

Осылайша, эпилепсияның , шизофренияның барлық түрлерімен зардап шегетін барлық тұлғалар және психикалық бұзылулары айқын білінетін тұлғалар әскери қызметке жарамсыз деп танылады.

Дәрігерде сараптама жүргізу барысында екі сұрақ туындайды: біріншіден , аурудың ауырлық дәрежесі мен өткірлігі, клиникалық көріністері, сондай-ақ науқастың зақымдалған функцияларының маңыздылығы, оның жұмыс істеуге қабілетінің жоғалуы немесе төмендеуі; екіншіден, еңбекке қабілеттілігін жоғалтуы, уақытша немесе тұрақты мүгедектіктің болуы.

Осы екі мәселені шешу науқасқа қатысты сараптамалық тактиканың дұрыстығын, науқасқа арналған демалыс парағын беруді, стационарлық емделуді немесе тексеруден өтуді , нақты мүгедектік тобын анықтау үшін ЕМСК-ге (еңбекке медициналық сараптама комиссиясы) жолдаманы беру туралы ұсыныстарды анықтайды.

Егер науқастың жұмысқа қабілетінің тұрақты жоғалуы мүмкін болса, дәрігер-сарапшы мүгедектіктің 3 тобына сәйкес оның дәрежесін анықтауы қажет.

Қабылдау бұзылыстары

Түйсік (ощущение) бұл - қоршаған ортадағы болып жатқан құбылыстардың және объектілердің сезім мүшелеріне тікелей әсер етуінен, заттар мен құбылыстардың жекелеген сапасы мен қасиеттерін бейнелейтін құбылыс. Түйсік – танымдық процестің ең қарапайым түрі.

Қабылдау – бұл қоршаған ортадағы құбылыстар мен объектілердің біздің сезім мүшелерімізге тікелей әсер етуінен, заттар мен құбылыстарды тұтастай бейнелейтін құбылыс (адам гүлді тұтастай қабылдайды , оның түсі мен пішінін көреді, жапырақтарының нәзітігін, иісін сезеді) . Қабылдаудың қасиеттерінің бірі - ақпаратты жедел сақтауға мүмкіндік береді.

Танымның бұзылысы –сенестопатия (лат. Sensus - сезім, сезіну, грек. Pathos - ауру, зардап шегу) деп аталады. Сенестопатия – бұл соматикалық патологияларға байланыссыз дененің әртүрлі бөліктерінде немесе ішкі мүшелердегі ауыртпалықты сезіну, ауырсыну сезімі, қысым, күйдіру, бұралу, қысқару тәрізді патологиялық жағымсыз сезімдерді сезіну.

Алгезия – ауырсыну сезімінің бұзылысы. Осындай симптом кездескенде міндетті түрде неврологиялық бұзылыстарды тексеріп, алып тастау керек.

Анестезия – сезімталдықтың жойылуы, ол жеке экстерорецепторлардың (жиі жеке аймақтардағы жанасу сезімінің жойылуы, көру не естудің бір жақты немесе екі жақты жойылуы) зақымдалуынан немесе бірнеше экстерорецепторлардың (есту мен көрудің бір мезгілде төмендеу не жойылуы) бір уақытта зақымдалуынан болады. Осындай патологиялар жиі истериялық сипатта болады, сондықтан науқасты мұқият объективті тексеру, неврологиялық (терілік анестезияда, мысалы , сезімі жоғалған аймақ иннервация аймақтарына сәйкес келмейді) тексеру, сондай-ақ басқада арнайы әдістер арқылы тексеру қажет.

Гипестезия – сыртқы тітіркендіргіштерге сезімталдықтың төмендеуі. Дыбыстар анық емес, жарық күңгірттенгендей көрінеді, түстер –нашар,түссізденгендей қабылдау («айналасындағылардың бәрі сұр және жарық шамдары нашар жарқырайды»).

Гиперестезия - экстерорецепторлардың тарапынан жеке анализаторларға (гиперосмия-қарапайым иістерге өткір төзімсіздік, гиперакузия –қарапайым дыбыстардың өзіне төзе алмау) немесе бірнеше анализаторларға (мысалы, жарық та, дыбыс та өте күшті болып көрінеді) қатысты сезімталдықтың күшеюі, өткірленуі.

Синестезия – сезімталдықты қабылдаудың ерекшелігі, ол бір анализаторға жіберілген сыртқы тітіркендіргіш басқа бірнеше анализаторлардың бір мезгілде жауап беруін тудырады. Атақты француз ақыны Бодлер иістердің, дыбыстар мен түстердің бірігуін сезінген,бірақ шын мәнінде бұл уақытта ол тек иісті сезінеді. Тағы француз ақыны Артюра Рембо – дауысты әріптер белгілі бір түстерді бейнелейтінін сезінген: «а»- қараны, «е»-ақты, «о»-көгілдірді.

Синестезия патология ғана емес, ол қалыпты адамдарда да кездеседі,мысалы музыканттарда, ақындарда,суретшілерде. Олар психотомиметикалық дәрілердің әсерінен уақытша патология ретінде пайда болуы мүмкін.

Иллюзия – айналадағы нақты заттар мен құбылыстарды жалған (бұрмаланған) түрде қабылдау.

Иллюзиялық қабылдау физика заңдарының бірінің көрінісі ретінде немесе сол сезім мүшесінің не басқа сезім мүшелерінің жетіспеушілігінің салдарынан психикалық денсаулығы қалыпты адамдарда да кездесуі мүмкін.

Иллюзия психикалық бұзылулармен байланысты, оны аффективті немесе аффектогенді, вербальды және парэйдолиялық деп бөледі.

Аффективті (аффектогенді) иллюзия бұл күшті қорқыныш, шамадан тыс жүйкенің тітіркенуі сияқты күшті сезімдердің әсерінен туындайды. Мұндай шиеленіс жағдайда адамдар мөлдір перделерді скелет қаңқасы ретінде қателесіп көреді, ілгіштегі пәлтө қорқынышты қаңғыбасқа ұқсайды, орындықтың артқы жағындағы галстук - жылан шабуылы тәрізді, желдеткіштің даусы өзіне жасалған қатерлердің шуы тәрізді естіледі және т.б.

Вербальды иллюзия (лат.verbalis –ауызша, ауызекі)сөздердің мағынасын дұрыс емес қабылдау, басқалардың бейтарап әңгімелерін, ол өзіне қатысты қатер, қарғыс, айыптау сияқты әңгімелер айтылып жатыр деп қабылдайды (қатты қорқыныш болғанда да кездеседі).

Парэйдолиялық иллюзия (грек.para – жақын,шамамен , eidoles – сурет,кейіп,образ) бұл шын мәнінде бар кескіндерді өзгертілген түрде әдетте таңғаларлық- фантастикалық түрде қабылдау. Мысалы, тұсқағаздағы өрнектерді – алып құрбақа , едендегі көлеңкені – қорқынышты кесірткенің басы , кілемдегі өрнектер – ешқашан көрмеген

керемет пейзаж, бұлттың сызықтары – көркем адамдар тобы сияқты көрінеді.

Иллюзияны сезім мүшелеріне байланысты бөледі, бірақ көбінесе есту және көрулік болады.

Галлюцинация – қабылдау бұзылысы, бұл негізінен психикалық қызметтің бұзылысы нәтижесінде есту, көру, сезіну бұзылысы. Жалпы айтқанда объектісіз қабылдау болып табылады.

Галлюцинацияға сағымды жатқызуға болмайды, өйткені ол физикалық тұрғыдан дәлелденген дүние.

Иллюзия секілді галлюцинациялар да сезім мүшелеріне байланысты бөлінеді. Әдетте есту, көру, иіс сезу, дәм сезу, тактильділік, жалпы сезім галлюцинациялары жатады, оған висцеральды және бұлшықеттік галлюцинацияларды жатқызады.

Сонымен қатар, комбинирленген галлюцинациялар болуы мүмкін (мысалы, науқас жыланды көреді, дауысын естиді және сезіне алады).

Барлық галлюцинациялар шығу тегіне байланысты шынайы және псевдогаллюцинациялар болып бөлінеді.

Шынайы галлюцинациялар бар, нақты объектіге байланысты проекцияланады (шынайы қабырғадан дауыс шығады, белгісіз жануар шынайы үстелге отырады), сондықтан науқастар көбінде өздерінің көз алдындағы көріністің шынайылығына күмән келтірмейді. Шынайы галлюцинацияларда науқастар тіпті шынайы объектіге қарағанда, көз алдындағы көрініске көбірек сенеді.

Псевдогаллюцинациялардың келесідей ерекшеліктері бар:
а) көбінде науқаста іштей пайда болады, әдетте басында (дауыс басының ішінен шығады, басының ішінде нашар сөздер жазылған карточка көреді);
б) псевдогаллюцинациялар науқастың денесінен бөлек проекцияланғанның өзінде шынайы галлюцинациялар сияқты нақты объектілік сипаттары болмайды. Сонымен қатар, галлюцинация кезінде нақты объектілер жоғалады, тек қана ойдағы образдар ғана болады.
в) псевдогаллюцинация кезіндегі жағдайлар науқастың тұжырымдауынша ойластырылған, жоспарланған әрекеттер болып табылады.

Псевдогаллюцинациялар негізінен, Кандинский Клерамбо синдромының бір бөлшегі болып табылады. Оған әсер ету сандырағы да кіреді, яғни науқастардың ойынша, болып жатқан дауыстарды, әрекеттерді "арнайы аспаптардың көмегімен", "дауыстар тікелей транзисторлар арқылы" әкелінеді.

Есту галлюцинациялары көбінесе науқаспен сөздерді, сөйлемдерді, дауыстарды (фонема), әңгіме, дыбыс, шуларды (акоазма) патологиялық қабылдаумен байланыстырылады.

Вербальды галлюцинациялар құрылымы бойынша әртүрлі болып келуі мүмкін: бір немесе бірнеше дауыстың сыбырлауынан (науқас аты жөнін "бір дауыс сыбырлап айтады") бірнеше, тіпті ұзақ сөйлемдерді айтумен де сипатталады.

Науқастар үшін қауіпті галлюцинацияның түрі императивті болып табылады, мысалы, науқас сөйлемеу жайлы немесе біреуді өлтіруге, ұруға, өзіне зиян келтіруге бұйрық алады. Бұл галлюцинациясы бар адамның психикалық қызметі патологиясының нәтижесі болғандықтан, науқас өзі үшін де, басқаларға да қауіпті болып табылады және мұндай науқастар бақылауға алынуы тиіс.

Дауыс галлюцинацияларында науқас не ойланса да, соны дауыс түрінде есіте алады.

Антогонистикалық галлюцинациялар кезінде науқас бір біріне қарама қарсы келетін екі дауысты естиді ("оның сазайын берейік", "жоқ, күте тұрайық, ол соншалықты нашар емес", "күтудің қажеті жоқ", "жоқ, қазір жасаудың қажеті жоқ").

Көру галлюцинациялары элементарлы түрде болуы мүмкін (зигзаг, жарық, түтін, жалын, яғни фотопсия), заттық түрде, бұл кезде шындығында жоқ жануарларды, жәндіктерді, кейде тіпті адам мүшелерін, адамдарды көреді.

Сонымен қатар, осы көріністер сцена түрінде де өтуі мүмкін, яғни персонаждар алысады, төбелеседі, ұрысады (панорамалық, кинотәрізді). "Көріністер" негізінен қарапайым көлемде, кіші микроскопиялық мөлшердегі адамдардың қатысуымен немесе тіпті макроскопиялық мөлшердегі адамдарды көруі мүмкін. Кейде науқас өзінің көшірмесін де көре алады (аутопсиялық, егіз галлюцинациясы). Кейде науқас көздің көру алаңынан тыс артқы жақтан бір затты көре алады.

Иіс сезу галлюцинациялары көбінде жағымсыз иісті сезу (науқас шіріген еттің, күйіктің, удың иісін сезеді), кейде мүлдем таныс емес иістерді, өте сирек жағымды иістерді сезеді. Иіс сезу галлюцинациясы бар науқастар кейде тамақтан мүлдем бас тартады. Олардың ойынша "тағам уланған", немесе "шіріген адам етімен тамақтандырады" деген ой туындайды

Тактильді галлюцинациялар денесінің бетіне бір нәрсе жанасып тұрған сияқты сезімде болуы, жану мен суықты (термиялық галлюцинация), біреу ұстағандай сезімде болуы (гаптикалық галлюцинация), денесінде сұйықтық ағып келе жатқандай сезімде болуы (ылғалды галлюцинация) денесінде бір жәндіктің жүріп келе жатқан секілді, оны тістеп немесе шағатындай сезімде болуы.

Висцеральды галлюцинация- өзінің ағзасында жануарлардың, құрттардың қандай да бір заттың болуын сезінеді (мысалы, «асқазанымда бақа отыр», «қуығымда жәндіктер көбейді» т.б)

Гипнотикалық галлюцинациялар— бұл көзге көрінетін қабылдаудың алдамшы бұзылыстары, әдетте кешке ұйықтар алдында көзді жұмғанда пайда болады. Бұл галлюцинациялар бір немесе бірнеше сахна тәрізді, кейде калейдоскопиялық сияқты сахнаға айналуы мүмкін (мысалы, «менің көзімде калейдоскоп бар», «менің енді жеке теледидарым бар»). Науқас адам қандайда бір бет- аузын тыржыйтқан, ұсақталған, оған тілін көрсетіп, көзін қысып тұрған құбыжық көреді.

Осындай галлюцинациялар кейде басқа өтпелі күйде яғни науқасты ояту кезінде пайда болуы мүмкін. Сондай-ақ көздері жабық күйде де кездесетін галлюцинация - гипнопопиялық галлюцинация деп аталады. Бұл екі галлюцинация алкогольдік делирийді немесе басқа да интоксикациялық психозда жиі кездеседі.

Функциональдық галлюцинация - сезім мүшелеріне әсер ететін нақты тітіркендіру фонында дамитын және тек сол әсер еткенде пайда болады.

Сондай-ақ көру, жанау және басқа да галлюцинациялар болуы мүмкін.

Шынайы галлюцинациядан функциональдық галлюцинацияның ерекшелігі шынайы тітіркендірудің бар екендігінде, бірақ олар мүлде басқа мазмұнға ие, ал иллюзиялар - оларды шынайы тітіркендірумен қатар қабылдайды (ол дауысқа, көріністерге айналмайды).

Шақыру және сендіру галлюцинациялары.

Гипноз сеансы кезінде адамдарда галлюциаторлы алдамшы сезімдерге сендіруге болады, мысалы раушан гүлінің иісі шығып тұрғанына, оны арқанмен байлап тастағандығына сендіру. Галлюцинацияға айқын дайындықпен келген кезде, сезімдерді алдау галлюцинациялары пайда болмайды (мысалы, егер науқас басынан делирийді өткерген болса, әсіресе алкогольді делирийді).

Липман сипмтомы – науқастың көз алмасын жеңіл басу арқылы шақырылатын көру галлюцинациясы. Кейде басуды аздап күшейту ұсынылады.

Таза парак симптомы (Рейхарт симптомы) науқасқа таза паракқа мұқият қарауды ұсынады, кейін не көріп тұрғанын сұрайды.

Ашаффенбург симптомы науқастан өшірулі телефонмен сөйлесуін ұсынады, кейін науқастың есту галлюцинацияларына дайындығын тексереді. Соңғы екі симптомды анықтау барысында келесі сұрастыруларды жүргізуге болады: «Қараңыз, бұл сурет туралы не ойлайсыз?», «Бұл күшік қандай, сізге ұнайды ма?», «Телефондағы әйелдің дауысы сізге не хабарлады?».

Кейде сендіру галлюцинациялары индуцирленген қасиетке ие болады: дені сау, бірақ иланғыш, истериялық мінезі бар адамдар періштелер, ұшып жүрген заттарды көреді.

7. Бақылау

Бақылау сұрақтары:

- 1.Клиникалық зертеу тәсілдері: сұрастыру, бақылау.
- 2.Психиатриялық сұхбаттасу тәсілдерінің ерекшеліктері.
- 3.Дәрігер психиатрдың ролі мен стратегиясы.
- 4.Субъективті және объективті анамнез.
- 5.Диалогты басқару.
- 6.Симуляцияны, аггравацияны, десимуляцияны анықтау.
- 7.Соматикалық қарау.
- 8.Неврологиялық қарау.
- 9.Нейрофизиологиялық тәсілдер: ЭЭГ, РЭГ, МРТ, КТ.
- 10.Психологиялық тәсілдер.
- 11.Психиатриялық көмектің диспансерлік бөлімінің құрылымы (жедел психиатриялық көмек, күндізгі стационар, емдік-еңбектік бөлімдер, интенсивті психиатриялық көмек беру бөлімі, ауруханадан тыс реабилитация бөлімі, «көмекті тұрғынжай», ауруханалардан тыс жағдайларда психоэлеуметтік жұмыс бөлімі).
- 12.Психиатриялық көмектің стационарлық бөлімі.
- 13.Психиатриялық көмектің сапалық бақылануы.
- 14.Экспертиза түрлері.
- 15.«Есі дұрыс емес» түсінігі.
16. Іс-әрекетке қабілеттілігі.

Әдебиеттер

Психиатрия қазақ тілінде

негізгі:

1. Илешева Р.Г. Психиатрия. – Алматы, «Санат».-1998.-245б.
2. Құдиярова Ғ.М., Жарбосынова Б.Б. Психиатрия. - Алматы.: Қазақстан, 2008.-277б.
3. Құдиярова Г.М. Жасөспірімдердің мінез-құлқындағы ауытқушылықтар.- Алматы «Рауан».-1996.-205б
4. Дәріс материалдары.

қосымша орыс тілінде:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Оқулық. -М.: Медицина. 2000
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. - М.:Медицина, 1995;
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.

4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
5. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
6. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

Электронды сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

1. №2. Ойлау және интеллект бұзылыстарының клиникалық сипаттамасы.

2. Тақырыптың мақсаттары

- науқастың анамнезін жинауды;
- психиатриялық бұзылыстар симптомдарын анықтауды;
- әртүрлі жастағы науқастарда психиатриялық статусты бағалауды және анықтауды;
- ойлау және интеллект бұзылыстарын анықтауды.

3. Б1.1 ҒЫЛЫМИ, ЗЕРТТЕУШІ – БІЛІМІН ҚОЛДАНУ

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: перереквизиттерден және осы пәндерден алынған білімді қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: Психиатрия бойынша тақырыпқа сай презентацияларды ұсынуды, неврология, психиатрия және наркологияда қолданылатын зерттеу әдістерін дәлділікпен орындайды;

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді: іс-әрекетінде ғылыми жаңалықтардың құндылықтарын үйлестіреді.

Б 2.2 ДӘРІГЕР-КЛИНИЦИСТ (1) НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Білім (когнитивті) домені:

Есте сақтайды: жүйелер бойынша зерттеу әдістерін сұрастыру, неврологиялық статус пен психостатусты зерттеу әдістерін есте сақтайды.

Түсінеді: Жүйелер бойынша патологиялардың негізгі клиникалық симптомдары мен синдромдарын;

Қолданады: науқасты тексеруде қазіргі кезеңдегі клиникалық – зертханалық және аспаптық тәсілдерді; науқаспен, оның туыстарымен, әріптестермен және басқа медицина қызметкерлерімен сенімді қарым-қатынас орнатуды қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: жүйке ауруларының: орталық және шеткілік патологиялық рефлекстерін, өзгерістерін анықтау және т.б. дағдыларды дәлділікпен жасайды.

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

Б.2.5. ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: психикалық аурулардың алдын алудың, психикалық бұзылыстар мен тәуелділік ауруларының психогигиенасы мен психопрофилактикасының негіздерін, қалыптастырудағы білімдерін қолданады.

Қарым қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

4. Тақырыпқа байланысты сұрақтар:

1. Ойлау бұзылыстарының жіктемесі.
2. Түйсіктің бұзылыстары.
3. Ассоциациялардың шапшандығына қарай ойлау қабілетінің бұзылыстары.
4. Ойлаудың мағынасына байланысты бұзылулары.
5. Жабысқақ идеялар.
6. Аса құнды және басым идеялар.
7. Сандырақ тәрізді фантазиялар.
8. Еріксіз ағымды ойлар.
9. Сандырақ түрлері.
10. Сандырақ мазмұны.
11. Сөйлеудің бұзылыстары.
12. Интеллект және оның төмендеуі.
13. Ойлау қабілетінің бұзылыстарымен жүретін синдромдар.

5. Оқу және оқыту әдістемесі

Науқастарды қарауға қатысу, тематикалық пациенттерді талдау, шағын топтарда жұмыс істеу, теңдесі жоқ білім беру, науқастарды емдеу, рөлдік ойындар, пікірталастар, кері байланыс.

6. Ақпараттық-дидактикалық блок

Ойлау - заттар мен құбылыстардың адамдармен байланысы мен қатынастарындағы жалпылама көрінісі. Ойлаудың негізгі элементі - бұл объектілер мен құбылыстардың немесе нақты құбылыстар мен объектілердің нақты сипаттарын, немесе қабылдау мен көріністерге қарағанда, объектілер мен құбылыстардың ең қарапайым және маңызды ерекшеліктері мен қасиеттерінің адам ойындағы көрінісі жайлы ұғым. Мысалы үй деген ұғым архитектура, өлшем, стилі, мекен – жайды және өз үйі сияқты әртүрлі ой қалыптастырады.

Тұжырымдамалардың ең маңызды ерекшеліктерінің бірі - олар тек өз тәжірибесіне ғана емес, бұрынғы ұрпақтардың тілді үйренуімен де негізделгендігіне байланысты. Сондықтан тілді меңгеру адамзаттың жинақтаған білімін арттырады.

Ойлау операциялары талдауды, синтезді, салыстыруды, қорытуды, абстракцияны және дәлелдеуді қамтиды.

Ойлау процесі аурудың сипатын, кезеңін , ағымын және нәтижесін өзгертуі мүмкін.

Ойлау процесінің бұзылуы

Ойлаудың жеделдеуі - ойлау процесінің жылдам ағымында көрінеді; ойлар тез бір-бірін алмастырады, ойлардың көптігі соншалықты , науқастар өте тез сөйлеуге қарамастан, оларды айтып біте алмайды. Науқастардың осындай сөзі шизофазияға ұқсауы мүмкін, бірақ егер науқастың сөзі жазылған болса, мысалы, магнитофонда, онда кейін қайта тыңдап шизофазияда болмайтын белгілі бір мағынаны табуға болады.

Ойлау процесінің патологиялық тездетілген түрінің ағымы нашарлау: науқастың ойлауы беткей болады, ойын өзгертуге өте бейім; көзіне түскен барлық нәрсе науқастың дереу назарын аударады, ойын бейлеп алады, оның идеяларына жаңа бағыт береді. Соңғы дәрежесінде «идеялар секіруі» болады, пациенттердің ойлары, найзағай сияқты тез алмасып, бір тақырыптан екіншісіне тез ауысады.

Ойлау үзілісті болуы мүмкін (шперрунг деп аталады, неміс. Sperrung – бұғаттау , бөгеттеу).

Ойлаудың баяулауы- ойлау процесінің кідіруі және ағымының баяулауымен, ойлаудың кедейленуімен сипатталады. Мұндай жағдайдағы науқастар «сағат бойы басында ешқандай ойдың болмауына», «басына ешнәрсе келмеуіне» шағымданады. Қойылған сұрақтарға өте қарапайым, кейде тек «иә» немесе «жоқ» деп жауап қайтарады. Жиі сұрақ қойғанда науқаста ұзақ кідіру болады, тіпті сұрақ қоюшыда оның естімегені немесе түсінбегені жайлы пікір қалыптасады. Науқастар мұндай жағдайда ешкімге көңіл аудармайды және өздігінен сұхбат ашпайды.

Ойлаудың патологиялық жағдайы- жедел әлсіреумен ,ойлау процестерінің төмендеуімен сипатталады. Науқастармен сұхбаттасқанда бір оқиғадан екінші оқиғаға ауысу өте қиын. Олар оқиғаның ең маңызды емес бөліктерінде ойлары ұзақ тұрып қалады, науқастарға бәрі маңызды

болып көрінеді, оқиғаның әр бөлігін қажетті деп қабылдайды. Науқастар оқиғаның ішінен маңызды бөлігін, негізгісін ажырата алмайды.

Ойлаудың патологиялық жағдайы өте төмен продуктивтілікпен, оның ұзақ уақыт сөйлеуінің маңыздылығы қандай екені, сол уақытта науқастың не айтқысы келгені мүлде түсініксіз болумен сипатталады. (лабиринтті ойлау) Ойлаудың персеверациясы (латынша *perseveration* қарсыласу)-бір ойда, елестетуде тұрып қалады. Патологиялық тұрып қалу, клиникасында бір сөз немесе сөйлемді (кейде ұзақ уақыт) қайталаумен көрінеді. Жиі мұндай науқастар тек бірінші қойылған сұраққа ғана жауап бере алады, кейін сол жауабын қайталай береді.

Вербигерация - (лат *verbum* сөз+*gero* жүргіземін) – тілдік стереотипия – мағынасыз, жиі ырғақты бір сөзді қайталау, сирек – сөз тіркестері мен фрагменттерді қайталайды.

Паралогикалық ойлау - логикалық байланыстың болмауымен сипатталады; бұл жағдайда науқас жасайтын қорытындылар тек заңсыз ғана емес, тіпті қисынсыз болып келеді.

Резонерлік – бос пайымдауларға бейімділік, яғни «сөз көп, ой аз». Мұндай ойлау пайдасыз, дәлділіктің, айқын мақсаттың жоқтығымен көрінеді: «Сіз көріп тұрғандай бұл маңызды, мен мұның маңызды екенін айтып өткім келеді, маңыздылығы жоғары, мұны айту керек, сіз мұны маңызды емес екен деп ойлап қалмаңыз»

Ойлаудың үзілуі – бөлек ойлар немесе бөлек сөздер арасындағы байланыстың болмауымен сипатталады. Мұндай науқастың сөйлеуі тіпті түсініксіз, белгілі мағынасы жоқ, сондықтан бұл түрді сөздік құшақтасу, сөздік салат деп те атайды.

Паралогикалық ойлау, резонерлік, ойлаудың үзілуі – барлығы шизофренияға тән.

Ойлаудың байланыссыздығы (инкогеренттілік, лат.*in-жоқ + coherentia* - байланыс) толықтай ретсіздік, ойлаудың мағынасыздығымен сипатталады, сөйлеуі бір-бірімен мүлде байланыссыз бөлек сөздерден құралады.

Инкогеренттілік ойлаудың үзілуі терминіне сәйкес келеді, бірақ ең басты айырмашылығы ойлаудың үзілуі – санасы айқын науқаста, инкогеренттілік сананың бұлыңғырлауында дамиды. (әдетте аментивті синдром типінде, аменцияда)

Символикалық ойлау. Символика шындықпен байланысты көзқарастарды сипаттаған жағдайда ойлауға тән жалпы қалыптасқан идеялар (мысалы, елтаңба, математикалық белгілер, жүректен өткен жебе).

Патологиялық символизм (негізінен шизофрениямен ауыратындарға тән) – бұл тек жеке тұлғаларда болатын және айналасындағыларға түсініксіз ойлаудың патологиясы. Бұл символизм жекелеген сөздерге, тұжырымдамаларға және тұтастай ойлаудың барлық құрылымына қатысты болуы мүмкін.

Символдық ойлауы бар науқастар күнделікті заттарға ерекше мән бере алады (олар үшін «сары түсті тұсқағаздар - мұнда сатқындыққа

бейім, сенімсіз адамдар өмір сүреді» деген мағына береді, «жақсы тәбет » деген сөзді айтқан адам - «ол өзіне ұнамайтын адамдармен өмір сүреді» деген мағына береді деп түсінеді).

Өте бағалы ойлар

Өте бағалы ойлар – гиперквантивалентті ойлар (лат.hyper – жоғары, quantum – қанша, valenti - күш) - нақты фактілер мен оқиғаларға байланысты туындайтын ойлар, бірақ адам үшін оның барлық мінез-құлқын айқындайтын ерекше маңызға ие болады. Үлкен эмоционалды қанығумен, эмоционалды нығайтудыбілдірумен сипатталады. Мысалы, шын мәнінде поэзия жазған адам ол ерекше, өте талантты, жарқын ақын деп мақтау, марапаттауда өзін дұрыс ұстай алады. Оны айналасындағылар мойындамаса, ол қаскөйлердің, қызғаныштардың, түсінбеушіліктің және осы айыптаудың шындығында ешқандай нақты фактілер жоқ деп ойлайды. Мұндай өте бағалы ойлар басқа жоғары дәрежеде артықшылығы мен өзінің жеке ерекшеліктері бар тұлғаларда да туындайды: музыкалық, вокалдық, жазушылар. Олар ғылыми қызметке, өнертабысқа, реформизмге кемелденген және өздерінің бейімділігі болуы мүмкін.

