

**Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік  
университеті**

**М.А. Бекназар  
А.А. Смаилова**

# **Клиникалық психиатрия**

**Оқу құралы І І - бөлім**



**Түркістан 2018**

ЭОЖ 616.89

КБЖ 56.14

Б 39

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ УМК қаралып Сенат шешімімен (№4, 28.02.2018ж) 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 М.А. Бекназар, А.А. Смаилова, Клиникалық психиатрия ІІ бөлім/  
психиатрия дәрісіне арналған оқу-әдістемелік құралы. Түркістан: Қ.А.  
Ясауи атындағы ХҚТУ 2018.-128б.

**ISBN- 978-601-243-903-8**

"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-978-601-243-903-8**

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



## Кіріспе

**Психиатрия** медицинаның маңызды және актуальды бөлімдерінің бірі болып табылады. Заманауи психиатрия әлеуметтік саясатпен, мәдениеттанумен, тәртіптік ғылымдармен, биологиялық ғылымдармен және жалпы медицинамен шекаралас болып келеді. Осы шекаралардың ішінде заманауи психиатрияның бөлімдері орналасқан- психикалық саулықты қорғау, психиатриялық көмекті ұйымдастыру, әлеуметтік психиатрия, клиникалық психиатрия, оның ішінде геронтопсихиатрия және балалар және жасөспірімдер психиатриясы.

Жалпы медицинаның заманауи дәрігері науқасты және оның туыстарын клиникалық және қосымша тексеру әдістерінің негізінде біріншілік медико-санитарлық көмек деңгейіндегі алдын алу шараларының басты объектісі болып табылатын жоғары қауіп-қатер топтарын анықтай білуі керек.

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.

**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: Шизофрения және сандырақ бұзылыстар.

### 2. Тақырыптың мақсатты

- шизофрения және сандырақ бұзылулар таралуы, негізгі көріністері, терапия, болжамы.
- элеуметтік бейімделу және онымен оңалту мүмкіндігі;
- адамның психикалық бұзылуларының пайда болуында басты рөлді ойнайтын ең маңызды факторлар
- адамның психикалық бұзылулары;
- шизофренияны емдеудің ең тиімді әдістері, оның ішінде негізгі психотроптық препараттар, оларды таңдау принциптері мен ықтимал жанама әсерлері;
- шизофрения мен сандырақ бұзылулардың алу және оңалту принциптері.

### 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:**

- Шизофрения этиологиясы және патогенезі.
- Ағымдардың түрлері.
- Клиника және диагностикасы.
- Шизофрениямен ауыратын науқасты қарау және басқару принциптері.
- Психофармакотерапия.
- Психоәлеуметтік емдеу.
- Әлеуметтік қолдау нысандары мен әдістері.
- Әлеуметтік және еңбек оңалту және шизофрениямен науқастарды жұмысқа орналастыру.
- Созылмалы сандырақ психоз.
- Жедел және өтпелі психотикалық бұзылулар.
- Дәлелді бұзылулардың туындауы.
- Шизоэфективті бұзылыс.
- Шизофренияның дифференциалды диагнозы және сандырақ бұзылулар.

## **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**

**ШИЗОФРЕНИЯ-** этиологиясы анықталмаған, созылмалы ағымға бейім, науқас тұлғасының типті өзгерістерімен және әлеуметтік адаптация және еңбекке қабілеттіліктің тұрақты бұзылыстарына алып келетін әртүрлі айқындылық дәрежесіндегі өзге психикалық бұзылыстармен көрінетін психикалық ауру.

Бұл ауру кезінде науқастар тұйықталады, әлеуметтік қатынастарын жоғалтады, эмоциональды реакциялардың кедейленуі бақыланады. Сонымен қатар түйсік, қабылдау, ойлау, қозғалыстық-еріктік сфераның әртүрлі дәрежедегі бұзылыстары анықталады.

### **Шизофренияның даму тарихы.**

Шизофрения жеке ауру ретінде алғаш неміс психиатры Э.Крепелинмен бөлініп қарастырылды. Ол гебефрения (Е.Геккер), кататония (К.Кальбаум) және параноидтар (В.Маньян) диагнозы қойылған

науқастар тобын алып, катамнездерін бақылағанда, оларда алыс кезеңде өзіне тән ақыл кемдігі дамығанын байқаған. Осыған байланысты Э.Крапелин осы үш топ ауруларды біріктіріп, оларды ерте ақыл кемдігі деген атаумен атады. Жеке ауру ретінде қарастыра отырып, бұл дерттің жазылу мүмкіндігін ол жоққа шығармады. Мұндай жіктеу принципіндегі танымал қайшылық өзіне назар аудартты және сын көзбен бағаланды.

Кейінірек Швейцария психиатры Е.Блейлер (1911ж) бұл ауруға жаңа атау «шизофрения» (грекше шизо - ыдырау, френ - жан) терминін ұсынды. Е.Блейлер бұл ауруға өзіне тән ақыл кемдігі жағдайымен аяқталу емес, тұлғаның психикалық үрдістерінің ерекше диссоциациясы, оның дертті үрдіс нәтижесіндегі арнайы өзгерісі тән деп есептеді. Ол бұл дерттің біріншілік және екіншілік белгілерін ажыратты. Біріншілікке ол науқастың әлеуметтік контактын жоғалтуын (аутизм), эмоционалдылықтың кедейленуін, психиканың ыдырауын (ойлаудың ерекше бұзылыстары, әртүрлі психикалық көріністер арасындағы диссоциация және т.б.) жатқызды. Осы психикалық бұзылыстардың барлығы тұлғаның шизофрениялық тип бойынша өзгеруі ретінде қарастырылды. Бұл өзгерістерге шизофрения диагностикасында шешуші мән беріледі.

Е.Блейлермен екінші реттік деп танылған басқа психикалық бұзылыстар сенестопатиялармен, иллюзиялармен, галлюцинациялармен, сандырақтық идеялармен, кататониялық және т.б. бұзылыстармен көрінеді. Бұл бұзылыстарды ол шизофрения диагностикасында міндетті деп санаған жоқ, себебі олар басқа ауруларда да кездеседі, дегенмен олардың кейбірі шизофренияға аса тән болып келеді.

***Шизофренияның жеке формалары анықталып, суреттелді. Онын үш классикалық:***

- гебефрениялық
- кататониялық
- параноидты
- қарапайым

Кейінірек басқа да формалары суреттелді: *ипохондриялық, кезеңдік және т.б.* Формаларды жетекші синдром негізінде бөлді. Бірақ, клиникалық бақылаулардың көрсетуі бойынша шизофренияның әртүрлі формаларына тән психопатологиялық симптоматика өзінің тұрақтылығымен ерекшеленбеді. Бастапқы кезде қарапайым формада өткен ауру, кейін келе параноидты және басқа формалардың психопатологиялық белгілерімен көрініс беруі мүмкін болды.

Шизофренияның психопатологиялық көріністері көп түрлілігімен ерекшеленеді. Өздерінің ерекшеліктеріне байланысты олар *негативті және продуктивті* болып бөлінеді. **Негативті** функциялардың түсіп қалуы немесе бұрмалануды білдіреді, **продуктивті** - ерекше психопатологиялық симптоматиканың пайда болуымен: галлюцинация, сандырақ, аффективті күйзеліс және т.б. сипатталады. Науқастың психикалық жағдайында



олардың арақатынасы және айқындылық дәрежесі аурудың үдемелілігі мен формасына тәуелді.

## *Шизофренияның формалары:*

*Параноидты формасы*

*Гебефрендік формасы*

*Кататоникалық формасы*

*Қарапайым формасы*

*Циркулярлы формасы*

*Сенестопатиялы-ипохондриялық формасы*

Шизофренияға, атап кеткендей, науқас тұлғасының өзгерісімен сипатталатын ерекше бұзылыстар тән. Бұл өзгерістердің айқын көрінуі ауру үрдісінің қатерлілігін көрсетеді. Бұл өзгерістер науқас тұлғасының барлық психикалық қасиеттеріне қатысты. Дегенмен интеллектуальды және эмоциональды бұзылыстар аса тән болып келеді.

Интеллектуальды бұзылыстар ойлау бұзылысының әртүрлі вариантымен көрінеді: науқастар бағынбайтын ой ағымына, кідірісіне, параллелизміне және т.б. шағымдар айтады. Оларға кітаптан оқыған тексттің мазмұнын түсіну қиын және т.с.с. Жеке сөйлемдерден, сөздерден ерекше мағына түйсіну, жаңа сөздер ойлап табуға (неологизмдер) тенденция бақыланады. Ойлау жиі қалқымалы болып келеді, сөздерінде логикалық байланыссыз бір тақырыптан бір тақырыпқа ауысу байқалады. Дертті өзгерістер тереңге кеткен науқастардың сөздеріндегі логикалық ретсіздік сөз үзілісі (шизофазия) сипатын алады.

**Эмоциональды бұзылыстар** моральды-этикалық қасиеттерді, үйірлік және жақындарына деген аяныш, түсіністік сезімін жоғалтудан басталады, ал кейде бұл жек көру және ызалылық сезімімен бірге жүреді. Сүйікті ісіне қызығушылық төмендеп, уақыт өте келе тіпті жоғалады.

Науқастар ұқыпсыз, қарапайым жеке бас гигиенасын сақтамайды. Аурудың елеулі белгісі олардың жүріс-тұрыстарының ерекшеліктері де болып табылады. Оның ерте белгілері науқастың тұйықталуы, туыстарынан алшақтау, қылықтарындағы оғаштықтар: бұрын науқас тұлғасына тән болмаған ерекше іс-әрекеттер, жүріс-тұрыс мәнері байқалады және осы әрекеттерін ешқандай жағдаймен байланыстыруға келмейді.

Сонымен қатар шизофренияға өзіндік *сенестопатиялық көріністер* тән: басында және дененің басқа да бөліктеріндегі жағымсыз сезімдер. Сенестопатиялар түсініксіз, оғаш сипатта болады: науқастар миының жарты шарының кернеп тұрғанына, асқазанның кебуіне және т.б. шағымдар айтады. Сенестопатиялық көріністердің орналасуы соматикалық ауруларда болатын ауру сезімдеріне сәйкес келмейді. Қабылдау бұзылуы жиі есту галлюцинацияларымен және әртүрлі сезім мүшелерінің әрқилы жалған галлюцинацияларымен көрінеді: көру, есту, иіс сезу т.б. Сандырақтық күйзелістер ішінен сандырақтың әртүрлі формаларын бақылауға болады: паранойялы, параноидты, парафренді, ерте сатыларында - жиі паранойялы. Шизофренияға авторларының есімімен Каидинский-Клерамбо синдромы деп аталатын псевдогаллюцинациялармен бірге жүретін физикалық әсер ету сандырағы айтарлықтай тән болып келеді.

*Қозғалыстың - еріктік бұзылыстар* өздерінің көрініс берулері жағынан көпқилы. Олар ерікті әрекеттер бұзылысы түрінде де және күрделі еріктік актілер патологиясы формасында да көрінеді. Ерікті әрекет бұзылысының көрнекі түрі *кататониялық синдром* болып табылады. Кататониялық синдром құрамына кататониялық ступор және қозу кіреді. Кататониялық ступордың жеке өзінің екі түрі болуы мүмкін: люцидті және онейроидты. Люцидті ступор кезінде науқастарда қоршаған ортада қарапайым бағдарлау және ондағы құбылыстарды бағалау сақталады, ал онейроидты жағдайда науқас санасы өзгерген. Люцидті ступор жағдайынан шыққан науқастар сол кезеңде болған оқиғаларды есіне сақтайды және әңгімелеп береді. Онейроидты жағдайдағы науқастар ступорозды күйде өздерін жаулап алған фантастикалық күйзелістер мен елестер жөнінде әңгімелейді. Ступорлық жағдай кататониялық қозу жағдайы сияқты күрделі психопатологиялық құрылым, оның құрамына әртүрлі симптомдар кіреді.

Күрделі еріктік актілер, еріктік үрдістер дерт әсерінен бірқатар бұзылыстарға ұшырайды. Апатия және сылбырлықпен аяқталатын еріктік белсенділіктің төмендеуі аса тән болып келеді, еріктік бұзылыстардың айқындылық дәрежесі дерттің үдемелілік дәрежесіне байланысты болып келеді. Кейбір науқастарда қандай-да бір дертті идеяларға және сенімдерге байланысты белсенділік артуы мүмкін. Мысалы, сандырақ идеяларымен науқастар аса ауыр қиындықтарды жеңе алады, инициатива мен табандылық танытып, үлкен жұмыстар атқарады. Науқастардың



сандырақтық идеяларының мазмұны әртүрлі болады. Сонымен қатар ол заман рухын және әлеуметтік маңызды құбылыстарды бейнелейді. Егер ежелгі заманда науқастар сиқырлы күштер, діни мотивтер басым орын алған болса, ал қазір ғылым мен техниканың жетістіктері жиі көрініс береді.

Шизофренияның тұрғындар арасында таралу дәрежесі ғылыми және тәжірибелік тұрғыдан маңызды мәселе болып отыр. Оған жауап табудың қиындығы тұрғындар арасында мұндай науқастарды толық анықтау мүмкінсіздігінде болып отыр. Бұл шизофрения болмысын түсіндіретін сенімді мәліметтердің және оны анықтайтын диагностикалық критерийлердің жоқ болуымен байланысты. Қолымызда бар эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелері мен статистикалық деректер оның таралуы барлық елдерде бірдейлігін және жалпы тұрғындарға шаққанда 1-2 % құрайтынын көрсетті. Шизофрения дамушы елдерде сирек кездеседі деген бастапқы мәлімдеме дәлелденген жоқ. Дамушы елдерде арнайы жүргізілген зерттеулер нәтижесінде шизофрениямен науқастардың саны 1000 тұрғынға шаққанда Европа елдеріндегі шизофрениямен науқастар санына сәйкес келді. Тек бұл дерттің клиникалық көріністерінің қандай-да бір түрлерінің кездесуінде айырмашылықтар болды. Дамушы елдерде тұратын науқастар арасында сана шатасуымен жедел жағдайлар, кататониялық көріністер жиі кездеседі.

Шизофрения кез-келген жас кезеңінде басталуы мүмкін. Дегенмен шизофрения дамуына аса тән жас кезеңі 20-25 жас. Шизофренияның бастапқы клиникалық көріністерінің кейбірінің өзіндік оптимальды мезгілі бар. Параноидты көріністермен шизофрения невроз тәрізді симптоматикамен жиі 30 жастан кейін, ойлау бұзылысы көрінісімен - жасөспірімдік шақта басталады. Ер адамдарда әйелдерге қарағанда ауру ерте басталады. Клиникалық көрінісінде де науқас жынысына қарай ерекшеліктер болады. Әйелдерде ауру жедел өтеді, әртүрлі аффективті патология жиі және айқынырақ болады.

*Ауру көпжылдық созылмалы, үзіліссіз немесе ұстамалы ағыммен ерекшеленеді.*

**Үзіліссіз ағымында** ауру қатерлі дамиды және 3-5 жыл ішінде ауыр, тұлғаның соңғы өзгерісі жағдайына алып келуі мүмкін. Соңғы күйдің типті формасы апатиялық ақыл кемдігі болып табылады: науқастар әрекетсіз, ешнәрсеге қатыссыз, сөздері монотонды. Оларды қарапайым жұмыстарға баулу қиын. Соңғы жағдай көрінісі ортақ тін белгілермен көрініс бере тұра әртүрлі болып келеді. Тұлғаның өзіне тән ауыр өзгерістерімен: апатия, аутизм, ойлау бұзылыстарымен қатар - басқа да психикалық бұзылыстар болуы мүмкін, олар бірігіп соңғы жағдайлардың кең спектрін құрады. Қосымша психикалық бұзылыстарға фантастикалық жүйеленбеген сандырақтық идеялар, галлюцинациялар, ойлаудың шизофазиямен көрінетін ерекше бұзылыстарын және т.б. жатқызуға болады. Мұндай қолайсыз нәтиже шизофренияның қатерсіз ағымында да байқалуы мүмкін,



бірақ аурудың ұзақ ағымынан кейін дамиды. Шизофренияның үзіліссіз ағымының өзінде де салыстырмалы түрде қолайлы нәтиже болуы мүмкін. Ауру дамуының жеке сатыларында, және де кейінгі кезендерінде де деріті үрдіс психиканың терең емес -зақымдану симптомдарымен (тұлғаның айқын өзгерістерінсіз невроз және психопатия тәрізді, редуцирленген галлюцинациялар және сандырақтық идеялармен) көрінуі мүмкін. Осындай жағдайларға және аурудың белгілерін толық жоюға ем нәтижесінде қол жеткізуге болады.

## Шизофренияның ағымдары.

- Тез өршитін ағымы.
- Аурудың бірінші немесе екінші жылында аурудың жеке басының ыдырауы мен толық еңбекке қабілетсіздік басталады.
- Ұстама тәрізді ағымы.
- Науқастарда ұстама мен ремиссия алмасып отырады. Ремиссия кезінде тұлғалық өзгерістері сақталған, ұстама кезінде психоздың жедел көріністерімен көрінеді.
- Баяу ағымды

*Ұстама тәрізді ағымда* ауру ұстамаларының ашық аралықтармен кезектесуі бақыланады. Ауру ұстамасы жедел психопатологиялық жағдайлармен сипатталады. Галлюцинаторлы, сандырақтық немесе басқа психопатологиялық көріністер эмоциональды кернеліс күйімен - қорқыныш, депрессия, көңіл-күйдің көтерілуімен, кейде сана бұзылысымен бірге жүреді. Аурудың ұстама тәрізді ағымында науқас тұлғасының өзгерістері айқын болмайды. Тұлғаның бұл өзгерістері жөнінде ұстама аралық кезендерде ғана дөп басып айтуға болады, өйткені ұстама кезінде олар аурудың психопатологиялық көріністерімен бүркемеленеді. Ұстамалар санының көбею дәрежесіне байланысты науқастардың тұлғалық өзгерістері күшейе түседі. Сонымен бірге ұстама аралық кезеңде байқалатын қалдық симптомдар да күшейеді. Науқастарда ұстама саны оның өмір кезеңінде әртүрлі, жиі 2-3 рет болады. Ауру



ағымының көрсетілген нұсқалары бір науқаста қатаң сақталмайды. Үзіліссіз ағымнан ұстама тәрізді ағымға өтіп, немесе керісінше болуы мүмкін. Дегенмен ауру ағымындағы ортақ тенденция анық көрініп тұр, науқас жағдайы мен дертті күйдің келесі динамикасы арасында тәуелділік бар, бұл байланыс дерттің жақын арадағы, және де алыс кезеңдегі салдарын болжауға мүмкіндік береді.

Шизофренияны жеке ауру ретінде қабылдағаннан бері клиникалық көріністерінің әрқилылығына және дерттің әртүрлі аяқталуына байланысты жүйесін құруға көптеген әрекеттер жасалды. Шизофренияның клиникалық көріністерін ары қарай зерттеулер мәліметтері оның көпқырлылығынын 4 формаға сыйғызу қиындығын көрсетті. Басқа да формалары ажыратылды: ипохондриялық, тон тәрізді, кезендік және т.б. Шизофренияның неврозбен және психопатиямен науқастардағы көріністерге ұқсас клиникалық белгілері суреттелді. Бұл тек сыртқы ұқсастық болып табылады. Оларды тексергенде тұлғалық өзгерістердің күшейгендігі байқалады. Ұзақ катамнездік бақылау арқылы арнайы клиникалық тексерулер шизофренияны жүйелендірудің маңызды критерийлерін анықтауға мүмкіндік берді. Бұл критерий ауру ағымының принципі - шизофрениялық үрдістің үдемелілік ерекшелігі болып табылды. А.А.Снежневский мұнымен қатар аурудың психопатологиялық; көріністері мен оның дамуының динамикасы арасындағы тығыз байланыс көрсетілді. Осының негізінде шизофренияның үш негізгі варианты көрсетілді: үзіліссіз, кезендік (рекуррентті), ұстама тәрізді - прогрессивті (тонтәрізді).

#### **Үзіліссіз ағымды шизофрения.**

Үзіліссіз ағым шеңберінде үрдістің қатерлілік дәрежесімен анықталатын аурудың жеке формалары анықталды: қатерлі (ядролық), орташа үдемелі (параноидты), баяу ағымды немесе аз үдемелі (невроз тәрізді және психопатия тәрізді). Шизофренияның аталған формаларының әрқайсысына белгілі бір психопатологиялық көріністер тән.

**Қатерлі (ядролы) шизофрения.** Жеткіншек жаста пайда болады, қатерлі ағыммен сипатталады. Аурудың алғашқы белгілерінің пайда болуынан оның түпкілікті дамуына дейін 2-3 жыл өтеді. Бұл науқастарда бірінші кезекте негативті бұзылыстар пайда болады, одан кейін ғана позитивті бұзылыстар қосылады. Позитивті өзгерістер психопатологиялық синдромдардың полиморфизмімен ерекшеленеді. Ядролы шизофренияның болжамын нашарлататын факторларға оның терапияға аса резистенттілігі де жатады.

Аурудың басталуы бұрмаланған пубертатты кризді еске түсіреді және екі варианттан тұрады: энергетикалық потенциалдың төмендеуі және эмоциональды дефициттің пайда болуы. Энергетикалық потенциалдың төмендеуі ең алдымен үлгерім нашарлауымен, сабақта өнімділіктің төмендеуімен, кейде үй тапсырмаларына жұмсалатын уақыттың ұзаруымен көрінеді. Мұндай науқастар кейін келе кластар қалдырады, оқи алмағандықтан мектепті тастап кетеді. Энергетикалық потенциал



төмендеуі жиі метафизикалық интоксикация жағдайымен бірге жүреді: науқастар глобалді философияны, ғылыми проблемаларды (тұрмыс мәні, тіршіліктің шығу тегі және т.б.) зерттеумен айналысады, бірақ бұл еңбектері олардың арнайы білімінің болмауына және науқастар өнімділігінің күрт төмендеуіне байланысты ешқашан нәтиже бермейді, науқастар бұл зерттеулерге көп уақыттарын жұмсайды.

Эмоциональды дефициттің дамуы ең алдымен ата-анасына деген қатынастың бұзылуымен, жиі тітіркенгіштік пен агрессивтілікке бейімділікпен эмоциональды салқындық пайда болуымен көрінеді. Кейіннен науқастарда өз тұлғасына немқұрайлылық пайда болады: олар күтінбейді, жуынбайды, ештеңе істемейді және т.б.

Осы суреттелген жағдайлар соңғы апатико-абулиялық - жағдайда өтуі мүмкін, бұл кезде басқа психотикалық бұзылыстар редуцияланған күйде болуы мүмкін. Клиникалық көрінісінде интеллектуальды белсенділіктің құлдырауы, эмоциональды жетіспеушілік, энергетикалық потенциалдың төмендеуі және т.б., яғни негативті бұзылыстардың басым болуы ядролық шизофренияның *қарапайым вариантына* тән.

Ядродық шизофренияның қарапайым түрінен басқа гебефрениялық, параноидты, кататониялық варианттары бар.

Ядролық шизофренияның *гебефрениялық вариантының* дамуы

## Гебефренді шизофрения

Шизофренияның ең қатерлі формаларының бірі болып табылады. Оның негізгі көрінісі-гебефренді синдром болып табылады. Мінез құлықтың үзік-үзіктігімен қатар келеңсіздігі, сөздің ерекшелігі, сезімнің айқын орнықсыздығы білінеді. Ауру бет-аузын қисайтады, оның әрекеті ерекше сықсыздығымен ерекшеленеді, кейде сотқарлық немесе есерлік сипат алғандай болады. Сезімдік әсершектен тыс орнықсыз және дәлелсіз болған жағдайда құрғақ өнімсіз эйфория басым болады. Біршама қолайсыз уақыттан кейін ойлаудың үзік-үзіктілігі айқын байқалатын кемакылдық тез басталады. Ал кейбір жеке леген жайдайларда едәуір терең ремиссия байқалады. Бұл түр 20 жасқа дейінгі жас адамдарда жиі кездеседі



энергетикалық потенциалдың төмендеуі немесе эмоциональды дефициттің пайда болуынан басталады. Ары қарай аталған өзгерістер фонында сандырақтық галлюцинаторлы күйзелістермен, жүріс-тұрыс бұзылыстарымен, полиморфизммен және симптоматиканың қарапайымдылығымен сипатталатын жедел психотикалық күй дамиды. Одан кейін ол рудиментарлы кататониялық, сандырақтық және



галлюцинаторлы құбылыстармен соңғы жағдайға ауысады. Кататониялық симптом жиі алаңғасар жүріс-тұрыспен көрініс береді.

Ядролық шизофренияның *параноидты вариантының* динамикасы күрделірек. Ол жоғарыда аталып өткен негативті құбылыстардан басталады, бірақ жедел психотикалық жағдайға дейін ауруларда энергетикалық потенциалдың төмендеуі немесе эмоциональды жетіспеушілік фонында невроз тәрізді, паранойяльді, психопатия тәрізді симптомдар дамиды. Невроз тәрізді симптоматика обсессия түрінде, паранойяльді симптоматика төмен жүйеліліктегі интерпретативті сандырақпен көрінеді. Психопатия тәрізді бұзылыстар қозу, дөрекілік түрінде, айналадағылармен сыйыса алмаумен, өтірікшілдікпен, алкоголизацияға, наркотикалық заттарды қолдануға бейімділікпен көрінеді.

Бұл топ науқастарында кейін келе тұрақсыз кататониялық симптоматикамен параноидты синдром - Кандинский-Клерамбо синдромы пайда болады. Осылайша кататония элементтерімен жүретін сөйлеу үзілісімен (шизофазия) сипатталатын соңғы күй дамиды.

**Кататониялық вариантының** басталуы аталған варианттардағыдай болып келеді. Жедел психотикалық жағдай ступор және субступор деңгейіндегі люцидті кататониямен көрінеді (жеке сандырақтық және галлюцинаторлы көріністер де орын алуы мүмкін). Соңғы жағдай

## Кататоникалық шизофрения

*Бұл қозғалыс бұзылыстарының басым болуымен сипатталады. Кататоникалық ступор науқастардың ыңғайсыз, жасанды, шаушау сезімін сезінбей ұзақ уақыт бір қалыпта(позада) тұруымен ерекшеленеді. Мысалы, ауалы жастықша симптомы, капюшон симптомы, ұрықтық қалыпты сақтайды. Бұл кезде бұлшықет тонусы күрт жоғарыланған. Ол науқастардың ары қарай бір қалыпты сақтауына көмектеседі. Прimitивті рефлексстер тежеледі.*



Науқастарға негативизм және мутизм тән. Кейбіреулеріне кататоникалық қозулар тән. Кататонияның басқа симптомдарына қозғалысты, мимиканы, сөздерді қайталау (эхопраксия, эхомимия, эхолалия) тән.

субступор деңгейіндегі рудиментарлы кататониялық симптоматикамен сипатталады.

**Параноидты шизофрения.** Шизофренияның бұл формасының дамуында паранойяльді, параноидты, парафренді сандырақ сатылары және



соңғы жағдай сатысы ажыратылады. Бұл аталған динамика схемалы, өйткені параноидты шизофрения дамуы осы сатылардың кез-келгенінде аяқталуы мүмкін. Шизофренияның бұл формасының екі вариантын ажыратамыз: сандырақтық және галлюцианаторлы.

Бұл варианттардың негізгі айырмашылықтары параноидты сандырақ сатысында псевдогаллюцианаторлы синдромның айқындылық дәрежесіне тәуелді. Параноидты шизофренияның сандырақтық варианты дамуының бастапқы кезеңінде өзіне тән ерекшеліктерімен *паранояльды жағдай* пайда болады. Ол, ереже бойынша, жоғары жүйелілік дәрежесімен ерекшеленеді.

**Параноидты этапта** - Кандинский-Клерамбо синдромының дамуы сатысында қысқа уақыттық жедел пайда болатын үрейлі-сескенгіш күй бақыланады: науқастар қозу жағдайында, қорқыныш сезінеді, өздерімен не болып жатқанын түсіне алмайды. Содан соң қозу жағдайы басылып, Кандинский-Клерамбо синдромы дамиды. Бірқатар жағдайларда параноидты сандырақ фабуласы паранояльді сандырақ фабуласының жалғасы болып- табылады. Параноидты сандырақ сатысы құрамындағы Кандинский-Клерамбо синдромы өзгермелі. Кезеңмен синдромның тереңдеуімен өршу жағдайлары байқалады. Экзоцербация (өршу) үрейлі-сескенгіштікпен қозу жағдайларымен сипатталады. Кейде өз динамикасында Кандинский-Клерамбо синдромы «оң әсер» сипатын алады: науқастардың айтуынша ол әсер жағымды, оларға қанағат, ләззат сезімін шақыру үшін жасалып жатыр дейді. Үрейлі-сескенгіштікпен қозу эпизоды жоғалады, көңіл-күйі жиі көтеріңкі болады. Уақыт өте инвертирленген психотикалық автоматизм деп аталатын жаңа жағдай пайда болуы мүмкін. Науқастар кенеттен өздерінің өзгелерге әсер ете алатын күштерінің бар екендігіне «көздері жетеді». Инвертирленген психикалық автоматизмнің пайда болуы *парафренді жағдайға* ауысу сатысының дамығанын көрсетеді. Парафренді сатыда науқастарда экспансивті, псевдогаллюцианаторлы және конфабуляторлы парафрения дамуы мүмкін, және парафренияның бір формасының екіншісіне ауысуы мүмкін.

Соңғы жағдай сөз үзілісімен, неологизмдермен сипатталады, аурулардың сөздерінде бұрынғы парафренді сандырақтан үзінділер жиі байқалады, кататониялық құбылыстар да байқалуы мүмкін.

Параноидты шизофренияның сандырақтық вариантымен салыстырғанда **галлюцианаторлы вариантында** паранояльды сандырақтың жоғары дәрежелі жүйесі жоқ. Парафренді жағдайға өту аздап өзгеше болады. Жалған галлюцинациялар сипаты параноидты сандырақ сатысында-ақ өзгереді және оның нәтижесі ретінде жалған галлюцианаторлы парафрения дамиды. Экспансивті парафрения да тән емес. Жалған галлюцианаторлы парафрения көрінісінде бертін келе шизофазия құбылысы пайда болады және қорытынды ретінде соңғы жағдай дамиды. Параноидты шизофренияның галлюцианаторлы вариантының болжамы нашар және дәрілік терапияның тиімділігі төмен.



**Баяу ағымды шизофрения.** Бұл форма шизофренияға жалпы тән негізгі белгілермен сипатталады. Сонымен қатар айтарлықтай ерекшеліктері де бар: тұлғаның типті өзгерістері баяу дамиды және онша айқын емес, продуктивті психопатологиялық симптоматика редуцияланған түрде көрінеді. Баяу ағымды шизофренияға тән бұзылыстар шеңберіне жабысқақтар, истериялық, астениялық, асгеносенестопатиялық бұзылыстар, кейде паранойялық бұзылыстар жатады.

Баяу ағымды шизофрения диагнозы қою кезінде обсессия анықталған жағдайда екі моментті ескеру керек: обсессия пайда болуына бейім емес тұлғада дамуы, және обсессияның сыртқы себепсіз пайда болуы және олардың шеңберінің жылдам кеңеюі.

Диагноз қою үшін кенеттен, сыртқы ықпалсыз бұрын науқас тұлғасына тән емес истериялық көріністердің пайда болуы да маңызды болып табылады.

**Психопатия тәрізді шизофренияның** көрінісі психопатия кезіндегі психикалық бұзылыстарға ұқсас. Мұнымен қатар шизофренияның бұл формасымен науқастарда, патохарактерологиялық бұзылыстардан бөлек тұлғаның айқын емес дәрежедегі өзгерісі бақыланады: эмоциональды бұзылыстар (суықтық, кейде туыстарына деген дұшпандық қатынас, аффект парадоксизмділігі, көңіл-күйдің мотивсіз өзгерістері), интеллектуальды бұзылыстар (рефлексияға, өзіндік анализге бейімділік, оғаш, айрықша қызығушылықтар және т.б.). Аурудың даму үрдісінде симптоматика күрделенеді - ұзаққа созылатын аффективті тербелістер, аса бағалы және тұрақсыз паранойялық идеялар пайда болады. Баяу ағымды шизофрениямен жасөспірімдер мен жеткіншектер ассоциальді орталарға жиі елігеді.

Кейбір паранойялық бұзылыстар баяу ағымды шизофрения шеңберінде аса бағалы идеялар түрінде ғана емес, сандырақтық бұзылыстар түрінде де бақылануы мүмкін. Жиі «баяу ағымды шизофрения» диагнозының сатылы мәні болады, яғни азудемелі шизофренияға тән бұзылыстар фондында параноидты немесе ұстама тәрізді - үдемелі шизофренияға тән психопатологиялық жағдайлар дамиды. Бұл шизофренияның бір формасынан екінші формасына өтуін көрсетпейді, шизофренияның әртүрлі формаларының бастапқы көріністерінің ұқсастығын меңзейді. Баяу ағымды шизофрения болжамы едәуір жайлы. Шизофренияның бұл формасымен көптеген науқастар ұзақ уақыт бойы өздерінің еңбекке қабілеттілігін сақтайды.

Емдеу нәтижесінде науқастың жағдайы едәуір жақсарды: үрей азайды, жабырқаулы күй жойылды, ішкі мүшелер тарапынан жағымсыз сезімдерге аз зейін аударады. Мезгіл жұлтырып алудан қорқыныш сақталып қалды, бірақ бұрынғы актуальдылығын жоғалтты. Айналадағылардың өзіне деген ерекше көзқарастарын сезінбейтін болды.

Болашаққа жоспар құрады, аудандық психиатрдың бақылауына галоперидолмен сүйемелдеуші ем тағайындалып шығарылды.

### **Кезеңдік (рекуррентті) шизофрения**

Шизофренияның рекуррентті формасы әртүрлі ұзақтықтағы ұстамалар түрінде өтеді (бірнеше аптадан бірнеше жылға дейін).

Науқастардағы бүкіл өміріндегі ұстамалар саны әртүрлі - 1-2 ұстамадан 10 ұстамаға дейін және одан да жиі болуы мүмкін. Кейбір науқастарда әрбір ұстама экзогенді фактордың әсерінен дамиды. Рекуррентті шизофренияға тән ұстамалардың 3 түрі бар. Олар *онейроидты-кататониялық, депрессивті - параноидты, аффективті* ұстамалар. Науқастарда өмір ағымында психопатологиялық құрылымы бойынша әркілі ұстамалар бақылануына байланысты рекуррентті шизофренияның қандай-да бір вариантын ұстама сипатына қарай ажырату қиын. Ұстамалар айқын аффективтілікпен сипатталады, сезімдік сандырақтың қандай болмасын түрі, кататониялық бұзылыстар жеңіл пайда болады. Ремиссиялары аса сапалы болып келеді. Алғашқы ұстамалардан кейін тұлғалық өзгерістердің болмауы интермиссия жөнінде айтуға мүмкіндік береді. Дегенмен біртіндеп, қайталамалы ұстамалардан кейін тұлғалық өзгерістер пайда болады, ол мына көріністермен сипатталады: астениялық, гиперстениялық, шығармашылық тиімділіктің төмендеуі және эмоциональды көріністер кедейленуімен еңбекке қабілеттің күшеюі. Мұндай өзгерістер үшінші-төртінші ұстамалардан кейін көрінеді. Артынан үрдіс белсенділігі төмендейді: ұстамалар сирейді, тұлға өзгерісі бір деңгейде қалады. Мұндай науқастардың ерекшелігі оларда әрқашан басынан өткен психотикалық күйге сын кезқарас бақыланады, және олар дертті жағдай мен саулық күйін нақты ажырата алады.

Мұндай науқастардың еңбекке қабілеті әдетте төмендемейді (астениялық тұлғалық өзгерістермен науқастардан басқасында). Рекуррентті шизофрения кезіндегі болжам жайлы, бірақ бұл науқастарда айқын депрессия фонында суицидальды ойлар және әрекеттер болу мүмкіндігін ескеру қажет. Мұндай науқастар арнайы бақылауды қажет етеді. Суицидальды тенденция анықталған жағдайда шұғыл, міндетті түрде ауруханаға орналастыру қажет.

### **Ұстама тәрізді - үдемелі (шубтәрізді) шизофрения**

Бұл форма үзіліссіз ағымдағы үрдіс фонында қайталамалы ұстамамен сипатталады, продуктивті және үдемелі негативті симптоматикамен көрінеді.

Шизофренияның бұл түрінде ұстамалар әртүрлі, олар аса полиморфизмімен және біркелкі емес ұзақтықпен (минуттарға созылатын «транзиторлы» түрінен көп жылдарға созылатын ұстамаларға дейін) ерекшеленеді. Бірақ рекуррентті шизофрения ұстамаларына карағанда жедел емес, баяулау ағымда өтеді, оның құрылымында параноидты және галлюцинаторлы көріністер басым көрініс береді. Кейде ұстама тәрізді



үдемелі шизофренияның продуктивті симптоматикасы ұстама кезінде ғана емес, ұстама аралық кезеңде де байқалады, тұлғаның үдемелі дефицитарлы өзгерістері, ұстаманың қалдық (резидуальды) симптоматикасы байқалады. Өздерінің әртектілігіне қарамастан ұстама тәрізді үдемелі шизофрения кезіндегі ұстамалардың ортақ ерекшеліктері болады. Оларға психоз көріністерінің массивтілігі арасындағы диссоциация және науқас жүріс-тұрысының азды-көпті дұрыстығы аса тән. Шизофренияның бұл түрінде ұстамалар полиморфтылығымен ерекшеленеді. Мысалы, маниакальды ұстама кезінде науқаста жиі өзін - өзі кінәлау идеяларымен және жасаурағыштықпен депрессия күйі көрініс беріп тұрады. Басынан өткізген жағдайға, тіпті ұстама айқын және массивті симптоматикамен өтсе де, сыз көзқарас толық болмайды.