Кішкентай косметикалық кемістігі бар адамдар, мысалы, сәл шығып тұрған құлақ сияқты, бұл оның бүкіл өмірінің қайғысы, оның айналасындағылар осы себепті онымен нашар араласады, оның барлық сәтсіздіктері тек осы «ұсқынсыздығынан» деп ойлайды. Немесе біреу шынымен ренжіткен болса, содан кейін ол ештеңе туралы ойлана алмайды, барлық ойлары, барлық назарын осы мақсатқа бағыттайды, ол бір ғана нәрсені көреді: оның мүдделеріне нұқсан келтіргісі келеді.

Өте бағалы ойлар әсіресе психопатиялық тұлғаларға тән.

Сандырақ ойлар

Сандырақ ойлар - дұрыс емес тұжырымдар, қате пікірлер, жалған сенім, жалған сөздер. Адамдардың қарапайым қателіктерінен сандырақ ойлардың ерекшеліктері:

- 1) бұл әрқашан ауру симптомы болып табылады, ол әрдайым ауыр күйде пайда болады;
- 2) адам өзінің қате ойларының дұрыс екеніне толық сенеді;
- 3) сандырақ айналасындағы сенімдерге, кез-келген түзетуге келмейді
- 4) науқас үшін сандырақ ойлар өте маңызды, қандай да бір түрде оның мінез-құлқына әсер етеді, оның әрекеттерін анықтайды;

Қарапайым қателескен адамдарды өз ойының дұрыс еместігіне тұрақты түрде көзін жеткізсе, ол өз қателіктерін түсінеді. Кез-келген дәлелдемелер сандырақ ойлы науқастардың түсінігін өзгерте алмайды.

Клиникалық мазмұнға (делирий тақырыбы бойынша) байланысты белгілі бір дәрежеде схематондылыққа ие барлық ойлау идеяларын үш үлкен топқа бөлуге болады:

- 1) Соңына түсу сандырағы
- 2) Ұлылық сандырағы
- 3) Өзін-өзі жою сандырағы

Соңына түсу сандырақ идеялары.

Қарым-қатынас сандырағы адамның өзіне қатысты барлық нәрсеге патологиялық сенуіне негізделеді; айналадағылар оның үстіне күледі, оның мекен-жайы арқылы, ол айналадағылардың өзіне деген күлкінішті немесе жиіркенішті қарым-қатынасты шақырады. Мұндай науқастар қоғамдық орындарға баруды тоқтатады, қоғамдық көлікті қолданбайды, театр мен лекцияға бармайды, себебі олар онда барғанда барлығы оларды көріп, сыртынан күліп, күмәнді қарап, олар жайлы жаман сөйлейді деп сенеді. Ерекше мәндік сандырақ қарым-қатынас сандырағының бір түрі болып табылады. Бұл кезде науқастар қарапайым заттарға ерекше мән беріп, олардан ерекше мағына көреді.

Қарым-қатынастың сенситивті (латын тілінен *sensibilis*-сезімтал) сандырағы жеке тұлғаның ұялшақтық, әсерлілік, осалдық, күмәнданулық сияқты ерекшеліктерден түзіледі.

Улану сандырағы - адамның оны біреу уландырғысы келеді деген ойға сенуіне негізделеді. Сондықтан да ол тамақтан бас тартады (тағамға үнемі у себебі), дәрі қабылдамайды (емдеймін деп оны уландырғысы келеді), дайын азық-түліктерді сатып алмайды (жарамсыз сүті бар бөтелкені беретінін білемін ғой) әсер ету сандырағы көптеген нұсқалардан тұруы мүмкін: науқас оған арақашықта гипнозбен, электрмен, атомдық энергиямен әрекет етіп, осылайша оның ойына, іс-әрекетіне әсер етеді, одан сексуалды қозуды шақырады деп сенеді.

Соңына түсу сандырағы – өз ойында «андушылар» науқастың айналасында жүреді, көшеде оның артынан жүреді, үйде терезенің сыртында күтіп тұрады, науқасын деп клиникада оның артынан аңдиды деген ойларға сенуіне негізделеді. Олар: «Мен үнемі мені біреу аңдитынын сеземін, менің артымнан кепка киген күмәнді адамдар аңдиды, қайда барсамда, олар менің соңымнан еріп, өлтіргісі келеді» - деп ойлайды.

Материалды бүлік сандырағы кезінде науқас айналадағылардың үнемі оның заттарын ұрлағысы келеді деген ойға жалған сенімнің туындауымен сипатталады. Айналадағылар оның заттары мен киімдерін ұрлайды, оның киімін киеді, оның орнына айлық немесе зейнетақы алады, оның мүлігін бұзады, оны аштан қалдырады. «Мен осылай қалпақ пен қолғапта ұйықтаймын, шешіп қалсам, ұрлап кетеді. Бұған дейін көзілдірігімді ұрлады, кітаптарымды әкетті, тіпті кофеинігімді тонады». Материалды мүлік сандырағы көбінесе егде жастағы психоздарға тән.

Дуалау сандырағы. Науқас адамда дуаның құрбаны болдым деген сенім пайда болады, оны астыртын сөз байласып бұзған, «оған бір тұнбаны ішуге берген, сонан соң ол әлсіз болып қалған», «одан тек көлеңке қалған», оған жаман көздерден көз тиген. Бұл сандырақты ырымшылдықпен араластырмау керек, себебі ырымшылдық кезінде адам тек қателеседі және ол бір аурудың салдары болып табылмайды.

Айыптау сандырағы кезінде науқас айналадағылардың оны жаман істер жасадың деп жазғырады деп сенеді, оны айналадағылар ұры, зорлаушы, ғайбатшы деп санайды, ал ол болса «ешқандай өзінің жазықсыз екенін

дәлелдей алмайды, бәрібір сенбейді», ал кейде тіпті арнайы айла-тұзақ құрады деп сенеді. Бұл сандырақ көбіне пресенильді психозға тән.

Қызғаныш сандырағы – науқас әйел немесе еркек еш себепсіз күйеуін немесе әйелін қызғанады, еш дәлелсіз жұбайының опасыздығына сенеді және бейкүнә заттардан өзінің дұрыстығының дәлелдерін көреді. Қызғаныш сандырағы әртүрлі ауруларда жиі алкоголизм кезінде байқалады.

Ұлылықтың сандырақ идеялары.

Өнерпаздық сандырағы науқастың ұлы жаңалық жасағанына, мәңгілік қозғалтқыш ойлап тапқанына, рақтың себебін ашқанына адам өмірін максималды ұзартатын зат тапқанына «мәңгілік жастық элексирін, адам тұқымын жақсартатын зат тапқанына сенуіне негізделеді. Осы сандыраққа реформаторлық сандырақ жақын келеді, бұл кезде науқас әлемнің түрлендіру идеясын » ашқанына және «ұлы реформа » жасайтынына сенеді.

Жоғарғы ата-тек сандырағы науқастың өзін әлемге әйгілі жазушының кино жұлдызының баласымен деп ойлайды, ал оның қазіргі ата-анасы жай ғана тәрбиешілер, «жасанды тұлғалар», «шартты мәндегі ата-аналар» деген ойларға сенуіне негізделеді.

Байлық сандырағы науқастың өзінің үлкен қазынаның иесі санайтынына «жер бетіндегі барлық алтындар онықы», «оған барлық студенттерге алтын тон сыйлау ештеңе тұрмайды» оның «миллион бөлмелі үйі бар» деп сенуіне негізделеді.

Махаббат, эротикалық сексуальды сандырақ науқастың бір адамның өзін ерекше үлкен махаббат сезімі бар екеніне сезетін, тіпті таныс емес адамның оны алыста қатты сүйетініне сенетініне негізделеді.

Ұлылықтың жөнсіз сандырағы (үлкен көлемдегі) – бұл мегаломаниялық деп аталады.(грек тілінен megas-үлкен) «әлемнің барлық балалары менен туылған», «әлемдегі барлық кітаптарды мен жазғанмын, тек басқа адамның есімдерімен», «мен жалғыз он өгізді жеп қоя аламын» көбінесе прогрессивті параличке тән.

Өзін-өзі жоюдың сандырақ идеялары.

Өзін-өзі жоюдың, өзін айыптаудың, айыпталудың, күнәхарлықтың сандырағы – клиникалық мәні жағынан ойдан құрастырылған қателіктер, жоқ күнәлар, жасалмаған қылмыстар («өмірімде бір жақсы іс жасамадым», «мен ешқайда пайдам тимейтін адаммын», «менің бар өмірім қателіктер мен қылмыстардың тұтас тізбегі») жөніндегі патологиялық идеяларға жақын келеді. Мұндай науқастар өзінің қателіктері мен іс-әрекеттері арқылы өзіне ғана емес, жақындарына да кесірі тигізетініне және өздерін, «бәріне масылмын» деп есептейді. Мұндай сандырақ идеялар пресенильді психоздары бар науқастарға аса тән.

Ипохондриялық сандырақ кезінде науқас өзінің ағзасының жағдайы жайлы қате қорытындылардың шығуына, өзінде аурулардың бар екеніне сенуіне (рак, ЖИТС, барлық ішкі ағзалардың қабынуы, зат алмасу бұзылыстары, сифиллис), барлық ағза немесе дененің жеке бөліктерінің бұзылғанына («қан қоюланды, жүректе қандай да бір ауыртпалықтар бар, жақында бәрінің соңы болады», «қуығым бұзылған, несеп тіпті келмейді») сенеді. Кейде науқастар ол өздерінің өлгенін, не асқазаны, не ішегі жоқ екенін («дәрігер мен қалай тамақтанамын, егер асқазаным жоқ болса, ішегімде шіріп кеткен», «жүрегім жұмыс істемейді», «бауырым жоқ болып кетті») айтады. Ипохондриялық сандырақтың мұндай жоққа шығару немесе нигилистикалық сандырақ деген атқа ие болған. Сирек жағдайда, мұндай сандырақтың жоққа шығару, өзінің ағзасына емес, сыртқы өмірге қатысты болады: «бәрі өлді», «күн сөнді», «жер құлап кетті», «әкем жоқ болып кетті».

Бір науқаста бір ғана сандырақ идеялары болуы мүмкін, немесе бірден бірнешеуі (мысалы, бір уақытта ұлылық сандырағы мен анду сандырағы), сонымен қатар, сандырақ идеялардың бір түрінен, екінші түріне өтуі мүмкін(сандырақ трансформациясы).

Индукциялық сандырақтық бұзылыс.

Индукциялық сандырақ кезінде науқасқа жақын адам оның сандырақтарына қосылып, қоштап отырады. *Мұндай науқастық көзқарастардың қосылуы әдетте келесі жағдайларда болады:*

1. Бірге тұру, науқаспен үнемі қатынаста болу;
2. Науқас әрқашан үлкен абыройға шексіз сенімге және қатты бауыр басуға ие болғанда, онымен сандырақ идеяларын бөліскен жақынынан ақылды және білімді болғанда;
3. Баяу даму мен индуктордағы сандырақтардың кейбірінің шындыққа жанасуы. Мазмұны жағынан индукциялық сандырақ кез-келген түрге ие болуы мүмкін, бірақ көбіне анду сандырағына жақын келеді.

Индукциялық сандырақ жиі кездеспейді және әдетте осал болады. Ол науқас адамнан ажыраған кезде тез әрі еш із қалдырмай жоқ болады. Клиникалық көрінісіне тәуелсіз барлық сандырақ идеялар екі негізгі түрге бөлінеді, біріншілік сандырақ және образдық сандырақ.

Біріншілік сандырақ бұл сандырақ логикалық ойлаудың бұзылуы, ақиқаттың патологиялық интерпретациясының салдарынан пайда болады, бірақ та сезімдік қабылдауы бұзылмайды.

Біріншілік сандырақтың құрылуы науқастың өзінің субъективті логикасына негізделеді. Науқас нақты фактілер мен жағдайларға сүйсінеді, бірақ оларды таңдамалы түсіндіреді, сандырақтың одан әрі дамуына ықпал ететін жағдайларға ғана көңіл бөледі.

Біріншілік сандырақ (интерпретативті сандырақ немесе жүйелі деп те аталады) тұрақты және бірінен соң бірі жалғасатын құрылымдардан тұрады, және ол кең жайылады, қиындатылған болып келеді.

Сезімдік, образдық сандырақ. Бұл сандырақ сезімдік қабылдаудың бұзылысынан пайда болады. Оның құрылымында ашық образды көріністер, әр түрлі қиялдар, жалған қиялдар болады. Жекеше патологиялық түзіліс бола алатын біріншілік сандырақтан карағанда сезімдік сандырақ басқа бұзылыстармен қатар пайда болуы мүмкін: галлюцинация, үрей, қорқыныш, психомоторлы қозу, сезімдік сандырақ тұрақты емес, фабуласы өзгеріп тұрады, бірақ сонда да ашық әрі образды болып келеді. Бұл бұзылыстар жиі бір –бірімен қатар жүреді. Бұл кезде науқастар барлық айналадағылардың оған ерекше, жиі қорқытатын немесе тіпті арамдық бар екеніне сенеді, науқас өзін ауруханада емес түрмедемін, театрдамын, басқа елдемін деп есептейді, айналадағы адамдар әдейі ойнап жүр деп санайды. Олар дәрігерден анасының құрбысын таниды, ал бір студентінен бұрын соңды оның бетін қайтарған қызды таниды, яғни бөтен адамдар туған және жақындарына айналады, мысалы науқасқа бейтаныс адам оған атасы ретінде қабылданады (оң двойник симптомы), ал жақындары мен туыстары бөтен болып көрінеді, мысалы науқас анасын бөтен көріп, ол тек анама ұқсап бояндырылған әйел деп санайды(теріс двойник симптомы). Сезімдік сандырақ клиникалық фабуласы жағынан әр түрлі мазмұнға ие (анду сандырағы, ерекше мәндік сандырағы, ұлылық сандырағы). Фантастикалық сандырақ сезімдік сандырақтың бір көрінісі болуы мүмкін.

Интеллект бұзылыстары.

Интеллектуальды әрекеттің бұзылыстары – рациональды таным үрдісінің, ой тұжырымының, пайымдаудың сындарлы қабілеттіліктің өзгеруі болып табылады. Деменция терминін (лат.тілінен төмендеу, төменге қимылдау мағынасын береді, ақыл) ажыратады. Жүре пайда болған ақыл саяздылық және де олигофренияны (грек тілінен саны аз ақыл деген мағына береді) туа біткен кемақылдылық.

Клиникалық көріністеріне қарай деменцияның келесі түрлерін ажыратады. Органикалық деменция – бас миының қантамырлары ауруымен, сифилистік немесе егде жастық психоздарымен, мидың жарақаттарымен шақырылатын кемақылдылық.

Органикалық деменция әдетте екі топқа бөлінеді: тотальды(диффузды, глобальды) және ішінара(парциальды, лакунарлы, дисмместикалық). Тотальды кемақылдылық барлық интеллектуальды қызметтердің бұзылуымен сипатталады. Ішінара (дисмместикалық) кемақылдылық, аты айтып тұрғандай, есте сақтаудың айқын бұзылысымен сипатталады. Қалған интеллектуалды функциялар екіншілік зақымданады.

Мұндай науқастар пайымдау қабілетін сақтайды, оларда өзінің жағдайына сындарлы көңіл бөлуі байқалады. Олар жаңа білімді қиын қорытады, ал бұрынғы білімдері әсіресе кәсіби, жақсы зерттелген білімдері есінде ұзаққа сақталуы мүмкін. Сындарлы көңіл бөлу кезінде мұндай науқастар өз жағдайын жақсы біледі, олар есте сақтау қабілетінің бұзылғанына қатысы бар әңгімелерден қашқақтайды, үнемі жазу

кітапшасын қолданады, не айту немесе не істеу керектігін алдын ала сонда жазып қояды. Ішінара кемақылдылықтың мұндай көрінісі церебральды атеросклероз бен бас миының сифилисінде көрінуі мүмкін.

Жүре пайда болған кемақылдылықтың ішінде шизофрениялық және эпилептикалық кемақылдылықты да ажыратады.

7. Бақылау

Бақылау сұрақтары:

1. Ойлау бұзылыстарының жіктемесі.
2. Түйсіктің бұзылыстары.
3. Ассоциациялардың шапшандығына қарай ойлау қабілетінің бұзылыстары.
4. Ойлаудың мағынасына байланысты бұзылулары.
5. Жабысқақ идеялар.
6. Аса құнды және басым идеялар.
7. Сандырақ тәрізді фантазиялар.
8. Еріксіз ағымды ойлар.
9. Сандырақ түрлері.
10. Сандырақ мазмұны.
11. Сөйлеудің бұзылыстары.
12. Интеллект және оның төмендеуі.
13. Ойлау қабілетінің бұзылыстарымен жүретін синдромдар.

ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

1. Сөздің грамматикалық құрылымы өзгермегенімен оның мағыналық мазмұнының жоқтығы ... деп аталады.

- a) үзілгендік
- b) байланыссыздық
- c) резонерлік
- d) паралогия
- e) амбиваленттік

2. Сандырақ белгілеріне ... жатпайды.

- a) ойдың жабысқақтығы
- b) ойдың патологиялық мазмұны
- c) ойының дерттік салдарынан түзілуі
- d) сандырақ ойының дұрыстығына сенуі
- e) логикалық коррекциялаудың мүмкін еместігі

3. Жалпы дәрігерлік салада жиі кездесетін сандырақты ... деп атайды.

- a) ипохондриялық
- b) улану
- c) әсер ету

- d) діни
- e) аңдылу

4.Ойлаудың персервациясы -

- a) бір ғана түсініктерді қайталай беру
- b) ментизм
- c) символикалық ойлау
- d) инкогеренттік
- e) шизофазия

5.Біріншілік сандыраққа ... жатпайды.

- a) текті сандырақ
- b) жаңалық табу сандырағы
- c) реформаторлық сандырақ
- d) қызғаныш сандырағы
- e) өзін-өзі кінәлау сандырағы

6.Сандырақтық идеяларда ... болмайды.

- a) сын көзқарас
- b) жалған ой қорыту
- c) айнымас сенімділік
- d) патологиялық процесспен байланыстылығы
- e) психокоррекциялау мүмкін еместігі

7.Біріншілік сандырақтың екіншілік сандырақтан ерекшелігі -

- a) жүйелілік дәлелі
- b) өз ойына сенімділігі
- c) жалған пікірі
- d) психокоррекциялау мүмкін еместігі
- e) сын көзқарасы

8.«Ашықтық ой» симптомы ... болып табылады.

- a) психикалық автоматизмнің идеаторлық компоненті
- b) Корсаков синдромы
- c) психикалық автоматизмнің моторлық компоненті
- d) психикалық автоматизмнің сенестопатиялық компоненті
- e) паранояльдік синдром

9.Паралогиялық ойлау ... кездеседі.

- a) шизофренияда
- b) психопатияда
- c) эпилепсияда
- d) невроздарда
- e) инволюциялық психозда

10. Аса бағалы ойлардың сандырақ ойлардан айырмашылығы.

- a) шынайы негізінде болады
- b) дерттің салдарынан болуы
- c) түзетуге келмейді
- d) психокоррекцияға көну мүмкіндігі бар
- e) шындыққа жанаспайды

11. Сандырақ жиі кездесетін дерт -

- a) параноидты шизофрения
- b) эпилепсия
- c) маниакальды - депрессивтік психоз
- d) алкоголизм
- e) реактивті жағдайлар

12. Паранойялық сандырақ кезінде ... байқалмайды.

- a) галлюцинациялар
- a) «дәлелдердің» бір жүйелілігі
- b) басқа психопатологиялық симптоматиканың жоқтығы
- c) логикалық түзетудің мүмкінсіздігі
- d) өзінің дұрыстығына жаңа дәлелдер іздеуі

13. Ойлау бұзылыс кезінде ерекше мән беруді ... ойлау дейміз.

- a) символикалық
- b) резонерлық
- c) паралогикалық
- d) инкогеренттік
- e) амбиваленттілік

14. Обсессияларға ... қатысты жоқ.

- a) фобиялардың
- b) түрлі қалаушылықтардың
- c) дипсоманиялардың
- d) күдіктердің
- e) ритуалдардың

15. Негізгі мәселені кейінгі мәселеден бөліп алудың мүмкінсіздігі-ойлаудың ... түрінің бұзылуы.

- a) толықтылық
- b) тоқтап қалу
- c) персеверация
- d) үзілгендік
- e) резонерлік

16. Қызғаныш сандырағы көбіне.... кезінде кездеседі.

- a) маскүнемдік

- b) наркоманиялық
- c) маникальды-депрессивтік психоз
- d) кәрілік деменция
- e) инволюциялық психоз

17.Аңдылу сандырағы ... болмайды.

- a) маникальды-депрессивтік психозда
- b) инволюциялық параноидта
- c) алкогольді делирийде
- d) эпилептикалық психозда
- e) паранойдтық шизофренияда

18.Қоғамға қауіп туғызатын ... синдромы.

- a) қызғаныш сандырағы
- b) Корсаков
- c) астениялық
- d) парафрендік
- e) невроз тәрізді

19.Өзіндік сыны сақталған, бірақ құтыла алмайтын әрекеттер мен ойларды ... деп атаймыз.

- a) жабысқақ
- b) теріс ақыл қорыту
- c) сандырақ жағдай
- d) аса бағалы идея
- e) галлюцинация

20.Патология жағдайында туылып, түзетуге келмейтін қате пікірлерді ... деп атаймыз.

- a) сандырақ
- b) иллюзия
- c) жалған ойлар
- d) аса бағалы идеялар
- e) жабысқақ идеялар

Әдебиеттер

Психиатрия қазақ тілінде негізгі:

1. Илешева Р.Г. Психиатрия. – Алматы, «Санат».-1998.-245б.
2. Құдиярова Ғ.М., Жарбосынова Б.Б. Психиатрия. - Алматы.: Қазақстан, 2008.-277б.
3. Құдиярова Г.М. Жасөспірімдердің мінез-құлқындағы ауытқушылықтар.- Алматы «Рауан».-1996.-205б
4. Дәріс материалдары.

қосымша орыс тілінде:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Оқулық. -М.:

- Медицина. 2000
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. - М.:Медицина, 1995;
 3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.
 4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
 5. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
 6. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

Электронды сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

1. №3 тақырып. Назардың, есте сақтаудың, сананың бұзылыстарының клиникалық сипаттамасы.

2. Тақырыптың мақсаттары:

- науқастың анамнезін жинауды;
- науқастың есте сақтау қабілетін бағалауды;
- сананың бұзылыстарын анықтауды.

3. Б1.1 ҒЫЛЫМИ, ЗЕРТТЕУШІ – БІЛІМІН ҚОЛДАНУ

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: перереквизиттерден және осы пәндерден алынған білімді қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: Психиатрия бойынша тақырыпқа сай презентацияларды ұсынуды, неврология, психиатрия және наркологияда қолданылатын зерттеу әдістерін дәлділікпен орындайды;

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді: іс-әрекетінде ғылыми жаңалықтардың құндылықтарын үйлестіреді.

Б 2.2 ДӘРІГЕР-КЛИНИЦИСТ (1) НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Білім (когнитивті) домені:

Есте сақтайды: жүйелер бойынша зерттеу әдістерін сұрастыру, неврологиялық статус пен психостатусты зерттеу әдістерін есте сақтайды.

Түсінеді: Жүйелер бойынша патологиялардың негізгі клиникалық симптомдары мен синдромдарын;

Қолданады: науқасты тексеруде қазіргі кезеңдегі клиникалық – зертханалық және аспаптық тәсілдерді; науқаспен, оның туыстарымен, әріптестермен және басқа медицина қызметкерлерімен сенімді қарым-қатынас орнатуды қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: жүйке ауруларының: орталық және шеткілік патологиялық рефлекстерін, өзгерістерін анықтау және т.б. дағдыларды дәлділікпен жасайды.

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

Б.2.5. ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: психикалық аурулардың алдын алудың, психикалық бұзылыстар мен тәуелділік ауруларының психогигиенасы мен психопрофилактикасының негіздерін, қалыптастырудағы білімдерін қолданады.

Қарым қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

4. Тақырыпқа байланысты сұрақтар:

1. Гипомнезия және амнезия.
2. Гипермнезияның түрлері.
3. Амнезияның түрлері.
4. Танымдық сезімнің бұзылыстары
5. Парамнезиялар.
6. Корсаков синдромы.
7. Есте сақтау қабілеті бұзылыстарымен жүретін аурулар
8. Айқын сананың критерийлері.
9. Бұзылған сананың критерийлері.
10. Сана бұзылысының жіктелімі.
11. Сананың бұзылысы кезінде жедел жәрдем.
12. Сананың бұзылысы бар науқастарға экспертиза жүргізу.

5. Оқу және оқыту әдістемесі

Науқастарды қарауға қатысу, тематикалық пациенттерді талдау, шағын топтарда жұмыс істеу, теңдесі жоқ білім беру, науқастарды емдеу, рөлдік ойындар, пікірталастар, кері байланыс.

6. Ақпараттық-дидактикалық блок

Назар аудару – әр түрлі сапалық көріністермен, қасиеттермен сипатталады. Оның ішінде ең негізгісі болып зейін қою, бірінші заттан екіншіге назардың ауып кетуі, көлемінің, тұрақтылығының және шашыранды немесе бөліп-бөліп назар аудару және жай назар аудару.

Назар аударудың көлемі – бұл идеялардың санмен сипаттап, объектпен және оның қасиетімен бір уақытта адамды басқарып, ұстап тұрады. Басқаша айтқанда назар аударудың көлемі бір уақытта объектінің адамның санасындағы суреттеліп тұрған объектінің көрініп тұрған санына байланысты. Бұлар сан болуы мүмкін, (әріптер, фигуралар) арасындағы интервал ұзақтығы – 0,07-0,1с бұл үлкен адамдардың назар аударудың көлемі 5-7 ге тең, яғни орташа 7 элементті қысқа уақытта есте сақтау. Мектеп жастағыларда бұл кішкене шектелген, жас өсе келе бұл өседі. Назар аударудың көлемін жоғарлатуға арнайы жаттығулар қолданылады.

Назар аударудың концентрациясы - Назардың интенсивтілігімен, дәрежесімен шектелген ортада өзінің ой түйінімен, уайымымен, суреттеледі. Объектіге назар аударып, соның ішіне кіріп кетуі адамды өте жоғары тұрақтылығымен көрінеді. Бұндай адамдарды ойынан, жұмысынан назарын алып шығу қиын. Қоршаған ортадағы дыбыстарды және назарын аударатын тітіркеніштерге жауап бермейді немес назарын аудармайды.

Назардың тұрақтылығы – назар аударудың концентрациясының ұзақ уақыт сақталуымен көрінеді. Бұл объектінің санасында назар аударудың айқын суреттелудің сақталуымен, назардың уақытымен өлшенеді. Себептері: Жұмысының маңыздылығы оған деген қызығушылығымен көрінеді.

Назардың басқа объектіге ауысуы – назар аударудың тез ауысуымен немесе бір істің екінші іске тез ауысуымен немесе екіншісіне ауысуы кезінде жоғары концентрациясының сақталуымен көрінеді. Назардың басқа объектіге ауысуының эффективтілігі, нервтік процестердің қозғалғалғышығымен, индивидуальдық-типологиялық ерекшелігімен көрінеді.

Назардың жинақталуы-бір уақытта екі немесе одан көп іс әрекетті қатар іс әрекеттерімен оларға бір уақытта назардың аударуымен көрінеді.

Назардың жинақталуының бұзылысының деңгейі мына шарттарға байланысты-бәр немесе бірнеше кәсібін бірге алып жүреді.

Назар аудару бұзылыстары

Уақытша назар аудару бұзылыстары шаршағанда немесе күшті эмоциялар әсер еткенде дамиды. Назар аударудың қалыптыдан ауытқуының ұзақ уақыт сақталуы, немқұрайлылық, бұл адамның жеке басының ерекшелігі мен түрлі аурулардың салдары болуы мүмкін.

Концентрациясы төмен назар аударудың еріксіз көбеюі мектеп жасына дейінгі балаларға тән, бірақ әртүрлі аурулар кезіндегі астения фоны ретінде немесе шаршаған кезінде ересектерде де кездеседі.

Басқа әрекеттерге назар аударудың қиындауы кейбір ақыл – ой әрекеттері толық дамымаған адамдарға тән, сонымен қатар бұл назар аудару түрі жабысқақ және құнды идеяларға да тән.