Ұстама тәрізді үдемелі шизофренияның басталатын жас кезені әртүрлі. Ол балалық шақта, жетілген және егде жас кезеңінде де басталуы мүмкін. Қандай жас кезеңінде басталуына байланысты клиникалық көрінісінде де жасқа байланысты ерекшеліктер айқын көрінеді. Мысалы, науқаста инфантилизм анықталса, дерттің балалық кезінде басталғаны жөнінде айтуға болады. Ұстама тәрізді үдемелі шизофрения кезіндегі болжам әртүрлі және ең алдымен аурудың басталған жас кезеңіне, үрдіс ағымының жеделдігіне және тұлға өзгерісінің дәрежесіне тәуелді.

### **Этиологиясы және патогенезі**

Шизофренияның этиологиясы мен патогенезі ауру бөлек нозологиялық бірлік болып бөлінгеннен бастап арнайы зерттеу пәні болды. Э. Крепелин шизофрения токсикоздың, соның ішінде жыныс бездерінің қызметі бұзылысы нәтижесінде пайда болады деді. Шизофренияның токсикалық табиғаты жөніндегі идея басқа да келесі зерттеулерде өзінің дамуын тапты. Осылайша, шизофрения дамуы белок алмасуының бұзылуымен және науқастар ағзасында ыдыраудың азотты өнімдерінің жиналуымен байланыстырылды. Салыстырмалы түрде жақын уақыт аралығында шизофренияның токсикалық табиғаты жөніндегі идеяны науқастар қанының сары суынан арнайы - тораксеин затын табу арқылы дәлелдеуге талпыныстар жасалды. Бірақ шизофрениямен науқастардан қандай-да бір арнайы зат табу әрі қарай тұжырымын тапқан жоқ.

Шизофрениямен науқастар қанының сары суында токсикалық өнімдер болады, бірақ олар арнайылығымен ерекшеленбейді, тек шизофрения ауруына тән болып табылмайды. Олар басқа психикалық ауруларда, кей жағдайда сау адамдарда да кездеседі. Сонымен қатар олардың айқындық дәрежесі шизофрениялық үрдістің қатерлілік дәрежесіне тәуелді. Бұл токсикалық заттардың бірқатар қасиеттері бар. Олар жасушалардың мембраналарын зақымдайтын мембранотропты әсерге ие. Экспериментте шизофрениямен науқастар қанының сарысуы эмбрионның жүйке тінінің даму үрдісін тежейтін әсері бақыланды. ОЖЖ дамуының бұзылысы шизофрениямен зардап шеккен жүкті әйелдердің



жүктілігін қолдан тоқтатқанда да байқалды. Шизофрения кезінде белсенді фактордың жүйке жүйесін зақымдау әсері милық аутогнер мен аутоантиденелердің пайда болуына әкеледі. Олардың мөлшері де дерт үрдісінің қатерлілігімен байланысты. Бұл мәліметтер шизофрениямен науқастар ағзасының қызметі нәтижесінде пайда болатын белгілі бір биологиялық бұзылыстарды көрсетеді. Бірақ бұл бұзылыстарды түзетін механизмдер мен олардың пайда болуына ықпал ететін жағдайларды түсіндіретін жеткілікті айқындылық жоқ.

Соңғы жылдары шизофренияны биохимиялық зерттеулерде белгілі бір табыстарға қол жеткізді, ол оның дамуының биохимиялық болжамын құруға мүмкіндік берді.

Әсіресе катехоламиндік және индолды гипотезалар салмақты болды. Шизофрениямен науқастардың миындағы нейробиологиялық үрдістер бұзылысының механизмдерінде дофамин мен норадреналин дисфункциясының рөліне сүйеніп катехоламиндік гипотеза негізделді. Индолдың гипотезаны жақтаушылар серотонин және оның метаболизмі, және басқа да индол туындылары психикалық қызмет механизмінде маңызды рөл атқаратындықтан, олардың дисфункциясы және алмасу компоненттері шизофренияның пайда болуына әкеп соғады деп санады. Биогенді аминдер алмасуына қатысатын ферменттер бұзылысымен шизофрениялық үрдістің байланысы жөніндегі идея мәні осы аталған концепцияларға жақын.

Шизофренияның пайда болуында тұқымқуалаушылық патологияның рөлі анықталған. Шизофрениямен науқастарда осы аурумен тұқымқуалаушылық ауырлығы қарапайым тұрғындармен салыстырғанда бірнеше есе жоғары және тұқымқуалау ауырлығы сипатында белгілі бір заңдылық бар. Ата - анасында шизофрения болған жағдайда пробандтың ауруға шалдығу мүмкіндігі, бұл ауру алыс туыстарында болған жағдайдағыдан әлдеқайда жоғары болады; шизофрения дамуының биологиялық ата-анамен байланыстылығы дәлелденген. Пробанд пен оның туыстарындағы шизофрения көріністерінің типі арасындағы байланыс анықталды. Сонымен қатар, соңғы зерттеулермен шизофрениямен науқастардың, олардың туыстары, әсіресе ата - анасында зат алмасу үрдістері мен интеллектуальды ерекшеліктерінде кейбір ортақ сипаттар анықталды.

Бірақ шизофрения кезінде типті психопатологиялық көріністермен бірге биологиялық бұзылыстардың пайда болуы мен түзілуін анықтайтын нақты сипаттаманың болмауы, шизофрения табиғаты жөнінде әртүрлі концепциялар құруға мүмкіндік береді. Прагматикалық немесе идеалистік философиялық көзқарастарға сүйенген көптеген шетелдік психиатрлар арасында шизофрения мәнін түсіндіруде фрейдистік методологиялық ереже қолданады. Олар шизофренияны тұлғаның өмірге сәтсіз қалыптасуының бір түрі деп қарайды. Толық қалыптасу мүмкінсіздігі жағдайын олар тұлғалық ақаумен түсіндіреді, ол ақау ерте балалық



шақтағы жанұя ішіндегі интерперсональды бұрыс қатынастар нәтижесінде құрылады деді. Шизофренияның табиғаты жөніндегі мұндай пікірлер қолдау таппады. Ерте бала кезінен басқа жанұяда бейімделіп, оскенбалаларда шизофренияның пайда болу қаупі жанұяішілік қатынастар ерекшелігімен емес, тұқымқуалаушылықпен байланысты болатыны көрсетілді. Қазіргі мәліметтер шизофрения табиғатын сыртқы орта факторларымен әсерлесу жағдайында көрінетін ағза қызметінің ерекше формада бұзылуына бейімділігімен полигенді ауру ретінде қарастыратын теорияны жеткілікті негізде құруға мүмкіндік берді.

### **Диагностика**

Шизофренияның клиникалық көріністерінің спектрі өте кең, сондықтан оның диагностикасы көптеген қиындықтар тудырады. Негізгі диагностикалық критерияларыша шизофренияға тән негативті бұзылыстар немесе науқас тұлғасындағы айрықша өзгерістер жатады. Оларға эмоциональды кедейлену, ойлау және тұлғааралық бұзылыстар жатады. Сонымен қатар шизофренияға синдромдардың белгілі жиынтығы тән. Шизофренияның дифференциальды-диагностикалық бағасын үш бағытта жүргізу қажет: экзогенді психоздардан, аффективті психоздардан, соның ішінде маниакальды-депрессивті психоздан, және де невроздар мен психопатиядан ажырату керек. Экзогенді психоздар белгілі бір зияндылықтармен байланысты басталады (токсикалық, инфекциялық). Ол кезде өзіне тән тұлғалық өзгерістер байқалады (органикалық типтегі), психопатологиялық көріністері галлюцинаторлы және жиі көру галлюцинациялары басымдылығымен жүреді.

Аффективті психоздар кезінде шизофренияға тән тұлғалық өзгерістер байқалмайды. Психопатологиялық көріністер негізінен аффективті бұзылыстармен көрінеді. Аурудың динамикасында синдромдардың күрделенуі байқалмайды. Бірінші және екінші ұстамалар да аффективті патологиямен көрінеді, шизофрения кезінде (кезендік формасында да) ұстамалардың күрделенуге тенденциясы бар, яғни аффективті ұстамалар әрі қарай аффективті-сандырақтың, кататоно-нейроидты күйлерге ауысады.

Шизофренияны невроздар мен психопатиялардан ажырату шизофрениялық үрдістің баяу, белсенді емес ағымында қажет болады. Бұл жағдайда шизофренияға тән тұлғалық өзгерісті, невроз тәрізді немесе психопатия тәрізді бұзылыстардың ерекшеліктерін табу көмектеседі. Психопатиялар кезінде психопатологиялық симптоматика тұлғааралық қатынастармен байланысты, сондай - ақ психопатия тәрізді симптоматика үдемелі үрдіспен анықталады. Невроздар кезінде оның пайда болуына ықпал ететін белгілі психогенді зияндылықтар болады. Невроз динамикасы шизофренияның невроз тәрізді көрінісі динамикасынан ерекшеленеді.

## Емі

Қазіргі кезде шизофрения ауруларын емдеуде көп мүмкіндіктер бар. Кең әсер ету спектрі бар психотропты дәрілердің үлкен арсеналы ауру көріністерінің ерекшеліктерін ескере отырып дифференциальды терапия жүргізуге мүмкіндік береді. Сандырақ және галлюцинаторлы бұзылыстар басым көрініс берген психопатикалық бұзылыстар кезінде, қозу жағдайында галоперидол, таопроперазин және т.б. нейрOLEпиктер қолданылады, кататониялық бұзылыстар басым болғанда - этаперазин, френалон және т.б. нейрOLEпиктер қолданылады. Шизофренияның жедел жоғары дене қызумен, яғни фебрильді ұстамамен өтетін жағдайының еміне тоқтап өтейік. Фебрильді ұстамалармен науқастарды емдеу үшін үлкен дозада аминазин, электротырысулық терапия қолданылады. Басқа нейрOLEпиктер қолданылмайды. Кей науқастар аминазинді көтере алмайды, бұл жағдайда сол препаратпен қатар көктамырға сибазон тағайындаған дұрыс. Бұл шаралар тиімділік көрсетпесе, әрі қарай қызуы көтеріліп, ми ісінуі белгілері артқан жағдайда электротырысулық терапияға көшу керек.

Ауру көрінісінде негативті бұзылыстар басым болған жағдайда ынталандырушы әсері бар нейрOLEпиктерді қолдану ұсынылады. Депрессивті және депрессивті-параноидты көріністермен науқастарға антадепресанттар тағайындау керек. Күрделі психопатологиялық синдромдар кезінде нейрOLEпиктер, антидепресанттар және т.б. препараттардың комбинациясын қолдануға болады. Инсулинді шокты, электротырысулық терапия тәрізді дәстүрлі әдістерді қолдану да жақсы нәтижелер береді. Инсулинді шокты терапия шизофрениялық үрдістің жедел көріністерімен және соматикалық әлсіз науқастарға көрсетілген, ал электротырысулық терапия басқа ем әдістеріне резистентті, және созылмалы депрессиямен науқастарда қолданылады.

Шизофрениямен науқастарды толыққанды өмірге оралту үшін кеңес психиатрлары әлеуметтік-еңбектік реабилитацияға көп көңіл бөлді. Психиатриялық көмекгі ұйымдастырудың жалпы жүйесінде әртүрлі емдік - еңбектік және шизофрениямен науқастарға әлеуметтік әсер етудің әртүрлі формалары қарастырылған.

Шизофрениямен науқастардың ішінде 50%-ның мүгедектігі жоқ, және олар кәдімгі жұмыс орындарында қызмет істейді. Қалғандары негізінен II, сирек жағдайда I және III топ мүгедектері. III топ мүгедектері арнайы цехтарда жұмыс істейді, ал II топтағылар психоневрологиялық диспансер жанан ашылған емдік - еңбектік шеберханаларда жұмыс істейді. Науқасқа еңбек түрін таңдауды науқастың психикалық күйін және бұрынғы мамандығын ескере отырып, дәрігер-психиатр жүргізеді. Бұл мүмкіндік болмаған жағдайда науқас мамандық білім алып, жаңа жұмысқа орналаса алады.



## **Профилактика**

Шизофрения профилактикасының мәселелері психиатрияның маңызды міндеттерінің бірін құрайды. Этиологиясы жөнінде нақты мәліметтердің болмауы бұл дерттің тиімді біріншілік профилактикасын құруға мүмкіндік бермейді. Қазіргі кезде шизофренияның біріншілік профилактикасы медикогенетикалық кеңеспен шектелуде. Мамандар жұбайларына, егер олардың тұқымдарында психикалық аурулар болса немесе жұбайлардың бірі шизофрениямен зардап шеккен жағдайда олардың болашақ балаларында шизофрения даму мүмкіндігі жөнінде ақпарат береді. Екіншітік және үшіншілік профилактика шараларын жүргізу үшін медикаментозды және реабилитациялық тәсілдер қолданылады. Науқас адам ерте анықталғанда, уақытында емдеп, сүйемелдеуші терапия қолдану арқылы айқын психикалық бұзылыстардың алдын-алып қоймай, науқастың қоғамдық, жанұялық өмірге қатысуын сақтап қала аламыз. Науқастың әлеуметтік - профессиональды бейімделуінің тұрақтылығы мен тиімділігін іске асыру үшін әлеуметтік реабилитация шаралары қажет.

*Реабилитация* жөніндегі мәселе шешімінің өзіндік қиындықтары бар, ол бірінші кезекте шизофренияның полиморфизмімен, ауру ағымы мен сатыларының әрқилы формаларының болуына байланысты. Сондықтан шизофрениямен науқастардың реабилитациясы индивидуальды және дифференциальды сипатта болуы керек. Науқас жағдайына байланысты реабилитациялық шаралар госпитальда немесе ауруханадан тыс жағдайларда жүргізіледі.

Госпитальдық реабилитация варианттарына бірінші кезекте ауруханалық шеберханалардағы еңбектік терапияны, мәденитерапияны, бөлімше ішілік және жалпы ауруханалық әлеуметтік шараларды жатқызады. Келесі қадам стационар жағдайында науқастарды жеңіл тәртіптегі бөлімшелерге немесе күндізгі стационарларға ауыстыру болып табылады. Реабилитациялық шараларды бірыңғай кешенді бағдарлама әдісі бойынша жүргізген дұрыс, әсіресе науқасты қандай-да бір жаңа еңбек дағдыларына үйрету кезінде, мысалы, өндірістік немесе ауылшаруашылықтық дағдыларға (егер село жөнінде сөз болса).

Шизофрениямен науқастардың амбулаторлық реабилитациясын (ауруханадан тыс) жүргізу ауданның психоневрологиялық диспансерлер дәрігерлеріне тиісті. Шизофрениямен науқастар да еңбек етіп жүрген ірі өндірістік мекемелерді медико-санитарлық бөлімдерінде құрылған психиатриялық кабинеттер де өздерін жақсы жағынан көрсетті. Өндірісжағдайында жүргізілген реабилитация шизофрениямен әлеуметтік дезадаптацияланған науқастар санының азаюына мүмкіндік береді. Дегенмен реабилитациялық шаралар жетістігі көп жағдайда еңбектік белсенділік пен сүйемелдеуші терапияны ретті жүргізуді дұрыс үйлестіруге де байланысты.

## **Соттық - психиатриялық сараптама**

Шизофрениямен зардап шегетін науқастар өздерінің істеріне есеп беруге және оларды басқаруға қабілетсіз болғандықтан қабілетсіз болып танылады және психиатриялық ауруханаға жолданады. Бұл қатарға ұстама тәрізді шизофрения жағдайы жатпайды, бұл жерде еңбектік адаптацияның сақталуымен ұстамадан кейінгі көпжылдық терең ремиссия және тұлғалық өзгерістің болмауы немесе төмен айқындылықтағы дәрежесі жөнінде сөз болып тұр. Бұл жағдайда науқасты қабілетті деп тану мүмкін болады. Аз үдемелі, баяу ағымды және постпроцессуальды психопатия тәрізді жағдайлар сараптамасы айтарлықтай қиындықтар туындатады. Азаматтық акт жасау кезінде шизофрениямен науқастардың (неке қию, мүліктік келісімдер, өсиет және т.б.) қабілеттілігін бағалау осы акттерді жасау сәтіндегі науқастың психикалық күйімен анықталады. Науқастың психотикалық күйде жасалған азаматтық акттарының заңды күші болмайды. Басқа жағдайларда науқасты қабілетті деп мойындау мүмкіндігі бар. Шизофрениямен науқастар әскери міндет атқаруға жарамсыз деп саналады.

## **Сандырақ ойлар.**

Сандырақ ойлар – аурудың санасын толық жаулап алатын және түзетуге келмейтін қате ой түйіндеулер.

Қате талдау, ой түйіндеу әрбір адамда болады. Дегенмен сау адамдарда логикалық қателіктер қосымша түзетулер немесе фактілер арқылы түзетілуі мүмкін. Сандырақ кезінде науқас өз ойларын түзетуге қабілетсіз ғана емес, дұрыс емес пікірлерді сырттан түзетулерге, сыни көзқарастарға мүлдем берілмейді. Бұл науқастың сөздерінен ғана емес, оның жүріс-тұрысынан да көрінеді. Жалған дұшпандарының бар екендігіне сенімді сандырақ жағдайындағы науқас, жаудан қашады, жасырынады немесе оған шабуыл ұйымдастырады, жауларының әсер көрсетіп отырған аппараттары, биоөрістерінен қорғанатын тәсілдер ойлап шығарады, өздерін қатаң жазалауды өтінеді, жалған қылмыстары үшін өздерін қинайды, өздерінің жасаған жобаларын жоғарғы инстанцияларға жібереді.

Жоғарыда келтірілген сандырақ анықтамасының дұрыстығын ескере отырып, жиі сандырақ дамуы толық аяқталмай, оны аса бағалы идеялар және жабысқақ ойлармен дифференциалды диагностика жүргізу қажеттілігі пайда болады. Сандырақпен науқас сандырақ дамуының ең жоғарғы шыңына жеткенде түзетулерге саңыраулық танытады. Психоз баяу, ал сандырақ болса өте төмен қарқында – айлар, кейде жылдар бойы түзілуі мүмкін. Мұндай ауруларда ұзақ уақыт ауруына аздап критикалық көзқарас сақталады, олардың дұрыстығына күмәнданады; түзетулер қысқа уақытқа оң нәтиже береді. Мұндай жағдай сандырақ жүйесі ем нәтижесінде ыдырай бастағанда да байқалады.



Кейбір жағдайда сандырақты сау адамның шатасуынан ажырату қажеттілігі туады. Мұндай адасу қандай-да бір дәрежеде тұлғаның элеуметтік орнын, ұстанымын анықтайтын адамның бүкіл өміріндегі тұрақталған жүйе ретінде болғандықтан ажырату қиынға соғады. Бұл жерде сөз жиі діни сипат алған ұстанымдар жөнінде болып тұр. Мұнда әдетте білім жеткіліксіздігі, кейде қарапайым надандық бірге жүреді. сандырақ психикалық науқас сандырағы дертті жағдайда (ауру негізінде) оның өнімі және белгісі ретінде пайда болады; сандырақ жүйесі жиі алынған білім деңгейіне қарама-қайшы болады.