Назар аударудың әлсіздігі бұл типтік, назар аударудың қиындауы, мысалы, қарт адамдардағы церебральды атеросклероз кезіндегі мидағы созылмалы оттегі жетіспеушілігінде, сонымен қатар сау адамдарда шаршаған кезде пайда болуы мүмкін.

Патологиядағы назар аударудың әлсіреуінің барлық түрін «гипопрозия» терминіне біріктіреді. Керісінше **гиперпрозексияда** назар аудару қарқынды түрде күшейеді: белгілі бір ойлар мен идеяларға назар аударудың «жабысқақ» түрі орын алады, және науқастар оны мойындайды (назар селективтілігінің жоғарылауы)

Парапрозексия (назардың бұрмалануы) – кейде сау адамдарда да кездеседі, егер адам белгілі бір оқиғаны соншалықты мұқият және асыға күтсе, бірақ ол оқиға орын алған кезде ол оны байқай алмайды. Психопатологияда парапрозексия әдетте диссоциацияның дисфункциясына және шизофрениямен ауыратын науқастардың психикалық белсенділігінің басқа салаларына ұқсайды.

Модульдік-спецификалық емес назар аудару бұзылыстары – назар аударудың барлық түрлерінде тараған. Ми құрылымдарының төменгі, терең бөліктерінің зақымдалуында еріксіз назар аудару зардап шегеді. Ми құрылымдарының жоғарғы, кортикалы (қыртысты) бөліктерінің зақымдалуында ерікті назар аудару басым түрде зардап шегеді, ал еріксіз назар аудару күшейеді.

Модульдік-спецификалық назар аудару бұзылыстары тек көру, есту, тактильді және қозғалыс салаларында көрініс береді. Бұл жағдайда науқас әртүрлі жағынан бір мезгілде ұсынылған екі сигналдың біреуін елемейді (байқамайды), бірақ оларды жеке сәйкестендіру бұзылмайды. Әдетте мұндай бұзылыстар мидың оң жақ жарты шарындағы анализатор жүйелерінің кортикалы бөліктерінің жергілікті патологиясында жиі кездеседі.

Есте сақтау бұзылыстары

Есте сақтау - өткен тәжірибелер көрсетілетін ақыл-ойдың бір түрі. Есте сақтау («ақыл-ойдың кіреберіс қақпасы») – ойлаудың күрделі психикалық алғышарты. Қысқа мерзімді және ұзақ мерзімді, механикалық және мағыналық (ассоциативті) есте сақтау түрлері бар. Есте сақтау келесі негізгі компоненттерден тұрады: рецепция - жаңа қабылдау, ретенция - жаңа ақпаратты сақтау қабілеті, репродукция - алынған ақпаратты көбейту қабілеті.

Интеллект - ақпаратты мақсатты бағытта қайта өңдеуге, реттеуге, оқуға қабілеттіліктің күрделі жүйелерінің танымдық іс-әрекеті (ұтымды таным, ойлау, бағдарлау, сыни қабілеттер, жаңа жағдайға бейімделу қабілеті және т.б.).

Амнезия (грек α - жоқ, + mneme - жады, есте сақтау) – есте сақтаудың жоғалуы, оның болмауы.

Ретроградтық амнезия - бұл сананың бұзылуына немесе күйзеліске ұшыраған психикалық күйге дейінгі оқиғалардың жадысын жоғалту.

Бастан жарақат алғаннан кейін 5 сағат ес-түссіз жатқан адам, өзіне келгеннен кейін қалай бұл күйге түскенін, тіпті бұған дейін үш күн бұрын болған жағдайды да есіне түсіре алмайды. Бұл кезеңде не істегенін, қайда болғанын, кімді көргенін мүлде есіне түсіре алмайды.

Антеградтық амнезия – күйзеліске ұшыраған немесе психологиялық аурулар басталғаннан кейін орын алған оқиғаларды есте сақтау қабілетінің бұзылуы. Ұзақтығы уақыт өте келе әртүрлі болады. Бұл екі амнезия сирек жағдайда қосарланып дамуы мүмкін, бұл жағдайда ретроантероградтық амнезия туралы айтады.

Фиксациялық амнезия - есте сақтау қабілетін жоғалту, бірақ ағымдағы болған оқиғаларды фиксациялау (бекіту). Қазіргі уақытта болған барлық нәрсені пациент бірден ұмытады.

Прогрессивті амнезия еске түсірудің біртіндеп әлсіреуі, ең алдымен әлсіреуі, кейін жоғалып кетуі, бірақ жақында өткен оқиғалар, соңғы жылдардағы оқиғаларды адам ұзақ және жақсы есте сақтауы мүмкін.

Есте сақтаудың әлсіреуінің бірізділігі «есте сақтаудың кері дамуы» принципі бойынша Рибо заңы деп аталады. Осы заңға сәйкес естің физиологиялық қартаю да болады.

Парамнезия

Парамнезия (грекше para - маңында, айналасында + mneme - жады, еске алу) - қате, жалған, түрлендірілген естеліктер. Адам шынымен орын алған оқиғаларды есіне түсіруі мүмкін, бірақ оларды мүлде басқа уақытпен байланыстырады. Бұл жалған естеліктер – псевдореминисценция деп аталады.

Конфабуляция (лат. con — с + fabula тарих, ертегілер, әңгіме) - парамнезияның басқа түрі - жалған естеліктер, пациент шын мәнінде ешқашан болмаған оқиғалар туралы баяндайды. Конфигурацияда жиі қиялдың (фантазия) элементі бар.

Криптоамнезия (грек. kryptos — жасырын, құпия + mneme — жады, есте сақтау) бұл парамнезияның бір түрі, адам оқиғаның қашан болғанын, түсінде немесе шынайы болды ма, өлеңді өзі жазды ма немесе жәй оқып есте сақтап қалды ма, атақты әншінің кешінде болды ма немесе жәй ғана өлеңді бір жерден тыңдады ма оны есіне түсіре алмайды. Басқаша айтқанда, осы немесе басқа ақпараттарды ұмытады.

Өте сирек жағдайда фотографиялық есте сақтау болады, бұл кезде адам бірнеше беттен тұратын беймәлім мәтінді ғана оқып шығып, сол уақытта оқыған мәтінді қатесіз дерлік қайталап айта алады.

Фотографиялық есте сақтауға жақын эйдетизм деп аталатын есте сақтау түрі бар, ол әдетте есте сақтау ғана емес, сондай-ақ көз алдына елестете алады

Эйдетизм (грек. eidos — кейіп, образ) – бұл құбылысты айна бейнесіндей қабылдау. Бұл кезде есте сақтау да оның жарқын бейнелі формасына қатысады: жоғалғаннан кейінгі объект немесе құбылыс адамның санасында бейнелі түрде сақталады.

Эйдетизм кәдімгі құбылыс ретінде жарқын суреттер жасауға қабілеті бар жас балаларда және ересектерде өте сирек жағдайда кездеседі.

Сана бұзылысы

Сана - бұл шындықтың нағыз көрінісі. Сана - бұл ми қызметінің өнімі.

Санаулық қызмет - қызметтің бұл түрі жағдайдың барлық ерекшеліктерін және жеке адамның, қоғамның қызметінің салдарын қарастырудың объективті құндылығын білу арқылы жүзеге асырылады.

Сана бұзылысының критерийлері

К.Ясперс (1923) санабұзылысының синдромының белгілерін анықтады: сыртқы әлемнен бөлектену, дезориентация, сана бұзылған кезеңіндегі амнезия.

Сыртқы әлемнен бөлінген кезде оқиғаларды қабылдау қабілетінің жоғалуы, талдау жасау, өткен тәжірибені пайдалану және тиісті тұжырымдар жасауды түсіну, яғни, оқиғаларды талдау және синтездеудің бұзылуы дамиды. Барлық психикалық бұзылулар, әсіресе галлюцинаторлық және сандырақ бұзылыстары кезінде қоршаған ортаны қабылдау бұзылыстары дамиды. Дегенмен, сананың бұзылысына қабылдау бұзылысы, оқиғалардың сәйкессіздігі, үзінділік (фрагментарность), оқиғалардың бейтараптануы мен бұрмалануы тән.

Сана бұзылысында дезориентировкалардың түрлі нұсқалары бар. Дефориентация бұл қоршаған ортаға, уақытқа және өз жеке басына қатысты бағдардың бұзылуы. Корсаков синдромында орынға және уақытқа бағдардың бұзылуы тән. Дегенмен, уақыт өткен сайын мұндай науқастар жағдайды саралап талдап, бұрынғы ақпараттар қорын пайдаланып, дұрыс қорытынды жасай алады.

Амнезия тотальды болуы мүмкін және белгілі бір жағдайға ғана қатысты болуы мүмкін, мысалы, делирийде науқастар нақты оқиғаларды есіне түсіре алмайды, алайда, кейбір ауыр сәттерді есіне алады.

Сана бұзылысының симптомдары

Сана бұзылысының басты белгілерінің бірі - қоршаған әлемнен бөлініп шығу, болған оқиғаларды қабылдаудың бұрмалануы, фрагменттеу, оқиғаларды бейнелеудегі сәйкессіздік және т.б. Сана сезімінің бұзылуы жағдайында уақыт пен орынға бағдардың бұзылуы (дезориентировка) байқалады. Кейде науқастар қоршаған ортада айқын белгілерін ғана бағдарлай алады («Мен қаладамын», «Мен ауруханадамын»), бірақ дәлірек бағдарлау бұзылады. Науқастар кейде күйзеліске ұшырауы

мүмкін, жағдайды бағалау қабілетінен айырылып, не болып жатқанын түсінбейді. Аллопсихикалық дезориентировка байқалуы мүмкін, ол қоршаған ортадағы бағытынның бұзылуы: басқа адамдарға қатысты орын немесе уақытқа. Амнестикалық дезориентировка - есте сақтау бұзылысы; аутопсихикалық, ол тек өзінің жеке тұлғасына бағдарының бұзылуы және өзінің жасын, атын, кәсібін және т.б. өзіне қатысты атауларды айта алмайды; сандырақтық - қоршаған ортаға қатысты жалған ойлар (барлық жағдай науқастың өзіне қатысты ерекше мағынада толтырылады); соматопсихикалық, онда өз денесіне бағдары бұзылады, дене бөліктері мен ішкі ағзаларына.

Дезориентировканың ерекше түрі – бұл қосарланған түрі, бұл уақытта науқас бір мезгілде екі жағдайда болады. Ол бұл аурухана екеніне сенімді, сонымен бірге бұл аурухана емес, «арнайы ғарышкерлерді даярлау орталығы» немесе «ми ауыстыратын зертхана», «шпиондықтарды оқыту мектебі» және т.б. екенін айтады.

Анозогнозия – өз ауруын танымау немесе өзін ауру санамау, өз кемшілігін дұрыс бағаламау.

«Ешқашан көрмеген» симптомы - өзі көріп жүрген таныс дүниелерді мүлде көрмегендей, бөтен зат ретінде, алғаш көргендей қабылдау.

«Көрген» симптом - жаңа, таныс емес құбылыстар және жаңа оқиғаларды науқас басынан өткергендей, бұрын көргендей қабылдайды.

«Өзін – өзі жоғалту» - бұл жедел ойланудың бұзылысы, болып жатқан оқиғаны түсіну мүмкін емес немесе түсіну қиынға соғады, айналасындағы оқиғаны шешуге мүмкіндігі жетпейді, дұрыс қабылдай алмайды, толығымен оқиғаға араласпайды, өзін дәрменсіз сезінеді, өзін - өзі алдашылық, бет әлпеті ен аффект қисынсыз.

Естудің бұзылуы(саңырау) негізгі 2 белгімен көрінеді: кез келген тітіркендіргішке жоғары сезімталдық, психикалық тұрғыдан шаршау. Осыған байланысты науқасқа сұрақ қойғанда қатты дауыспен жауап береді. Негізінен жауап біржақты, бірақ дұрыс. Кейбір тітіркендіргіштерге жоғары сезімталдық: науқас шумға, ынғайсыз ылғал төсекке, өте ыстық грелкаға шағым жасамайды, басқа да ынғайсыздықтарға жауап қайырмайды.

Негізгі басты белгі бұл науқастардың бет әлпеті ешқандай эмоция көрсетпейді. Науқас біржақты сөйлейді, себебі психикалық тұрғыдан шаршаған, ойлауы мен есте сақтауы төмендеген, ұмтылу ынталану байқалмайды, қимыл қозғалысы әлсіз.

Обнубилиция – саңыраулықтың жеңіл дәрежесі. Бұл науқастар жеңіл масайған адамдарды еске салады. Оның назары біршама шашыранды, ол дұрыс жауап беру үшін тез жинала алмайды, жаңалықтарды қабылдау баяу және қиын, сондықтан оның жауабы шашыранды болады. Көңіл – күйі біршама жоғарылаған.

Саңыраулық бас миының ауыр зақымдануының белгісі және интоксикация кезінде байқалады, бас миының жарақаты мен көлемді түзілістерде(ісік, кисталар) туындайды.

Сопор – саңыраулықтан кейінгі ауырлық жағдай. Мұнда ішкі қарапайым психикалық реакциялар сақталады: науқас укол салғанда қолын тартады, қатты дауысқа көзін ашады, басын бұрады. Науқаста көздік және конъюнктивальды реакциялар сақталады.

Кома (есін жоғалту) психикалық тұрғыдан толық шаршауды, көздік және басқа да рефлекстердің жоғалуын, бульбарлы бұзылыстарын .

7. Бақылау

Бақылау сұрақтары:

1. Есе сақтаудың сандық бұзылыстары.
2. Есе сақтаудың сапалық бұзылыстары.
3. Амнезияның түрлері.
4. Криптомнезия және конфабуляциялар.
5. Назар, зейін бұзылыстары.
6. Псевдореминесценциялар.
7. Рибо заңы.
8. «Алдын болған, көрген» симптомы латынша қалай аталады?
9. «Алдын еш болмаған, көрмеген» симптомы латынша қалай аталады?
10. Егіздер симптомы.
11. Корсаков синдромы.
12. Аффективно-тарылған сана.
13. Сопор, ступор, кома.
14. Делириозды синдром.
15. Онейроидты синдром.
16. Астениялық шатасу синдромы.
17. Аментивті синдром.
18. Сананың бұлыңғырлану синдромы.
19. Сананың истериялық бұзылулары (пуэрилизм, псевдодеменция, Ганзер синдромы).

ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

1. Фиксациялық амнезия ... синдромына жатады.

- a) Корсаков
- b) астениялық
- c) депрессивтік
- d) делириозды
- e) маникальды

2. ... дегеніміз - бұл шынайы оқиғалардың уақытын ауыстыруы.

- a) псевдореминисценция
- b) конфабуляция
- c) криптомнезия
- d) эхомнезия
- e) ретроградтық амнезия

3.Науқас өткен уақытпен өмір сүруі ... деп аталады.

- a) эхомнезия
- b) амнезия
- c) прогрессиялық амнезия
- d) конфабуляция
- e) криптомнезия

4.Гипермнезия ... синдромында кездеседі.

- a) маниакальды
- b) деменциялық
- c) психоорганикалық
- d) гебефреникалық
- e) Корсаков

5.Корсаков синдромының құрамына ... кірмейді.

- a) прогрессиялық амнезия
- b) фиксациялық амнезия
- c) ретро- және антероградты амнезиялар
- d) конфабуляция және псевдореминисценция
- e) уақытпен кеңістіктегі бағыт – бағдарсыздық

6.Корсаков синдромына ... кірмейді.

- a) ерік - эмоциясының төмендеуі
- b) фиксациялық амнезия
- c) ретро- және антероградты амнезиялар
- d) конфабуляция және псевдореминисценция
- e) уақытпен кеңістіктегі бағыт – бағдарсыздық

7.Амнезия ... тән емес.

- a) шизофренияға
- b) сана бұзылысына
- c) мидың атрофиялық процесстеріне
- d) интоксикацияға
- e) ми қан тамырының ауруларына

8.Есте сақтау қабілетінің өткен шақтағыларын ұмытуын ...дейді.

- a) прогрессиялық амнезия
- b) антероградты амнезия
- c) ретроградты амнезия
- d) фиксациялық амнезия
- e) гипомнезия

9.75 жастағы науқастың есте сақтау қабілетінің қазіргі кезден өткен шаққа құлдырауын ... дейміз.

- a) прогрессиялық амнезия

- b) антероградты амнезия
- c) ретроградты амнезия
- d) фиксациялық амнезия
- e) аффектогендік амнезия

10. Фиксациялық амнезия, конфабуляция және псевдореминисценция ... синдромында кездеседі.

- a) Корсаков
- b) Капгр
- c) Котар
- d) Фреголи
- e) Кандинский

11. Науқас күн, ай, жыл мерзімін білмейді, палатасындағы өз төсегін таппайды. Бұл синдром ... деп аталады.

- a) Корсаков синдромы
- b) парафреник синдромы
- c) маниакальды синдромы
- d) аментивтік синдромы
- e) галлюциноз

12. Зерденің бұзылысы... дертінде кездеспейді.

- a) психопатия
- b) олигофрения
- c) церебральді атеросклероз
- d) травмалық энцефалопатия
- e) инфекциялық психоз

13. Аффектогенді амнезия - бұл

- a) эмоциялық зерденің бұзылысы
- b) ауру алдындағы оқиғаларды ұмыту
- c) есте сақтау процессінің бұзылысы
- d) ауырғаннан кейінгі оқиғаларды ұмыту
- e) жалған естеліктер

14. Олигофренияның педагогикалық оқып-үйретілмеуден айырмашылығы ...

- a) абстракция және толықтырудың төмен деңгейі
- b) білім қорының аздығы
- c) санды санай алмауы
- d) жалпы мектеп бағдарламасын үйренудегі қиыншылықтар
- e) жазу сауатсыздығы

15.І – ші топтағы мүгедекке ... ауруымен ауыратын науқас жатады.

- a) идиотия
- b) психопатия
- c) невроз
- d) алкоголизм
- e) травмалық энцефалопатия

16. Интеллектуальды – мнестикалық бұзылыстар айқын көрінетін дерт

....

- a) +сенильді психоз
- b) алкоголизм
- c) ми жарақатының аурулары
- d) мидың атеросклерозы
- e) эпилепсия

17.Псевдодеменция ... ауруында кездеседі.

- a) истериялық психоз
- b) сенильды психоз
- c) Корсаков синдромында
- d) психооргникалық синдром
- e) паралитикалық кемақылдылық

18.Эпилептикалық кемақылдылықтың белгісі - ... қабілетінің бұзылуы.

- a) ойлау
- b) зерде
- c) зейін
- d) эмоция
- e) әуестік

19.Шизофрениялық кемақылдылықта ... кездеспейді.

- a) ұмытшақтық
- b) ойының үзік-үзіктігі
- c) көңіл-қошының болмауы
- d) абулия
- e) апатия

20.Олигофренияның еміне ... жатады.

- a) тәрбие жұмысы
- b) электроталмалы терапия
- c) маляриотерапия
- d) инсулинотерапия
- e) атропинокоматоздық терапия

Әдебиеттер

Психиатрия қазақ тілінде

негізгі:

1. Илешева Р.Г. Психиатрия. – Алматы, «Санат».-1998.-245б.
2. Құдиярова Ғ.М., Жарбосынова Б.Б. Психиатрия. - Алматы.: Қазақстан, 2008.-277б.
3. Құдиярова Ғ.М. Жасөспірімдердің мінез-құлқындағы ауытқушылықтар.- Алматы «Рауан».-1996.-205б
4. Дәріс материалдары.

қосымша орыс тілінде:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Оқулық. -М.: Медицина. 2000
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. - М.:Медицина, 1995;
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
5. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на- Дону.2003.
6. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

Электронды сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. №4 тақырып. Эмоциональды және ерік-жігер бұзылыстарының клиникалық сипаттамасы.

2. Тақырыптың мақсаттары:

- науқастың анамнезін жинауды;
- науқастың эмоциялық жағдайын анықтауды және бұзылыстарын коррекциялауды;
- науқастың қимыл-әрекеттерін анықтауды және бұзылыстарын коррекциялауды.

3. Б1.1 ҒЫЛЫМИ, ЗЕРТТЕУШІ – БІЛІМІН ҚОЛДАНУ

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: перереквизиттерден және осы пәндерден алынған білімді қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: Психиатрия бойынша тақырыпқа сай презентацияларды ұсынуды, неврология, психиатрия және наркологияда қолданылатын зерттеу әдістерін дәлділікпен орындайды;

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді: іс-әрекетінде ғылыми жаңалықтардың құндылықтарын үйлестіреді.

Б.2.2 ДӘРІГЕР-КЛИНИЦИСТ (1) НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Білім (когнитивті) домені:

Есте сақтайды: жүйелер бойынша зертеу әдістерін сұрастыру, неврологиялық статус пен психостатусты зерттеу әдістерін есте сақтайды.

Түсінеді: Жүйелер бойынша патологиялардың негізгі клиникалық симптомдары мен синдромдарын;

Қолданады: науқасты тексеруде қазіргі кезеңдегі клиникалық – зертханалық және аспаптық тәсілдерді; науқаспен, оның туыстарымен, әріптестермен және басқа медицина қызметкерлерімен сенімді қарым-қатынас орнатуды қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: жүйке ауруларының: орталық және шеткілік патологиялық рефлекстерін, өзгерістерін анықтау және т.б. дағдыларды дәлділікпен жасайды.

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

Б.2.5. ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: психикалық аурулардың алдын алудың, психикалық бұзылыстар мен тәуелділік ауруларының психогигиенасы мен психопрофилактикасының негіздерін, қалыптастырудағы білімдерін қолданады.

Қарым қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

4. Тақырыпқа байланысты сұрақтар:

1. Физиологиялық және патологиялық аффекттердің айырмашылықтары.
2. Болымды эмоциялардың патологиялық күшею түрлері.
3. Болымсыз эмоциялардың патологиялық күшею түрлері.
4. Эмоциялардың төмендеу түрлері.
5. Эмоциялардың адекваттылығының бұзылыстарының белгілері.
6. Эмоциялардың тұрақтылығының бұзылыстары.
7. Депрессивті синдроммен жүретін аурулар
8. Бүркелген депрессиялар, түрлері.
9. Маниакальды синдром және сонымен жүретін аурулар.
10. Балаларда эмоция бұзылыстарының ерекшеліктері.
11. Науқастардың эмоциялық жағдайларын анықтау тәсілдері.
12. Тамақтану инстинктінің бұзылыстары. Олармен жүретін аурулар.
13. Өзін-өзі қорғау инстинктінің бұзылыстары. Олармен жүретін аурулар.
14. Жыныстық инстинктінің бұзылыстары. Олармен жүретін аурулар.
15. Мектептік дағдылардың даму бұзылыстары.
16. Гиперкинетикалық синдром.
17. Различия между маниакальды, гебефренді, кататоникалық қозудың айырмашылықтары. Олармен жүретін аурулар.
18. Кататоникалық және депрессивті ступор.
19. Жабысқақ, импульсивті, еріксіз құмарлықтар және қимыл-әрекеттер арасындағы айырмашылықтар.
20. Абулия мен қозғалыс тежелуінің айырмашылықтары.
21. Апатико-абулиялық синдром.
22. Кататоникалық синдром, клинические варианты.
23. Гебефрендік синдром.
24. Психомоторлы қозуды басу.
25. Тамақтан бас тартқан науқастарды тамақтандыру.

5. Оқу және оқыту әдістемесі

Науқастарды қарауға қатысу, тематикалық пациенттерді талдау, шағын топтарда жұмыс істеу, теңдесі жоқ білім беру, науқастарды емдеу, рөлдік ойындар, пікірталастар, кері байланыс.

6. Ақпараттық-дидактикалық блок

Эмоция (лат. – толғану)- әр адамға, оған әсер ететін тітіркендіргіш пен өз ісінің нәтижелеріні (қанағаттану, қанағаттанбау) маңыздылығын бейнелейтін, индивидтың субъективті боялған ой – толқулары түріндегі реакциялар.

Өз қажетіне қанағаттану барысына байланысты туындайтын оң эмоциялар бар – бұл қуанышты бастан кешіру, толқу, қанағаттану және

теріс эмоция – мақсатына жету барысындағы қиындықтарға уайымдау, ашулану, тітікену.

Аффект барысында эмоционалды реакциялар ғана емес аз уақытық ішкі күшті толқу сезімі де білінеді.

Физиологиялық аффект ажыратылады, сана бұлынғырлануына, автоматизм мен амнезияға байланыссыз туындайтын бұзылыс, мысалы ашу немесе қуаныш. Астениялық аффект – тез тұтанатын аффект, көңіл – күй, психикалық активтілік, өзін – өзі түсіну және өмірлік тонус төмендеуімен көрінеді. Стениялық аффект психикалық активтілік, өзін – өзі түсінудің жоғарылауымен күш қуатының артуымен түсіндіріледі.

Патологиялық аффект – қысқа әсерлі психикалық бұзылыс, ол әртүрлі тұрақты, аяқ асты болған психикалық травмалардың әсерінен туындайды, әсерінен жалпы әлсіздік, түсініксіз және жиі қатты түс, жартылай және толық амнезиямен көрінеді.

Патологиялық аффект туындауына ұзақ психотравмалық оқиғалар әсер етеді және патологиялық аффекттің өзі «соңғы тамшы» реакциясы түрінде туындайды.

Эксплозивтілік – жоғарғы эмоционалды қозғыштық, аффектің айқын көрінуіне бейімділік, күші жағынан адекватты емес реакция. Ашу реакциясы майда, маңызды емес себептерден де пайда болуы мүмкін.

Эмоционалды кептелу – пайда болатын аффективті реакция ұзақ уақытқа сақталып және ойлау мен әрекетке әсер ететін, жағдай. Басынан өткізген реніш сезімі адамда ұзақ уақытқа «кептеліп» қалады. Белгілі бір ол үшін эмоционалды маңызды болатын догмаларды қабылдаған адам, жағдайдың өзгеруіне қарамастан, жаңа қағидаларды қабылдай алмайды.

Амбиваленттік – бір адамға деген бір уақытта бір біріне қарама қарсы сезімдердің пайда болуы.

Сезімдерін жоғалту сезімі - болып жатқан оқиғаларға немқұрайлықпен қарау, психогенді “эмоционалды салдану” кезінде кездеседі.

Көңіл күй бұзылыстары симптомы

Көңіл күйді сол уақыт аралығында басым түсіп отырған және психикалық іс әрекетіне әсер ететін эмоционалды жағдай деп түсінеміз. Көңіл күйдің бұзылысы екі нұсқамен сипатталады: көңіл күйдің күшеюі мен әлсіреуі симптомдарымен. Көңіл күйдің күшеюі бұзылыстарына гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория, уайым, эмоционалдылық әлсіздік.

Гипертимия— жоғары көңілді, қуанышты көңіл-күй, өте жақсы физикалық сезінумен, барлық сұрақтарды шешудегі жеңілілікпен, өз мүмкіндіктерін асыра бағалаумен сипатталады.

Эйфория— көңіл-күйдің өте жоғарылауы, рахаттану, жоғары оптимизм, болып жатқан құбылыстарды толық емес бағалау.

Гипотимия— төмен көңіл-күй, уайымдық, өмірге қанағат болмау сезімдері, қазіргі өмір, өткен шақ пен болашақ сұр тонмен бейнеленеді.

Дисфория— өз-өзіне және қоршаған адамдарға деген қанағатсыздылық сезімімен сипатталатын, себепсіз, айқын басталатын көңіл-күйдің ызалы төмендеуі.

Уайым— ішкі тынышсыздық, қайғыны, жаман нәрселерді, катастрофаны күту сезімі.

Эмоционалды әлсіздік— лабилділік, көңіл-күйдің тұрақсыздығы, оның айқын емес құбылыстардың әсерінен күрт өзгеруі.

Эмоционалдықтың төмендеуі бұзылыстарына апатия, эмоционалды монотондылық, эмоционалды қатаю, эмоционалды ақылсыздық.

Апатия— өзіне, айналасындағы адамдар мен құбылыстарға көңіл бөлмеумен, арман-мақсаттарының болмауымен және толық іссізділікпен сипатталатын эмоционалды-ерікті сфераның бұзылысы.

Эмоционалды монотондылық— эмоционалды суықтық, барлық құбылыстарға, олардың эмоционалды маңыздылығына қарамастан, бірдей, суық көзқарастың болуы.

Эмоционалды қатаю— ең нәзік дифференцияланған эмоционалды реакциялардың жойылуымен сипатталады: деликаттылық, біреудің қуанышына бөлену сезімі жойылып, әдепсіздік, дәрменсіздік дамиды. Бұндай жағдай алкогольизмде, тұлғаның атеросклеротикалық өзгерістері кезінде байқалуы мүмкін.