Сандырақтың біртіндеп дамуында оның құрам бірлігі болып табылатын компоненттер динамикасын көруге болады. Сандырақ пікірдің пайда болуы алдында эмоциональды күйдің өзгерісі орын алады. Ішкі кернеліс, түсініксіз тынышсыздық, үрей, төніп тұрған бақытсыздықты сезіну байқалады. Науқас шарқ ұрып не болғанын, қоршаған орта неліктен ол үшін жаңа, түсініксіз ішкі мағынаға ие болғанын түсінуге тырысады.

Осындай сандырақты көңіл- күй дамуына сандырақтық қабылдау бірге жүреді: айналадағылардың барлығы шындық емес, жасанды, немесе бір қауіпті құпия тұнып тұрғандай көрінеді. Сандырақтық қабылдау сандырақтық елестетулер түзілуімен тікелей байланысты, осының негізінде аурудың өткен өмірінің кейбір сәттері жаңа мәнге ие болады. Сонымен, сандырақтық тану пайда болады – бұрын түсініксіз болған құбылыстардың интуиция арқылы айқындала түсуі. Осы сәттен бастап сандырақ нақты мазмұнға ие болады, бұл субъективті жеңілдену сезімімен, эмоционалды тынышталумен жағдайымен бірге жүреді - *сандырақ кристаллизациясы*.

Қолданыстағы сандырақ классификациясы оның жеке сипаттамасына негізделеді және бір жағдайда күйзелістер тақырыбын, келесі жағдайда – жүйелілік дәрежесін, құрылымын, пайда болу ерекшеліктерін немесе өзге де белгілерін ескереді.

#### **Мағынасына байланысты сандырақ:**

Соңына түсу, әсер ету, уландыру, қызғаныш, өзін - өзі кінәләу, өзін - өзі кемсіту, ұлылық және т.б. бөлінеді.

**Соңына түсу сандырағында** науқас, белгілі бір адамдар немесе ұйымдардың өзін құпия немесе ашық түрде соңына түсіп, жоюға әрекет жасап жүргендігіне сенімді.

**Әсер ету сандырағы** соңына түсу сандырағының бөлігі немесе оның бір түрі болып табылады: со аталған ізге түсушілер науқасқа моральді немесе физикалық әсер етеді, ол үшін күрделі тәсілдер және қазіргі жаңа техникалық құралдарды қолданады деп есептейді. Науқас өзінде гипноз, телепатиялық әсерді сезінеді, электр тоғы, сәуле, магниттердің әсері жөнінде айтады.

**Уландыру сандырағы** да соңына түсу сандырағының құрамына кіреді; науқас уландырудың негізгі көзі құрамында улы заттары бар дәрі, су, ая, тамақ деп санайды.

**Қатынас сандырағы** соңына түсу сандырағын толықтырып отырады. Науқас өзіне байланыссыз жағдайларды өзіне қатысты деп септейді. Мысалы, үйде жарық жоқ болып, қараңғы болса, ол оның қараңғы, білімсіз адам екенін арнайы көрсету үшін жасалған деп қабылдайды. Егер дәрігер халатының 3 ілгегі салынбаса, ол ауруханаға 3-рет жататындай, автокөліктің кенеттен жол қиылысына бұрылуы, науқас өмірінде де өзгеріс болатындай әсер етеді. Науқастың айналасындағы болған оқиғалар ол үшін екі түрлі мағына береді, науқас бәріне ерекше көңіл аударады.

Сахналау, интерметаморфоза сандырағымен науқастар айналадағылардың бәрі әдейі құрастырылған, өмірінің бір үзіндісі жайлы көрініс ойнап жатқандай, эксперимент жасалып жатқандай, қос ойын жүргізіліп тұрғандай, барлығы үздіксіз мағынасын өзгертіп жатқандай сезімде болады: кейде бұл аурухана, кейде аурухана емес тергеу мекемесі секілді; дәрігер-дәрігер емес, тергеуші, ал ауру тарихы – қылмыстық іс қағазы, науқастар мен медперсоналдар - киім ауыстырған қауіпсіздік органының қызметкерлері болып көрінеді.

**Зиян сандырағы:** науқас зиянкештер оған материалды немесе моральді зиян келтіруде, тонап, заттарын бүлдіреді, құқығына қысым жасайды деп сенеді.

**Кверулянттық сандырақ** өзінің тарапына ұқыпсыз, қайырымсыз, адал емес көзқарасты сезген науқас дауласады, оны әшкерелеуге көп күш жұмсайды, көп уақытын, кейде бүкіл материалдық жиған-тергенін жұмсап жібереді, әртүрлі мекемелерге шағым жасайды, сандырақ мазмұнына біртіндеп жаңа адамдарды қоса түседі; сандырақ тематикасы шынайы ситуациялардан басталады, мысалы, көршілермен, жанұя мүшелерімен, қызметтестерімен жанжалдасудан.

**Қызғаныш сандырағы** кезінде науқастың жолдасының әрекеті, сыртқы келбеті мен жүріс-тұрысы, жолдасының сөздері, қоршаған ортадағы түрлі оқиғалар жұбайлық көзге шөп салу белгілері түрінде көрінеді («дәлелдер»).

**Ипохондриялық сандырақ** тематикасы – ауыр, дауасы жоқ дерттің бар екендігіне сенімділік.

Ипохондриялық сандыраққа сипаты жағынан ұқсас жас кезде басталатын (жасөспірім шақта) **дисморфомания** болып табылады. Дисморфоманияны физикалық жеткіліксіздік бар екендігіне немесе жағымсыз иістерді /ішек газы, зэр, тер т.б./ таратушы екеніне сандырақтық сенім ретінде қарастыруға болады.

**Өзін-өзі кінәлау және өзін-өзі кемсіту сандырақтық идеялары**, ипохондриялық және депрессиялық күй бірге жүреді. Науқас пікірі бойынша оның бүкіл өткен өмірі кұнаға толы деп санайды; өздерін кінәлайды, өкінеді.

Егде жастағы науқастарда ипохондриялық тематикамен депрессиялық сандырақ мегаломаниялық сипатқа жеңіл өтеді. Бұл



сандырақ мазмұны бойынша нигилистік немесе теріске шығару сандырағы деп аталады. Мысалы, науқас өзінде асқазанның ауыр ауруы барын, оның өлімге алып келетіндігін; одан әрі асқазаным жоқ, ол шірікке айналды, орны бос қалды; көп ұзамай науқастың өзінің жоқ екендігі, ол - тірі өлік, тірідей ыдырап жатқандығын естиміз; кешірек – еш нәрсе қалмайды: әлем, өмір, өлім де жоқ (Котар синдромы).

Кемтарлық түсінігі әдетте дененің көрінетін бөліктеріне қатысты болады: мұрынның, құлақтың, тістердің, қол-аяқтың және т.б. формасы немесе көлемі. **Толық түзілген дисморфоманияға мыналар тән:**

- 1) жабырқаулы көңіл-күй
- 2) өз күйзелістерін жасыру
- 3) жалған ақауды түзеуге бағытталған белсенді әрекеттер (хирургиялық операцияға дейін).

- 4) қатынас идеясының пайда болуына және дамуына бейімділік.

Көтеріңкі көңіл-күйге ұлылық сандырақтық идеясы, байлық сандырағы сәйкес келеді. Науқас - әлем әміршісі, барлық ұлы жаңалықтарды ашқан, өмір эликсирін ойлап тапқан, *perpetuum mobile*, Пушкин және Толстой псевдонимдерімен барлық кітаптарды жазғанын, ертегідей байлық иесі екендігін айтады. Кейде жеке монотематикалы шығармашылық сандырағын байқауға болады. Ұлылық сандырағы үдемелі салданудың экспансивті формасына, параноидты шизофренияның кеш сатыларына (сандырақ дамуының парафренді сатысына) тән, маниакальды-депрессивті психоздың маниакальды фазасында бақыланады.

Ертеден келе жатқан жіктеу бойынша біріншілік және екіншілік сандырақты бөлеміз. Біріншілік сандырақта психиканың патологиялық өнімдері сандырақтық түрде дамиды. Екіншілік сандырақта ой түйіндеу өзгерген фонда дамиды, мысалы, ауруда қауіп төндіруші есту вербальды галлюцинациялары және оған сәйкес соңына түсу сандырақтық идеялары бар; ес бұзылысымен егде жастағы науқастар киімін, ақшасын қайда қойғанын есінде сақтай алмайды, бұл екіншілік сандырақ түзілуіне негіз болып табылады.

Сандырақ сонымен қатар, **жүйеленген және жүйеленбеген** болып бөлінеді. Жедел психикалық жағдайда, науқас санасында сандыра өте үлкен жылдамдықта өзгереді, науқас мәнін түсініп үлгермейді. Бұл жағдайда сандырақ жүйеленбеген сипатта болады. Сандырақ көзқарастар жүйесіне еніп, қандай-да бір байланыстылыққа ие болуы үшін уақыт керек. Сондықтан ауру жүйеленген сандырақпен көрініс берсе, дерт үрдісінің ұзақ мерзімділігі жөнінде айтуға болады. Үдемелі ауруларда /шизофренияда/ психикалық ақау дамуына байланысты сандырақ жүйесі ыдырайды, сандырақ орынсыз, оғаш испат алады.

Қазіргі кезде интерпретативті, сезімдік және бейнелік сандырақ түсініктері кеңінен қолданылады. Интерпретативтінемесеталдау сандырағы - бұл жүйеленген біріншілік сандырақ, паранойяльды синдромға тән. Жедел сезімдік сандырақ ерекшелігі қоршаған ортаны



сандырақтық қабылдау болып табылады. Бұл жағдай алдында күдікшілдік, сандырақтық көңіл-күй бақыланады, соның әсерінен барлық қабылданған ақпарат сандырақтық сипат алады. Идеаторлы талдау болмайды, сөздері интерметаморфоза сандырағына сәйкес келеді; галлюцинация болуы міндетті емес, сезімдік сандыраққа жиі иллюзиялар тән. Потологиялық күйзелістер мен науқастың пассивті позициясы арасындағы диссоциация, абдырау жағдайының жиілігі сезімдік сандырақ жағдайын онейроидты жағдайға жақындата түседі. Сандырақ жедел экзогенді психозда, шизофренияда кездеседі. Егер сезімдік сандырақ сыртқа бағытталып, шын мәнінде бар заттар мен құбылыстарды сол мезетте қабылдаумен негізделсе бейнелік сандырақ науқаста қалыптасып қалған пікірлерге негізделіп түзіледі, б.а. ол осы шаққа емес, өткен шақ қабылдауларына сүйенеді. Бейнелі сандырақ мағынасы бойынша қиял сандырағы, кейде тізгінсіз фантазияға ұқсас болады. Бұған жалған естеліктерге негізделген *конфабуляторлы сандырақ* мысал бола алады. Науқас өмірінде болған адам сенгісіз оқиғаларды «еске алады», оларды шындықпен байланыстырғысы келеді. Сандырақпен науқас өз ата-анасын бөтен адамдар ретінде санап, өзінің ата-аналарымен жақсы тұрмысын нақты суреттейді; науқас жас кезінде оның өмірін палшы болжағанын, өмірінің сағаттарына дейін болжанғанын айтады, жаңа детальдарды «есіне түсіреді», өзінің басынан өтіп жатқан жайттарды осы естеліктермен байланыстырады. Бейнелік сандырақ шизофренияда, алкогольді делирий, кәрілік және тамырлық психоздарда кездеседі .

Шығу тегі бойынша сандырақтың ерекше формаларын бөледі: *резидуальды сандырақ және индуцирленген сандырақ.*

**Резидуальды сандырақ** - психоз жағдайынан кейін біршама уақыт бойы жалғыз симптом ретінде қалатын бейнелік сандырақ, науқас жүріс-тұрысына айтарлықтай әсерін тигізбейді. Резидуальды сандырақтың динамикалық тенденциясы қолайлы: ол трансформацияға, күрделенуге ұшырамайды және науқаста сыни көзқарас пайда болғанда (критикасы) кенеттен жоғалады.

**Индуцирленген сандырақта** психикасы сау адамдардағы қате пікірлердің пайда болуы сандырақпен зардап шегетін науқас адамдармен байланысты болады; примитивті, ситуацияны сыни көзқараспен, дұрыс түйіндей алмайтын тұлғаларда дамиды.

**Аса бағалы идеялар** – шынайы факторлар базасында пайда болатын, науқастың шамадан тыс эмоциональды жауабына байланысты санада басымдық көрсететін пікірлер. Психопатияларда, шизофренияда, аффективті психоздарда кездеседі. Тематикасына байланысты шығармашылдық, ипохондриялық және т.б. идеялар болып бөлінеді.

**Жабысқақтықтар /обсессиялар/** - еріктен тыс пайда болатын, науқас ойын жаулап алатын және науқас үшін бөтен, дертті жағдай ретінде қабылданатын ойлар мен күйзелістер, науқас оларды өз ерік күшімен жеңе алмайды. Жабысқақ ойлар, елестетулер, естеліктер, күдіктенулер,



қорқыныш, әуестіктер, қимылдар мен әрекеттер болады.

**Жабысқақтықтарды 2-топқа бөлеміз:**

1) бейтарап, яғни науқас үшін индифферентті, айқын эмоциялық реакциялармен жүрмейді

2) бейнелік науқас үшін ауыр және айқын аффективті жауаппен көрінеді.

Бірінші топқа жабысқақ ақылгөйсу, жабысқақ санау, терминдерді, есімдерді, күндерді т.б. жабысқақ еске түсіруді жатқызуға болады. Жабысқақтықпен науқас бейтарап тақырыпта ұзақ ойланады, мысалы, неге Әлем шексіз, егер ол аяқталса не болады, аяқталғаннан кейін не болады және т.с.с. Жабысқақтықпен науқас оқығанын немесе естіген сөздерін талдайды, бөліктерге, буындарға бөледі, немесе қадамын санайды, баспалдақ сатыларын, терезелерді, сөздегі әріптерді санайды, ойша шексіз санау операцияларын жүргізеді.

Екінші топқа өткен өмірдің қандай-да бір оқиғасы жөніндегі жабысқақ естеліктерді жатқызады, ол ұят сезімімен, өкіну және басқа да эмоциялық реакциялармен бірге жүреді. Елестетулер бүкіл санасын жаулап алғанда оқиғалар науқаста ауыр күйзелістер шақырады, ол адамның жүріс-тұрысында бейнеленеді (ол бұл күйзелістің жоқ екендігіне көз жеткізгісі келгенде). Науқас өз туыстарының үйінен келіп, олар науқастың ваннада тастап кеткен каустикалық содасымен уланып қалуы мүмкін деп ойлай бастады. Жақындарының өлім алдындағы қиналғандарын көз алдына келтіріп, оларға ұзақ уақыт бойы жазбады, себебі, олардың өлімі жөнінде нашар хабар аламын деп қорықты; мереке қарсаңында олардан құттықтау қағазын алғаннан кейін ғана ол жөнінде ойлауын доғарды.

**Жабысқақ қорқыныштар – фобиялар** әрқилы болып келеді, аффективті қанықтылығымен ерекшеленеді. Жиі кездесетіндері: канцерофобия – қатерлі ісікке шалдығудан; сифилофобия – мерезге шалдығудан; кардиофобия – жүректің ауыр дертіне шалдығудан; танатофобия – өлімнен қорқу; мизофобия – ластанудан қорқу; клаустрофобия – жабық кеңістіктерден қорқу; агорофобия – ашық кеңістіктерден, көшелерден, алаңдардан қорқу; эритрофобия – өзге адамдар алдында қызарып кетуден қорқу; фобофобия – фобия пайда болуынан қорқу.

Бейнелік жабысқақтықтарға *жабысқақ күдіктенулерді* /есік жабылды ма, жарық өшті ме, қран жабылды ма/, *жабысқақ тілектер, әуестіктер, қимылдар, әрекеттерді* қосуға болады. Кейбір науқастарда жасауға болмайтын қылық жасауға жанын қинайтын тілек пайда болады: жерлеу рәсімінде күлуге, жақсы көретін баласының көздерін шанышқымен шұқып алу. Бұл *контрастылы жабысқақтық* деп аталады. Егер сандырақ жөнінде емес, жабысқақ ой туралы әңгіме болса, ауру өзінің тілегін ешқашан іске асырмайды. Психоз жағдайында контрастылы құбылыстар сырттай жабысқақтық тәрізді болуы мүмкін, шынтуайтқа келгенде ол баяу

түзіліп келе жатқан сандырақ сатысы болуы мүмкін. Мұндай жағдайда науқастар қоғамға қауіпті әрекет жасауы мүмкін.

**Ритуалдар** – орындағанда қысқа уақытқа науқас жағдайының жақсаруымен көрінетін жабысқақ қимыл-әрекеттер; ритуалдық әрекеттер дұға тәрізді, қорғанысты білдіреді. Жабысқақтықтар невроз жағдайына тән; нервотикалық деңгейде өтіп жатқан барлық психикалық ауруларда көрінуі мүмкін мүмкін. Жабысқақтықтар сау адамда да болуы мүмкін. Мұндай жағдайда олар тұрақсыз болады, сананы жайламайды, эпизодты түрде пайда болады және адамның әлеуметтік ортада бейімделуіне әсерін тигізбейді.

Сандырақ пен жабысқақтықтың патофизиологиялық мәні И. П. Павлов еңбектерінде ашылған. Параноик сандырағын талдай келе, ол осы науқастарда орталық жүйке жүйесінің мықты үрдісіне көңіл бөлген. Мида фазалық күйлердің дамуына байланысты сандырақ түзуші тұрақталған қозу ошағы өз айналасында күшті тежелу зонасын түзеді (теріс индукция заңы бойынша). Критикаға сәйкес келетін ешқандай қозу, осы тежелу жиынтығынан өтіп, доминантты ошақты басуға қабілетсіз. Осы жағдай сандырақпен науқастарда критиканың болмайтынын түсіндіреді. Жабысқақ жағдайлар неврозы кезінде, керісінше, жоғары жүйке қызметінің әлсіздігі бақыланады. Бас миының әлсіз қыртысы күшті доминантты қозу ошағын түзуге қабілетсіз, ал доминантты ошақ күшті тежелу қабатымен өзін қорғай алмайды. Жабысқақтықтар ерекшелігі осылайша түсіндіріледі: жеке жабысқақтық болады (тұрақталған қозу ошағы), және оған деген критикалы көзқарас болады (қосымша қозу ошақтары), бірақ бұл критикаға сәйкес қозу негізгі ошақты басуға қабілетсіз. Тұрақты қозу ошағы қалыпты күш қатынасына бағынуы мүмкін немесе сергектік және ұйқы арасындағы жағдайда болуы мүмкін.