Эмоционалды, немесе аффективті, ақылсыздық— эмоционалды реакциялар мен қатынастардың әлсіздігімен, сезімдер төмендеуімен, кейде сезімдердің толық жоғалуымен ал сипатталатын бұзылыс. Мұндай науқастар туыстарына да немқұрайлы және суық қарайды, әке шешесінің ауыруы мен өлімі оларды уайымдатпайды, кейде тек эгоистік қызығушылықтар ғана сақталады.

Эмоция бұзылу синдромдары

Депрессивті синдром депрессивті триадамен сипатталады: гипотомиямен, жабырқанқылық, қайғылы, мұңды көңіл күймен, ойлаудың тежелуімен және қимыл активтілігінің төмендеуімен көрінеді. Аталған бұзылыстардың көрінуі әртүрлі. Гипотимикалық бұзылыстар диапазоны жеңіл басылымнан, қайғыдан, терең сағыныштан яғни, науқас ауырлықты, кеудесінде ауру сезімін сезуден жоғары. Барлық нәрсе қараңғы түстерде қабылданады – қазіргі, бұрынғы және болашақ. Қайғы кейде тек рухани ауырсыну ретінде қабылданбай, жүрек тұсында ауыр физикалық сезім ретінде де сезіледі.

Ассоциативті процестердің баяулауы: ойының баяу және аз болуы, жағымсыз жағдайлармен: ауру, өзін-өзі кінәлау ойы байқалады. Ешбір жағымды жағдайлар ойының бағытын өзгерте алмайды. Сұрақтарға қиналып жауап береді, сұрақ пен жауап арасындағы пауза ұзақ болады. Қимылының аз болуымен және біртектілігімен қимыл әрекетінің баяулауы байқалады. Науқас қимыл үстінде бір қалыпта тоқтап қалуы мүмкін (депрессивті ступор).

Депрессивті аурулар ауыр қайғылы жағдай, амалсыздық, өмір сүрудің мақсатсыздығы, суицидалды ойлар қинайды. Депрессивті синдромға психотикалық варианттағы бұзылыстар: сандырақ ойлар өзін-өзі кінәлау, өзін-өзі кемсіту (параноидты депрессия) өзін-өзі өлтіруге дейін алып келетін жағдайлар да жатады.

Депрессивті синдром әдетте вегетативті соматикалық бұзылыстармен бірге жүреді: тахикардия, жүрек тұсындағы жағымсыз сезімдер, гипертензия тенденциясымен артериялдық қысымның өзгерітері, асқазан ішек жолындағы бұзылыстар, тәбеттің жоғалуы, дене массасының төмендеуі, эндокринді бұзылыстар. Бірқатар жағдайларда саматовегетативті бұзылыстардың айқындылығы соншалықты жоғары болуынан, өзінің аффективті бұзылыстарын жауып тастайды.

Депрессия құрамында әртүрлі компоненттердің басым болуына байланысты оны қайғы, уайым, апатиялық депрессия деп бөледі.

Үрейлі депрессия. Инволюциялық депрессияға тән. Дабыл және қорқыныш негізгі аффект болады. Науқастар үнемі катастрофа, қайғы сезімдерінде жүреді. Дабыл қайғысының құрамы жалпы диффузды қасиет құрайды. Қимыл-әрекеттің баяулауы емес, керісінше қимыл-әрекеттің қозуы байқалады яғни, науқастар бір орында отыра алмайды. Мұндай қозу жағдайындағыларды меланхоликалық раптуста: науқастар айқайлап, қайғырады, шыңғырып, ары-бері жүреді, еденде аунайды. Осы жағдайда оларға суицид жағдайына қауіп төнеді.

Апатиялық депрессия. Апатиялық, немесе адинамиялық, депрессия үшін тежелу әлсіздік, сылбырлық тән. Науқастар кейде айлап жатып қалады, ешнәрсеге қызықпайды, ешнәрсемен айналыспайды. Контактқа зауықсыз барады, ешбір шағым келтірмейді, олардың бар талабы, ешкім тиіспесе дейді.

Маскалы депрессия. Маскалы депрессияда (лавирлі, депрессиясыз депрессия) соматикалық симптомдар алдыңғы жоспарға шығып, ал психопатологиялық көріністер әлсіз және тек ұқыпты зерттегенде ғана анықталатын күйлер жатады. Бұл депрессияның клиникалық көріністері айтарлықтай әртүрлі болып келеді. Жүрек қантамыр жүйесі мен асқорыту жүйесі бұзылыстары жиі кездеседі. Жүрек, асқазан, ішек тұсындағы ауырсыну байқалады және ол ауырсынуар басқа дене бөліктеріне иррадация береді. Бұл бұзылыстар көп жағдайда ұйқы мен тәбеттің бұзылыстарымен бірге жүреді. Депрессиялық бұзылыстардың өздері анық болмайды, көбіне соматикалық шағымдардың астында бүркенеді. Депрессивті эквиваленттер депрессиялар дамуының бастапқы сатысы болып табылады деген тұжырым бар.

Маскалық депрессия кезінде:

1. Науқас ұзақ уақыт, тырысып және нәтижесіз түрлі дәрігерлерде емделеді.
2. Әртүрлі зерттеу әдістерін қолданғанда нақты соматикалық ауру анықталмайды.

3. Ем кезіне сәтсіздіктерге қарамастан , науқастар қалыпты түрде дәрігерлерді аралайды.

Маниакальды синдром

Маниакальды үштікпен көрінеді: эйфория (көңіл- күйдің адекватты емес көтерілуі), ассоциативті процестің жылдамдауы және бір әрекетке талпыну мақсатында қимылдық қозу. Науқастар әр нәрсеге кірісіп кетеді, түрлі жоспарлар құрады. Айқын байқалатын маниакальды күйлерде аса алаңдағыштық әсерінен олардың әрекеттерінің мақсаттылығы жоғалады, қимылдық қозу күшейе түседі. Бұл жағдайда науқастар өздерін жоғары бағалайды. Өздерінің керемет қабілеттілігі, дарындылығын жариялайды. Кейбір жағдайларда ұлылық сандырақтық идеялары дамуы мүмкін (шығармашылық, реформаторлық). Дегенмен маниакальды күйдегі науқастардың сандырақтық идеялары олардың аффективті күйлермен тығыз байланысты . Көңіл күйлері тек қуанышты болмай, ашушаң да болуы мүмкін, оны ашушаң мания деп атайды.

Маниакальды жағдайдағы науқастар әдетте соматикалық шағымдар келтірмейді, олар тек «рухани көтеріліс» сезініп қоймай, физикалық күштің жоғарылауын да сезінеді. Бұл жағдайда науқастар өз күштері мен мүмкіндіктерін қатты бағалап қою бейім. Әйелдер, үлкен жасына қарамастан, өздерінің керемет тартымдылығында сенімді, барлық студенттер мен дәрігерлер оларға ғашық деп ойлайды. Науқастар киімдерін безендіре бастайды, косметиканы өте жиі қолданып, айқыш ұйқыш сәнді шаштар жасайды. Маниакальды жағдайдағы науқастарда өлең құрастыруға, сурет салуға, ән айтуға , музыка жазуға қабілеттіліктер анықталып жатады. Әдетте маниакальды жағдайы неғұрлым аз көрінсе, соғұрлым істеген ісі продуктивті болады.

Бұндай науқастар үшін көптеген жоспарларды орындау мүмкіндігі шексіз болып көрінеді, ешқандай тосқауылдарды байқамайды. Науқастар оларды үлкен жаңалықтарды ашу күтіп тұр дегенге, маңызды қоғамдық проблемаларды шешуде рөл ойнай алады дегенге сенімі. Мұндай өз мүмкіндіктерін артық бағалау экспансивті сандырақ дәрежесіне дейін жетуі мүмкін.

Науқастарда сөйлеу қозғыштығы байқалады, олар көп, тез және дауыстап сөйлейді. Айқын сөйлеу қозғыштығында оларда бірнеше күннен кейін дауыстары қарлыққан болады. Бірқатар жағдайларда науқастар, ойының бөлінуінен сөз тіркестерін жартылай айтып немесе кейбір сөздерді айқайлап айтуына байланысты, өз ойларын толық жеткізе алмайды. Ал науқастардың өздері бұл кезде олардың сөздері ойларына жете алмайды деп айтады.

Біршама төмен айқындалған сөйлеу қозғыштығында ассоциативті қызметтің жылдамдауы жазуда көрінеді, науқастар сөз орамдарын толық жазбайды немесе кейбір сөздерді ғана жазады.

Маниакальды синдромның бірнеше нұсқасын бөліп қарастырады: көңілді мания, көбіне маниакальды-депрессивті психозға тән, продуктивті

емес мания, бұл кезде көтеріңкі көңіл-күй мен қимылдық қозулар қандай да бір жұмысқа ұмтылыспен көрінбейді, ақымақтықпен мания, бұл кезде көтеріңкі көңіл-күй мен қимылдық, сөздік қозулар мәнерлілікпен, балалықпен, орынсыз эзілдерге құштарлықпен қабаттасады

Морияға көңіл-күйдің көтерілуімен қабаттасқан әуестіктің, ақымақтықтың, орынсыз эзілдердің тежелуі тән, кей жағдайларда сананың обнубиляциясы байқалуы мүмкін. Көбіне маңдай бөліктері зақымданған жағдайларда байқалады.

Маниакальды жағдайлардың жеңіл варианттарын гипомания деп атайды.

Ерік жігер бұзылысы.

Ерік бұл саналы, мақсатты психикалық белсенділік. Шетел психологтары және философ-идеалисттері ерік бостандығы принципін жариялай отырып, ерік үрдісінің детерминирленбегендігін, оның сыртқы жағдайларға, орта әсеріне тәуелсіздігін көрсеткісі келді. З.Фрейдтің пікірі бойынша адамның жүріс-тұрысының мазмұнын сыртқы тітіркендірулер емес әуестіктер анықтайды; әуестік барлық адамда бірдей және бірінші кезектегі, қарпайым қажеттіліктерді қанағаттандыруға жағдай жасайды. Осы және басқа да ерік бостандығына сүйенген реакциялық теориялар марксизм-ленинизм классиктерімен құрылды және табиғи ғылым мәліметтерімен теріске шығарылды. Адам әрекеттерінің детерминирленбеген сипаты оларды болжауды мүмкінсіз және жауапсыз етеді.

Әуестік бұзылысы сапалық және сандық болып бөлінеді. Сандық бұзылысы күшеюімен немесе әлсіреуімен, сапалық бұзылысы - бұрмаланумен көрініс береді.

Гипербулия барлық әуестіктер мен тілектердің күшеюі, тежеусізденуі маниакальды және гипоманиакальды жағдайларға тән: науқас мешкей, сексуальды, әйелдер кербез болады. Науқастар кез-келген жұмысқа кірісіп кетеді, кейде бірнеше жұмысты бірдей бастайды, бірақ зейін тұрақсыздығына байланысты соңына дейін аяқтамайды, тез тастап кетеді, кеңпейілді болады; таңдаусыз жыныстық байланысқа түседі. Мидың органикалық зақымдануларында булимия (полифагия) – семіздікке алып келетін тәбеттің патологиялық күшеюі; полидипсия – басылмайтын шөл; гиперсексуальдылық - жыныстық инстинкттің күшеюі бақыланады.

Әуестіктің әлсіреуі (гипобулия), толық жойылуы (абулия) депрессивті жағдаймен жүреді: тәбеті жоғалады, осының әсерінен тамақтан бас тартады (анорексия), сексуальды сезім басылады. Тіпті күшті өзін-өзі сақтандыру инстинкті тежеледі, нәтижесінде суицидальды қауіптілік жоғарылайды. Абулия шизофрениялық дефектке тән немқұрайдылық (апато-абулиялық жағдай) жағдайында көрініс береді.

Абулия — әрекетті психикалық ретсудің патологиялық бұзылуы. Іс-әрекетке қызығушылығы және нақты шешім қабылдауға қабілеті болмағанда көрініс береді. Психиканың басқарып реттеуші функциясын анықтау арқылы Абулия дәрежесін білеміз. Себебіне байланысты Абулия

қысқа мерзімді немесе тұрақты күй болуы мүмкін. Абулияның ауыр түрі — шизофренияның кататоникалық түрінің қасиетінен көрінеді. Мидың маңдай бөлімінің ауқымды зақымдануынан пайда болады. Абулия психоневроз күйінде де жиі кездеседі. Абулия ауру адамның іс-әрекетке ынтасының жоқтығымен, қажеттігін сезсе де, шешімді қабылдай алмауы және әрекетті дұрыс жасай алмауында көрініс табады. Абулия тәрбиенің дұрыс болмауынан қалыптасатын ерік-жігерсіздік сияқты мінез бітісінен ажырату қажет, себебі ондай тұлғалық қасиет өзін-өзі реттеуді жүзеге асыру арқылы қайта шынықтыруға келеді. Психопатологияда терең дәрежедегі олигофрения жағдайында кездесетін туа біткен Абулия, және мидың маңдай бөліктерінің қатғы зақымдануының немесе психикалық аурудың ауыр түрлерінің (депрессия, шизофрения, психоздар, наркоманияның асқынған түрлері және т.б.) нәтижесі болып табылатын абулия болады.

Апато-абулиялық көріністер психостениялық психопатияда, мінез құлық акцентуациясында байқалуы мүмкін.

Парабулия ерік белсенділігі мен әуестіктің бұзылысымен және импульсивті көрінеді. Бұндай бұзылыстар тұлғаның сипатталады. Сана бұзылысымен, манералық мимикамен, әрекеттер мен қимыл қозғалыстың Жарамайтын заттарды – нәжіс (капрофагия) жеуге, өзіне зақым келтіруге, перверсияларда жыныстық қанағат сезімін алуға (гомосексуализм, садизм, мазохизм және т.б.) құштарлықпен, өзін ұстауының өзгеруімен, негативті ауыр патологияларында, психопатияларда, психопатия тәрізді жағдайларда, мидың органикалық бұзылыстарында, гебефеникалық және кататониялық шизофренияда кездеседі. Сонымен қатар кататониялық синдромға тән бағынудың жоғары не төменгі болуы, эхо симптомдар тән.

Моторика бұзылысы (психомоторлы бұзылыстар)

Қозғалыс бұзылысы (психомоторлы бұзылыстар) гипокинезия, дискинезиямен және гиперкинезиямен сипатталады. Басты негізінде психикалық формадағы бұзылыстар жатыр (сандырақ, галлюцинаторлы, аффективті бұзылыстармен).

Гипокинезия қозғалыстың баяулаумен және бәсеңдеуімен, тіпті акинезия жағдайымен сипатталады (тірек қимыл жүйесінің анатомо физиологиялық белсенділігіне қарамастан толық қозғалыстың шектелуімен)

Ступор барлық психикалық белсенділіктің төмендеуімен сипатталатын психопатологиялық бұзылысы. Ең бірінші кезекте моторика, ойлау және сөйлеудің бұзылысымен көрінеді. "Ступор" термині жиі психологиялық бұзылыстың көрінісі болып табылады.

Депрессиялық ступор (меланхолиялық ступор) науқастың позасы депрессиялық аффектті көрсетеді. Мелшиіп қалу айқындығы депрессиялық аффекттің ауырлығына тікелей сәйкес. Бұл жағдайда науқаспен сөйлесу мүмкін емес, бірақ оның ауыр күйзелістері жөнінде жалынышты, мұңды көзқарасынан немесе бет кескінінен, терең күрсінуден, бір нәрсе айтуға әлсіз талпынысынан білуге болады. Айқын қозғалыстық тежелу

суцидальды ойларды іске асыруға мүмкіндік бермейді. Қайғы-мұң күші бұрынғысынша сақталып, қимылдық тежелу қайтып, симптомдар кері дамығанда науқастың өз-өзіне қол жұмсау әрекеттерінің қаупі жоғарылайды. Депрессия кезінде толық ступор сирек кездеседі. Әдетте дәрігер әлсіз тежелу жағдайындағы науқастарды бақылауы керек. Психиатриялық ауруханаларда мұндай ауруларды бет-әлпеттеріне қарап бірден айыруға болады. Олар көбіне жатады немесе шуы және қозғалысы аз жерде оқшауланып отырады. Бүгілен фигура, зарыққан кескін, қайғылы бет әлпеті ауыр күйзелісті дәлелдейді; дауысы жай, көз жанары солғын, мимикасы қатып қалған, бет терісі бозғылт немесе сұрғылт-топырақ түсті, көздерінің астында күңгірт шеңбер, ерін бұрыштары салбырап төмен түскен, қыртыс және әжімдері терең. Науқастар қарт тәрізді және қушиған кейіпте болады.

Галлюцинаторлы ступор галлюцинациялық уайымның әсерінен пайда болады. Толық қозғалыс шектелуімен, әртүрлі мимикалық реакциялармен бірігеді (қорқу, таң қалу). Жиі поливокалды галлюцинацияларда, императивті псевдогаллюцинацияларда, сахналық көру галлюцинацияларының шыңында байқалады. Интоксикациялық, органикалық психоздарда, шизофренияда байқалады. Ұзақтығы бірнеше сағатқа созылуы мүмкін.

Апатиялық (астениялық) ступор барлық нәрсеге, адамдарға немқұрайлы, енжарлық. Науқас енжар қалыпта арқасымен жатады. Бет әлпеті құлазыған, жұтаң. Науқас сұрақтарға жауап беруге қабілетті, алайда білмеймін деп жауап береді. Жиі науқас өз өзіне қарамайды, қарапайым гигиеналық талаптарды орындамайды. Науқастан зәр мен нәжіс иісі шығуы не тәбетінің бірден төмендеуі байқалады. Ступор бірнеше айға оззылуы мүмкін.

Истериялық ступор классикалық вариантта мінездің белгілі бір истериялық сипатымен жандарда дамиды психогенді реакция болып табылады. Мұндай жағдайларда сөз жоғарғы жүйке қызметінің әлсіздігі (туа немесе жүре пайда болған) жөнінде, әсіресе екінші сигналды жүйе реакциясы жөнінде болып отыр. Осының нәтижесінде шартсыз рефлекторлы және бірінші сигналды жауап беру басымдылық танытады, тұлғаның негізгі қасиеттері балалық, психикалық инфантильділік, аса эмоцианальды қозу, күшейген қиял ойыны және өзін-өзі сендіру, жоғары жүйкелік тежелгіштік. Мұндай тұлғалар объективті мәні бар психожарақаттаушы оқиғалар орын алғанда ғана емес, болмашы – көршісімен жанжалдасу, жқмыс орнындағы ескертулерге де тежелумен жауап беруі мүмкін. Қолайсыз ситуацияда науқастар талып барып, сұраққа жауап бермейді, әлсіз, босаңсынған күйге түседі, позасы дәрменсіздікті, мимикасы – қайғыруды бейнелейді. Сананың терең бұзылыстары болмайды, науқастар ситуацияны басқаруға қабілетті. Құлап бара жатып науқастар өзіне зақым келтіруден сақтанады. Соматикалық және вегетивті симптомдар анық көрінеді: пульс және тыныс жиілігі, бетінің қызаруы немесе көгеруі, тершендік көзқарашығы реактивтілігінің күшеюі.

Истериялық ступорды көне авторлар жалған өлім деп атаған. Басқа истериялық жағдайлар сияқты бұзылыстың өзі пайда болған қиындықтардан «құтылудың» бір түрі ретінде қаралған. Бір жағдайда осы жолмен қол жеткізілген артықшылықтар осы реакцияның мақсаттылығын көрсетеді, оны шартты-қалаулы етеді. Сондықтан истериялық бұзылыстар, соның ішінде тежелу құбылыстары қайталаынады. Тежелу құбылысы мелшию реакциясының генерализацияланған деңгейіне жетпеуі мүмкін, тек жеке қозғалу актілеріне қатысты болуы мүмкін. Бұған истериялық парездер және салданулар, астазия-абазия, сөйлеудің истериялық бұзылысы және басқа да функциональды өзгерістерді жатқызуға болады.

Истериялық парездер мен салданулардың органикалық негіздері жоқ, ауру бұл бұзылыстарды өзіне қалай елестетсе, солай көрінеді. Ауру бірденеден қорықса қолы не аяғы жұмыс істемей қалатыны анықталды (аяғы мақта сияқты, өзіне бағынбайды, бір күні тіптен қызмет жасамай қалады). Дәрігерге бір аяғы не қолы зақымдалған немесе екі аяғы мен қолдары да зақымдалған, жиі бет нервісінің қатысуынсыз гемиплегиямен науқастар келеді. Салданудан аяқтарда активті қозғалыс жоқ, бірақ қорғаныстық қозғалыс, әсіресе аурудың назарын басқаға аударған кезде бақылануы мүмкін; моторика ұйықтағанда немесе гипноздық жағдайда қалпына келеді. Неврологиялық зерттеуде иннервация зонасына сәйкес келмейтін сезімталдық бұзылысы болады: шұлық, қолғап түріндегі анестезия. Рефлекстер өзгермеген, патологиялық белгілерді, тонус бұзылысы, тофикалық бұзылыстарды анықтай алмаймыз. Бұлшықет электрлі қозғыштығының өзгерісі болмайды. Истериялық парездер және салданулар кейде ұзақ және нәтижесіз емделеді, ал кейін кенеттен қандайда бір сыртқы әсердің әсерінен оңай жоғалады. Аяқтың истериялық салдануында астазия-абазия байқалады, ауру тұра алмайда, отыра алмайды, жүре алмайды, бірақ тынышталып, жатқан кезде аяғын еркін қозғалтады.

Психогенді ступор жедел аффективті-шокты реакциялардың клиникалық көрінісінде бақыланады. Мұндай реакциялар адамда күшті жан тербелісін тудыратын психожарақаттаушы оқиғаларға жауап ретінде болады. Мұндай оқиғалар, апаттар, табиғат апаттары, жақын адамының кенеттен қаза табуы және т.б. болуы мүмкін. Психогенді әсер кенеттен орын алғанда индивидуальды, тұлғалық реакция көрініс беріп үлгермейді, бұл жағдай тек адамдарға емес, жануарларға да ортақ - орнында тұрып қалу немесе қозу реакциясы, гиперкинетикалық реакция. Ступор толық немесе жартылай болуы мүмкін, оның ұзақтығы - минут, сағат, күндер. Дертті жағдайдың тереңдігі, ұзақтығы, динамикасы психогениямен, оның сипатымен анықталады. Толық психогенді ступор кезінде адамның мелшиген бет-әлпеті психогения басталуына себеп болған аффективті күй – қорқыныш, шошу, абдырау күйін бейнелейді. Вегетативті симптомдар кең көрініс береді: жүрек қағуы, тершеңдік, вазомоторлар ойыны, асқазан-ішектік бұзылыстар (құсу, іш өту). Сана аффективті тарылған (аффективті қарауыту), ступордан шығар кезде жартылай немесе толық амнезия

бақыланады. Әсіресе аффективті-шокты реакция балаларда жеңіл пайда болады. Оларда тежеу жағдайы қоршаған ортада ступор тудырған психотравмалық ситуацияны еске түсіретін жайт пайда болғанда қайталаынады. Ересек адамдарда ступор психогенияға жеке реакция түрінде болуы мүмкін, немесе, жиі - реактивті психоздың даму сатысы болуы мүмкін.

Қозғалыссыздық сомато вегетативті бұзылыстармен бірігіеді(тахикардия, терлеу, АҚ - ның әртүрлі болуы). Негативті белгілер пайда болады. Науқасты киіндіріп, тамақтандыру қажет болады. Есі аффективті қысылған.

Маниакальды ступор депрессивті жағдайдан маниакальдыға не керісінше бірден ауысудан пайда болады. Науқас қозғалыссыз қалыпта(отыру, тұру) айналасындағыларға бір көзбен күле отырып бақылап отырады. Шизофренияда, маниакальды депрессивті психоз кезінде болады.

Гиперкинезия психикалық және қозғалыс белсенділігінің шамадан қозуынан және күшті бұлшық ет жиырылуынан дамитын автоматты қозғалыс белсенділігінің артуымен сипатталады.

Маниакальды (қарапайым) қозу логикалық, дұрыс қозғалыс пен көтеріңкі көңіл күймен, шамадан тыс қатты дауыспен сөйлеумен сипатталады. Ауыр жағдайда науқас науқас өз өзін жоғалтып, хаосты қимылдармен, дауысы бөліктеніп жеке жеке шығады.

Истериялық қозу әрқашан психогенді себеппен шақырылады және, истерияның барлық көріністері сияқты театрлы, демонстративті болады. Бұл тұрақты немесе кезенді қайталанатын гиперкинездер немесе ұстамалар, бұл кезде ауру айғайлап жылап, ұрынып, еденде сырғанап, әр түрлі қозғалыс жасап, театрлардағы қалыпты қолданады. Истериялық ұстама эпилепсиялық ұстаманы имитирлейді, егер науқас бұрын осындай ұстаманы өз көзімен көрген жағдайда. Психогенияға қатыссыз дамитын эпилепсия ұстамасынан айырмашылығы, истериялық ұстама әрқашан өзге адамдардың көз алдында эмоциогенді дамиды және ұйқы кезінде болмайды; науқас құлаған кезде зақым алудан қорғанады, тілін тістеп алу немесе кіші дәретін жіберіп қою байқалмайды, көрермендерді және тыныш, сабырлы жағдай жасау арқылы ұстаманы тоқтатуға болады. Ұстаманың ұзақтығы бірнеше сағатқа созылады.

Галлюцинаторлы және сандырақтық қозу мазмұны қорқынышты галлюцинациялар, соңына түсу, әсер ету, қызғаныш және т.б. идеялары болуы мүмкін. Мұндай аурулардың әрекеттері сандырақ пен галлюцинацияның мазмұнына сәйкес келеді: науқастар бірдененен қорғанады, жасырынады, медициналық көмек көрсетуге тырысқанда шабуыл жасайды, қарсыласады. Осындай жағдайлар айналасындағылар үшін және өзі үшін де қауіпті. Нағыз қауіптісі сана өзгерісімен қозу жағдайы болып табылады. Жедел сандырақ және галлюцинация әсерінен делириозды, онейроидты, сананың күңгірттенген қарауытуы жағдайындағы, бағдарлау бұзылысымен және ситуацияны түсіну

бұзылысымен науқастар терезеден секіріп, басы ауған жаққа қашады, шыныны сындырып, киімін, құжаттарын жыртып, бағалы заттарды лақтырып жібереді. Сана күңгіртенуінің (амения, мусситирлеуші делирий) ауыр жағдайында қозу ретсіз, хаосты, төсек деңгейімен шектеледі, сөз былдырлаған немесе байланыссыз.

Жедел және ауыр психогениямен байланысты туындайтын аффективті- шокты ступорлық реакциялар туралы тежелу жағдайларын сипаттаған кезде айтылды. Аффективті-шокты реакциялар көрінісінің 2-ші түрі гиперкинетикалық. Бұндай **психогенді қозу** аффективті тарылған сана фонында дамиды, науқас өз әрекетін басқара алмайтын жағдайда болады. Қорқыныш билеген адам бағытын таңдамай, әлсірегенін және жарақат, күйік кезінде ауру сезімін сезбей жүгіре береді. Бұл жағдайда адам қауіпке керісінше жақын болады: мысалы, өрт кезінде жағдайды байыппен түсініп, ғимараттан есік арқылы шығудың орнына адам үлкен ғимараттың терезесінен секіріп кетеді.

Катотоникалық синдром - акинезия түріндегі қимылдар (катотоникалық ступор) немесе гиперкинезиялық форма (катотоникалық қозу) басым болып келетін симптомокомплекс болып табылады.

Катотония бір жағынан патология түрінде де қарастырылады, өйткені науқастардың қимылдары жалған, шынайы емес көрінеді. Екінші жағынан, бұл қорғаныштық функция болып есептеледі, мұнда деструкцияның алдын алуға бағытталған кортикальды жасушалардың тормоздық механизмы мобилизацияланады. Катотоникалық синдром тек қана шизофренияға ғана тән емес, басқа да ауруларды, экстремалды жағдайлар (травма, эпидемиялық энцефалит, паркинсонизм) кезінде де пайда болады. Катотоникалық синдром кезінде жүдеу, саусақтардың сыртқы бетінің ісінуі, АҚҚ түсуі, қарашықтың ауырсынуға сезімталдығының болмауы, тершендіктің жоғарылауы, акроцианоз, тері қабаттарының шамадан тыс майлануы байқалады.

Катотоникалық синдромға тән симптомдарға шамадан тыс бағыну (эхолалия, эхопраксия, каталепсия) және төмен бағыныштылық (мутизм, стереотипия, негативизм) симптомдары жатады.