*Инвертті сандырақ* деген түсінік бар, бұл кезде науқас сөздері шынайылыққа тікелей қарама-қайшы болып келеді: адал қызмет етіп келген кассир әйел өзін ақша ұрлады деп айыптап отырғанын, кейіннен бүкіл өмірінде ұрлықпен айналысқанын және адамдарды алдағанын айта бастайды. Бұл жағдайды И.П. Павлов тұрақты қозу ошағының ультрапарадоксалды фазасы деп түсіндірді (тежелуі қажет нәрсе реакция туғызады немесе керсінше). Ультропарадоксальды фаза заңы бойынша реакция жабысқақтықта да (мысалы, контрастты жабысқақтықтар) болады.



## 7. Бақылау

### Бақылау сұрақтары:

1. Шизофренияның параноидтық түрі.
2. Шизофренияның гебефреденттік түрі.
3. Шизофренияның кататоникалық түрі.
4. Шизофренияның қарапайым түрі.
5. Шизофрениядан кейінгі депрессия.
6. Шизофренияның біркелкі түрі.
7. Антипсихотиктердің топтарын пайдалану үшін мақұлданған дәлелді медицина.
8. Тыныштандыратын антипсихотикалық дәрілер (левомепромазин, хлорпромазин, проминанс, хлорпротиксен, перицидин).
9. Әсер етуі жоғары антипсихотикалық немесе инцидентті антипсихотиктер (галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, флюпеназин және т.б.).
10. Дезингибирленген антипсихотикалық дәрілер (сульпирид, дикарбин).
11. Атипті антипсихотикалық заттар (клозапин, оленцапин, рисперидон, китиапин, амисульприд, сэрдиндол).
12. Нейролептиктердің жағымсыз әсері.
13. Антипсихотикалық препараттарды қолданудың қарсы көрсетілімдері.
14. Әлеуметтік қолдау нысандары мен әдістері.
15. Шизофрения мен науқастарды әлеуметтік-еңбекке жарамдылығын оңалту және науқастарды жұмысқа орналастыру.
16. Созылмалы сандырақ бұзылулар: Инволюционды параноид. Паранойя.
17. Жедел және өтпелі психотикалық бұзылулар (жедел полиморфты симптомдары бар шизофрения белгілері жоқ психотикалық бұзылыс, жедел шизофрения сияқты психотикалық бұзылыс).
18. Индуцирленген сандырақ бұзылулар.
19. Шизофренияның және сандырақ бұзылулардың ажырату диагностикасы.

### ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

#### 1. Шизофрения кезінде эмоционалды күйдің бұзылу белгілері;

- А) Эмоционалды тұрақсыздық
- Б) Эмоционалды нығыздану
- В) Эмоцияны ұстай алмау
- Г) Жарыместік
- Д) Гипертимия

**2. Шизофренияның негативті көрсеткіштеріне жататын синдром;**

- А) Корсакову синдромы
- Б) Апатико - абулистік
- В) Кандинский – Клерамбо
- Г) Дисменистикалық
- Д) Астениялық

**3. Шизофренияда орын алмайтын танымдық қабілеттің бұзылуы;**

- А) Резонерлік
- Б) Сандырақ
- В) Неологизм
- Г) Ойдың тұғырлықтылығы
- Д) Символдарға негізделген ойлау

**4. Шизофренияның этиологиясында маңызды рольді атқаратын;**

- А) Психикалық жарақат
- Б) Экзогендік факторлар
- В) Балалық шақта дұрыс тәрбие алмау
- Г) Тұқым қуалаған патология
- Д) Тасымалдаған нейрожүкпа

**5. Елестеулермен (галюцинациялармен) өтетін шизофренияның ұстамаларын басатын препараттар;**

- А) Аминазин
- Б) Галоперидол
- В) Сертралин
- Г) Амитриптилин
- Д) Седуксен

**6. Шизофренияға мына бұзылыстардан басқа барлығы тән;**

- А) Аутизм
- Б) Резонерлік
- В) Амнезия



- Г) Амбиваленттік
- Д) Эмоционалды ахуалдың төмендеуі

**7. Шизофренияның жәй формасының клиникасында мына белгіден басқалардың барлығымен сипат алады;**

- А) Балалық, жасөспірім кезде басталуы
- Б) Аутизмнің үдей түсуі
- В) Психикалық процесстердің әлсіреуі
- Г) Аффективті – сандырақ ұстамалары
- Д) Эмоционалды еріктік бұзылулардың жедел қалыптасуы

**8. Инволюциялық параноид сипатталады;**

- А) 45 – 50 жастан кейін басталады
- Б) Кеңею мен күрделенуге беталыс жоқ
- В) Сандырақ параноялды түрде өтеді
- Г) Елестер пайда болады
- Д) Барлығы

**9. Фебрильды шизофренияға тән белгілер;**

- А) Әдеттегідей жас адамдарда пайда болады
- Б) Гипертермия
- В) Тахикардия, сусыздану, қанталау
- Г) Онейроид немесе аменция түріндегі сананың бұзылуы
- Д) барлығы дұрыс

**10. Нәтижелі симптоматикасыз және тұлғаның арзымас өзгерістерімен өтетін шизофренияның түрі;**

- А) Үзіліссіз
- Б) Рекурентті
- В) Ұстамалы – прогрессивті
- Г) Қарапайым
- Д) Кататоникалық

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



## 1. №2 тақырып: Аффективтік бұзылыстар.

### 2. Тақырыптың мақсатты

- Аффективтік бұзылулардың таралуы, ең маңызды көріністері, бағыты және болжамы;
- әлеуметтік бейімделу және онымен оңалту мүмкіндігі;
- аффективті бұзылуларды емдеудің ең тиімді әдісі;
- аффективті бұзылулардың диагностикасы және емі;
- Аффективтік бұзылулардың алдын алу және оңалту принциптері.
- аффективті бұзылуларды кешенді емдеуде психотерапияның және психофармакотерапияның элементтері;
- науқастың және басқалардың өмірі мен денсаулығына қауіп төндіретін ең өткір ақыл-ой бұзушылықтарды уақтылы анықтау;
- әлеуметтік қауіпті науқастарды қадағалау, ұстап қалу және тасымалдау;

### 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. Аффективті бұзылулардың таралуы этология, патогенезі.
2. Депрессиялы және маникальды эпизодтардың клиникалық көріністері.
3. Депрессияның кезеңдері мен сатылары.
4. МДА ағымы (өздігінен пайда болу, маусымдық, күнделікті динамика, фазалардың ұзақтығы).
5. Биполярлы бұзылыста маникальды және гипоманикалық жағдайлар. Этиопатогенез, клиника, диагностика.
6. Қайталанатын депрессиялық бұзылу. Этиопатогенез, клиника, диагностика.
7. Созылмалы аффективті бұзылулар.
8. Дифтимия.
9. Циклотомия.
10. Тыныштық депрессия.
11. Аффективті психозды емдеу.
12. Үзіліс кезінде өршудің алдын-алу (литий тұздары, нормотимиктер, антидепрессанттар).
13. Өзіне қол жұмсау, науқастың қамқорлығы және қадағалауы.
14. Пациенттердің қабілеті.

## **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**

**Аффективті бұзылыстар** – эмоциональды күйдің өзгерістерімен жүретін әртүрлі психикалық бұзылыстар тобы.

### **Маникальды-депрессивті психоз**

Ұстамалар ретінде немесе аффективті бұзылыстар фазалары арасында интермиссия болатын, психикалық денсаулығының толық қалыптасуымен және тұлға қасиеттерінің өзгеруінсіз жүретін эндогенді ауру.



Кездесу жиілігі барлық психикалық аурулардың ішінде 70%-ке жуық, көбінесе әйел адамдар ауырады.

МДП-ны дербес ауру ретінде 1896ж. Э.Крепелин анықтаған.

### **Этиологиясы – белгісіз**

*Бірақ оған қатысты бірнеше заңдылықтар анықталған:*

- Тұқым қуалаушылық
- Ағзадағы биохимиялық және биологиялық өзгерістер
- жасы
- жынысы
- конституциялық ерекшеліктері

Осылардың ішінде тұқым қуалаушылық факторына көп көңіл бөлінген. Аурудың қауіп қатері сибс пен дизиготты егіздерде 20-25% , монозиготтыларда 66- 96% болады.

### **Патогенезі:**

Маниакальды - депрессивті психоздың патогенезі гипоталамустың нейрондар жүйесімен мидың базальды бөлігінің синаптикалық берілу бұзылысымен байланысты. Бұл бөліктер психиканың мынадай ерекшеліктерінің қалыптасуымен байланысты: психикалық реакция жылдамдығымен, көңіл-күй фонымен, аффективті жағдайлармен.

### **Клиникалық көрінісі**

*Маниакальды – депрессивті психозға тән:*

- Фазалық
- Интермиссия
- Мерзімділік

МДП-да маниакальды немесе депрессивті фазалардың ауысуымен, интермиссиямен бөлінген, ешқандай тұлға қасиеті өзгермеуі тән. Әрбір фаза анықталған соң психикалық денсаулығы толығымен қалыптасады. Фазалар ұзақтығы әртүрлі бірнеше күннен бірнеше жылға дейін, орташа ұзақтығы 3-6 ай.

Маниакальды-депрессивті психозға фазалардың пайда болуының мерзімділігі тән. Кейбір науқастарда фазалар белгілі бір мезгілде, жиі күзде және көктемде пайда болатыны белгілі. Фазалар саны әртүрлі: кейбір науқастарда фазалар жыл сайын алмасып отырса, ал кейбіреулерде бір фаза өмір бойы байқалады.

### **Депрессивті фаза**

*Депрессивті фаза психикалық бұзылыс- тардың триадасымен сипатталады:*

- Көңіл- күйдің төмендеуі

- Ой баяулауы
- Қимыл- қозғалыстың тежелуі (мелшию)

### **Психикалық бұзылыстар**

*Депрессивті фазаның көрінісіне тән:*

- көңіл- күйі төмендеуі,
- сағыныш сезімі,
- қайғы
- қажу

**Депрессивті фазаның дамуының басталуын көрсететін белгілер:**

- Ұйқы бұзылуы;
- Тәбетінің жоғалуы;
- Жүрек аймағында жағымсыз сезім;
- Жүрегіннің қағуы;
- Ауызының құрғауы;
- Ішінің қатуы;
- Етеккірдің үзілуі.

Бұл жағдайды қателікпен соматикалық ауру деп, яғни жүрек -қан тамыр жүйесінің функциональді ауруларымен шатастырады. Жеңіл жағдайларда эмоциональды бұзылыстар көңіл күй төмендеуімен , өз болашағына сенбеуімен, жалпы жағдайының нашарлығымен, психикалық және физикалық шаршағыштықпен көрініс береді.

Ауыр жағдайларда сағыныш ойларының өршуімен , қайғымен көрініс береді. Қандай да бір жағдайдан шықпайды.

Бұл жағдайлардың ең ауыры “Сағыныш немесе қайғы жарылуы” деп аталған. Бұл кезде қозумен, жылаумен, қыңсылаумен, ымдаумен, өз-өзіне жарақат жасаумен, өлтіруімен көрініс береді. Науқастардың сыртқы көрінісі: мимикасы мен көзі олардың қайғы қасіретін көрсетеді, ауыр жағдайларда көзі құрғап қалады, сирек жыпылықтатады. Қабақтың ішкі бетіндегі доғаның орнына бұрышты қатпар түзеді – бұл қатпар Верагут қатпары деп аталады.

Науқас ерні кебеді, тығыз жұмылған , ауыз бұрыштары түсіп кеткен, аузының құрғауы байқалады;

Олар төмен түсіріп , денесіне бекіген қолдарымен, тізелерін бір- біріне тигізіп отырады;

Сұраққа үлкен үзіліспен жауап береді, тыныш, баяу, өлгісі кеп тұрғанын айтады;



Назары төмендеген, ес қабілеті бұзылмаған, болып жатқан әсерлерді бекіту қиындаған;

Олар өздерін мисыз, топас деп санайды;

Қозғалысы аздап тежеледі немесе депрессивті ступорға дейін барады.

### **Негізгі белгілері**

- Ойлау бұзылыстары (кінәләу сандырағы, ойдың төмендеуі);
- Болашаққа жоспардың болмауы;
- Суицидальды әрекеттер;
- Дерезация;
- Сомато-психикалық деперсонализация;
- Қабылдаудың төмендеуі;
- Назардың төмендеуі.

### **Вегетативті соматикалық бұзылыстар**

- Тахикардия
- Артериалды гипертензия
- Іш аймағында керу сезімінің пайда болуы
- Дене салмағының төмендеуі
- Етеккірдің тоқтауы
- Тәбеті жоғалу

### **Депрессивті жағдайдың түрлері:**

Ажитирленген депрессия - қорқыныш пен аландаушылық, сағыныш сезімдерімен көрініс береді.

Ипохондриалық депрессия - әртүрлі өзінің жазылмайтын аурумен ауыратына сенімді болады.

Маскирленген депрессия — қимыл қозғалыс, сезімталдық және вегетативті бұзылыстар болады.

### **Маниакальды фаза**

Маниакальды фаза психикалық бұзылыстардың триадасымен сипатталады:

Көңіл күйдің жоғарлауы-эйфория

Ойдың жылдамдауы

Қимыл- қозғалыстың тездеуі- қозу

### **Маниакальды жағдай 3 түрлі ауырлықта болады:**

Жеңіл- гипомания.

Орташа –типті маниакальді жағдай.

Ауыр- ұлылық сандырағымен мания, шатастыру маниясы.

### **Психикалық бұзылыстар**

Көңіл күйдің біртіндеп жоғарылауы.

Ұйқысы қысқа, беткей.

Жаман жаңалықтар көңілге әсер етпейді.

Өздерінен жаңа бір қасиет табады.

Науқастар өлең жазады, сурет салады.

Жүріс- тұрысы жылдамдайды.

Адамдармен тез қарым- қатынасқа түседі.

Сексуалдық инстинкттері жоғарылайды, эротикалық тақырыптарда сөйлеседі.

Әйелдер ашық киінеді, косметиканы көп қолданады.

Қатты күледі, қалжыңдайды, дистанция сезімі жоғалады.

Қозғыш, барлық іске араласады.

Көптеген жоспарлар қояды.

Белсенділіктің жоғарлауына байланысты ұлылық сандырағы көрініс береді.

### **Вегетативті және соматикалық бұзылыстары.**

Тахикардия.

Артериалды гипертензия.

Дене салмағының төмендеуі.

Етеккірдің тоқтауы.

Соматикалық бұзылыстары индивидуальды түрде кездеседі, көбіне еш шағым айтпайды.

### **Маниакальді жағдайлардың варианттары.**

Көңіл күй жоғары мания - эйфория, физикалық жағдайының жақсаруы.

Экспансивті мания – көңіл күйдің жоғарлауы өте бағалы, ұлылық ойлармен қатар жүреді.

Қаһарлану маниясы- қаһарланумен бірге ойдың жылдамдауы жүреді.

### **Аралас жағдайлар**

МДП- бар науқастардың 20% -де кездеседі. Бұл жағдай бір фазадан екінші фазаға ауысып жатқанда пайда болады. Оның клиникасы мания және депрессиямен сипатталады. Мысалы: Депрессивті жағдай қозумен және интеллектуалды тежелумен қатарласуы мүмкін. Ал мания қимылдың және интеллектуалды жағдайдың тежелуімен жүруі мүмкін.

### **Дистимия**

Созылмалы көңіл-күй бұзылысы, бұл жағдайда адам кем дегенде екі жыл көлемінде көңіл-күйінің күнделікті төмен болуына шағымданады,



алайда барлық симптомдар депрессия жағдайына қарағанда жеңіл түрде өтеді. Ауру тек депрессия түрінде өтіп, маниакальды күйге ешқашан ауыспайды.

### **Циклотимия**

Маниакальды-депрессивті күйдің жеңіл түрін циклотимия деп атайды. Бұл жағдайда ауру ұстамасы айқын білінетін психоз дәрежесіне жетпейді, көрінісі жағынан МДП-дың бастапқы сатысына ұқсас келеді. Циклотимияға жиі симметриялы ағым тән болып келеді, яғни субдепрессия және гипоманиакальды кезеңдердің үздіксіз кезектесуімен жүреді.

### **Ажырату диагностикасы.**

МДП-ға фазалық ағым, толығымен психикалық денсаулығының қалыптасуы, ешқандай тұлға қасиеттерінің өзгермеуі тән. Әрбір ұстама психопатологиялық және соматовегетативті бұзылыстармен тығыз байланысты. МДП-да жиі тұқым қуалаушылық бейімділігі тән. Сонымен қатар мерзімділік тән: ұстамалар күз және көктемде жиілейді. Жиі таңғы уақытта айқын болады, кешке қайта орнына келеді.

### **Болжамы**

МДП-да болжам жақсы, себебі ауру фазалары толығымен денсаулығының, қоғамдық статусы және еңбекке қабілеттілігін қалыптасуымен аяқталады. Ұзаққа созылған фазаларда және интермиссия арасы қысқарғанда болжам нашарлайды.

Болжамды анықтау үшін науқастың жасы, ауру қашан басталғанына, бірінші фазаның клиникалық көрінісіне көңіл бөлеміз. Егерде бірінші фаза маниакальды болса, онда статистика бойынша бірнеше фазалар монополяры ағыммен болады. Ауру ерте басталса және монополяры маниасы болса 50-60 жаста сауығып кетуі мүмкін. Биполярлы ағым болжам жаман, толығымен сауығу сирек байқалады. Оларда соматикалық асқыну: гипертониялық ауру және қант диабеті көрініс береді.

### **Емі**

МДП емі комплексті.

Депрессивті жағдайдың емі

-Антидепрессанттар(мешипромин, амитриптиллин)

СҚҰШ препараттары(прозак, продеп, рексетин, флюоксетин, т.б.)

Антидепрессанттар әсер етпеген кезде ЭСТ 6-8 сеанс қолданады.

Адинамиялық депрессияда аз мөлшерде нейрорептиктиктер қолданады.

Вегетативті бұзылыстарды емдеу үшін бензодиазепин қатарындағы транквилизаторларды береді.

Айқын экстрапиримидті бұзылыстар кезінде пирацетам қолданады. Тәуліктік дозасы 2400 мг.

### **Маниакальды жағдайдың емі**

Нейролептиктер мен литий тұздарын қолданады.

Эффективті препарат аминазин 100-600мг/тәу, пипольфенмен бірге 150 мг/тәу.

Клопексол 20-40 мг/тәу және басқа нейролептиктер: рисперидон, тизерцин, сонапакс, лепонекс.

Литий карбонат дозасы 0,8г/тәу

Парентеральді енгізу үшін жалғыз препарат литий оксибутираты 2 мл 20 % ертіндіде 400 мг құрамды алады.

Мания мен депрессияны емдегенде кабамазепин қолданады.Эффект тез пайда болады.Дозасы 600- 1000 мг/тәу.

### **Профилактикасы**

Үш циклді антидепрессанттармен терапия жүргізу арқылы депрессивті ұстаманың алдын алу

Соңғы жылдары МДП фазаларын алдын алу үшін кейбір антиконвульсанттарды: финлепсин, конвулекс қолданылады.Финлепсинді бастапқыда 0,2 мг/тәу дозадан бастап жоғарлатады.