Эхолалия – айналадағы айтылғанды, қойылған сұрақты қайталау.

Эхопраксия – айналадағылардың іс қимылын және қозғалысын қайталау.

Каталепсия (воск тәрізді иілу) – науқастың ұзақ уақыт бойына мәжбүрлі қалыпта, бір қимылда тұруы. Каталепсияның алғашқы көріністері (катотоникалық гипертонустың көрінісі секілді) мойын бұлшықеттерінде және жоғарғы мойын аймағында пайда болады, ал ең кеш төменгі бөлімдерде пайда болады. Сондықтан каталепсияның ең ерте және ең көп таралған көрінісі ауалы жастық симптомы («психикалық жастық симптомы», «Дюпрэ симптомы») болып табылады. Бұл симптом кезінде науқастың басын көтергеннен соң біраз уақытқа дейін басы сол қалыпты сақтайды.

Негативизм ішкі стимулдарға, сонымен қатар кейбір қимылдарды жасауға қарсы тұруымен сипатталады. Негативизм, өтінішті жасауға

үзілді-кесілді бас тартқанда пассивті болады (мысалы, өзін тамақтандыратын, киіндіретін кезде қарсылық көрсетеді). Сонымен қатар, сұраған нәрсеге мүлдем қарама-қарсы қимыл жасағанда активті болып саналады.

Мутизм – сөйлеу аппараты және сөйлеу қабілеті сақтала отырып науқастың сөйлеуден мүлдем бас тартуы. Мутизм толық және толық емес (соңғысында сыбырлап қойылған сұраққа жауап береді – Павлов симптом) бола алады. Негативизмнің бір көрінісі болып келеді.

Катотоникалық ступор. Бұлжағдай қатып қалумен, бұлшық еттердің тонусының жоғарылауымен жүреді және осының әсерінен науқас айлар бойына стереотипті қалыпта болады (жиі эмбрион позасы, «тік тұру қалпы»). Сонымен қатар, науқастың бір жерге байланып қалуы тән (мысалы, бұрышқа немесе кез келген бөлмедегі кіре беріске). Катотоникалық ступорға көбінесе негативизмнің көріністері тән (жиі пассивті) және ол каталепсиямен қосылып жүреді, яғни мимиканың болмауы немесе парамимия.

Люцидті катотония (люцидті ступор). Ступордың бұл түрінде науқастың есі сақталған, ортадағы жағдайға дұрыс бейімделе алады, болып жатқан оқиғаларды есінде сақтайды. Катотоникалық қатып қалудан шыққаннан соң науқас айналасындағы болған жайттарды дұрыс айтады, бірақ өзіне не болғанын түсіндіре алмайды.

Эффекторлы онейроидты катотония. Негативизмнің пассивті көріністерімен бірге естің бұзылуы қоса жүреді, жиі онейроид түрінде жүреді. Онейроидты катотоникалық ступор кезінде науқастың көз алдында сахналық онейроидты галюцинаторлы бейнелер көріністер табады. Науқастың келбетінде таңырқау байқалады. Болып өткен оқиға науқастың есінде үзілісті түрде немес мүлдем есінде жоқ. Катотоникалық ступор бірнеше жылға жалғасуы мүмкін.

Катотоникалық қозу. Кенеттен басталады. Жасалып жатқан әрекет импульсивті, ешбір жағдаймен мотивацияланбаған. Жасалып жатқан әрекетке стереотиптілік тән – бірізді, бір қимылды қайталап жасауға бейім. Жиі эхосимптомдар байқалады – эхоталия, эхопраксия. Науқастың сөзінде байланыс болмайды, бірізді ойларды жеткізумен болады. Қойылған сұраққа қате жауап береді. Қозу көбінесе түрлі аффективті көріністермен жүреді (экстаз, ашу, ыза).

Парамимияның көріністерінде науқастың бет әлпетінің болып жатқан жағдайға сәйкес келмейтіндігін атап өтуге болады. Катотоникалық қозу бірнеше аптаға созылуы мүмкін және ступорға жалғасуы мүмкін. Қозу айқын (люцидті қозу) және өзгерген (онейроидты қозу) жағдайда өтуі мүмкін.

Психикалық бұзылыстар симптомдары.

Психомоторика деп қозғалыс әрекеттерімен басқарылатын сана жиынтығын түсінуге болады. Психомоторлық бұзылыстардың симптомдары қозғалыс акті орындалуының төмендеуі немесе қиындауы

(гипокинезия) және мүлдем қимыл-қозғалыстың болмауы (акинезия) немесе қозғалыстық қозу және адекватты емес қозғалыс симптомдарымен сипатталады.

Қозғалыс активтілігінің бұзылысы симптомдарына қатысты келесі бұзылыстар жатады: каталепсия, балауыздық икемділік, бұлшық ет тонусының жоғарылауы кезінде науқастарда ұзақ уақытқа сақтау қабілеті туындайды; ауалы жастық симптомы, мойын бұлшық еттерінің шиеленісуі және балауыздық икемділік пайда болады, бұл жағдайда науқас жастықтың үстінде басы көтерілуі қатып қалады; капюшона симптомы кезінде жатқан немесе отырған кейпінде қозғалыссыз, көрпемен жабынып протина немесе халатын басына жауып беті ашық күйінде қалады; науқастың дене кейпі жағдайында өзгеріс пайда болмаса позасы, аяқ қолдарының жағдайы, жағдайының бағынышты болуы, каталепсиядан айырмашылығы бұлшық ет тонусы жоғарыламаған, негативизм, науқастың белгісіз қарсылық күші және айналасындағыларға жүгіну кейпінде болады. Пассивті негативизм кезінде науқасқа бағытталған көмекті орындай алмауымен көрінеді, төсектен тұруға әрекет жасағанда бұлшық ет тартылулары пайда болады, ал активті негативизм кезінде науқас қарама қарсы әрекетте болады. Науқасқа аузын ашуын сұранғанда ерінін тістейді, науқас пен амандасу үшін қолын созған сәтте қолын артқа қарай жасырады. Науқас тамақтан бас тартады, бірақ тарелкаларды жинап жатқан кезде бірден тамақты басып қалып тез-тез тамақ жеуге кіріседі.

Мутизм (үнсіз)- тіл аппараты сау бола тұра, тілдік қарым-қатынас жасаудан бас тарту, науқас сұрақтарға жауап бермеуі, тіпті белгілерді түсінбеу жағдайы.

Қозғалыстық қозу және адекватты емес қозғалыс симптомдарына келесілер жатады:

-**Импulsiveвтілік** – науқас бірден адекватты емес әрекеттер жасайды, уйден қашып кету, агрессивті әрекеттер, басқа науқастарға бірден шабуыл жасау т.б;

-**Стереотипия**- бір немесе бір неше әрекеттерді көп рет қайталау;

-**Эхопраксия**- жест, ым, әрекет немесе айналасындағылардың позасын қайталау;

-**Парамимия**- науқастың мимикасының сезімдері және әрекеттеріне сәйкес келмеуі;

-**Эхолалия**- айналасындағылардың сөздері немесе фразаларын қайталау;

-**Вербигерация**- бір немесе бір неше сөз және фразаларды қайталау;

- **Сенімсіздік** (мимоговорение)- берілген сұраққа жауабының сәйкес келмеуі.

7. Бақылау

Бақылау сұрақтары:

- 1.Эмоциялардың күшіне қарай бұзылулары (гипертимия, эйфория, гипотимия, экстаз, депрессия, үрейлік, ашушандық, апатия, эмоциональды топастық).
2. Эмоциялардың шапшаңдығына қарай бұзылулары (енжарлық, тұрақсыздық, жігерсіздік, эксплозивтілік).
3. Эмоциялардың адекваттылығына қарай бұзылулары (адекватсыздық, амбиваленттілік, фобиялар, дисфориялар, дистимиялар, патологиялық аффект).
4. Депрессивті синдром.
5. Маниакальды синдром.
6. Паникалық бұзылыс.
- 7.Фобиялар.
8. Эмоцияларды зерттеу тәсілдері.
9. Тамақтану инстинктінің бұзылыстары.
- 10.Өзін-өзі қорғау инстинктінің бұзылыстары.
- 11.Жыныстық инстинктінің бұзылыстары.
- 12.Жабысқақ, импульсивті, еріксіз құмарлықтар және қимыл-әрекеттер
- 13.Гиперкинетикалық синдром.
- 14.Психомоторлы қозу және тамақтан бас тартқан науқастарға көрсетілетін жедел жәрдем.

ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

1.Эмоция патологиясына ... жатпайды.

- a) абулия
- b) өңіл-күйдің төмендеуі
- c) дисфория
- d) физиологиялық аффект
- e) көңіл-күйдің жоғарлауы

2.Маниакальді синдром ... дертінде кездеспейді

- a) реактивті психоз
- b) маниакальды- депрессивті психоз
- c) шизофрения
- d) ми сифилисі
- e) травмадан кейінгі психоздар

3.Депрессивтік синдромға ... симптомдары кірмейді.

- a) өз мүмкіншіліктерін жоғары бағалау
- b) ойлаудың баяулық
- c) уайым немесе үрейлік
- d) қозғалыстың баяулау
- e) өз жағдайының дәрменсіздік идеялар

4.Апато – абулиялық бұзылыстар ... кезіндегі психикалық дефектің негізін құрайды.

- a) шизофрения
- b) эпилепсия
- c) ми жарақаты
- d) психопатия
- e) алкоголизм

5.Науқас өзінің жақын адамдарына деген жанашырлық пен махаббатын жоғалтқан кезін ... дейді.

- a) эмоционалдық топастық
- b) апатия
- c) эмоционалды сәйкессіздік
- d) эмоциональды тұрақсыздық
- e) депрессия

6.Ми жарақатынан кейін ұзақ уақыттан соң науқастың көңіл - күйі көтеріңкі, бейғамдық және рахаттанып жүреді. Психомоторлық қозуы жоқ. Жағдайын анықтаңыз.

- a) эйфория
- b) мания
- c) экстаз
- d) мория
- e) гипомания

7.... дегеніміз науқас айналасын өгейсініп басқалармен қарым – қатынасын үзеді де өзімен-өзі болады.

- a) аутизм
- b) негативизм
- c) апатия
- d) абулия
- e) ступор

8.Дисфория дегеніміз

- a) агрессия мен ызақорлық қатар жүретін жағдай
- b) көңіл-күйдің төмендеуі
- c) көңіл-күйдің өзгеруі
- d) қорқыныш пен күдіктің қатар жүретін жағдайы
- e) үрейлену

9.Эмоцияның амбиваленттілігі дегеніміз

- a) бір мезетте қарама – қарсы келетін сезімдер
- b) адекватты емес ситуация сезімі
- c) ұстамсыз эмоция
- d) жайбарақат көңіл-күйі ашуға тез айналуы

е) эмоциональді лабильділік

10. Гипертимиялық бұзылыстарға ... жатпайды.

- а) гиперкинезия
- б) мания
- с) эйфория
- д) мория
- е) экстаз

11. Ми қантамырларының атеросклерозымен ауыратын науқас көз жасын қуаныштан да, реніштен де тоқтада алмайды. Бұл қандай жағдай?

- а) көңілшектік
- б) эмоцияның адекватсыздығы
- с) көңіл-күйінің қанағатсыздықпен жүретін төмендеуі
- д) апатия
- е) сезімінің екі түрлілігі

12. Патологиялық аффект дегеніміз -

- а) психотравманың әсерінен сананың бұлыңғырлауымен жүретін қимыл әрекет бұзылысы
- б) психотравманың әсерінен сананың бұзылыссыз жүретін қимыл әрекет бұзылысы
- с) көңіл-күйдің жоғарлауымен жүретін қимыл әрекетінің шапшаңдауы
- д) көңілді-күйінің қанағатсыздықпен жүретін төмендеуі
- е) эмоция әлсіздігі

13. Физиологиялық аффект дегеніміз бұл -

- а) сананың бұзылыссыз жүретін қимыл әрекет реакциясы
- б) психотравма әсерінен сананың бұлыңғырлауымен жүретін қимыл әрекет реакциясы
- с) көңіл-күйінің қанағатсыздықпен жүретін төмендеуі
- д) эмоция әлсіздігі
- е) экстаз

14. Айқын депрессивті синдромға ... кірмейді.

- а) меланхолиялық раптус
- б) әрекеті мен ойының тежелуі
- с) суицидальдық ойлар мен оның әрекеті
- д) апатия
- е) өзін-өзі кінәлау идеялары

15. Жасырын (маскіленген) депрессия кезінде ... кездеседі.

- а) жабырқаңқы көңіл-күймен қатар соматикалық шағымдар
- б) нигилизм идеялары аралас жабырқаулы көңіл-күйі

- c) бәсең көңіл-күйге сәйкес, ступор
- d) жабырқаңқы көңіл-күйдің үстіне тынышсыздық, қозушылық, аутоагрессия
- e) аутизм

16. Кататоникалық қозу сипаттары:

- a) ойлаудың үзілуі, стереотипті қимылдар
- b) сіресіп қалу
- c) демонстративтік
- d) үрей
- e) ажитация

17. Агрессивті және импульсивті бейберекетсіз қозу мен сөйлеу және қозғалыстық стереотиптер ... деп аталады.

- a) кататониялық
- b) маниакальды
- c) гебефрендік
- d) психогенді
- e) онейродты

18. Ақымақтық және қылжақбастықпен жүретін қозу ... делінеді.

- a) гебефрендік
- b) кататониялық
- c) маниакальды
- d) психогенді
- e) экстаздық

19.... кататоникалық ступорға тән емес.

- a) Эхопраксия
- b) Қозғалыссыз
- c) Мутизм
- d) Негативизм
- e) Каталепсия

20.... кататониялық қозу симптомы.

- a) Сөз бен қимыл стереотипиялары
- b) Парамнезия
- c) Онейроид
- d) Ментизм
- e) Ступор

21.... қимыл-қозғалыстың бұзылысына жатпайды.

- a) Мутизм
- b) Ступор
- c) Каталепсия

- d) Психомоторлы қозу
- e) Эхопраксия

22.... психомоторлы қозу түріне жатпайды.

- a) Ступор
- b) Маниакальды
- c) Гебефрендік
- d) Кататониялық
- e) Делириозды

23..... кезінде психомоторлы қозу кездеспейді.

- a) Жабысқақ жағдайлар
- b) Алкогольді делирий
- c) Эпилептикалық психоз
- d) Инфекциялық психоз
- e) Грамалық психоз

24.... кататониялық белгілеріне жатпайды.

- a) Амнезия
- b) Негативизм
- c) Ступор
- d) Мутизм
- e) Каталепсия

Әдебиеттер

**Психиатрия қазақ тілінде
негізгі:**

1. Илешева Р.Г. Психиатрия. – Алматы, «Санат».-1998.-245б.
2. Құдиярова Ғ.М., Жарбосынова Б.Б. Психиатрия. - Алматы.: Қазақстан, 2008.-277б.
3. Құдиярова Ғ.М. Жасөспірімдердің мінез-құлқындағы ауытқушылықтар.- Алматы «Рауан».-1996.-205б
4. Дәріс материалдары.

қосымша орыс тілінде:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Оқулық. -М.: Медицина. 2000
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. - М.:Медицина, 1995;
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
5. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.

6. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

Электронды сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

1. №5. Негізгі психопатологиялық синдромдар. Невротикалық синдромдар.

2. Тақырыптың мақсаттары

- Негізгі психопатологиялық синдромдар.
- психиатриялық бұзылыстар симптомдарын анықтауды;
- анықталған симптомдардан синдромдар шығаруды.

3. Б1.1 ҒЫЛЫМИ, ЗЕРТТЕУШІ – БІЛІМІН ҚОЛДАНУ

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: перереквизиттерден және осы пәндерден алынған білімді қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: Психиатрия бойынша тақырыпқа сай презентацияларды ұсынуды, неврология, психиатрия және наркологияда қолданылатын зерттеу әдістерін дәлділікпен орындайды;

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді: іс-әрекетінде ғылыми жаңалықтардың құндылықтарын үйлестіреді.

Б 2.2 ДӘРІГЕР-КЛИНИЦИСТ (1) НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Білім (когнитивті) домені:

Есте сақтайды: жүйелер бойынша зертеу әдістерін сұрастыру, неврологиялық статус пен психостатусты зерттеу әдістерін есте сақтайды.

Түсінеді: Жүйелер бойынша патологиялардың негізгі клиникалық симптомдары мен синдромдарын;

Қолданады: науқасты тексеруде қазіргі кезеңдегі клиникалық – зертханалық және аспаптық тәсілдерді; науқаспен, оның туыстарымен, әріптестермен және басқа медицина қызметкерлерімен сенімді қарым-қатынас орнатуды қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: жүйке ауруларының: орталық және шеткілік патологиялық рефлекстерін, өзгерістерін анықтау және т.б. дағдыларды дәлділікпен жасайды.

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

Б.2.5. ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: психикалық аурулардың алдын алудың, психикалық бұзылыстар мен тәуелділік ауруларының психогигиенасы мен психопрофилактикасының негіздерін, қалыптастырудағы білімдерін қолданады.

Қарым қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

4. Тақырыпқа байланысты сұрақтар:

1. Астениялық синдром, клиникалық варианттары.
2. Неврастениялық синдром.
3. Истериялық синдром.
4. Психопатиялық синдром.
5. Депрессивті синдром (психотикалық, психотикалық емес).
6. Ипохондриялық синдром
7. Параноидті синдром
8. Галлюцинаторлы-параноидті синдром.
9. Паранойялық синдром.
10. Психорганикалық синдром.
11. Дисморфофобия және дисморфомания синдромдары.
12. Апатико-абулиялық синдром.

5. Оқу және оқыту әдістемесі

Науқастарды қарауға қатысу, тематикалық пациенттерді талдау, шағын топтарда жұмыс істеу, теңдесі жоқ білім беру, науқастарды емдеу, рөлдік ойындар, пікірталастар, кері байланыс.

6. Ақпараттық-дидактикалық блок

Невротикалық синдромның ерекшелігі бұзылыстар деңгейінің терең еместігі болып табылады, мұнда тек астениялық, аффективті симптомдар және невротикалық (обсессивті, фобиялық, истериялық, сандырақсыз, ипохондриялық) бұзылыстар жатады. Бұл патологияның айырмашылығы психикалық бұзылыстардың парциальдылығы, оларға деген сыни көзқарастың болуы, дертті түсіне білу, қоршаған ортаны адекватты қабылдау және психикалық функцияның әлсіздәгімен бірге жүретін мол соматовегетивті симптоматика. Невротикалық синдромдар құрылымында заттық сана бұзылыстары, сандырақ идеялар, галлюцинациялар, деменция, маниакальды жағдай, ступор, қозу болмайды. Нағыз невротикалық бұзылыстар кезінде тұлға қасиеті сақталады. Сонымен қатар, қоршаған орта зиянды әсері тұлға, оның реакциялары,

оның әлеуметтік болмысы арқылы іске асады. Көрсетілген барлық ерекшеліктер осы бұзылыстарды норма мен патология, соматикалық және психикалық аурулар арасындағы шекарада орналасқан шекаралық психикалық патология деп квалификациялауға мүмкіндік береді.

Әрбір невротикалық синдромдардан сәйкес невроздың клиникалық көрінісі қамтылады. Алайда әрбір невротикалық синдром психоз шеңберінде анықталуы мүмкін- психопатологиялық симптоматиканың әлсез күрделенуі жағдайында. Бұл жағдайларда олар невроз тәрізді деп аталады.

Неврастениялық (астениялық) синдром тітіркенген әлсіздікпен сипатталады. Ішкі тежелудің туа және жүре пайда болған жетіспеушілігінде козу ешнәрсемен шектелмейді, ол тітіркенгіштікпен, шыдамсыздықпен, зейін әлсіздігімен, ұйқы бұзылуымен көрінеді. Астенияның гипер және гипостениялық түрлерін ажыратады. Гиперстениялық астенияда қоздыру үрдісінің қалыптылығы, тежеу үрдісінің әлсіздігі эксплозивті реакцияларға бейімділікке ықпал етеді. Гипостениялық астенияда тек тежеу үрдісінің ғана емес, козу үрдісінің де әлсіздігі көрінеді: ой жұмысы және физикалық жүктеме кезінде аса шаршағыштық, еңбекке қабілетінің төмендеуі, өнімсіздік, есте сақтаудың нашарлауы.

Бұл жағдайларға бас ауруы, вегетативті бұзылыстар, сыртқы тітіркендіргіштерге жоғары сезімталдық қосылады.

Обсессивті- фобиялық синдром әрқилы жабысқақтықтар және фобиялар түріндегі психопатологиялық өнімдермен көрінеді. Бұл кезеңде үрейлену, күдікшілдік, сенімсіздік күшейеді, астенизация белгілері көрінеді.

Ипохондриялық синдром мазмұны бойынша мынадай болады: 1) астениялық, 2) депрессивті, 3) фобиялық, 4) сенестопатиялық, 5) сандырақтық. Невротикалық жағдайда жай, сандырақсыз ипохондрия жөнінде айтылады, ол өз денсаулығына аса көңіл аударумен, оның дұрыстығына күмәнданумен көрініс береді. Науқас өз денесіндегі жағымсыз сезімдерге фиксацияланады, олардың тегі невротикалық жағдайдың өзі және оның нәтижесінде дамыған соматовегетативті өзгерістер, депрессия және басқа да себептер болуы мүмкін. Науқас әртүрлі мамандарға жиі көрініп, тексеріледі. Зерттеудің жақсы нәтижесі науқасты біраз уақытқа тыныштандырады, бірақ артынан қайта күшейеді, ауыр дерт жөніндегі ойлар оралады. Ипохондриялық симптоматиканың пайда болуы ятрогениямен байланысты болуы мүмкін.

Истериялық синдром – кез келген ауру симптомдарының жинағы, бұл симптомдар жоғары сенгіштіктің және өз-өзін сендірудің нәтижесі болып табылса, және де эгоцентризм, демонстративтілік, психикалық жетілмеушілік, қиял ойынының басымдылығы және эмоциональды лабильділік тәрізді тұлғалық ерекшеліктерге тән. Бұл жағдай истериялық невроз, тұлғаның истериялық дамуы мен истериялық психопатияға тән.

Психопатиялық синдром- бұл науқасты әлеуметтік дезадаптацияға алып келетін эмоциональды және еріктік саладағы тұрақты дисгармониялылық, мінез патологиясымен көрініс береді. Бұзылыс таным үрдісіне әсер етпейді. Психопатиялық синдром жоғарғы жүйке жүйесінің туа (психопатиялар) және жүре пайда болған (постпроцессуальды жағдай) өзгерістері нәтижесінде әлеуметтік ортаның белгілі бір жағдайларында түзіледі. Бұл айырмашылықтарды айқындау үшін, шизофрениялық немесе церебральды-органикалық үрдіс нәтижесінде пайда болатын мінез өзгерістерін кейде психопатия тәрізді синдром деп атайды. Психиатрияда бұл патология шекаралық бұзылысқа жатады.

Психопатиялық синдром варианттары психопатияның клиникалық формаларына сәйкес келеді және қозғыш немесе жоғары тежелгіштік сипатымен көрінеді. Бірінші жағдайға эмоциональды ұстамсыздық, ашуланшақтық, даушылдық, шыдамсыздық, тіл табыса алмаушылық, ерік тұрақсыздығы, алкаголь және наркотик қолдануға бейімділік тән. Екінші вариантының ерекшелігі әлсіздік, тұлғалақ реакциялардың зорығуы, оның жеткіліксіз белсенділігі, өзін төмен бағалау, күдіктенулерге, сенімсіздікке бейімділік болып табылады.

Есте сақтау және интеллект бұзылысының негізгі синдромдары.

Корсаков синдромы- амнестикалық синдромның бір түрі болып табылады. Есте сақтау қабілетінің болмауы мен бағдарды ажырата алмау, өткен оқиғалар есінде, туыстарын және сыртқы ортаны танымауымен (фиксациялық амнезия) сипатталады.

Синдром психопатологиялық триададан тұрады: фиксациялық амнезия, ретроградты амнезия, конфабуляциялар. Ауыр ес бұзылуының салдары болып жатқан оқиғаларға, орынға, уақытқа, адамдарға қатысты бағдардың бұзылуы болып табылады.

Корсаков психозында ес бұзылуымен әрқашан полинейропатиямен жүреді, ол үлкен жарты шардың перифериялық жүйкелерге дейін таралған дистрофиялық өзгерістерді көрсетеді. Корсаков синдромына тән ес бұзылуының әр түрлі белгілерінің қатарласуы, мидың басқа да органикалық бұзылыстарында кездеседі: қантамыр ауруларында, бас ми жарақатынан кейін, газбен уланғаннан кейін, кәсіби интоксикацияда кездеседі.

Үдемелі амнезия синдромы Рибо заңына бағынатын естің үдемелі көмескіленуімен көрінеді: алған білімі игерілген уақытынан кері, біртіндеп естен жоғала бастайды. Ес босауының жалпы фонында алыс балалық шағындағы оқиғалар жөнінде естеліктер сақталады. Қимылдық дағдылар мен жүріс тұрыстың тәрбиеленген формалары сақталады. Бұл патология кейде үлкен ми қыртысының атрофиясы (м: Альцгеймер және Пик ауруы), науқастарда қантамырлық және жарақаттан кейінгі ми зақымдануларында кездеседі.

Негізгі сандырақтық синдромдар

Парнояльды синдром – бұл синдром біртіндеп басталатын сандырақтық, әсіресе бірінші кезеңдерде эмоционалды бұзылыстармен

сипатталатын сандырақ түрі. Бұл вариант түрінде галлюцинациялар (шынайы және псевдогаллюцинациялар) болмайды. Сандырақ біртіндеп доминантты идеялардан аса бағалы идеялар сатысына өту арқылы түзіледі. Бұған аффективті реакциялардың күштілігімен және ригидтілігімен, ал ойлау және әрекет саласында – байымдылық және детализацияға бейімділікпен тұлға ерекшеліктері ықпал етеді. Мазмұны жағынан бұл жанжалшылдық, шығармашылдық, қызғаныш және соңына түсу сандырағы жатады.

Галлюцинаторлы –параноидты синдромдар –галлюцинаторлы және сандырақтық бұзылыстарымен көрінетін синдром. Бұл синдромның негізгі құрамына Кандинский – Клерамбо синдромы (автоматизм синдромы) жатады. Бұл галлюцинаторлы –параноидты синдромның жеке жағдайы болып табылады және псевдогаллюцинациялар, психикалық актілердің бөтендену құбылысы – автоматизмдер және әсер ету сандырағы қосылады. Қабылдау бұзылысы шеңберіндегі науқас, олардың еріктен тыс пайда болатындығына, жасандылығына сенімді автоматизмнің мәні осында. Автоматизм идеяторлы, сенсорлы немесе моторлы болып бөлінеді. Науқас өз ойын басқарып тұр, оларды паралельді етеді, басына бөтен ойлар салады, оның ойларын оқып, тартып алады деп есептейді. Бұл жағдайды идеяторлы автоматизм деп атаймыз. Бұл автоматизм түріне псевдогаллюцинациялар жатады. Сенсорлық автоматизмге сезімдік таным бұзылысы жатады және науқастың сезім (немқұрайлылық, әлсіздік, ыза, үрей сезімін «шақырады») және түйсіктің (дененің әртүрлі бөліктерінде ауру сезімі,электр тоғы жолдары сезімін, күйдіру, дызыл «тудырады») жасандылығы жөнінде айтуларымен сәйкес келеді. Моторлы автоматизм дамуында науқаста өз қимылдары мен қызметтерін басқаруды жоғалтқандығына сенім туады:бетінде еріксіз күлкі пайда болады,аяқ қолдары еріксіз қозғалады,күрделі қимылдар жасалады.

Кандинский – Клерамбо синдромы шизофрения ауруына тән болып табылады,психогенді немесе экзогенді органикалық табиғатының өзгеруіне алып келеді.

Парафренді (парафрениялық) синдром –фантастикалық сандырақ синдромы.Психикалық автоматизм және псевдогаллюцинациялармен сипатталады, көбінесе көтеріңкі көңіл күй мен сипатталады.

Котар синдромы –нигилистік –ипохондриалық сандырақпен үрейлі сандырақтық депрессия көрінісімен ,немесе мәңгі өмір сүру ,мәңгі қорлық көру,немесе сыртқы әлемді жоққа шығарумен фантастикалық ипохондриалық сандырақ түрінде көрінеді.

Дисморфомония синдромы-дисморфофобия. Бұл синдром үш триададан тұрады.

1) идеясында физикалық кемшіліктер бар деп санау (мұрны» буратино тәрізді «болуы ,құлақтары «дүрбелең сияқты» болуы және т,б)

2)қатынас идеясы –«барлығы қарайды және күледі», «кімге ұнайды уродқа қарау», «адамдар көшеде саусақпен көрсетеді» деген идеялардың болуы.

3)Көңіл- күйдің төмендеуі –кейде ауыр депрессия әсерінен өзіне өзі қол жұмсауға дейін барады.

Өзінде физикалық жетіспеушіліктер бар сандырақ идеясын паранояльды типке жатады,сирек жағдайларда артық бағалы идея (бұл жағдайда кішкентай дефектті өте үлкен кемшілік бар деп түсінеді) сандырағына жатады.

Физикалық ақаудың идеясы көбінесе параноид түрінің бұрмалануы болып табылады (егер шірік адамның беті немесе денесінің керемет бөлігіне әсер ететін болса), аз болса да - асып түсетін идея (бұл жағдайда кішігірім ақау, мысалы, бірнеше қисық аяқтар «үлкен шірік», «ұят»,)

Физикалық жетіспеушіліктері бар науқастар «түзетуді», «түзетуді» өздерінің ойлау немесе физикалық жетіспеушілігінен күрт жоғарылатылды. Олар, әсіресе, хирургтарға барады, олар косметикалық хирургияны көрсетпейді.

Бұзылған сана синдромдары.

Делирий сананың жедел пайда болатын күңгірттенуі. Бұл кезде уақыт және орын бойынша бағдарлау бұзылса да, өзіндік тұлғасын бағдарлау сақталады, иллюзиялар, сахна тәрізді көру галлюцинацияларының ағынымен, аурудың күрт қозуымен, бұл жағдайдан шыққаннан кейін бөліктік амнезиямен көрініс береді.

Делирийдің үш дәрежесін ажыратады. Бірінші сатысы гиперестезиямен ,әсіресе есту ,көру анализаторлары саласында ,көңіл күйдің өзгеруімен ,сөзшендікпен ,көтеріңкі көңіл күйден қорқынышпен ,шошынумен үрейлі күйге дейін,әртүрлі айқын елестер ағыны түрінде естеліктердің жандануымен , бір орында жай таппаумен сипатталады.Делирийдің алғашқы симптомдарының бірі ұйқы бұзылуы болып табылады.

Екінші сатысында ауру көрген түсі мен шындықты ажырата алмайды, айналасындағы құбылыстарды иллюзия түрінде қабылдайды ,қозу күшейеді.

Үшінші сатысында делирийдің ең жоғарғы шегінде ,шындық өмір түгелдей галлюцинаторлық бейнелермен ,сандырақтық оқиғалармен алмасады, осының барлығы шынайы шынайы кеңістіктен қабылданады өтіп жатқан құбылыстардың кейіпкері науқастың өзі болып табылады.

Мазасыздық жедел аффективті қанық қозу жағдайымен алмасады, оның мазмұны сандырақ тематикасымен анықталады: ашу , ыза, қорқыныш, жағдайында науқас әлдекімге шабуыл жасайды немесе өз басын сауғалайды, жасырынады, қашуға тырысады. Науқастың патологиялық күйзелістері мен аффективті жағдайы және жүріс тұрысы арасында гармониялық бірлік бар. Жағдай түнге қарай ауырлай түседі, ал күндіз сананың біршама айқындалу кезеңдері болады. Делирийден шығу жиі критикалық сипатта, ұйқы кезеңінен кейін болады. Болған оқиғалар жөнінде естеліктер толық емес, үзінді түрінде болады.

Делирийдің аса ауыр түрінің варианттары кәсіптік делирий немесе муситтирлеуші делирий болып табылады, бұл варианттары үшінші сатысынан кейін дамиды. Кәсіптік делирийде науқас күйзелісі мен қимыл әрекеті өзінің мамандығына, қызметіне байланысты болады. Науқас өзін күнделікті қызмет жағдайында тұрмын деп ойлап, мамандығына байланысты әртүрлі сөздер айтып, қимылдар жасайды. Ауыр соматикалық ауруларда пайды болатын муситтирлеуші делирий кезінде қозу төсек деңгейімен шектеледі. Науқас үздіксіз, бәсең дауыспен, түсініксіз сөздерді айтады, үстінен көрпені ысырады, аяқтарын мағынасыз қозғалтады. Бұл жағдай бұдан әрі коматозды жағдайға ауысып, өліммен аяқталуы мүмкін.

Онейроид - бағдарлау және өзіндік сана бұзылысымен, фантастикалық күйзелістермен және елестермен , субъективті әлемде қабылданатын көріністермен және катотониялық симптоматикамен бірге жүретін түс тәрізді күңгірттенуі.

Психопатологиялық өнім молдығы, анықтығы, галлюцинаторлы және сандырақтық жағдайлардың динамикалылығы мен ауқымдылығы арасында диссоциация жүреді және бір жағынан, науқастың аң таң келбетепен бір қалыпта тұрып қалуы немесе біртеекті катотониялық қозу жағдайында болуы – екінші жағынан. Галлюцинациялар, псевдогаллюцинациялар және сандырақ шынайылықпен араласып, науқас және айналасындағы адамдар қатысушылар болып есептеледі. Науқас атомдық соғыс, әлем күйреуі, өзге планеталарға, басқа дәуірге орын ауыстыру күйлерін кешеді.

Онейроидтың бастапқы кезеңіне аффект тұрақсыздығы тән, ұйқы бұзылады, есімнен адасып кетемін деген қорқыныш пайда болады, дереализация, деперсонализация және абдырау күшейе түседі. Сахналау және интерметамарфоза сандырағы дамуы мүмкін. Сана күңгірттенуі жоғарғы шегінде өзіндік тұлғасына қатысты қос бағдарлау, депрессия немесе экстаз жағдайы көрініс беруі мүмкін.

Аменция –кеңістікті , уақытты , жеке басын бағдарлау бұлылуымен, шындықты түсіну қабилетінің жоғалуымен және осы кезеңнің толық амнезиялануымен жүретін сананың терен күңгірттенуі. Амнетивті күй ауыр соматикалық және психикалық зорығу, қажу фонында дамиды, және болжамы нашар. Ағымдағы оқиғаларды түсіну қабилеті жоғалады, оларды біріктіріп қабылдай алмайды. Сағатқа өарай отырып, оның тілдерін дұрыс көріп отырсады уақытты айта алмайды. Сөздері байланыссыз, қозу шеңбері аз кеңістікті алады, мағынасыз , хаосты және бас , аяқ қолдарының қозғалтумен көрінеді.

7. Бақылау.

Бақылау сұрақтары:

1. Аментивті синдром.
2. Амнестикалық синдром.
3. Астениялық синдром.
4. Делириозды синдром.

5. Депрессивті синдром.
6. Ипохондриялық синдром.
7. Катотоникалық синдром.
8. Маниакальды синдром.
9. Онейроидті синдром.
10. Паранойяльды синдром.
11. Парафренді синдром.
12. Сенестопатиялық синдром.
13. Кандинского-Клерамбо синдромы.
14. Психоорганикалық синдром.

ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

1.Кандинский-Клерамбо синдромымен бірге жүретін аурулар:

- А) шизофрения
- Б) истерия
- В) маниакальді-депрессивті психоз
- Г) жабысқақ жағдайлар невроты
- Д) Ганзер синдромы

2.Паранойяльді синдром сипатталады:

- А) псевдогаллюцинациялардың болуымен
- Б) шынайы галлюцинациялар
- В) психикалық автоматизмдерге байлығымен
- Г) интерпретативті сандырақпен
- Д) аффективті бұзылыстармен

3. Параноидты синдром ереже бойынша сипатталады:

- А) әсер ету сандырақтық идеялардың басымдылығымен
- Б) жабысқақ идеялардың басымдылығымен
- В) көңіл- күй фонның жайлы және бейғамдығы
- Г) сенестопатиялардың болуымен
- Д) парамнезиялармен

4. Кандинский-Клерамбо синдромының құрамына кіреді:

- А) психикалық автоматизмдер
- Б) сенестопатиялар
- В) иллюзиялар
- Г) парамнезиялар
- Д) қызғаныш сандырақтар

5.Депрессиялық синдроммен қандай сандырақ фабулалары бірге жүреді?

- А) қызғаныш сандырағы
- Б) ипохондриялық сандырақ
- В) әсер ету сандырағы
- Г) ұлылық сандырағы
- Д) өзін-өзі кінәлау және өзін-өзі кемсіту сандырағы

6.Жүйеленген интерпретативті сипаттағы сандырақтық идеялар кездеседі:

- А)Кандинский-Клерамбо синдромында
- Б) паранойяльді синдромында
- В) галлюцинаторлы-сандырақтық синдромында
- Г) абстинентті синдромында
- Д)маниакальді синдромында

7. Моторлы тежелу бакалады:

- А) депрессиялық синдромда
- Б) дисфория жағдайында
- В) кататониялық қозуда
- Г) маниакальді синдромда
- Д) гебефрениялық қозуда

8.Қызғаныш, шығармашылық, даукестік сандырақтық идеялардың басымдылығы тән:

- А) Кандинский-Клерамбо синдромына
- Б) паранойяльді синдромға
- В) астениялық синдромға
- Г) истериялық синдромға
- Д) парафренді синдромға

9. Астениялық синдромға мынадан басқасының бәрі тән:

- А) физикалық әлсіздік
- Б) психикалық әлсіздік
- В) фиксациялық амнезия
- Г) аффективті лабильділік (тұрақсыздық)
- Д) метео-жағдайларға тәуелділік

10.Науқас әйел тез шаршайтынын, ұзақ уақыт физикалық және психикалық күш түсуді көтере алмайтынын айтады. Көңіл-күйі төмен, болмас нәрсеге жылай салады. Жарықты, қатты дауыстарды көтере алмайды. Басы жиі ауырады, ұйқысы қашқан, ауа-райының бұзылыстарына жағдайының өзгеретінің айтады. Науқаста қандай синдром?

- а) Астениялық;
- б) дисморфоманиялық;
- в) ипохондриялық;

- г) депрессивті;
- д) дисморфофобиялық.

11. Науқас Ж., 39жаста созылмалы гастродуоденитпен ауырады. Соңғы өршу абдоминальды ауырсынумен, тәбетінің төмендеуімен, жүрегiнiң айнуымен байқалған. Шаршағыштықпен, жұмысқа қабiлетiнiң төмендеуiмен қатар онкопатология туралы ойлар пайда болған. Дәрігерден қосымша тексерулер өткізуді сұранады. Емдеу барысында ауырсыну синдромы жойылған, бұрынғы салмағы қалыптасқан, астенияның белгілері бәсеңдеген. Бірақ «рак ауруының» қорқынышы сақталады. Қорқыныш билеген кезде мазасызданып, дегбірсізденеді. Түсіндірген кезде қорқыныштын орынсыз екенімен келіседі, бірақ ол ойды жойып жібере алмайтынын айтады. Қай синдром екенін анықтаңыз.

- а) Астениялық;
- б) истериялық;
- в) депрессивті-параноидты
- г) астено-депрессті;
- д) фобиялық синдром.

Әдебиеттер

Психиатрия қазақ тілінде негізгі:

1. Илешева Р.Г. Психиатрия. – Алматы, «Санат».-1998.-245б.
2. Құдиярова Ғ.М., Жарбосынова Б.Б. Психиатрия. - Алматы.: Қазақстан, 2008.-277б.
3. Құдиярова Г.М. Жасөспірімдердің мінез-құлқындағы ауытқушылықтар.- Алматы «Рауан».-1996.-205б
4. Дәріс материалдары.

қосымша орыс тілінде:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Оқулық. -М.: Медицина. 2000
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. - М.:Медицина, 1995;
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
5. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
6. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

Электронды сайты:

1. medagent.ru/ist/

2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

1. №6 тақырып. Психикалық аурулар жіктемесі.

2. Тақырыптың мақсаттары

- Психикалық бұзылыстардың жіктелуін
- психикалық ауруларда емінде қолданылатын дәрілік заттың топтарын;
- психотерапия әдістері;
- психикалық бұзылыстардың алдын алу және реабилитациясы;
- меңгеруі қажет:
- психикалық бұзылыс жіктемесі негезінде;
- медикаментозды және психотерапия жүргізу.
- психикалық бұзылыстардың алдын алу жолдары

3. Б1.1 ҒЫЛЫМИ, ЗЕРТТЕУШІ – БІЛІМІН ҚОЛДАНУ

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: перереквизиттерден және осы пәндерден алынған білімді қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: Психиатрия бойынша тақырыпқа сай презентацияларды ұсынуды, неврология, психиатрия және наркологияда қолданылатын зерттеу әдістерін дәлділікпен орындайды;

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді: іс-әрекетінде ғылыми жаңалықтардың құндылықтарын үйлестіреді.

Б 2.2 ДӘРІГЕР-КЛИНИЦИСТ (1) НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Білім (когнитивті) домені:

Есте сақтайды: жүйелер бойынша зертеу әдістерін сұрастыру, неврологиялық статус пен психостатусты зерттеу әдістерін есте сақтайды.

Түсінеді: Жүйелер бойынша патологиялардың негізгі клиникалық симптомдары мен синдромдарын;

Қолданады: науқасты тексеруде қазіргі кезеңдегі клиникалық – зертханалық және аспаптық тәсілдерді; науқаспен, оның туыстарымен, әріптестермен және басқа медицина қызметкерлерімен сенімді қарым-қатынас орнатуды қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: жүйке ауруларының: орталық және шеткілік патологиялық рефлекстерін, өзгерістерін анықтау және т.б. дағдыларды дәлділікпен жасайды.

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

Б.2.5. ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: психикалық аурулардың алдын алудың, психикалық бұзылыстар мен тәуелділік ауруларының психогигиенасы мен психопрофилактикасының негіздерін, қалыптастырудағы білімдерін қолданады.

Қарым қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

4. Тақырыпқа байланысты сұрақтар:

1. Психикалық бұзылыстардың жіктемесі.
2. Психикалық аурулар кезінде қолданылатын дәрілік заттың топтары, әсер механизмі, көрсеткіші, қарсы көрсеткіші, жанама әсері.
3. Психотерапия түрлері.
4. Инсулинокоматозды терапия.
5. Электротырысулық терапия.
6. Медикаментозды емес емдеу әдісі (электроем, электроұйқы, гидротерапия, массаж, гипербариялық оксигенация, т.б.).

5. Оқу және оқыту әдістемесі

Науқастарды қарауға қатысу, тематикалық пациенттерді талдау, шағын топтарда жұмыс істеу, теңдесі жоқ білім беру, науқастарды емдеу, рөлдік ойындар, пікірталастар, кері байланыс.

6. Ақпараттық-дидактикалық блок

Психикалық аурулардың дәлелді медицина тұрғысынан терапиялық тәсілдері (биологиялық терапия, психотерапия, социотерапия). Психикалық аурулардың реабилитация және алдын алу шаралары.

Психикалық аурулардың жіктемесі

Психикалық аурулардың жіктемесінде клиническо-нозологический жіктеу тәсілін іске асыру мүмкін болады. Бұл аурудың басты этиологиялық факторлары, патогенетикалық бұзылыстары, клиникалық көріністері, аурудың ағымы және аяқталу ерекшеліктеріне сүйеніп жүйеленетінін білдіреді.

Психикалық ауруларды клиническо-нозологический формасы бойынша бірнеше топ және нозологиялық дәуірлерге бөлінеді.

1. Эндогенді психикалық аурулар- бұл ауруларға ішкі патогенді факторларға байланысты дамитын тұқым қуалайтын аурулар жатады. Оларға келесі аурулар жатады:

- Шизофрения
- Маниакальды депрессивті психоз

- Циклотимия
- Дистимия
- Егде жас функционалды психоздары.

2.Эндогенді органикалық психикалық аурулар .Бұл аурулардың дамуына ішкі факторлардың әсерінен бас миінің органикалық зақымданулары немесе ішкі факторлар әсері және сыртқы жағымсыз биологиялық бұзылыстарға алып келеді. Оларға келесі аурулар жатады:

- Эпилепсия
- Бас ми атрофиялық ауруы
- Альцгеймер типтегі деменция
- Альцгеймер ауруы
- Сенильді деменция
- Пик ауруы
- Гентингтон хорейасы
- Паркинсон ауруы
- Бас ми қантамырлық аурулары.

3.Соматогенді ,экзогенді және экзогенді -органикалық психикалық аурулар. Бұл ауқымды топқа сыртқы биологиялық зияндықтарға байланысты дамитын психикалық аурулар, соматикалық аурулар және бас миынан тыс аурулар кіреді. Бұл топтағы психикалық аурулардың дамуында эндогенді факторлар маңызды роль атқармайды. Оларға келесі аурулар жатады:

- Соматогенді аурулардағы психикалық бұзылыстар;
- Экзогенді психикалық бұзылыстар;
- Экзогенді -органикалық психикалық бұзылыстар;
- Бас миынан тыс инфекциялық аурулар кезіндегі психикалық бұзылыстар;
- Алкоголизм ;
- Наркомания және токсикомания;
- Интоксикациялық және дәрілік психикалық бұзылыстар;
- Бас миы жарақаттары кезіндегі психикалық бұзылыстар;
- Бас миының ісіктері кезіндегі психикалық бұзылыстар;
- Бас миының инфекциялық органикалық аурулары;

4.Психогенді аурулар. Стресстік жағдайларға байланысты жеке тұлға және дене сферасының өзгерістері дамиды. Оларға келесі аурулар жатады:

- Реактивті психоздар;
- Невроздар;
- Психосоматикалық(соматоформды) аурулар.

5.Жеке тұлға дамуының патологиясы. Бұл топқа патологиялық психикалық жағдайлар және жеке тұлғаның аномалиялық бұзылыстары жатады. Оларға келесі аурулар жатады:

- Психопатиялар(жеке тұлға аурулары);
- Олигофрения(психикалық кемақылдылық);

- Психикалық дамудың кешеуілдеуі.

Психикалық аурулардың ХАЖ 10 бойынша жіктелімі.

- Органикалық, симптоматикалық, психикалық бұзылыстар ;
- Психобелсенді заттарды қабылдауға байланысты психикалық бұзылыстар;
- Шизофрения, шизотипті немесе сандырақтық бұзылыстар;
- Көңіл күй бұзылыстары (аффективті бұзылыстар);
- Невротикалық бұзылыстар, стресске байланысты невротиалық және соматоформды бұзылыстар;
- Физиологиялық бұзылыстар синдромы және физикалық факторлар;
- Егде жастарда жетілген тұлға және мінез- құлық бұзылыстары;
- Кемақылдылық;
- Психологиялық дамудың бұзылыстары;
- Балалық және жасөспірім шақта дамитын мінез- құлық және эмоционалды бұзылыстар;
- Анықталмаған психикалық бұзылыстар.

Психикалық аурулар кезінде биологиялық терапия

Биологиялық терапия негізінде терапевтикалық әрекеттерді биологиялық деңгейде емдеу әдісі. Оған психофармокотерапия, шокқа қарсы терапия (инсулинокоматозды және электротырыспаға қарсы терапия) жатады, эпилепсия кезінде тырысуға қарсы дәрілер, есірткіні қолдануды басу үшін, наркомания кезінде, өрістеуші паралич кезінде антибиотиктермен, депрессия кезінде фототерапия қолданылады.

Психиатрияда әртүрлі биологиялық емдеу тәсілдері соның ішінде басқа аймақтың медициналық тәсілдері: сәулелі терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, гормоналды препараттармен емдеу, иммунокорректорлар және витаминдер арқылы емдеуге болады. Бұл тәсілдер психикалық ауруларды емдеуде қосымша немесе комплексті терапия ретінде қолданылады.

Биологиялық емдеу тәсілдерін психиатр арасында психофармокотерапия шұғылданады.

Психофармокотерапия

Психотропты препараттар психопатологиялық бұзылыстарды (толық немесе жартылай) жою психикалық аурулардың патогенетикалық механизміне дәрілік заттар көмегімен оң әсер ету арқылы жоғары нәтижеге жету үшін қолданылады.

Психотропты дәрілер тез немесе ұзақ уақыт әсер етеді, амбулаторлы жағдайда әртүрлі психопатологиялық аурулар кезінде әртүрлі әдістер арқылы қабылданады.

Психофармокотерапия психикалық науқастарды ерте мүгедектікті алдын алу немесе болдырмау, социалды адаптациясын жоғарылату және өмір сүру сапасын жақсарту үшін бағытталған.

Сонымен қатар, психофармокотерапия бірқатар кемшіліктерді алдын алады.

Біріншіден, айтарлықтай науқастар психотропты дәрілерді өз бетінше қабылдауына жол бермеу, әсіресе амбулаторлық жағдайда тағайындау.

Екіншіден, көптеген психофармокологиялық препараттар симптоматикалық әсерінің артықшылығы, психикалық аурулар кезінде клиникалық көріністерді жояды, бірақ айтарлықтай дәрежеде олардың патогенезіне әсер етпейді. Психофармокотерапия арқылы тұрақсыз немесе беткей ремиссия деңгейіне жетеді. Оларды тұрақтандыру үшін ұзақ уақыт, жиі емес көп жылдық психотроптық препараттар қабылданады.

Үшіншіден, психотропты дәрілердің бір неше топтарын (транквилизаторлар, психостимуляторлар) ұзақ уақыт қолданған кезде психикалық, сирек физикалық тәуелділік шақырады.

Психотропты препараттардың жіктелуі.

Психофармокологиялық препараттардың жіктемесі клиникалық әсеріне негізделіп бөлінеді. **Психотропты дәрілер 6 топқа топтастырылады.**

1) Нейролептиктер; 2) Антидепрессанттар (тимоаналептиктер); 3) Транквилизаторлар; 4) Психостимуляторлар; 5) Ноотропты препараттар (нейрометаболитикалық әсерлі препараттар); 6) Аффект стабилизаторлары (нормотимиктер).

Психофармокотерапияның варианттары мен принциптері.

Психотропты препараттар монотерапия немесе комплексті терапия түрінде қолданылады.

Монотерапия психикалық бұзылыстардың салыстырмалы қарапайым структуралы түрлерінде және олардың моносимптоматикалық формаларында, ремиссия кезінде, психотропты дәрілерді қанағаттанарлық дәрежеде сіңіре алмау кезінде қолданылады.

Көбінесе терапия бірнеше препараттармен жүргізіледі. Препараттар клиникалық симптомдарды жою және маңызды шараларды іске асыру үшін арналған.

Препараттарды таңдау кезінде психикалық аурулардың тек қана клиникалық көріністеріне қарап қана қоймай, аурудың динамикасына, нозологиялық формасына, ерте бастаған терапияның әсеріне, әсіресе соматоневрологиялық жағдайы және басқа да факторларға байланысты тағайындалады.

Психофармокотерапияның активті, орын басушы терапия және рецидивке қарсы түрлерін ажыратамыз.

Белсенді немесе активті ем психикалық аурулардың жедел және тез өрістеуі кезінде жоғары дозада психотропты дәрілер парентералды еңгізіледі. Мұндай ем «үзіліске қарсы» деп аталады, психикалық аурулардың жағдайын тез арада жақсарту үшін қолданылады.

Ремиссия басталғаннан кейін психофармокотерапияны тоқтатпай тұрып, орын басушы терапия қолданылады. Салыстырмалы терапия аз дозадан ұзақ уақыт бойы (көп айлар, көп жылдар) психостимуляторлар ремиссияны сақтау және жаңа шиеленістерді болдырмау мақсатында қолданылады.

Противорецидивті терапия интермиссия периодына, сауығуға және психикалық аурулардың қайталамалы ұстамаларын алдын алуға бағытталған.

Бір немесе бірнеше препараттарды шамадан тыс қолданғанда жағымсыз әсерлер пайда болуы мүмкін.

Психотропты дәрілердің дозасын науқастың жағдайына байланысты біртіндеп азайтып отырылады. Бірден емді тоқтатқан кезде жоғары дәрежеде психикалық аурулардың өршу қауіпі және рецидив пайда болуы мүмкін және психикалық және соматоневрологиялық бұзылыстар мен қатар «шығару синдромы» пайда болады.

Шокты емдеу әдістері

Өткен уақытта шок терапиясы (электротырысуға қарсы және инсулинокоматозды) психоз және шизофрения ауруларының негізгі емі ретінде қолданылған. Ал қазіргі уақытта шок терапиясы шектелген түрде қолданылады. Шок терапиясын өткізу үшін өмірлік көрсеткіштер немесе науқастың жазбаша келісімі, мүмкін болмаған жағдайда туыскандарының келісімі арқылы іске асырылады. Балалар және жасөспірімдерде шок терапиясы қолданылмайды.

Шок терапиясының әсер механизмі толық анықталмаған. Шок терапиясының эффективтілігі өте маңызды болып келеді. Ремиссия психофармокотерапияға қарағанда терең және берік болып келеді. Көбінесе психотропты дәрілер және шок терапиясы тек қана аурудың симптомдарын жою үшін ғана емес, алайда патогенетикалық ем ретінде де қолданылады. Бұл әдістерді қабылдауға шектеулер көп жағдайларда науқас және оның туыскандарының негативті қарым қатынастары болып табылады.

Электротырысулық терапия (ЭТТ) бұл электр тоғын орталық ми структураларына қысқа уақытты немесе тұрақты әсер етуі арқылы эпилептоформды шабуылдың пайда болуы. Әрбір науқас үшін эпилептоформды шабуылды шақыру үшін электр ток кернеуі және оның экспозициясы минималды түрде жеткілікті болады. ЭТТ әдетте күнара 4 тен 12 сеансқа дейін жүргізіледі.

ЭТТ қолдануға көрсеткіштер созылыңқы депрессивті жағдайлар (бір жылдан артық), терапияға резистентті ступор жағдайлар, гипертотоксикалық шизофрения ұстамалары болып табылады. ЭТТ соматикалық аурулары жоқ науқастарға тағайындалады. Емдеу алдында науқасты терапевт толық тексеруі керек, қажет болған жағдайда тірек –қозғалыс аппаратының дертін жоққа шығару үшін хирург тексеруінен де өтуі керек. ЭТТ көмегімен депрессивті ұстаманы тоқтатып қана қоймай, ауруды қолайлы бағытқа өзгертуге болады.

ЭТТ қолдану кезінде тыныстың тоқтауы, жүрек соғу жиілігінің бәсеңдеуі, тірек қимыл аппаратының зақымдануы, есте сақтау қабілетінің нашарлауы асқынулары пайда болуы мүмкін.

ЭЭТ ға негізгі қарсы көрсеткіштер эпилепсия, бас миының органикалық зақымданулары, тырысулық дайындықтың жоғарылауы, буын сүйек жүйесіндегі елеулі аурулар кезінде қолдануға болмайды.

Инсулинді шокты терапия. Бұл емдеу әдісі инсулинді кома шақыру арқылы жүргізіледі. Емдік әсерін психикаға инсулиннің тікелей әсері емес, ол арқылы туындайтын жағдайлармен (гипогликемия, кома) байланыстырады. Беспецификалық стрессті әсер ету эффекті елеулі роль атқарады деп есептеледі. Науқастарды соматикалық тексеру тырысулық терапия жүргізгендегидей мұқият жүргізіледі, өйткені гипогликемия жағдайында жиі эпилептоформды ұстамалар болады. Емдеу әрбір науқасқа сәйкес инсулиннің коматозды дозасы негізінде жүргізіледі.

Бірінші кома ұзақтығы 5-10 минутқа дейін, кейін 30-40мин дейін. Бір ем курсына коматозды жағдай саны 15-40. Терапияға көрсеткіштер ұзаққа созылмаған және продуктивті психопатологиялық симптоматикамен, ұстама тәрізді ағымға бейім шизофрения жағдайлары болып табылады. Соматикалық және инфекциялық аурулар ,артық дене массасы терапияға қарсы көрсеткіш болып табылады.

Ұйқысыздықтың дәрілік емі. Ұйқы бұзылуы механизмі науқас 1-3 тәулік немесе түнгі ұйқының аптасына 3-4 сағатқа дейі қысқаруынан пайда болады. Ұйқысыздық депрессия және эндогенді бұзылыстар салдарынан пайда болады. Ұйқысыздық емінде жиі транквилизаторлар қолданылады.

Фототерапия (сәулелік ем). Науқас фототерапиядан күнара жарты сағаттан 2-3сағатқа дейін жоғары дәрежелі ақ сәуленің көмегімен жүргізіледі. Ем ұзақтығы -10-15 күн.

Фототерапия депрессиялық жағдайларда ,әсіресе эндогенді және мерзімдік сипаттағы жағдайларда қолданылады. Терапиялық әсері жарық сәуленің әсеріне байланысты болып келеді.