### **Еңбекке жарамдылығы**

Ұстамалар кезінде науқас жұмыс істей алмайды және белсенді түрде стационарда немесе амбулаторлық емдеуді қажет етеді.Созылыңқы фазаларда науқасты мүгедектікке ауыстыруға сұрақ туындайды. Ұстамалар болмаған жағдайда еңбекке қабілеттілігі қалыптасады.

## **7. Бақылау**

### **Бақылау сұрақтары:**

1. Аффективтік бұзылуларға тән тек қана бұзушылықтар жатады көңіл-күй?
2. Маниакальды эпизод кезінде (қозғалтқыш белсенділігінің өзгеруі, сөйлеу, тәбет, жыныстық қатынас) қалай өзгереді?
3. Депрессиялық эпизод кезінде (қозғалтқыш белсенділігінің өзгеруі, сөйлеу, тәбет, жыныстық қатынас) қалай өзгереді?
4. Депрессияның кезеңдері мен сатылары қандай?
5. Депрессияның продромальды сатысында қандай симптомдар көрініс береді?



6. Депрессияның аффективті манифестті кезеңінде қандай симптомдар көрініс береді?
7. Қандағы кортизолдың деңгейі депрессия мен маниада қалай өзгереді?
8. Ұйқының құрылымы қайталанатын депрессия кезінде қалай өзгереді?
9. Депрессия мен дистимияның салыстырмалы сипаттамалары.
10. Қоғамда циклотимияның таралуы?
11. Циклотимия үшін мезгіл тән ба?
12. Қорқыныш депрессия.
13. Маник эпизодтарда литий тұзын, карбомазепинді, антипсихотикалық препараттарды қолдану ерекшеліктері.
14. Антидепрессанттардың қандай топтарын білесіз және олар бір-бірінен қалай ерекшеленеді?

### ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

**1. Классикалық депрессивті үштіктік сипатталады;**

- А) Эмоционалды тежеу
- Б) Қозғалыстың тежелуі
- В) Идеаторлық тежеу
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

**2. Депрессивті үштікке мынадан басқаның барлығы тән;**

- А) Қайғыру аффекті
- Б) Қозғалудың тежелуі
- В) Меланхолиялық раптус
- Г) Идеаторлық тежеу
- Д) Депрессивті ойлауға берілу

**3. Депрессивті идеаторлық тежеуге мынадан басқаның барлығы тән;**

- А) Ойдың депрессивті фабулаға тоқтауы
- Б) Есте сақтау қабілетінің қиындауы
- В) Елестету қабілетінің қиындауы
- Г) Амнезия белгілерінің күшеюі
- Д) Депрессивті моноидеизм

**4. Депрессивті қозғалыстың тежеуіне мына белгіден басқалардың барлығы тән;**

- А) Жәй қимылдау
- Б) Мимиканың азаюы
- В) Бұлшықеттің әлсіреуін сезіну
- Г) Сезімталдықтың күшеюі
- Д) Депрессивті ступор белгілері (мелшиіп қалу)

**5. Маниакалды синдромның қарапайым нұсқасына мынадан басқаның барлығы жатады;**

- А) Ашуланшақтық мания
- Б) Көңілдік мания
- В) Шаттасқан мания
- Г) Сезімталдық сандырақпен қалыптасқан мания
- Д) Нәтижесіз мания

**6. Күрделі манияға мынадан басқаның барлығы жатады;**

- А) Интерпретациялық сандырақпен қалыптасқан мания
- Б) Сезімталдық сандырақпен болатын мания
- В) Шаттасқан (шиеленіскен) мания
- Г) Галлюцинозбен өтетін мания
- Д) Онейроидпен қалыптасқан мания

**7. Мына жағдайлар гипоманиакалды жағдаймен байланысты болуы мүмкін;**

- А) Тәбеттің күшеюі
- Б) Ұйқының бұзылуы
- В) Әуестіктің (құштарлықтың) күшеюі
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

**8. Маниакалды үштік сипатталады;**

- А) Көтереңкі көңіл – күймен



- Б) Ассоциациялардың жеделдеуі
- В) Қозғалыстың қозуы
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

**9. Маниакалды идеаторлық қозу мына белгіден басқалармен сипатталады;**

- А) Гиперамнезия
- Б) Конфабуляция
- В) Ассоциациялардың күшеюі
- Г) Ойдың бөлінуі
- Д) Идеаторлық шиеленіс

**10. Көңіл – күйдің созылмалы бұзылуына жататын белгілер;**

- А) Циклотимия мен дистимия
- Б) Рекуррентті депрессивті бұзылыс
- В) Психотикалық симптомдары бар ауыр депрессивті эпизод
- Г) Биполярлы аффективті бұзылыс
- Д) Психотикалық симптомдарсыз мания

**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: Балалардағы спецификалық психикалық бұзылыстар.**

##### **2. Тақырыптың мақсатты:**

- балаларға тән психикалық бұзылуларды кешенді емдеуде психотерапия мен психофармакотерапияның элементтерін пайдалану;
- науқас баланың және оның айналасындағы адамдардың өмірі мен денсаулығына тікелей қауіп төндіретін жедел психикасының бұзылуын жылдам анықтау;
- жалпы медициналық практика контекстінде уақтылы көмек көрсету немесе баланы психиатрға жіберу үшін психикалық бұзылыстарды тану;
- науқас баланың жағдайы туралы алдын ала пікір қалыптастыру және психиатриялық мекемеге жолдама беру.

#### **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. Гиперкинетикалық бұзылулар.
2. Балалардағы мінез-құлық пен эмоциялардың бұзылуы. Даму механизмі, клиникалық көріністер, дифференциалды диагнозы, емдеу.
3. Сөйлеу мен тілдің бұзылуы.
4. Оқу ерекшеліктері, жазбаша сөйлеу, арифметикалық дағдыларының спецификалық бұзылысы.
5. Даму диспраксиясы.
6. Мектеп дағдыларының бұзылысы.
7. Балалардың аутизмі.
8. Балалық шақ эпилепсиясы.

## 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

Бала жасы үшін спецификалы психикалық бұзылыстар - баланың денсаулығының дамуы адамның болашақ өмірінің негізі. Негізгі қабілет, дағдылардың қалыптасуы адамға алға ұмтылуға жол ашады. Балалық шақ аса осал кезеңдердің бірі, яғни бірнеше критикалық периодтардың өтетін кезеңі. Бала кезіндегі даму бұзылысы «дизонтоенез» деп аталады.

### *Негізгі критикалық кезеңдер:*

Ерте балалық шақ, 2-4 жас

Мектепке бару, 6-8 жас

Пубертатты, 12-14 жас

Орта жас, 40-42 жас

Климактериялық, 45-50 жас

Істерден кету, 60-70 жас

### **Балалардағы спецификалық психикалық бұзылыстар МКБ 10 бойынша.**

F80-F89 Психологиялық даму бұзылысы

F80 Сөйлеу және тілдің спецификалық бұзылыстары

F81 Оқу дағдыларының спецификалық бұзылыстары

F82 Моторлық функция дамуының спецификалық бұзылыстары

F83 Психологиялық дамудың аралас спецификалық бұзылыстары

F84 Психологиялық дамудың жалпы бұзылыстары

F88 Психологиялық дамудың басқа бұзылыстары

F89 Психологиялық даму бұзылысы анықталмаған

F90-F98 Балалық және жасөспірімдік шақта дамидың эмоционалды бұзылыстар.

F90 Гиперкинетикалық бұзылыстар

F91 Өзін өзі ұстау бұзылысы

F92 Өзін өзі ұстау және эмоция аралас бұзылыстары

F93 Балалық жасқа спецификалық болып келеін, эмоциялық бұзылыстар

F94 Балалық және жасөспірімдік кезге тән, әлеуметтік функциялану бұзылысы

F95 Тики



F98 Балалық және жасөспірімдік кезде басталатын басқа эмоционалды бұзылыстар

«Акселерация» терминін 1935 жылы неміс дәрігері Е.М. Кох ұсынған болатын. Акселерация — Латын тілінен «жылдамдату» дегенді білдіреді, жасөспірімдердің денесінің дамуының уақыттан бұрын, тез қарқынмен үдеп жүруі; балалармен жас өспірімдердің жыныстың жетілуінің өсуі мен дамуының күрт жылдамдануы.

**Инфантилизм** – латын сөзі. Мағынасы “балалық” деген сөз. Яғни дамудың кері кетуі деген мағынаны білдіреді. Инфантилизмді екі жағынан қарастырған дұрыс:

Бірінші, физиологиялық инфантилизм. Бұл адам ағзасының табиғи даму үрдісінен айнып, дамуының тежелуі.

Екінші, психологиялық инфантилизм. Бұл адамның ішкі жан дүниесінің күннен-күнге дамып, түсінігі артып, даналыққа қарай жақындауының орнына, күннен-күнге кері кетіп, адамның рухани тығырыққа тіреліп, жанын түрлі-түрлі қайшылықтар торлап алып, бір түсініксіз халге бой ұрып, өмірінің мәнін жоғалтып алуы. Осы туралы толығырақ тоқтала кетейік.

**Аутизм** — (гр. autos - өзім) - адамның сыртқы дүниеден оқшауланып, өзімен-өзі болып, іштей сары уайымға салынған кездегі көңіл- күйі. Бұл терминді 1912 жылы Э. Блейлер адамның ішкі эмоциялық қажеттіліктерімен реттелетін және шынайы әрекеттерге тәуелділігі шамалы аффективтік саланың айрықша түрін белгілеу үшін енгізген. Аутист балалардың есте сақтау қабілеті жоғары болады. Математика және музыкадан дарынды, бірнеше тілдерді меңгеруі де мүмкін. Бірақ бұл қасиеттер әдеттегі жастан кейінірек байқалады. Сондықтан да бұндай балалар арнайы интернаттарда емес, кәдімгі жан ортасында тәрбиеленуі қажет.

- Ландау-Клефнер синдромы 3-7 жаста қалыпты дамудан кейінгі айту мен түсінудің катастрофиялық бұзылысы.
- Ретт синдромы тек қыздарда кездеседі сөйлеу, мануалды қабілеттерінің жоғалуы.
- Геллер синдромы бірнеше ай ішінде терең кемқылдылық, қоршаған ортаға қызығушылық жоғалуы, монотонды қозғалыстар.

**Балалық шаққа тән симптомдар:**

- Тұтығу
- Энурез
- Жыпылықтау

- Патологиялық үйреншікті іс-әрекеттер
- Қорқулар

### **Тұтығу**

Сөйлеу аппаратының бұлшық еттерінің тырысу салдарынан сөздің жылдамдығы мен ырғағының бұзылуы.

Жеңіл тұтығу - сөзді тез айтып салуға ұмтылған кездегі жағдайда ғана пайда болады.

Орташа - сабырлы және үйреншікті жағдайда тұтығу аз көрінеді.

Ауыр - тұтығу ылғи көрінеді және айтушының қалпынан тәуелсіз, ілеспелі қимыл-қозғалыстармен байқалады.

Невротикалық тұтығу (логонездік)

Психожарақаттар (шошыну, конфликт)

Невроз симптомдары: ұйқы бұзылысы, жылағыштық, тітіркенгіш, шаршағыштық .

Органиклық нұсқасы (дизонтогенетикалық)

Босану уақытындағы жарақат, инфекция

*Жеке неврологиялық симптомдар:* монотонды мінез, тик не гиперкинез тәрізді.

**Тұтығу емі:** логопед дәрігерімен бірге жүргізіледі. Невротикалық тұтығуда релаксациялаушы психотерапия («үндемеу режимі», отбасылық психотерапия, гипноз, аутогенетика, суггестии, топтық психотерапия). Ноотроптар, бұлшық еттерді босансытатын препараттар (мидокалм) қолданылады.

### **Энурез**

Энурез (грекше енурео зәрлену ) яғни түнгі зәрдің еріксіз шығуы немесе түнде зәрді ұстай алмау деген мағына береді. Энурездің балалар арасындағы жиілігі 2,3 %-дан 28,1%-ға дейін онымен көбінесе ұл балалар зақымданады.

Біріншілік (дизонтогенетикалық) туа зәр шығарудың ретсіз болуы. Жеңіл неврологиялық симптомдар, онтогенез бұзылыстары (омыртқа жотасы өзгерісі, құлақ формасы ерекшелігі, т.б.).

Екіншілік (невротикалық) энурез психожарақаттардың дамиды (анасынан бөлектену, ата-анасының ажырасуы). Невроз симптомдары (Қорқыныш, қобалжу).

### **Энурез емі.**

Антидепрессанттар(имипрамин, амитритилин), Холинолитиктер (атропин), СЕҚҚП (салицилаттар, деклофенак).



Серотонин антагонисттері (дегидроэрготамин, синепрес). Стимуляторлар (кофе дэндері, лимонник, эфедрин).

Психотерапиялық әдістер (биоқайтымды аппарат байланысы, гипносуггестия)

### **Жыпылықтаулар**

Кенет өздігінен пайда болатын, стереотипті, ретсіз, қайталамалы, үзілмелі және қысқа мерзімді жеке, бір топ бұлшықеттердің немесе дене бөліктерінің қозғалысы.

Тартулар байқалған жағдайда мидың органикалық прогрессирлеуші аурулары (эпилепсия, хорей, паркинсонизм, Вильсон ауруы, Леша-Нихен ауруы, т.б.) бар-жоқтығын зерттеу керек. Тартуларды қалауы бойынша басуға болады.

**Емі:** отбасылық психотерапия, гипносуггестия, аутогенді жаттығу. Нейролептиктер (тиоридазин, этапиразин), антидепрессанттар (флуоксетин, пароксетин), опиатты рецепторлар антагонисті (нальтрексон).

Созылмалы ауыр тартулар – Жиль де ля Туретта синдромымен көрінеді.

### **Патологиялық үйреншікті қимылдар**

Патологиялық үйреншікті қимылдар – әдетте жасауға үйреніп, қайталайтын іс-әрекеттер (тырнақ тістеу, шаш жұлу(трихотилломания), шайқалу, саусағын сору). Осы бұзылыстар көп жағдайда пубертатты кезеңіне дейін басылады. Кейде олар баладағы шизофренияның бірінші симптомы болуы мүмкін.

Қорқыныштар – ерекшелігі қарапайым, стереотипті (қараңғыдан қорқу, үйде жалғыз қалу, жануарлар, ертегі кейіпкерлерінен қорқу). Олардың себебі баланың мнестикалық мүнезімен байланысты болса нәтижесі оң. Ал күрделі, фантастикалық қорқулар шизофренияның бастапқы фазаларында кездесуі мүмкін. Баланы оятатын, қайталамалы қорқынышты түстер эпилептикалық ұстамалардың эквиваленті болуы мүмкін.

### **ШИЗОФРЕНИЯ**

Балалық шақта өте сирек кездеседі. Сандырақ, псевдогаллюцинациялармен көрініс береді. Қозғалыс сферасы мен мінез-құлқы өзгереді: кататониялық, геберфрениялық симптоматика немесе пассивтілік болуы мүмкін. Кемақылдылық байқалуы мүмкін. Ерте

басталған шизофрения нәтижесі ауыр болуы ықтимал. Психикалық дамуы не баяулауы не керісінше жылдамдауы (жасынан ерте оқу, санау) мүмкін.

### **МАНИАКАЛДЫ-ДЕПРЕССИВТІ ПСИХОЗ**

Ерте балалық шақта дамымайды. Аффективті ұстамаларды 12-14жаста байқауға болады. Балаларда қайғылы, депрессиялық күй сирек кездеседі. Ол көбіне соматовегетативті бұзылыстармен байқалады: ұйқы бұзылысы, тәбет төмендеуі, іш қату. Әлсіздік, жылағыштық, баяу жүру көрініс береді.

Кішкентай балаларда невроз көріністерін байқауға болады. Жиі қысқа мерзімді невротикалық реакциялар қорқу, шошудан дамиды. Соматовегетативті, қозғалыстық бұзылыстар басым болады (энурез, тұтығу, тиктар).

### **ЭПИЛЕПСИЯ**

Балаларда жиі кездеседі. Көріністері әртүрлі болып келеді, сондықтан диагноз уақытында қойылмауы мүмкін. Кіші және миоклониклық ұстамалар тиктер немесе еркелік деп шатастырылуы мүмкін. Кіші талмалармен (пикнолепсия, ювенилді миоклонус-эпилепсия) және бетте, тілде, тамағында сирек тырысулармен (роландиялық эпилепсия) болатын эпилепсия түрлері толық сауығумен өтеді. Ауыр өтетін түрлері: Уэст синдромы, Леннокс-Гасто синдромы.

### **ОЛИГОФРЕНИЯ**

Олигофрения (грек. oligos – аз және phren – ақыл) – ақыл-ойдың кемдігі; іштен туа біткен не алғашқы 3 жыл өмірінде дамымай қалған психиканың әр түрлі формалары.[1] Аурудың пайда болуына әр түрлі себептер: тұқым қуалайтын аурулар салдарынан организмдегі генетикалық ауытқулар; кейбір заттардың, мыс, амин қышқылдарының (фенилкетонурия), көмірсулардың (галактоземия) т.б. алмасу процесінің бұзылуынан болатын аурулар; жатырдағы ұрыққа не іштегі нәрестеге зақым келуі (ана бойындағы вирусты инфекция, токсоплазмоз, мерез) не сәбидің 3 жасқа дейінгі алған жарақаттары (мысалы, бас сүйек-ми зақымы, т.б.) әсер етеді.



## 7. Бақылау

### Бақылау сұрақтары:

1. Гиперкинетикалық бұзылыстар.
3. Ммiнез-құлқы бұзылыстары.
- 4.Тикозды бұзылулар.
- 5.Туретта синдромы.
6. Бейорганикалық энурез. Бейорганикалық эндопрепараттар.
7. Депрессия кезінде мiнез-құлқы бұзылысы клиникалық көрiнiстерi, дифференциалды диагноз, емдеу.
8. Балалық шақтан ажырауына байланысты қорқыныш бұзылысы. Даму механизмі, клиникалық көрiнiс, дифференциалды диагноз, емдеу.
9. Балалардағы қорқыныш-фобиялық бұзылыс. Даму механизмі, клиникалық көрiнiс, дифференциалды диагноз, емдеу.
10. Элективті мутация. Жiктеу. Клиникалық көрiнiсi, даму механизмі, дифференциалды диагноз, емдеу.
11. Балалық шақтағы кезеңдердiң дамуының тоқтап қалуы. Даму механизмі,  
клиникалық көрiнiс, дифференциалды диагноз, емдеу.
12. Сөздiк артикуляцияның бұзылыстары.
13. Мәнерлеп сөйлеу дағдыларын бұзылысы.
14. Эпилепсиямен жүретiн афазия.
15. Оқу мен жазудың бұзылыстары.
16. Дамудың диспраксиясы.
17. Аутистикалық бұзылулар.

### ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

#### 1. Асперер синдромы көбінесе ұқсас келеді;

- А) Құдалану сандырағына
- Б) Мезі қылушылыққа
- В) Эпилепсия талмасына (қояншық)
- Г) Ақыл – ес кемшілігіне
- Д) Көптеген гиперкинезаларға

#### 2. Гиперкинетикалық бұзылыстардан емдеуде көбінесе қолданады;

- А) Барбитураттар мен бензодиазепиндерді

- Б) Нейролептиктер мен антидепрессанттарды
- В) Литий тұздары мен антиконвульсанттарды
- Г) Ноотроптар мен психостимуляторлар
- Д) Ешқайсысын

**3. Инфантилизм кезіндегі дене бітім;**

- А) Пикникалық
- Б) Астениялық
- В) Атлетикалық
- Г) Грациалық
- Д) Гиперстениялық

**4. Кекештену мына аурудың бір белгісі;**

- А) Шизофренияның
- Б) Эпилепсияның
- В) МДП
- Г) Олигофренияның
- Д) Истерияның

**5. Энурез диагнозы ....– жастан төмен балдарға қойылмайды;**

- А) 4
- Б) 8
- В) 10
- Г) 12
- Д) 14

**6. Тартылу әдеттегідей;**

- А) Ұйқыға кеткен кезде күшейеді
- Б) Толығымен амнезделеді
- В) Еріктің күшімен басылады
- Г) Стресс кезінде тоқтайды
- Д) Өмір бойы күшейе береді



**7. Туретт синдромына тән болып келеді;**

- А) Аутизм мен амбивалентность
- Б) Екпіндеп сөйлеу, бір айтқан сөзін көп рет қайталап
- В) Мезі қылатын тазалық пен тәртіпке құштарлық
- Г) Балағат сөздерді айту
- Д) Афазия

**8. Балалық шақта пайда болған барлық психикалық дерттер мынаған әкеліп соғады;**

- А) Апатика – абулистік синдромға
- Б) Кататоникалық ступорға
- В) Есте сақтау қабілеттің күрделі бұзылысы
- Г) Психикалық дамудың тежелуі
- Д) Ерте өлімге

**9. Өз - өзіне жала жабу, жалған қылмыстарды мойындау, болмаған оқиғалар туралы айту мына белгілері бар жасөспірімдерге тән болып келеді;**

- А) Шизоидтік
- Б) Эпилептоидтік
- В) Циклоидтік
- Г) Истериялық
- Д) Интроверлік

**10. Балалық шақтағы шизофренияның белгілері;**

- А) Галлюцинациялар
- Б) Жүйеленген сандырақ
- В) Атипиялық депрессия
- Г) Катотония
- Д) Гебефрения

## **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/](http://medagent.ru/ist/)
2. Pub.Med
3. [www.spasmex.ru](http://www.spasmex.ru)
4. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru)
5. [medcompany.ru](http://medcompany.ru)
6. [meduniver.com](http://meduniver.com)
7. <http://diagnos.ru/diseases/nerves/nonsleep>



**2. № 4 тақырып: Невротикалық бұзылыстардың этиологиялық факторлары мен механизмдері. Невроздар, негізгі түрлері.**

**2. Тақырыптың мақсатты:**

- невротиикалық бұзылуларды кешенді емдеуде психотерапия және психофармакотерапия элементтерін қолдану;
- психикалық бұзылуларды анықтап жалпы медициналық практикада көмек көрсету немесе психиатрға жолдама беру;
- пациенттің жағдайы туралы алдын ала нақтылы пікір қалыптастыру, психиатриялық мекемеге дұрыс жолдама жасау.

**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, 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 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. Невротикалық бұзылыстардың этиологиялық факторлары мен механизмдері.
2. Қорқыныш-фобиялық бұзылулар.
3. Агорафобия.
4. Әлеуметтік фобия.
5. Оқшауланған фобиялар.
6. Паникалық бұзылулар.
7. Обсессивті-компульсивті бұзылу.
8. Жабысқақ ойлар.
9. Компульсиялық әрекеттер.
10. Соматоформады бұзылулар.
11. Астеникалық синдромы.
12. Неврастения.
13. Жабысқақ неврозы.
14. Истериялық конверсиялық бұзылыс.
15. Ипохондрия туралы түсінік.
16. Невроздың дифференциалды диагностикасы және емі.

#### **5. Оқу және оқыту әдістемесі**

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

#### **6. Ақпараттық-дидактикалық блок**

**Невроздар** - ол психикалық жарақаттың әсерінен пайда болатын аурулар тобы, жалпы күйдің және әртүрлі соматовегетативті функциялардың бұзылуымен, эмоциональды тұрақсыздықпен, қоршаған ортаға дұрыс баға берудің жеткілікті сақталуымен және өзінің дертті күйін түсінумен жүреді. Психикалық жарақат жедел эмоциональды стресспен немесе айқын емес, бірақ ұзақ мерзімдік жағымсыз күйзелістермен, және де эмоциональды ажырау ситуациясымен байланысты болуы мүмкін.

*Арудың психожарақаттаушы фактормен байланысына негізделген невроздардың диагностикалық критериялары Карл Ясперс триадасында (1910) анық келтірілген:*

- психогенді ауру тікелей психикалық жарақат әсерінен кейін дамиды;



- ауру көріністері психожарақат мазмұнымен тікелей байланысты және ол ауру клиникасында көрініс беріп отырады; олардың арасында психологиялық түсінікті байланыстар бар;
- аурудың ағымы психикалық жарақаттың айқындылығымен және актуальдылығымен тығыз байланысты;
- психикалық жарақат шешімін тапқан жағдайда ауру көрінісі жоғалады немесе әлсірейді.

## **Невроздардың клиникалық көріністері**

Невроздардың клиникалық көрінісі психикалық бұзылыстарға ұқсас түрде, және де невроз формасына тәуелді бұзылыстар түрінде көрініс береді. Жалпы психопатологиялық көріністер өзін дұрыс сезінудің бұзылыстарын бейнелейді, және оларға сандырақтық идеялар, галлюцинациялар, интеллектуальды-мнестикалық бұзылыстар және т.б. тәрізді психикалық бұзылыстар тән емес.

Невроздың клиникалық көрінісіне және мәніне оларды жеке аурулар тобына бөлу уақытынан бастап үлкен эволюциядан өтті. Алғаш «невроз» терминін 1776 жылы Шотландия психиатры В.Куллен ұсынды. Осы атаумен ол қызба жағдайы болмайтын сезім және қозғалыс бұзылыстарын және осы функциялардың жергілікті немесе жалпы бұзылыстарымен байланыссыз ауруларды суреттеп жазды. Ары қарай невроздардың клиникасы және оларға ықпал ететін факторлар анықтала түсті. Невроздардың клиникалық суретін және оның пайда болуындағы әртүрлі факторлардың рөлін бағалауда жарақаттық және әскери невроздар және т.б. себепші болды. Невроздардың пайда болу себептері әртүрлі факторлардың комплексті әсерімен қарастырылды: әскери жағдайдың психогенді стрессі, жарылыс толқынының әсері және т.б.

Бірақ ары қарай бақылау нәтижелері невроздардың дамуы тек психогенді факторлардың әсерімен байланысты деп көрсетті.

Бірқатар жағдайларда невроздардың этиологиясын невроз бен психопатияның арасындағы ерекше қатынаспен байланыстырады. Психопатиялық тұлғалар невроздар дамуына аса сезімталдық көрсетеді. Әрине, дисгормониялық қасиетгердің болуы невроз туындауына бейімдейді, дегенмен дисгормония белгілері жоқ адам қолайсыз, психожарақаттық жағдайлар әсерінен неврозға шалдығуы мүмкін.

Невроздың жалпы клиникалық белгілерінен науқастардың мынадай шағымдарын атап өтуге болады: негізсіз үреймен бірге өзін нашар сезіну, жоғары шаршағыштық, тұрақсыз, көп жағдайда жабырқаулы көңіл-күй, өзін сезіну және көңіл-күй таңертеңгі уақытта көңілтоларлық, ал кешке нашарлайды. Мұндай өзгерістерді науқас еңбекке қабілетті жағдайда да сезінеді. Олар физикалық және интеллектуальды жүктемеден тез шаршайды. Бірақ демалғаннан кейін олар жұмыстарын жалғастыра алады. Барлық науқастарға ұйқы бұзылысы тән. Олар жиі денесіндегі жағымсыз



сезімге, ішкі мүшелерінің функцияларың бұзылуына шағымдар айтады. Бұл сезімдер мен ауырсынулар сипаты соматикалық аурулардың белгілеріне ұқсауы мүмкін.

Вегетативті бұзылыстар вегетативті дистониялар және криздер түрінде көрінеді, бұл жағдайда процеске вегетативті жүйке жүйесінің симпатикалық және қара бөлімдері араласады. Әдетте дистония фонында қысқа уытты симпатоадреналдық, вагоинсулярлық немесе аралас криздер пайда болуы мүмкін.

Вегетативті бұзылыстар қорқыныш, үрей, ипохондриялық және фобиялық бұзылыстармен бірге жүріп отырады. Жиі жүрек қызметінің бұзылуы байқалады: кардиологиялық синдром және жүрек ритмінің өзгеруі, тыныс бұзылыстары: дем тарту толымсыздығы, тыныс алу ритмінің бұзылуы және ларингоспазм; асқазан-ішектік бұзылыстар: өңештің тарылуы, анорексия, аэрофагия (ауаны жұтып, кекіру) құсу, гастралгия (ауырлық, керілу сезімі). Жыныстық бұзылыстар кездеседі: ерлерде - эрекция, эакуляция бұзылысы және жыныстық әуестіктің төмендеуі, әйелдерде- жыныстық әуестіктің төмендеуі, аноргазмия, вагинизм. Жиі қозғалыстық бұзылыстар байқалады: оғаш позамен өтетін ұстамалар, астазия-абазия (жүріп-тұруы мүмкін емес), гиперкинездер (бүкіл дененің немесе бір бөліктерінің дірілдеуі); бет бұлшық еттерінің тиктары; дауыс байламаларының салы (афония, кейде мутизм); профессионалды дискинезиялар (жоғарғы координациялық қозғалыстың бұзылуы, шиқылды спазм синдромы). Сенсорлы бұзылыстар және сезімталдық бұзылыстары, көру аймағының тарылуы. Соқырлық және көрудің басқа да бұзылыстары байқалады (диплопия, фотопсия және т.б.), есту бұзылысы (саңыраулық және сурдомутизм), қатты дыбыстарды көтере алмау; жағымсыз сезімдер (жансыздану, құмырсқалар жорғалағандай, ине шаншығандай және т.б.). Жүйке-бұлшық еттік және жүйкелік-қантамырлық сипаттағы бас аурулары, психопатиялар («каска», «сақина» тәріздес қысқан ауру сезімдері) болуы мүмкін,

Невротикалық бұзылыстар айқындығы қолайсыз факторлардың патогенділігіне сәйкес келеді, сонымен қатар аурудың тұлғалық ерекшеліктеріне де байланысты. Неврозды тудыруға ықпал еткен қолайсыз жағдайды жойғанда және қажетті ем қолданғанда психикалық, соматовегетативті бұзылыстар жойылып, науқас сауығады. Бірақ неврозды тудырған қолайсыз жағдайлар сол күйінде сақталса, онда невроз созылмалы түрге ауысады. Невроздың созылмалы түріне созылмалы соматикалық немесе басқа аурулар, психикалық аурулармен тұқым қуалаушылық ауырлық бейімдейді. Созылмалы ағымда невроздың клиникалық көрінісі өзгереді. Егер невроздың бастапқы кезеңінде оның жеке формаларын жеткілікті дәрежеде анықтау мүмкін болса, кейін келе невротикалық симптоматиканың полиморфизміне байланысты клиникалық көрінісінің айқындылығы төмендейді. Невроздың негізгі формасының



психопатологиялық көріністеріне уақыт өте астениялық, депрессивті, үрейлі-фобиялық және ипохондриялық бұзылыстар қосылады.

Невроздар әртүрлі жас кезеңінде пайда болуы мүмкін, бірақ невроз пайда болуына аса тән жас кезеңі 25-40 жас. Невроздар психикалық бұзылыстардың ішінде жиі кездесетін түрі болып табылады. Олардың таралуы дамыған елдерде 5-15% құрайды яғни әрбір оныншы адам неврозбен зардап шегеді.

Невроздың клиникалық көрінісі көпқырлылықпен ерекшеленеді. Әртүрлі клиникалық көріністер басым болуына байланысты невроздар бірнеше формаға бөлінеді.

### **Неврастения**

Неврастения алғаш 1869 жылы Америка психиатры Дж.Бирдпен сипатталған. Невроздың бұл түрі американдық өмір сүру салтына тән болып есептелді, онда капитализмнің қарқынды дамуы жағдайында, пайда, байлық соңынан қуу басым мәнге ие. Невроздың бұл тобының клиникалық көрінісіне барлық психикалық үрдістердің айқын қажуы тән. Науқастар тез шаршайды, көңіл-күйі тұрақсыз, жиі аффект ұстамалары, тітіркену реакциялары жеңіл пайда болады. Ұйқы бұзылысы байқалады, өте нашар ұйықтайды немесе ұйқысы беткей, жиі оянады, ұйқыдан кейін демалғандық сезімі болмайды. Жалпы психикалық қолайсыздық жағдайы соматовегетативтік бұзылыстармен бірге жүріп отырады.

Неврастенияның клиникалық көрінісіндегі психопатологиялық бұзылыстар неврастенияда үш сатыны немесе форманы ажыратуға мүмкіндік берді: *гиперстениялық*, *тітіркенген әлсіздік* (өтпелі) және *гипостениялық*. Классикалық жағдайларда ауру гиперстениялық көріністерден басталады, содан кейін тітіркенген әлсіздік және гипостения байқалады. *Гиперстениялық* сатысындағы науқастарда жоғары тітіркенгіштік, ұстамсыздық, шыдамсыздық, зейін бұзылысы байқалады. Сонымен қатар, өршу кезекдерінде ментизм белгілері байқалады: ойлары ретсіз шатасады, хаосты, бірақ жаттылық және еріктен тыс пайда болу сезімі болмайды - бұл астениялық ментизм деп аталады.

Невроздың әрі қарай дамуында симпатикасы бірте - бірте өзгереді.

Ең бастысы *тітіркенген әлсіздік* белгісі болып табылады. Тітіркену көріністері айқын әлсіздікпен бірге жүреді, жиі науқастың гиперактивтілігімен алмасып отыратын апатия, ұйқышылдық эпизодтары пайда болады. Науқастар бастаған ісін жылдам қажу әсерінен соңына дейін аяқтамайды.

Кейінірек интеллектуальды қажу. Физикалық жұмыстарды орындау қиындығы, жоғары ұйқышылдық, әлсіздік, кейде күнделікті жұмыстағы белсенділіктің күрт төмендеуімен көрінетін психикалық және физикалық астения симптомдары басым бола түседі. Суреттелген күй неврастенияның *гипостениялық* сатысына тән.

Неврастенияның күрделі клиникалық көрінісінің хабаршы белгілері өткінші астениялық реакциялар болып табылады. Кейінірек неврастенияның өзі дамиды. Неврастенияның ұзақтығы әртүрлі және бірнеше айлардан бірнеше жылға созылуы мүмкін, ол психогенияның айқындылығы мен әсер ету ұзақтығына, тұлға құрылымына, органикалық зақымның бар-жоғына, қосалқы соматикалық ауруларға және т.б. көптеген факторларға байланысты. Әдетте психожарақаттық жағдайларды жойғаннан кейін немесе оған деген науқастың көзқарасын өзгерткенде және сәйкес ем қолданғанда науқас айығады. Бірнеше жылға созылған неврастенияны тұлғаның неврастениялық дамуы ретінде квалификациялауға болады.

*Невротикалық даму* жиі психикалық жарақат созылмалы әсер еткенде, тұлға психотравмалық жағдайларға өзінің көзқарасын өзгертпегенде және оған бейімделе алмағанда дамиды. Бұл науқастарда невротиалық симптоммен қатар аса үрейшілдікпен, шаршағыштықпен немесе қарқынды аффективті реакцияларға бейімділікпен, демонстративтілікпен, эмоциональды тұрақсыздықпен мінез-құлық бұзылыстары байқалады. Бұл пайда болған мінез-құлық бұзылыстарына науқас сыни көзқараспен қарайды және ол бұзылыстар жеке жағдайларда, психожарақаттық ситуацияда пайда болады (О. В. Кербшсов). Осылайша, тұлғаның невротиалық дамуы иайда болған бұзылыстарға сыни көзқарастың сақталуымен невротиалық және мінез- құлықтық симптоматикалардың бірлестігімен көрінеді.

### **Жабысқақтық неврозы**

Жабысқақтық невроз дегеніміз- бұл науқастарда еркінен тыс жабысқақ ойлар, қорқыныштар, қимылдар пайда болуымен жүретін невроз формасы, олар науқас үшін жат, бірақ олардан арыла алмайды. Психопатологиялық көріністердің қайсысының басым болуына байланысты жабысқақ невроздың 3 түрін ажыратады: *обсессивті*, *фобиялық* және *жабысқақ - компульсивті*.

Невроздың *обсессивті түрінде* науқастар жабысқақ естеліктерге (фамилияларды, жағымсыз ситуацияларды естеріне алады), елестерге (өз басынан өткен жағымсыз оқиғалар, кітаптардан немесе өзге көздерден алынған өзіне таныс оқиғалар) шағымданады. Ауру осы психикалық құбылыстардың бөтендігін түсінеді, бірақ олардан арылуға дәрменсіз. Олар қандай-да бір әрекетті толық орындауға кедергі жасайды, қажытады. Жабысқақтықтар үнемі *күмәнданулармен* де көрініс береді. Науқастар орындаған істерінің шындығына сенімсіз, есікті жапты ма, жарықты сөндірді ме, үйден шыққанда газды сөндірді ме және т.с.с. қайталап көп рет тексереді.

Жабысқақтық невроздың *фобиялық* нұсқасының клиникалық көрінісінде басты рөл қорқыныштарға (фобияларға) тән. Олардың ішінде ең кең тарағаны ауыр соматикалық және инфекциялық ауруларға шалдығу



қорқынышы: миокард инфарктымен, қатерлі ісікпен, алмайды, және белгілі бір жағдайларда осы ойлар оны қатты толқытады. Кардиофобиямен науқасты лық толы автобус ішінде, метрода, тар жерлерде инфаркт пайда болады деген қорқыныш және сенім баурайды. Жүрек аймағынан жағымсыздықты сезінгенде (соматовегетативтік реакциялар), дер кезінде медициналық қызмет көрсете алмайды деген күмән пайда болғанда науқас қорқыныш күшейеді.

Инфекциялық ауруларға шалдығу **фобиясымен, мысалы, сифилофобиямен** науқастарда, таныс емес **адамдармен жанасқанда, бөтен** заттарды ұстағанда ауру жұғады деген терең қорқыныш баурап алады. Осындай жағдайлардан кейін науқастар арнайы шара қолданады: киімін дезинфекциялайды, қолын бірнеше рет қайталап жуады.