Иглорефлексотерапия. Терең емес депрессиялар кезінде, әртүрлі типті астенияда және де басқа невротикалық немесе неврозға қатысты бұзылыстар кезінде қолданылады.

Психотерапия және социотерапия.

Науқасқа емдік мақсатта психикалық әсер ету әдісі. Психотерапия арқылы науқасты тыныштандырып, сақтық пен күдікшілдікті бәсеңдетіп ғана қоймай, сонымен бірге науқастың белсенділігін ынталандырады.

Социотерапия психотерапияның бір бөлігі болып, социальды психологиялық факторлар қолданылады: айналасындағылардың социальды ортаның тікелей әсері, әртүрлі социалдық активтік формалары және т.б жатады.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация шаралары шартты түрде үш этапқа бөлінеді.

Бірінші этап- қалпына келтіруші терапия – стационарлық немесе жартылай стационарлық жағдайда жүргізіледі. Мүгедектіктің және психикалық дефект дамуына бағытталған, комплексті шаралармен қоса интенсивті биологиялық ем қолданылады. Топтық және отбасылық психотерапия, және әртүрлі социотерапия кеңінен қолданылады.

Екінші этап- реадaptация – стационарлық және жартылай стационарлық жағдайда басталып, ауруханадан тыс жағдайда жалғасады. Орынбасушы биологиялық терапия қолданылады. Отбасылық психотерапияның маңыздылығы – науқасты отбасына, отбасысын науқасқа бейімдеу болып табылады.

Үшінші этап- рационалды еңбекке қабілеттіліктің және науқастың белсенді өмір қалпын қалыптастыру үшін бағытталған реабилитация кезеңі болып табылады.

Психопрофилактика негізі

Психопрофилактика – бұл психикалық аурулардың және олардың нәтижесінде болатын асқынулардан сақтандырумен айналысатын психиатрияның бір бөлігі.

Аурулардан сақтандыруға бағытталған жалпы профилактиканың бір бөлігі ретінде психопрофилактика нақты психикалық бұзылыстарға негізделген. Жалпы профилактикалық көптеген мәселелерді шешу психопрофилактикаға қосқан үлес болып табылады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының шешімі бойынша психопрофилактика біріншілік, екіншілік және үшіншілік болып бөлінеді.

Біріншілік психопрофилактика – психикасы дұрыс адамдарды психикалық аурулардан сақтандыру мақсатында қолданылады. Біріншілік психопрофилактика өте жоғары сапада қызмет жүргізілуін қамтамасыз етеді және тек медицина қызметкерлері ғана емес, сонымен қатар басқа да мемлекеттік және жалпы ұйымдық мамандардың қатысуымен жүргізіледі.

Екіншілік психопрофилактика-басталған психикалық аурудың ерте анықтап, оның асқынған түрлерін болдырмау үшін бағытталған шаралар болып және оның созылмалы және қайталамалы түріне ауыспауына қарсы жұмыс, ауруды бастапқы сатысында тоқтату жұмысын жүргізеді.

Үшіншілік психопрофилактика- психикалық науқастың мүгедектігіне жол бермеуге бағытталған жұмыстар болып табылады.

Екіншілік және үшіншілік психопрофилактика қызметі ауру басталып, зақым келгеннен кейін жүргізілетін болғандықтан оның жұмысының нәтижесі біріншілік психопрофилактикамен салыстырғанда толымсыз болады.

7. Бақылау.

Бақылау сұрақтары:

1. Психикалық бұзылыстардың жіктемесі.
2. Психикалық аурулар кезінде қолданылатын дәрілік заттың топтары, әсер механизмі, көрсеткіші, қарсы көрсеткіші, жанама әсері.
3. Психотерапиялық көмекті ұйымдастырудың негізгі принциптері.
5. Психодинамикалық психотерапия.
6. Поведенческая психотерапия.
7. Когнитивті психотерапия.
8. Рациональді-эмоциональді психотерапия.
9. Гуманистикалық психотерапия.

10. Суггестивті психотерапия.
11. Гипнотерапия.
12. Топтық психотерапия.
13. Отбасылық психотерапия.
14. Инсулинокоматозды терапия.
15. Электротырысулық терапия.
16. Басқа медикаментозды емес емдеу әдісі (электроем, электроұйқы, гидротерапия, массаж, гипербариялық оксигенация, т.б).
17. Психикалық бұзылыстардың алдын алу және реабилитациясы..

Әдебиеттер

Психиатрия қазақ тілінде

негізгі:

1. Илешева Р.Г. Психиатрия. – Алматы, «Санат».-1998.-245б.
2. Құдиярова Ғ.М., Жарбосынова Б.Б. Психиатрия. - Алматы.: Қазақстан, 2008.-277б.
3. Құдиярова Ғ.М. Жасөспірімдердің мінез-құлқындағы ауытқушылықтар.- Алматы «Рауан».-1996.-205б

қосымша орыс тілінде:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Оқулық. -М.: Медицина. 2000
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. - М.:Медицина, 1995;
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
5. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
6. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

Электронды сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>

**1. №7. Экзогенді - органикалық және соматогенді бұзылыстар.
Симптоматикалық (посттравматикалық) эпилепсия.**

2. Тақырыптың мақсаттары

- Экзогенді-органикалық бұзылыстарды;
- Соматогенді бұзылыстар;
- Ақыл кемістігі;
- Деменцияны
- уақыт өте келе қоғамға, науқастың өміріне және денсаулығына қауіп төндіретін жедел психикалық бұзылысты анықтау
- қоғамға қауіпті қозған науқасты қалай ұстау керектігін және оған көмек көрсету, дәрігер психиатрге жолдауды білуі қажет.

3. Б1.1 ҒЫЛЫМИ, ЗЕРТТЕУШІ – БІЛІМІН ҚОЛДАНУ

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: перереквизиттерден және осы пәндерден алынған білімді қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: Психиатрия бойынша тақырыпқа сай презентацияларды ұсынуды, неврология, психиатрия және наркологияда қолданылатын зерттеу әдістерін дәлділікпен орындайды;

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді: іс-әрекетінде ғылыми жаңалықтардың құндылықтарын үйлестіреді.

Б.2.2 ДӘРІГЕР-КЛИНИЦИСТ (1) НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Білім (когнитивті) домені:

Есте сақтайды: жүйелер бойынша зертеу әдістерін сұрастыру, неврологиялық статус пен психостатусты зерттеу әдістерін есте сақтайды.

Түсінеді: Жүйелер бойынша патологиялардың негізгі клиникалық симптомдары мен синдромдарын;

Қолданады: науқасты тексеруде қазіргі кезеңдегі клиникалық – зертханалық және аспаптық тәсілдерді; науқаспен, оның туыстарымен, әріптестермен және басқа медицина қызметкерлерімен сенімді қарым-қатынас орнатуды қолданады.

Дағдылар (психомоторлы) домені:

Дәлдік: жүйке ауруларының: орталық және шеткілік патологиялық рефлекстерін, өзгерістерін анықтау және т.б. дағдыларды дәлділікпен жасайды.

Қарым-қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс-әрекетінің құндылықтарын үлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

Б.2.5. ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Білім (когнитивтік) домені:

Қолданады: психикалық аурулардың алдын алудың, психикалық бұзылыстар мен тәуелділік ауруларының психогигиенасы мен

психопрофилактикасының негіздерін, қалыптастырудағы білімдерін қолданады.

Қарым қатынас/мінез-құлық (аффективтік) домені:

Құндылықтарды үйлестіреді және ұйымдастырады: жасаған іс әрекетінің құндылықтарын үйлестіре отырып, дұрыс ұйымдастырады.

4. Тақырыпқа байланысты сұрақтар:

1. Альцгеймер, Пик, Паркинсон және Гентингтон ауруы кезіндегі деменция.
2. Қан-тамырлық деменция.
3. Бас ми жарақатымен байланысты деменция.
4. Эпилепсиямен байланысты деменция.
5. Нейроинфекциямен байланысты деменция.
6. Соматикалық ауру кезіндегі психикалық бұзылыстар
7. Кем ақылдылықтың этиопатогенезі, жіктелуі.
8. Кем ақылдылықтың жалпы симптоматологиясы.
9. Кем ақылдылықтың ауырлық дәрежесі
10. Кем ақылдылықтың дифференцияланбаған және дифференцияланған формасы.
11. Кем ақылдылықтың тұқым қуалаушылық формасы.
12. Кем ақылдылықтың шартты-экзогенді формасы
13. Кем ақылдылығы бар балалардағы психоз
14. Кем ақылдылықтың диагностикасы, дифференциальді диагностикасы және емі.

5. Оқу және оқыту әдістемесі

Науқастарды қарауға қатысу, тематикалық пациенттерді талдау, шағын топтарда жұмыс істеу, теңдесі жоқ білім беру, науқастарды емдеу, рөлдік ойындар, пікірталастар, кері байланыс.

6. Ақпараттық-дидактикалық блок

Бұрын бас-ми жарақатын бастан өткерген, соның нәтижесінде тыртықтану өзгерістері бар аймақтарда эпилептикалық ошақ пайда болған, құрысуларға бейім науқастарда дамиды, көбінесе ошақ қыртысты құрылымда орналасады. Осы себептен бұл жерде байқалатын талмалар жай парциальды моторлық (джексоновский) деп аталады.

Көбіне олар сақталған сана фонында дамиды және сыртқы әсерлермен провоцирленеді. Құрысулық ұстамалар әдетте, жоғарғы немесе төменгі аяғындағы жеке бұлшықет топтарын қамтитын-парциальды болады және жартылай немесе толық құрысуға бейім болады. Саусақ бұлшықеттерінен бастап, қолдың немесе аяқтың бұлшық етіне, білекке немесе төменгі аяққа, иыққа және т.б. аймақтарға тарайды. Кейбір жағдайларда, кез-келген деңгейде басып алу тоқтатылуы мүмкін, басқа жағдайларда - қайталама жалпыланған тонико-клоникалық талмаға, сананың бұзылысы тән екіншілік генерализирленген ұстамалар болады.

Жұқпалы аурулардағы психикалық бұзылулар

Олар екіге бөлінеді:

1. симптоматикалық - жалпы инфекциялық ауруларда бактериялық немесе вирустық токсиндермен улану нәтижесінде орын алады.
2. Интракраниалды-нейротинді инфекциялардың (энцефалит, менингит, арахноидит) бас миына немесе оның қабықтарына тікелей зақымдануын туындайды.

Бұл жіктеу клиникалық практика үшін өте маңызды, өйткені жалпы жұқпалы психоздар әдетте қалпына келеді, ал нейроинфекциядан туындаған психикалық бұзылулар («органикалық мидың зақымдануы») өте төзімді. Сонымен қатар, осы айырмашылықтың шарттылығын түсіну қажет. жекелеген жұқпалы аурулар жиі органикалық мидың зақымдалуына (тұмау) немесе энцефалитикалық құбылыстармен (тифф) бірге жүреді. Бұған қоса, инфекциядан кейін пайда болатын психоз әрдайым жұқпалы болып келеді, өйткені жұқпалы ауру көбінесе эндогендік психикалық аурулардың (шизофрения және биполярлы аффективті бұзылулар) пайда болуына себепші болады.

Жедел симптоматикалық инфекциялық психоз

Жедел симптомды инфекциялық психоздар әдетте сана-сезімнің бұзысымен кездеседі. Санадағы бұзылулар тереңдікте, құрылымда, ұзақтықта әр түрлі.

Олар келесі синдромдармен сипатталады: сананың (комадан бастап комаға дейін) және сана-сезімнің бұзылуымен (безгек, ауыз, сумерка, арнайы, онейроид т.б.).

Жұқпалы психоздағы ең таралған психопатологиялық бұзылыс сананың шатасуы болып табылады.

Алғашқы аурудың пайда болу сәтінде келесі динамикалық делирий түрлерін бөлінеді:

а). бастапқы делирий соматикалық бұзылулардың симптоматикасына дейінгі және продромды кезеңде орын алады. Көбінесе бұл астенциалданған пішінді науқастардағы қосымша қауіптердің болуымен байқалады, дененің қорғанысын жалпы төмендетуі байқалады.

б). фебрильді делирий аурудың биіктігінде, температура биіктігенде орын алады. Мұндай жағдайларда патогенездің жетекші факторлары иммундық қақтығыстың қарқындылығымен байланысты, сондай-ақ температураны жою биіктігінде қан-мидың кедергісінің өткізгіштігінің артуымен байланысты интоксикация болып табылады.

с). Коллапс- делирий - температураның төмендеу кезеңінде пайда болатын психоз. Оның патогенезі гомеостатикалық тепе-теңдіктің күрт өзгеруімен және орталық жүйке жүйесінің бейімделу қабілетіндегі бұзылуларымен байланысты.

Симптоматикалық жұқпалы психоз әдетте бас-дамуы, летаргиясы немесе қозғалтқыштың алаңдаушылығы, эмоционалдық бұзылулар (қорқыныш, қорқыныш, депрессия), ұйқының бұзылуы,

гиперестезия т.б. астеникалық синдром белгілері., яғни қысқа мерзімді продромды кезеңге дейін болады. Кейбір жағдайларда психикалық бұзылулар астениялық шағымдармен шектеледі және психоз одан әрі дамымайды.

Жедел симптоматикалық психоз кезінде психотикалық бұзылулар кезеңі бірнеше сағаттан 2-3 күнге дейін созылады. Оған тән - тек түнде пайда болатын қысқа мерзімді эпизодтармен делириозды және өзгерген сананың жай-күйі, әдетте, тек бір рет, температуралық биіктікте - «безгектің бұрмалауы», болады. Негізгі ауруға шалдығудың ауыр кезеңінде, делирий бірнеше күн созылады, әсіресе қолайсыз жағдайларда ампутациямен ауыстырылуы мүмкін.

Психотикалық кезең әдетте ұйқының ауыр бұзылуымен (ұйқының бұзылуы және ояту фазаларын, ұйқының және ұйқысыздықтың ауысуы) бірге жүреді.

Көбінесе «сананың ерекшелігі» құрылымының бөлігі болып табылатын «дене үлгісіндегі» метаморфоз, спациотемпоральді және вестибулярлық бұзылулар («оптикалық дауыл») бұзылыстар түрінде психосенсорлық бұзылулар жиі кездеседі.

Күшті уыттану жағдайында, жалпы жағдайдың ауырлығының артуымен, мидың айқын ісінулері мен гипоксиясының дамуы клиникалық көріністе басымдыққа ие болады, тіпті шартсыз рефлексстердің (сіңір, фарингаль, пирсиллярлық, кернеу) өткір әлсіреуімен, бұзылыстары бар патологиялық рефлексстердің пайда болады тыныс алу және жүрек функциясы бұзылады.

Жұқпалы аурулар ауыр токсикозсыз (безгек, ревматизм және т.б.) пайда болған кезде, әдетте, қысқа мерзімді (бірнеше сағатқа дейін), сана сезімімен салыстырмалы түрде аздап ұшыраған онероидтық жағдайлар бар. Олар пациенттердің оқиғаларға белсенді қатысқаны немесе мол, түрлі-түсті, панорамалық, фантастикалық, фантастикалық тақырыптармен жарқын, сахнаға ұқсас көру галлюцинациясы болады.

Организмнің жалпы реактивтілігінің төмендеуімен, негізінен айқын соматикалық әлсіреу болған кезде айтарлықтай аз болса, ойлаудың сарқылуы мен сәйкессіздігімен шатасқан тіркесіммен ерекшеленетін жауапты жағдайлар болады («астеникалық шатасу» С.С.Мнухин, 1963; Д.Н.Исаев, 1964).

Амнестикалық жағдайдың анық формаларында сөйлесудің байланыссыздығы, қозғыштық, қабылдаудың бұзылысы, сандырақ ойлар болады. Амнестік жағдайлардың ұзақтығы бірнеше сағаттан 1-2 аптаға дейін немесе одан да көп болуы мүмкін. Ақыр соңында, сана сезімімен, қорқынышпен бірге жүретін сана-сезім болуы мүмкін. Мұндай психоз әдетте пайда болады және кенеттен аяқталады, ұзақтығы $\frac{1}{2}$ сағаттан 2 сағатқа дейін созылады, ол терең ұйқымен ауыстырылады, кейде сопор немесе аменция болады, бұллардың болжамы қолайсыз.

Жедел симптоматикалық психоздар өткір галлюциноз түрінде

сананың шатыстырусыз пайда болуы мүмкін. Әдетте бұл пациенттердің басқа адамдарға және өздеріне қарсы қауіпті әрекеттер жасай алатын түсіндірме немесе императивті табиғаттың галлюцинациясы болады. Ауызша галлюцинациялардың тез ағыны көбінесе галлюцинаторлық шатастықтың дамуына әкеледі.

Жедел симптоматикалық психоздың пайда болуынан кейін церебральды бұзылыстар (К.Бонхофердің эмоционалды-гиперстетикалық әлсіздігі) шаршау, сарқылу, бұзылған шоғырлану, эмоционалдық тұрақсыздық, анық гиперестезия, ұйқының бұзылуы түрінде байқалады.

Нейроинфекциялардағы психикалық бұзылулар (инкракraniaлық инфекциялық психоз)

Нейроинфекцияға инфекцияның қоздырғышы негізінен орталық жүйке жүйесіне локализацияланған аурулар кіреді және олардың кез-келген бөлімдерінің зақымдалуының клиникалық белгілері бар. Қазіргі уақытта нейроинфекция симптомдарының спектрі өзгерді. Жеңіл бас мен бұлшықет ауруы, ұйқының бұзылуы, «сыну» сезімі, тәбет пен жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуі және астениялық синдромның басқа көріністері қалыпты, өздігінен өтетін инфекцияның және нейроинфекцияның үлкен қауіпін симптомды болуы мүмкін.

Бұл аурулар тобына мидың алғашқы эпидемиялық аурулары (эпидемия, көктем-жаз, жапон энцефалиті), пара-инфекциялық энцефалит, яғни, жалпы инфекциямен (қызылша, тұмау, іш сүзегі, эпидемиялық паротит), нейро-ревматизм, нейросифилис және т.б энцефалит сияқты асқынулар туындайтын аурулар жатады.

Энцефалит кезінде психоздар.

Жедел церебральды инфекциялардың клиникалық ерекшеліктері тек қана этиологиялық факторға ғана емес, сондай-ақ мидың зақымдалуының бастапқы немесе қайталама сипатына және қабықтың ерекше патологиялық процесстеріне (мысалы, мембраналардың ірінді немесе сероздық қабынуы) басым қабыну үрдісінің (мембраналарда немесе мидың өзінде) орналасуына байланысты болады.

Алғашқы энцефалит (эпидемия, жапондық) кезінде өткір кезең жиі сана сезімімен, омыртқа, онейроид синдромымен, шуақты күйде, комадан шыққан әр түрлі дәрежедегі сана бұзылысы түрінде көрінеді.

Ұзаққа созылған созылмалы кезеңінде психосенсорлық, галлюцинаторлық-сезімталдық, аффективтік, импульсивті, қатыгездік, психопатикалық бұзылулар, жыныстық және тамақтану бұзылыстарымен сипатталады.

Кене энцефалиттің соңғы кезеңінде көбінесе миоклонды эпилепсия дамиды (Кожевниковтың эпилепсиясы).

Эпидемиялық энцефалиттың созылмалы сатысы паркинсонизмнің, астрономияның, брадифренияның, баяу жүрудің, қозғалыс және психикалық процестердегі қиындықтардың, сондай-ақ қозғалтқышты

қозғаудың парохизмдері, зорлық-зомбылық әрекеттерімен (күлкі, жылау) сипатталады.

Жалпы жұқпалы аурулар кезінде пайда болған паренфекция энцефалиті арасында энцефалит, қызылша, эпидемиялық паротит, сияқты аурулар жиі кездеседі. Олармен, әдетте, психикалық бұзылыс белгілері кездеспейді. Дене температурасының биіктеген кезде әдетте, онейроидтық және амениалды бұзылыстардың қысқа мерзімді эпизоты деррариотикалық бұзылыстар пайда болуы мүмкін. Көбінесе фебрильді талма жиі кездеседі.

Нейроревматизм кезінде психикалық бұзылулар.

Ревматикалық психоздардағы мидағы патологиялық процесстің табиғаты зерттеудің әртүрлі кезеңдерінде әртүрлі бағаланды, бұл көбінесе осы кезеңде ревматизмнің патогенезі туралы пікірлермен байланысты. Ревматизмдегі мидағы энцефалитикалық немесе тамырлы-қабыну өзгерістерінің таралуы туралы мәселе дебат болып табылады. Дегенмен, көптеген авторлар мидың зақымдалуының негізгі нысаны болуы үшін орташа және кіші тамырлардың вирусын (ревмативаскулит) қарастырады.

Ревматизмдегі психоздардың аурудың әртүрлі кезеңдерінде, соның ішінде «суық» кезеңінде орын алуы мүмкін, өйткені ревматизмнің жасырын курсы субоклиниялық жолмен жүретін белсенді процесс, бұл биохимиялық, иммунологиялық және патохистологиялық зерттеулермен расталады. Сонымен қатар, ревматикалық процесстің фазасы мен психоздың көрінісі арасында айқын байланыс бар: өткір ревматикалық безгекте, созылмалы, жасырын ағынмен және интерстициальды кезеңде - астроникалық, параноидты, шизофрениялық, ауызша галлюцинациялармен сана сезімін жиі синдромы бар. Ұзақ ревматикалық психозға, ауыр өлімге алып келетін гипохондриалық, нихилистикалық, ұғымдық идеялары бар ой-депрессиялық синдромдар тән. Ұзақты созылмалы психоздардың ұзақтығы 2 айдан 1 жылға дейін. Олардан шыққаннан кейін ұзақ мерзімді церебральды жағдайлар байқалады.

ЖИТС-кезіндегі психикалық бұзылулар.

ЖИТС-тегі психикалық бұзылулар өте әртүрлі және әр түрлі психикалық реакцияларды қамтуы мүмкін. Оларға мыналар жатады:

А. Аурудың және АИТВ-инфекциясының диагнозымен пациенттердің реакциясы.

ЖИТС-тен ауыратын науқастарда анықталған шекараның белгілерінің көпшілігі психологиялық тұрғыдан түсінікті байланыстың шеңберінде қарастырылады және адамның психологиялық бұзылуына әкелетін аурудың реакциясының көрінісі ретінде түсіндіріледі. ЖИТС -пен ауыратын науқастардың маңызды психологиялық мәселесі - әлеуметтік оқшаулау. Науқастар көбінесе жұмысынан босатылады, олардың отбасылары бұзалады, туыстары мен достары олардан бас тартады, мейрамханаларға және қонақ үйлерге жіберілмейді. Әсіресе,

ЖИТС-тен зардап шеккен балалардың жағдайлары ауыр, өйткені олар мектептен шығарылып, құрдастарымен қарым-қатынастан айырылды.

Функционалды психикалық бұзылулар көбінесе алаңдаушылық пен депрессияның сезімін жоғалту, кінәсіздік, жиі суицидтік әрекеттер, сондай-ақ дәрігерлерге арналған үгіт-насихат және ашушандық сезімімен көрсетеді.

Кейде депрессия - ЖИТС-ның алғашқы симптомдарының бірі. Бұл жағдайда әдетте өзіне-өзі қол жұмсау әрекеттері ЖИТС-тен туыстары мен достарының қайтыс болғанына куә болған адамдармен жасалады. Көбінесе обсессивті-компульсивті бұзылулары бар науқастарға тән. Олар депрессияның басталуынан кейін немесе аурудың реакциясы ретінде қарамастан қайталануы мүмкін. Бұл тәжірибелер өздерінің денелерін белгілі бір бөртпелерді немесе күдіктілерді іздеуге, өлім туралы үнемі ойларға, өлім-жітім процесіне, жыныстық серіктестердің обсессивтік естелігіне, инфекцияның пайда болуына болатын көптеген сағаттардан тұрады.

Айта кету керек, ЖИТС психопатологиялық симптомдарының көпшілігі терминалды кезеңде онкологиялық науқастардың тәжірибесіне ұқсас, бұл ауру аурудың ауыр жағдайларында психопатологиялық реакцияның әмбебаптығын көрсетеді.

Б. Психикалық бұзылулар мидың ЖИТС -жұқпасының тікелей инфекциясының нәтижесі болуы мүмкін. АИТВ вирусы жүйке жүйесінің клеткаларына әсер етеді, бұл иммунитеттің төмендеу белгілеріне дейін психикалық бұзылуларға әкелуі мүмкін. Мәселен, бірнеше ай бойы, тіпті кейде тіпті аурулардың пайда болуынан бірнеше жыл бұрын, субклиникалық деңгейде апатия, оқшаулану сезімі, жалғыздық және басқа да психикалық бұзылулар бар.

Эндогендік аурулармен (шизофрения, манико-депрессиялық психоз), сондай-ақ басқа инфекциялық психоздармен дифференциалды диагнозды талап ететін өткір психотикалық бұзылулар сипатталады. Бұл бұзылулардың симптоматикасы әртүрлі болып табылады және аурудың бірден-бір көрінісі болып табылатын өтпелі психикалық бұзылуларды қамтиды немесе көзқарасты, қудалауды, өзін-өзі кемсітуді, ауызша галлюцинацияларды, депрессиялық және маникаттық эпизодтардың құрылымына кіреді. Көбінесе, сана сезімін бұзылу синдромы қоршаған ортада, көрнекі иллюзиялар мен галлюцинацияларда, ойдағыдай ойлауда бұрмаланған немесе жауапты болып табылады. Бұл бұзылулар әдетте инфекциялармен, ЖИТС-пен емдеуге арналған дәрі-дәрмектердің үлкен мөлшерін (химиотерапия), сондай-ақ диареяда, тыныс алу жетіспеушілігі мен электролиттің тепе-теңсіздігінен туындаған кезде гипоксиямен қоздырады.

ВИЧ-инфекциясының ең тән сипаты психорганикалық синдромның көрінісі болып табылады. Жұқпалы ауруға шалдыққан сайын, ЖИТС-пен ауыратындардың 15% -ы органикалық мидың зақымдану белгілерін дамытады. Сонымен қатар, көңіл аударудағы қиындықтар, ағымдағы

оқиғалардың жадысын төмендету, психикалық процестерді бәсеңдету, оқу, санау қиындықтары және кейінірек лакунардық деменцияны қалыптастыру қиынға түседі.

Бас ми ісіктері кезінде психикалық бұзылыстар.

Қазіргі жағдайда ми ісіктерінің диагнозы әртүрлі салаларда қолда бар қолда бар барлық әдістер мен мамандарды қамтитын күрделі психопатологиялық, неврологиялық және обструктивті зерттеулердің нәтижесі болуы мүмкін. Онда ісік ауруларының жалпы диагнозы (нозологиялық диагноз), локализация (анықтау диагнозы), сондай-ақ ісіктің сипатын анықтау (гистологиялық диагноз). Осы негізде болжам жасалып, емдеу тактикасы таңдалады. Қазіргі жағдайда ми ісіктерінің диагнозы әртүрлі салаларда қолда бар қолда бар барлық әдістер мен мамандарды қамтитын күрделі психопатологиялық, неврологиялық және обструктивті зерттеулердің нәтижесі болуы мүмкін. Онда ісік ауруларының жалпы диагнозы (нозологиялық диагноз), локализация (анықтау диагнозы), сондай-ақ ісіктің сипатын анықтау (гистологиялық диагноз). Осы негізде болжам жасалып, емдеу тактикасы таңдалады.

Психопатологиялық симптомдар көбінесе ісіктердің неврологиялық даму белгілерін немесе олармен бір мезгілде дамиды. Дегенмен, ауру ақыл-ой өзгерістерінің бұзылысынан басталады.

Ми ісіктеріндегі ең жиі психикалық өзгерістердің бірі - сана сезімін бұзылуы және күйзелістен конфокалды және коматозиялық жағдайға дейін бұзылыстар дамиды . Психикалық бұзылулар көбінесе инкракraniaлық қысымның жоғарлауымен байланысты болғандықтан, олар кез-келген ми ісіктері бар, бірақ көбінесе ісіктің қатерлі өсуімен дамуы мүмкін.

Клиникалық, керемет белсенді назардың азаюы және пациенттердің концентрацияға қабілеттілігі көрінеді. Пациенттер жалған, апатетикалық, немқұрайлылықпен, барлық ақыл-ой процестерінің баяулауы және кедергісі, есте сақтау әлсіздігі, еске алу және көбею, ең алдымен, хронологиялық, бағдарлау процестері бұзылады. Аурудың соңғы кезеңдерінде асқазан-ішек қысымының немесе дисциркуляциялық бұзылыстың белгілерін біртіндеп жоғарылату арқылы таңғажайып сопорға , содан кейін әдетте қайтыс болғанға дейін комаға өтеді.

Мидың ісіктері туындағанда рудиментарлық синдромдар дамиды:

1. делирийлік жағдай ;
2. аментивті шатасулар жағдайы;
3. ес түссіз жағдайы;
4. Онеироидтық (ұйқысыз) жағдайларда;
- 5.«арнайы» жағдайлар вестибулярлық бұзылулармен, кеңістіктік қабылдауды бұрмалаумен, «дене схемасы» мен басқа психосенсорлық бұзылыстардың бұзылуы.

Мидың ісіктері кезінде пароксизмальды галлюцинаторлық бұзылулар жиі кездеседі, яғни галлюцинациялардың қысқа тұтануы (рудименталды галлюциноздар). Оларға мыналар жатады: дәм мен есту галлюцинациялары, сондай-ақ көрнекі, есту галлюцинациялары, тәжірибесі «бұрыннан көрілген» сананың өзгеру күйлері (Джексонға арналған «арман әлемі» - «dreamystates»).

Маңдай бөлігінің ортасындағы ісігі кезінде қозудың төмендеуі, психикалық, қозғалыс активтілігінің, спонтандылық, акинетико-абулитикалық синдром мнестикалық бұзылыстармен көрінетін адамда терең психикалық бұзылыстар болады. Маңдайдың басқа бөліктеріндегі ісік кезінде мінезінде дөрекі бұзылыстар және критиканың төмендеуімен жүретін аффективті бұзылыстар, моральдық көзқарастың жоғалуы, мориотоникалық тәрізді қозу болады.

Ми ісігінің жиі көрінісіне генеризациялық және парциальды түрдегі эпилептикалық бұзылыстар, дистрофиялық жағдай, экстатикалық тәжірибе, оргазмның эпилепсиялық талмаларын қосқанда, сонымен қатар тұтқырлық түріндегі ойлау өзгерісі, баяулау, патологиялық жағдайлар көрінеді.

Олигофрения (Кемақылдылық)

Олигофрения – түрлі этиологиясы мен патогенезі бар тұрақты прогрессивті емес патологиялық жағдайлардың құрамды тобы, негізгі клиникалық белгілерімен біріктірілген тұқым қуалайтын, туа біткен немесе өмірінің алғашқы жылдарындағы кемақылдылық, интеллектуалдық ақаудың басым болуымен және әлеуметтік бейімделу қиындықтарымен жалпы ақыл-ой дамуының жоқтығымен көрінеді.

Қазіргі уақытта «психикалық ретардация», «ақыл-есі кем болу», «жалпы дамымау», «ақыл-есі дамымау» сөздері қолданылады.

Интеллект жетілмеуі – олигофренияның айқын клиникалық көрінісі, бірақ есіңізде болсын, ақыл-ой жетіспеушілік адамның жалпы психикасының дамуының бір бөлігі ғана. Сонымен қатар олигофрения кезінде эмоция, ерік, сөйлеу және қозғалыс функциялары бұзылады.

Олигофренияның негізгі көрінісі – ақылдың дамымауы – оның түріне байланысты әртүрлі физикалық, неврологиялық, психикалық, биохимиялық, эндокринді бұзылыстаомен бірігеді. Олигофрения ауру емес. Ол ауыр процес емес, қандайдабір кері әсерлерден дамыған ақыл дамымауымен көрінетін патологиялық жағдай.

Олигофренияға прогрестің болмауы тән, олигофрендердегі кемақылдылық өспейді, көбеймейді, прогрес болмайды.

Керісінше, көп жағдайда (ең ауыр түрінен басқа) олигофренияда интеллектуалдық даму мүмкін. Олигофренияның деменциядан негізгі айырмашылығы – кемақылдылық өмір сүру барысында прогрестелінеді.

Ақыл жетіспеушілік дәрежесіне байланысты, үш топқа бөледі:

- 1) ақыл жетіспеушілік айқын көрінеді (идиотия);
- 2) орташа дәрежеде (имбецилділік)
- 3) жеңіл дәрежесі (дебилділік).

Идиотия (грек. Idioteia – надандық) ақыл дамымуының ауыр дәрежесі. Идиотияның терең түрінде тану қабілеті мүлдем болмайды, тіпті қатты дауысқа немесе айқын жарыққада назар аудармайды. Олар кез келген саралауға қабілетсіз; жиі анасында танымайды, сау бала 1-2 айлығында тани бастайды. Когнитивтік белсенділіктің терең бұзылысы көріністерді қалыптастыру, жаңа байланыс орнатуға қабілетсіздігін көрсетеді. Идиотияның терең түрімен зардап шегетінде ыстықты суықтан, жеуге болатын тағамды жеуге жарамсыз заттан, терең мен биіктікті айыра алмайды.

Идиотияның ауыр түрімен ауыратын науқас өз-өзіне қызмет жасау қабілеті болмайды, өз бетінше киініп шешіне алмайды, қасық, шанышқы қолдана алмайды, зәр шығару және дефекация уақытында ебедейсіз, сулы іш киім оған жайсыздық туғызбайды.

Жиі идиоттарда сезімталдықтың барлық түрлері төмендейді, оның ішінде ауырсыну сезіміде төмендейді; олар жарақаттарға ешқандай реакция туғызбайды, сирек ашуланған кездерде бетті және денені тырнау, шаш жұлуы, тістеуі мүмкін.

Идиотияның терең түрімен зардап шегетіндердің эмоциялық реакциялары примитивтік, олар күле алмайды және жылай алмайды, қуана алмайды, тек ашулы-қаһарлы жарылыстарға қабілетті. Бұл ашулы реакциялар кейбір науқастарда тұрақты, ал кейбіреулерінде вялость басым, барлығына үнсіздік, қандайдабір эмоциялық реакциялар мүлдем болмайды.

Олардың қозғалыс реакциялары кедейлік, нашар үйлестіру, примитивтілікпен сипатталады. Олар кеш әрі қиындықпен жүреді, ебедейсіз қозғалыстар жасайды, кейде олар тек еңбектеп қозғалады. Қозғалыстары үйлеспеген, сирек хаосты, қалыптыда қандайда бір қиын координацияларды жасауға қабілетсіз. Идиоттарға бірқалыпты, кейде үнемі қайталанатын қозғалыстар тән: монотонды бірқалыпты кеудесін алға және артқа тербеу, төменгі жақтың стереотипті қозғалысы, басын изеу қозғалысы, аяғымен аяғын кезекпен айкастыру және т.б.

Терең идиотиямен зардам шегетіндерде сөйлеу функциясы мүлдем болмайды. Олар өзіне бағытталған сөйлемдерді түсінбейді, тіпті қандай да бір дыбыс шығаруға қабілетсіз.

Орташа және жеңіл дәрежелі идиотияды кейбір тану қабілеті байқалады. Бұл науқастер жеңіл идеяларды дамыта алады. Олар мысалы отқа тисуге болмайтынын, қайнаған суға қол батыруға болмайтынын, ұшы үшкір заттың шаншылатынын түсінеді. Бұл аурулар айналада болып жатқан құбылысты айырып қана қоймай, өзіне қарайтын күтушісіне бауыр басып, оларды көргенде қуанады. Өз-өзіне қызмет етудің элементарлы әдістерді меңгере алады.

Идиотиядағыдай имбецилділіктің үш дәрежесін ауыр, орташа, жеңіл түрлерін ақыл дамымауына байланысты айырады.

Имбецилділіктің мінезіне байланысты тағы екі топқа бөлуге болады: өте жақсы, мейірімді, көпшіл және ашулы, агрессивті, қырсық.

Қарапайым жұмыс істеу қабілетіне қарамастан, имбецилдер өз бетінше өмір сүре алмайды және тұрақты кәсіби қадағалауға мұқтаж. Бұл көмекші мектептерден басқа емдік-тұрмыстық шеберлік институттарда және арнайы қаладан тыс институттарда жақсы жасалады.

Дебилділік (лат. *Debilis* – әлсіз, күшті емес) – ақыл дамымауының ең жеңіл дәрежесі. Дебилділік дәрежесіндегі олигофрендерде когнитивті белсенділіктің бұзылысынан күрделі ұғымдарды жетілдіре алмайды, абстрактілі ойлау немесе дебилділіктің жеңіл дәрежесінде – абстрактілі ойлаудың шектелуі. Бұл науқастардың өзіне тән ойлау қабілеті болады, болып жатқан оқиғаны толық қабылдау қиын, жиі тек болып жатқан жағдайдың сыртқы жағын ғана түсінеді. Дебилділік дәрежесіне қарай, тұжырымдаманы әзірлеу қабілетсіздігі әр түрлі дәрежеде көрсетіледі, бірақ дебилдерде әр уақытта абстрактілі ойлаудың кейбір түрлері дамымақты. Дебилдер мектепте оқи алады, бірақ материалды қабылдау қиын болады. Олар үшін қиын пән математика болып табылады.

Дебилдер өзге адамдардың әсерінен мінезінде тез өзгеріске ұшырайды. Бұл өте қауіпті жағдай, себебі дебилдер адам өлтірушілер мен қастандық ұйымдастырушылардың қолындағы қару болып табылады.

Дебилдердің арасында примитивті қызығушылықтары басым басым науқастар, сексуалді, жеңілтек мінез-құлыққа жақын науқастар кездеседі. Дебилділік сатысындағы олигофрендер үшін еңбек пен өмірді дұрыс ұйымдастыру өте маңызды болып табылады.

Басшылықтың ойы бойынша дебилділікпен зардап шегетіндер ауыр емес мамандықтарға ие болуы мүмкін. Өз бетімен өмір сүруі мүмкін, бірақ басшылықтың қолдауын қажет етеді.

Профилактикасы және емі.

Олигофренияны болжамын ескерту үлкен маңызға ие. Инфекциялық аурулармен күресу, туа кезіндегі травмалар, жүкті әйелдердің денсаулығын қорғау – олигофренияның алдын алу шараларына жатады.

Олигофренияны болжамын ескертуге қоғамдық денсаулық сақтау ұйымдарының барлық жұмысшылары ат салысу керек, әсіресе, акушер-гинекологтар және педиатрлар (санитарлық ағарту жұмыстарын, патологиялық жүктілік кезінде дәл уақытында көмек көрсету), резус сәйкессіздікке қауіп кезінде, туу кезіндегі травмаларда ескерту, инфекциялық аурулардың алдын алу. Олигофренияның түрі немесе ағымы, сатысына байланысты зардап шегетіндерді ерте сатысында педиатрлар анықтауы үлкен рөл атқарады. Олигофренияға емдік әсер ету екі бағытта жүзеге асуы керек 1.медико-педагогикалық шаралар. 2.медикаментозды және диетотерапия. Сонымен қоса, арнайы сабақтар, оймен жұмыс жасауын жақсартуға арналған жаттығулар, күнделікті істейтін іс-қимылдар, тәжірибе көрсеткіші бойынша олигофренияның ауыр түрімен ауыратындардың өзінде еңбек қабілетін жақсарту жақсы нәтиже көрсетеді. Сөйлеудің дамуына, моторикасына, қиын практикалық дағдылардың өзіне үйрету.

Жалпы емдік іс-шаралар олигофрения кезінде психикалық активтілікті жоғарлатуға арналған, соматикалық жағдайын жақсартуға арналған, қозу мен агрессия кезінде осы симптомдарды жоюға арналған. Олигофрения кезінде формасына байланыссыз ноотропты препараттар, витаминотерапия сирек глутамин қышқылы және оның туындылары қолданылады.

Қозғалыс қиындығы және агрессия кезінде финотиазин туындыларын және бутирофенон қолданылады, сонымен қатар тынышталу транквилизаторлармен емдеген кезде (фенозепам, седуксен, элениум). Миға су толуы кезінде дегидротациялық терапия жүргізіледі. Прогрессирленген гидроцефалия кезінде оперативті ем.

Қантамырлық деменция.

Бұл кезде ойлаудың бұзылысы бас миының қантамырында қан циркуляциясының дұрыс жүрмеуінен дамиды. Сонымен бірге науқастың өміріне, қоғамға айтарлықтай әсер етеді.

Қан тамырлық деменция кезінде патологиялық процесс жәй дамиды. Ұзақ уақыт бойы адам ауырғанын байқамайды. Мидың арнайы бөліктері оттегіні аз алғандықтан, мидың жасушалары өле бастайды. Көлемді өлген клеткалар өзінің жұмысын атқармай, деменция түрінде көрінеді.

Деменцияның бұл түрі барлық науқастардың арасында 10% алады. Қосымша аурулармен бірге жүретін, ауыр симптомдардың комбинациясымен көрінетін, мысалы (қантамыр деменциясы және Альцгеймер ауруы).

Қантамырлық деменцияның кең тараған себептерінің бірі – инсульт. Бұл кезде бірдей негативті түрде әсер етіп, қантамырлардың тромбозын жарылуын шақырады. Осы жағдайдан кейін зақымдалған қантамырлардан қоректенетін ми клеткалар өле бастайды. Инсультті бастан өткізген адамдарда келесі онжылдықта деменция дамуы мүмкіндігі жоғары.

Кейде постинсультті деменция мидағы қан құйылуға және тромбоздың орнына байланысты болады. Егер когнитивті функцияға жауап беретін аймақ зақымдалса, аздаған инсульттің өзі деменция дамуының себебі болады. Зақымдалу, тікелей мидың арнайы аймағында пайда болатын бұзылысқа байланысты.

Қантамырлық деменция мидағы патологиядан басқа, сонымен қатар, мидың қанмен қамтамасыз етудің төмендеуінен гипопфузия тууы мүмкін. Бұл жағдай артериялық қысымның төмендеуінен, қантамырларда циркуляция жүретін қанның көлемінің азаюынан дамиды.

Егде жастағы науқастар деменция шақыруы мүмкін өздерінің негізгі ауруларына бақылау жасау керек. Оған гипертония, гипотония, ишемия, атеросклероз, аритмия, қантты диабетті жатқызамыз. Деменцияның дамуына аз қозғалу, оттегінің жеткіліксіздігі, зиянды әдеттер жатады.

Қантамырлық деменцияның симптомдарын айыру біраз қиын. Бұл ауру туралы айтады. Егер инсульт, инфаркттан алған науқастарда деменцияның симптомдары көрінеді. Бұл симптомдарға аяқ-қолдардың

парезі, рефлекстердің қалып қоюы (ережеге сәйкес, инсульттен кейін дененің оң, сол жағы әр түрлі жиіліктегі тітіркенуге жауап береді, инсульт болған жердің қарама-қарсы жақта). Қантамырлық деменциясы бар науқастарда қиыншылық пайда болады.

Науқастар өзі бас айналуға, аяқта ауырсыну және сенімсіздік сезіммен сезінеді. Негізгі симптомдар қан құйылу болған жерге байланысты дамиды. Егер инсульт ортаңғы мида болса, науқаста естің бұзылысы болады, адамдарда галлюцинация болады, әр түрлі екі ойды еске түсіреді, бір-біріне ұқсамайтын ары қарай ауру дамып, адам әлемнен алшақтайды, айналадағы болып жатқан оқиғаларға қызықпайды, достарымен кездескісі келмейді, сырт келбетіне көңіл бөлмейді. Адам көбірек ұйықтағысы келеді, тыныштықта қалғанды қалайды, сөйлескісі келмейді.

Егер инсульт гипокамп аймағында ұзақ уақыт еске сақтауға жауап беретін жерде орналасса, науқас соңғы болған оқиғаларды есіне түсіре алмайды. Ұзақ жылдар бойы болған оқиғалар есте қалады. Мандай бөлігінде болған инсульт апатиямен жүретін кемақылдылыққа алып келеді. Науқас ештеңеге қызығушылығы болмайды, көрген естігенін ойланбай қайталай береді. Бұны өз бетінше бір ойдан шыға алмау дейді. Төбе, самай, шүйде бөлігінде инсульт болса, сөзбен сөйлеуі қиын, кеңістікті қабылдау бұзылысы, сонымен қоса, әр түрлі ойлау бұзылысы болады.

Адам ұзақ уақытқа мақсат қоя алмайды, арнайы бір жұмысқа зейін қоя алмайды, нәтижесінде бастан ісін аяқтамайды. Барлық бұзылысқа байланысты инсульттің орналасқан жері осы деменциямен сипатталады және зәр шығарудың бұзылысы болады. Когнитивті жүйеде өзгеріс болу психологиялық бұзылысқа алып келеді, науқас ұзақ уақыт депрессияға түсіп кетеді. Олар жиі агрессивті келеді.

Егде жастағы деменция.

Егде жастағы немесе сенильді деменция адамның психикасына байланысты дамиды. Бұл кезде өзгеріс бас миында болып, психиканың бұзылысымен жүреді. Өзгеріс бас миындағы клеткалық дәрежеде көрінуі мүмкін. Нейрондар қоректендіру жетіспеушілігінен өледі. Бұл жағдай біріншілік деменция деп атайды. Егер нерв жүйесі зақымдалған болса, екіншілік деп аталады. Инфекциядан, травматологиялық сипаттан басқа, екіншілік деменция алкогольді, наркотикті пайдаланғаннан болады, сонымен қатар зат алмасу, гипотиреоз кезінде болады. Көп жағдайда біріншілік деменция жиі кездеседі. Егде жастағы науқастарда деменция мен депрессияны ажырату қажет. Егде жаста депрессия жиі кездеседі, қоғамға қажетсіздік сезіммен, қартаюмен көрінеді. Өзін өзі қызмет ету, үйреншікті әрекеттер, дағдылар сақталады.

Егде жастағы деменцияның симптомы деменция әр түрлі формада көрінуі мүмкін. Әр форманың арнайы симптомдарымен көрінеді. Жеңіл форма аурудың бұл формасында қоғамның активтілігі төмендейді (жұмысынан кетеді, достарымен араласа алмайды және достарымен тіл табыса алмайды), ішкі әлемге апатикалық көзқараспен

қарайды. (жаңалықтарға қызығушылық болмайды, қалыпты өзінің хоббиінен бас тартады). Сонымен қатар адам өзіне өзі қызмет етіп, гигиеналық шараларды сақтап, үйде жалғыз қалуы мүмкін. Алғашқы кезде тұйықталу көрінеді.

Ортаңғы форма – келесі, күрделірек этап. Науқастар айқын дәрежеде қалыпты дағдыларды ұмытады (телевизор қосу, газды қосу мүмкін емес болады). Олар жалғыз қала алмайды, жалғыздықтан киналады, үрейлі – депрессивті жағдайды бастан кешеді. Бұл жағдайда науқаста гигиеналық дағдылар сақталады, өзінің физиологиялық процесстер мен қажеттіліктерін басқара алады, бірақ туыстары тарапынан пассивті бақылауды қажет етеді.

Ауыр форма – деменцияның соңғы сатысы. Бұл сатыда науқастар басқарылмайтын болып келеді және сол үшін туыстарына біршама қиындықтар туғызады. Бұндай адамдарға бір нәрсені түсіндіру немесе көндіру мүмкін емес болады. Олар қарапайым нәрселерді істей алмайды – қасықты ұстау, унитазға бару, тіс щеткасын пайдалану және т.б. Күнделікті еске салулар ештеңеге алып келмейді. Жақындары бұл қызметтердің бір бөлігін өздеріне алуы тиіс – тамақтандыру, күтім, туалет, дене гигиенасы. Бұл кезде науқастар қарсылық көрсетпесе жақсы, кей деменциялық науқастар туыстары тарапынан болған кез келген көмекті ашулы түрде қабылдайды.



Деменцияның емі

Деменцияның емінде 2 ерекшелік бар, 2 постулаттар. Біріншіден, бұл құбылыс қайтымсыз екенін түсіну қажет, яғни, негізінен деменция емделмейтін ауру. Бұл жерде науқасқа сапалы күтім жасау және отбасы мүшелері оның қалыпты өмірін сақтай отырып, қажеттіліктеріне жәрдем беруі керек. Көп адамдар осындай бұзылыстары бар ата-аналарына күтім жасау үшін жұмыстан шығуға мәжбүр болады. Бұл дұрыс шешім емес, алайда кей жағдайларда бұл жалғыз шешім болады. Жағдай, деменцияның нақты бір ауру болмауымен ушығады. Көп жағдайларда бұл негізгі аурудың асқынуы ретінде кездеседі. Осы жерде дәрігер деменцияны

шақырған себептердің жиынтығын анықтай білуі және нақты сол себептерге әсер ете алуы тиіс. Екінші постулат – деменцияның көріністерін ДЗ дұрыс таңдау арқылы басуға болады. Өздігінен антидепрессанттармен немесе басқа да дәрілік заттармен емделуге болмайды.

Деменция көп жағдайда емделмейтініне қарамастан, науқастарға неғұрлым ұзақ уақыт қалыпты өмірін сақтап қалуға тырысу керек. Егер жұмыс істеуге мүмкіндік болмаса, көп уақытты туыстарымен әңгімелесіп немесе өзінің сүйікті ісімен айналысып өткізу керек. Бұл деменцияның өрістеуін аз да болса тежейді.

Қазіргі медицина деменцияның емінде: дәрілік терапия, кардиологтың есебінде тұру, мөлшерленген жүктемелер, тамақтануды жақсарту, витаминдер қабылдау және т.б. қолданады. Психикалық бұзылыстар байқалған жағдайда антидепрессанттар тағайындалады.

Естің, сөйлеу, ойлаудың бұзылыстарын басу үшін Акатинол, Арисепт, Эксенол, Реминил, Нейромидин сияқты дәрілік препараттар қолданылады. Дәрілік заттарды қабылдағанда деменциялық науқастардың үнемі дәрігердің бақылауында болуын естен шығармаған жөн, емге коррекция қажет болуы мүмкін.

ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

1. Өртеуге әуестікті ... дейміз.

- a) пиромания
- b) дромомания
- c) клептомания
- d) дипсомания
- e) суицидомания

2. Құштарлық бұзылуына ... қатысы жоқ..

- a) клаустрофобияның
- b) дромоманияның
- c) клептоманияның
- d) жүйкелік анорексияның
- e) булимияның

3. ...еріктің бұзылуының қатысы жоқ.

- a) Әуестіктің болмауына
- b) Гипербулияға
- c) Сезімнің бұзылысына
- d) Парабулияға
- e) Гипобулияға

4. импульсивті құштарлыққа жатпайды.

- a) Булемия
- b) Дипсомания
- c) Дромомания

- d) Клептомания
- e) Пиромания

5. ... - еріксіз қанғуға құштарлық.

- a) Дромомания
- b) Анорекция
- c) Булимия
- d) Пиромания
- e) Клептомания

6. ... - ер адамдардағы жыныстық құштарлығының төмендеуі.

- a) Импотенция
- b) Фригидтілік
- c) Сатириазис
- d) Эксгибиционизм
- e) Садомазахизм

7. Клептомания дегеніміз бұл -

- a) ұрлыққа құштарлық
- b) тәбеттің жоқтығы
- c) патологиялық ашқарақтық
- d) қаңғыбастық
- e) патологиялық шөлдеу

7. Бақылау.

Бақылау сұрақтары:

1. Психомоторлы қозу. Врач және медицина қызметкерлерінің тактикасы. Қозған науқасты тоқтату, рұхсат етілген байлап ұстау шаралары. еріксіз ауруханаға жатқызу тәртібі. Қозудың әртүрлі ауруларында және синдромдарында фармакологиялық заттармен емдеу әдістері.
2. Агрессивтілік, күштемеге бейімділік, қозу шарттары, жасырын агрессивтіліктің диагностикасы. Врачтың тактикасы және медикаментозды емдеу.
3. Өзіне өзі қол жұмсауға құштарлық. Уақытылы диагностикалау. Қауіп факторлары. Психологиялық қолдау және бақылауды ұйымдастыру. Фармакологиялық көмек.
4. Тамақтанудан бас тарту. Себептері. Уақытылы диагностикалау. Науқасқа қарау тактикасы және бақылауды ұйымдастыру. Емдеуде фармакологиялық препараттарды қолдану, аз салмақтық кезінде оның маңызы.
5. Ауыр өтетін делирия: гиперкинетикалық, мусситирующий, кәсіби. Емдеудің негізгі әдістері, жалпы гемостаз бұзылуын емдеудің маңыздылығы. Асқынулары және олардың алдын алу.

6. Эпилептикалық статус. Өмірге қауіптілік дәрежелері, қарау тактикасы, емдеу әдістері.
7. Фебрильді шизофрения. Пайда болу шарттары, ерте диагностикалық белгілері. Қарау тактикасы. Аурудың болжамы.
8. Психотропты заттармен улану, маңызды симптомдар, өмір үшін қауіпті дәрежесі. Детоксикация әдістері және әр түрлі улану кезінде антидоттарды қолдану.
9. Терапиядағы психотропты заттармен жедел асқынулар. Қатерлі нейрорептикалық синдром. Пайда болу шарттары, тактика және дәрілік заттармен емдеу.

Әдебиеттер

Психиатрия қазақ тілінде

негізгі:

1. Илешева Р.Г. Психиатрия. – Алматы, «Санат».-1998.-245б.
2. Құдиярова Ғ.М., Жарбосынова Б.Б. Психиатрия. - Алматы.: Қазақстан, 2008.-277б.
3. Құдиярова Ғ.М. Жасөспірімдердің мінез-құлқындағы ауытқушылықтар.- Алматы «Рауан».-1996.-205б
4. Дәріс материалдары.

қосымша орыс тілінде:

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Оқулық. -М.: Медицина. 2000
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. /Психиатрия. - М.:Медицина, 1995;
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М., Медицина, 2007. -532с.
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832с.
5. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А. Пропедевтика по психиатрии. Учебное пособие Ростов-на-Дону.2003.
6. Российское общество психиатров. Психиатрия. Национальное руководство. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 992с.

Электронды сайты:

1. medagent.ru/ist/
2. Pub.Med
3. www.spasmex.ru
4. www.webmedinfo.ru
5. medcompany.ru
6. meduniver.com
7. http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep

Қорытынды

Психиатрия негіздері білімі әр түрлі мамандықтағы дәрігерлер үшін қажетті болып табылады, себебі кез келген науқас алдымен психиатрға емес, соларға барып қаралады. Оқу құралында болашақ дәрігерлер ең жиі кездесетін патологиялар суреттелген: невроздар, жеке тұлғалық бұзылыстар және өтпелі жағдайлар, жалпы және милық инфекциялар кезіндегі психикалық бұзылыстар, олигофрениялар, табиғи апаттар кезіндегі психикалық бұзылыстар, күйік ауруында, АИТВ кезіндегі психикалық бұзылыстар, нервті анорексия және нервті булимия туралы кеңінен жазылған.

Психиатрия – адам ағзасында психикалық бұзылыстар пайда болуын, клиникалық көріністерін зерттейтін, олардың алдын-алуын және емдеуді жүзеге асыратын өзекті медициналық сала. Жалпы медициналық тәжірибеде психикалық бұзылыстардың кең таралуы, олардың көптеген соматикалық ауруларға ұқсастығы студент – стоматологтарды оқытуда үлкен мәнге ие. Қай мамандықтың дәрігері болмасын түрлі сырқаттар кезіндегі негізгі психикалық бұзылыстарды білуі тиіс. Өйткені, қаралушылар әйтеуір дәрігер ғой деп өз мұңын шаға береді. Мәселен, тіс дәрігері өз жұмысы кезінде психикалық бұзылыстарға ұшыраған адамдарға кездесіп қалады демек, ол науқасты мұқият тындап, қажетті көмек көрсете алуы тиіс.

Мазмұны

Кіріспе	3
Тақырып 1. Психикалық ауруларды зерттеу әдістері және диагностикалық ерекшеліктері. Психиатриялық көмек құрылымы. Экспертиза түрлері. Қабылдау бұзылыстары.....	4
Тақырып 2. Ойлау және интеллект бұзылыстарының клиникалық сипаттамасы.....	20
Тақырып 3. Назар және ес бұзылыстарының клиникалық сипаттамасы. Сана бұзылыстары.....	33
Тақырып 4. Эмоциональды және ерік-жігер бұзылыстарының клиникалық сипаттамасы.....	45
Тақырып 5. Негізгі психопатологиялық синдромдар.....	64
Тақырып 6. Психикалық бұзылыстардың классификациясы. Психикалық аурулардың дәлелді медицина тұрғысынан терапиялық негіздері (биологиялық терапия, психотерапия, социотерапия). Психикалық бұзылыстардың профилактикасы мен реабилитациясы	74
Тақырып 7. Экзогенді-органикалықжәне соматогенді бұзылыстар. Кем ақылдылық. Деменция.....	83
Қорытынды	100
Мазмұны	101