Жабысқақтық невроздың **жабысқақты-компульсивті** түрінде жағдай контрасты идеялармен, әуестікпен және әрекеттермен анықталады. Науқастың моральды ұстанымдарына қарама-қайшы әрекеттер жасауға күшті мотивсіз ойлар пайда болады. Анасында баласының басын ауыр затпен ұрып жаруға, оның көздерін үшкір затпен шұқуға және т.б. ойлар пайда болады. Науқастардың ойына қоғамдық орындарда ұятты іс жасау тілегі келеді. Кейбір науқастарда компульсивті невроз бастың жабысқақ қозғалыстарымен, мимикамен және т.с.с. көрінеді. Шамалы уақытқа науқастар осы қозғалыстарын және әрекеттерін тежей алады. Бірақ бұл уақытта науқастарда психикалық көрініс сезімі байқалады.

Жабысқақтық невроздардың жоғарыда аталған нұсқаларының іс жүзіндегі бөлінулері біршама схемалық, шартты сипатта. Жиі ауру көрінісінде обсессивті және компульсивті немесе фобиялық невроздардың элементтері болады. Кейде олардың байланыстарының тығыздығы соншалық бір нұсқаны екіншісінен ажырату мүмкін емес. Мысалы, науқаста өткір заттарды көргенде қорқыныш туып, сол сәтте өз балаларын кескілеп тастағысы келген.

Жабысқақ жағдайлар неврозы жағдайы басқа невроздарға қарағанда созылмалы ағымда өтеді. Науқас аурудың ұзақ ағымында өз дертін өршітетін ситуациялардан алшақ, жүреді. Жалпы алғанда олардың симптоматикасы біркатар эволюция жасайды. Мысалы, бастапқыда фобиялар белгілі бір жағдайларда, белгілі бір әрекетті орындау кезінде немесе орындау алдында пайда болады. Жабысқақ қорқыныштар кейін олар жөніндегі естеліктердің өзінен пайда болады. Жабысқақ естеліктер баурап алушы қорқыныштарға ауысады. Мысалы, науқаста қайтыс болған туысқанының тірілей жерленгені туралы жабысқақ ойлар пайда болады. Науқасты осы жағдай қалай өткендігі туралы ойлар жиі мазалайды. Ол тірілей жерленген туысқанының қалай тұншыққанын айқын көз алдына келтіреді. Ақырында осы ойлар аса айқындалып, үнемі сипат алып, науқас үшін өте ауыр күйзеліс болып табылады, өз әрекеттерінің орынсыздығын түсіне отыра, молаға қарай жүгіреді, бейітті қазуды талап етеді.



Невротикалық бұзылыстардың негізінде пайда болатын сапасы жағынан жаңа жағдайларға ритуалдар, «жамандықты қайтаруға» арналған тәсілдер динамикасы айқын мысал бола алады. Жиі науқастарда қимылдық ритуалдар дамиды (аяқпен жерді тепкілеу, қолдарымен ерекше қимылдар жасау және т.б.). белгілі бір сатыда қимылдық акттар ритуал сипатынан айрылады. Бұл ритуалдық әрекеттер қарсы бағытталған фобиялар жоғалған жағдайда болады, бірақ қимылдық актілер қалып қалады, қимылдық жабысқақтықтарға ауысады.

### **Истериялық невроз**

Истериялық невроздың клиникалық көрінісі көпқырлы. Өткен ғасырдың және осы ғасырдың басында өмір сүрген авторлардың суреттемелерінде невроздардың истериялық ұстамалар түрінде жиі көрінетіндігі жөнінде айтылған. Истериялық ұстамалар көрінісі мен ағымы бойынша эпилепсиялық ұстамадан бірқатар ерекшеліктерімен ажыратылады. Олар жоғары эмоциональды айқындылықпен ерекшеленеді. Осы уақытта науқастар санасын жоғалтпайды, барлық рефлексдер сақталған. Олардың санасы тарылған, және олар өздері үшін эмоциональды мәні бар тітіргендіргіштерге жауап береді.

Қазіргі кезде истериялық невроздың клиникалық көрінісінде *соматовегетативті бұзылыстар* үлкен орын алады. Олар айрықша жүрек-қантамырлық бұзылыстармен, асқорыту, тыныс бұзылыстарымен көрінеді. Тыныс бұзылысымен, өңеш спазмдарымен ауыр жөтел ұстамаларына байланысты науқастарды жалпы профильдік ауруханаларға орналастырып қоймай, оларға жиі оперативті көмек көрсетіледі.

Истериялық невроздарда *қозғалыс пен сезімталдықтың бұзылуы* байқалады. Науқастар жүріп-тұра алмайды (астазия-абазия), қабақ спазмдары, афония, аяқ-қолдың салдануы болады. Сезімталдықтың бұзылуы иннервация зонасына сәйкес келмейді және қолғап, шұлық, күртеше түрінде көрінеді. Науқастар жиі дененің әр бөлімдеріндегі және ішкі мүшелердегі ауру сезімдеріне шағым айтады.

Истериялық невроз симптоматикасының айтарлықтай ерекшелігі - симптомдардың психогендік факторлармен байланысы, ағза жүйесіндегі органикалық бұзылыстардың жоқтығы және бұзылыстардың сендіру, өзін-өзі сендіру типі бойынша пайда болуы. Басқа маңызды фактор истериялық мінез-құлықпен адамдардағы оның дамуына бейімділік болып табылады.

Невроздың осы түрімен науқастарда истериялық бұзылыстардың қайталануы күшейеді. Олар тек эмоциональды жаракат кезінде ғана емес, науқастар өз дегеніне жете алмағанда да пайда болады. Олардың тәртібінде демонстративтілік, эмоциональды тұрақсыздық, керісуге бейімділік және истериялық невроздың тұлғаның истериялық дамуы көріністеріне трансформациялануы өзіне көңіл аудартады.



## **Ипохондриялық невроз**

Әртүрлі сенестопатиялармен ипохондриялық компонентті әр неврозда табуға болады. Невростенияда, жабысқақтық неврозда, истерияда ипохондриялық симпоматика астеноипохондриялық немесе жеке сенестопатиялық көріністер ретінде байқалады. Кейбір науқастарда дерттің клиникалық суреттемесінде сенестопатиялар, өз денсаулығына аса көңіл бөлу, мазасыздану басымдылық көрсетеді. Шын мәнінде жоқ дерт жөнінде ойлар оңай пайда болады, әртүрлі мамандарға қаралып, емделгісі келеді. Олар жағымсыз сезімдерге көп көңіл бөледі, ауыр дерт жөнінде ойлар мазалайды. Науқас денесінің жеке бөліктеріндегі немесе локализациясы белгісіз жағымсыз сезімдерге шағымданады. Мұндай сезімдер жиі қандай-да бір соматикалық немесе басқа топ ауруларына ұқсас болып келеді. Ипохондриялық көріністер науқас шағымдарының ішінде басты орын алады. Ауыр дерт жөніндегі ойлар аса бағалы сипат алады. Өзіндегі басқа да қажу, көңілінің түсіп кетуі және т.б. тәрізді психикалық бұзылыстарды науқас дерт салдарымен немесе соматикалық сәтсіздік салдарымен байланысты деп есептейді. Әртүрлі мамандарға көрініп, өзінде ауыр дерттің бар екендігін дәлелдеуге тырысады. Мұндай науқастарда жиі ағза жүйесінің функциональды бұзылыстары байқалады.

Бірақ бұл ауытқулар өздері сипаттаған жағдайдың ауырлығына сәйкес келмейді.

Терапия нәтижесінде, өмір салтын өзгертуге ұсынымдар берілгенде ипохондриялық көріністер әлсірейді немесе толық жойылады. Олар сақталып, тұрақты сипат алғанда науқастар өздерінің, ерекше шараларын қолданады, бұл ипохондриялық синдром характерологиялық бұзылыстармен бірігіп жүретін ипохондриялық тұлға дамуы жөнінде айтуға мүмкіндік береді.

## **Невротикалық депрессия (депрессивті невроз)**

Әртүрлі психикалық аурулар арасында патоморфоздың негізгі тенденцияларына сәйкес аффективті бұзылыстар, соның ішінде депрессивті бұзылыстар жиіледі.

Невротикалық депрессияның клиникалық көріністерінің суреттемесі ХХ ғасырдың 30-шы жылдарында пайда болды. Бұл невроз түрі бірбеткей, ригидті, компромиссті шешім қабылдауға және ситуацияны жан-жақты бағалауға қабілетсіз мінезбен адамдарда кездеседі деген мәлімет бар. Аурудың бастапқы кезеңінде дистониялық сипаттағы вегетативті бұзылыстар байқалады, артынан жабырқаулы көңіл-күй, ұйқы бұзылысы, қорқыныш үрей пайда болады. Жабырқаулық баяу үдейді, және, ереже бойынша, науқастар бұл күйді психожарақаттық ситуациямен байланыстырмайды. Таңертең науқастар әлсіздік, қалжырау сезінеді. Невротикалық депрессия жиі жанұялық-жыныстық қатынасқа қанағатанбаушылық әсерінен дамиды, сондықтан науқастар жұмысқа асығады, онда олар өздерін жақсы сезінеді.

Психожаракаттық ситуацияның субъективті шешімінің жоқтығына қарамастан, невротикалық депрессиямен науқастарда ситуацияның сәтті шешілетіндігіне үміт сақталады, осыған байланысты оларда суицидальды ойлар дамымайды.

Невротикалық депрессияда тұрақты вегетативті бұзылыстар байқалады, олар жиі гипотония, спастикалық колит және т.б. Тұлғаның невротикалық дамуына өту кезеңінде қандай-да бір ситуацияға байланыссыз жасаурағыштық бақыланады. Осы бұзылыс науқасты психиатрға көрінуге мәжбүрлейді.

Невротикалық депрессияның ұзақ ағымында және жаракаттық жағдай сақталғанда невроздың негізгі формасына - обсессивті-фобиялық, астениялық, истериялық түрлеріне сәйкес келетін мінез-құлықтық бұзылыстармен тұлғаның невротикалық дамуына ауысу орып алуы мүмкін.

### **Этиологиясы және патогенезі**

Невроз пайда болуы психикалық жаракаттық болуына байланысты. Невроздардың жеке варианттарының түзілуінің өзіндік ерекшеліктері бар: психикалық жаракаттың сипаты мен тұлға типіне тәуелді патогенетикалық механизмдері. Невроздың түзілуі психогенді зияндылықтар мен тұлғаның өзара әсерлесуі нәтижесінде болады. Психикалық тұрғыдан адам қаншалықты төзімді болса, невроз тудыратын психогенді зияндылық соғұрлым интенсивті және ұзақ әсер етуі керек, және керісінше. Сонымен қатар тұлға невроздың жеке түрлерінің дамуына себепкер болады, сондай-ақ психикалық жаракат сипаты пайда болатын невроз түрін анықтайды. Мысалы, жоғары эмоциональды қозу ерекшелігімен тұлға неврастенияға бейім келеді, психастениялық мінез-құлықпен тұлға - жабысқақ жағдайлар неврозына бейім. Жоғары эмоциональды бақылауды талап ететін психикалық жаракат жағдайы неврастенияға жиі әкеледі, сәттілікке және өмірге қауіп төндіретін психикалық жаракат - истериялық немесе фобиялық неврозға алып келеді.

Невроздардың психопатологиялық симптоматикасы әртүрлі соматовегетативті және биохимиялық көріністермен бірге жүреді. Көптеген батыс психологтары мен психиатрлары невроздарды З. Фрейд теориясы тарапынан түсіндіруге тырысады, яғни олардың психопатологиялық көріністерін ерте балалық шақта орын алған психикалық жаракаттармен, мысалы, баланы ана кеудесінен ажырату және т.б. байланыстырады.

### **Дифференциальды диагностикасы**

Невроздарды психоздардың психотикалық формасынан ажырату жеңіл. Невроздарға мынадай психикалық бұзылыстар тән емес: галлюцинация, сандырақ, интеллектуальды-мнестикалық, кататониялық және ауыр аффективті бұзылыстар. Әртүрлі невроздардың



симптоматикасы өзіндік сезім және өз жағдайының дертті өзгеруін бейнелейді. Науқас өз жағдайына сын көзбен қарап, өзінің науқас екендігін түсінеді.

Дерт психикалық жарақатпен байланысты екенін кейде науқастардың өздері де айтады. Олардың интеллектуальды қызмет сапасы төмендемеген. Аса шаршағыштық байқалады, бірақ оларға жұмыс алдында демалуға жеткілікті уақыт берілсе олар жұмысты дұрыс орындайды. Науқастарда туыстарына деген жылы қатынасы сақталады.

Невроздарды невроз тәрізді жағдайлардан ажырата білу керек, олар көптеген ауруларда, соның ішінде психоз кезінде де кездеседі. Соңғы аталған жағдайларда невротикалық бұзылыстардан бөлек негізгі ауруға тән тұлғалық өзгерістер болады. Сондай-ақ, невроз тәрізді симптоматиканың өзіндік бірқатар ерекшеліктері бар, олар сәйкес бөлімдерде келтіріледі.,

### **Емі**

Невроздар емі кешенді болуы керек және ол тек жүйкелік-психикалық бұзылыстарды және оның себептерін жоюға бағытталып қоймай, сонымен қатар науқастың жалпы жағдайын мығымдандыруға бағытталуы керек. Ең алдымен эмоциональды кернеліс пен үрейді басу керек. Бұл транквилизаторлар көмегімен іске асырылады. Терең невротикалық бұзылыстар кезінде кейбір нейрорептиктиктерді де қолданады. Депрессивті көріністер орын алғанда антидепрессанттар тағайындалады. Неврозбен науқастарда үнемі ұйқы бұзылысы болады, ол транквилизатормен қалпына келтіріледі; егер транквилизаторлар көмектеспесе онда қосымша ұйықтар алдында ұйықтататын дәрі беру қажет. Мұндай жағдайда гипнотикалық қасиеті бар дәрілер қолданылады, мысалы, радедорм, эуноктин, феназепан, хлорпротиксен. Ұйқыға кету (қиығағанда) уақыты ұзарған жағдайда димедрол, пипольфен сияқты дәрілер жақсы әсер етеді, сондай-ақ транквилизатордың жеңіл гипнотикалық әсері бар түрлері - элениум рудотель және т.б. жақсы нәтиже береді. Физотерапиялық емдеу тәсілдері де жақсы нәтиже береді: гидропроцедура, электроұйқы, ионофорез.

Невроздарды емдеуде психотерапияға үлкен рөл беріледі. Психотерапияның алдындағы міндет әртүрлі, біріншіден, невротикалық жағдайға әкелген жарақаттаушы ситуацияның науқас үшін актуальдылығын басу керек. Бірінші міндетті ұтымды орындағанда, келесі міндеттерді шешуге, соның ішінде, стресстік жағдайларға адамның бейімделу дәрежесін жоғарылату жолдарын қарастыру. Егер психогения көзі бұрыс жанұялық қатынас болып табылса, онда дәрігер оны қалыптастыруға көмектесуі қажет.

Невроз кезіндегі психотерапия мен оның міндеттері психопатияларды емдеу кезіндегі мақсат пен принциптерге ұқсас.

## **Невроз профилактикасы мен сараптамасы.**

Біріншілік профилактика - психикалық жарақатты жою, екінші және үшінші дер кезінде емдеу, еңбектік ұсынымдар, тұлға аралық қатынастарды жайластыру, психотерапия.

Невроздың біріншілік психопрофилактикасы индивидум өмірінен жедел немесе созылмалы эмоциональды стресс туғызатын итуацияларды жою. Ол жағдайлар жанұядағы өзара қатынастан, жақын адамдар арасында, жұмыста және т.б. кездерде пайда болуы мүмкін. Мұндай жағдайларда алдын-ала болжау әрине қиын. Бірақ олардың дамуының жиі тоқтатуға болады және қиын ситуацияға тап болған адамның жүйкелік дертке шалдығуының алдын алуға болады. Егер эмоциональды стресс жоғары психикалық кернелісті талап ететін жұмыс және қызмет жағдайымен байланысты болса, онда еңбек пен демалыс тәртібі, кернеліс күйін төмендететін шаралар ұсынылады.

Невроздардың екінші және үшінші ретті профилактикасы - неврозды ерте анықтау және оны тиімді емдеу, терапияға резистентті жағдайда - невроздың созылмалы формасымен науқастарды өмірге бейімдеу. Неврозбен науқастар қабілетті больш табылады. Невроздың созылмалы ағымында науқастар ұзақ уақыт еңбекке қабілетін жоғалтуы мүмкін, мұндай жағдайда мүгедектік тағайындалуы керек. Мүгедектік жиі жабысқақтық неврозында беріледі.

## **7. Бақылау**

### **Бақылау сұрақтары:**

1. Невротикалық бұзылыстардың этиологиялық факторлары мен механизмдері.
2. Қорқыныш-фобиялық бұзылулар.
3. Агорафобия.
4. Әлеуметтік фобия.
5. Оқшауланған фобиялар.
6. Паникалық бұзылулар.
7. Обсессивті-компульсивті бұзылу.
8. Жабысқақ ойлар.
9. Компульсиялық әрекеттер.
10. Соматоформады бұзылулар.
11. Астеникалық синдромы.
12. Неврастения.
13. Жабысқақ неврозы.
14. Истериялық конверсиялық бұзылыс.
15. Ипохондрия туралы түсінік.
16. Невроздың дифференциалды диагностикасы және емі.



## ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

### 1. Невроздар мынадай белгілер береді;

- А) Тұлғаның кейбір қайғыларын бейнелейтін ерекше клиникалық феномендер түрінде
- Б) Эмоционалды – аффективті бұзылыстар басым болып келеді
- В) Сомато – вегетативті бұзылыстар басым болып келеді
- Г) А) мен б) дұрыс
- Д) Барлығы дұрыс

### 2. Биологиялық тұрғыдағы этиологиялық факторлар арасында анықталатындар;

- А) Тұқым қуалайтын және дене бітімінің ерекшеліктері
- Б) Анасының патологиялық жүктілік кезіндегі ерте асқынулары және басқада наталдық зияндықтар
- В) Психо жарақаттарды асқындататын сенсбилизатор тәрізді аурумен сырқаттану
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

### 3. Невроздардың психологиялық тұрғыдағы этиологиялық факторларына жататындар;

- А) Тұлғаның преморбидтік ерекшеліктері
- Б) Балалық шақта алған психикалық жарақаттар
- В) Келешекке қауіп туғызатын, қиын альтернативті шешім қабылдауды мәжбүр ететін түсініксіз жағдайлар
- Г) б) мен в) дұрыс
- Д) Барлығы

### 4. Әлеуметтік тұрғыдағы этиологиялық факторларға жататындар;

- А) Жанұялық жағдайдың және тәрбиенің кейбір ерекшеліктері
- Б) Таңдаған кәсібі мен жұмыстағы невроздық жағдайлар
- В) Ата – анасының жанұяларындағы ерекшеліктері
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

**5. Негізгі невротикалық синдромдарға барлығының ішінде жатпайтын;**

- А) Фобиялық және обсессивтік
- Б) Астениялық және ипохондриялық
- В) Психоорганикалық синдром
- Г) Невротикалық депрессия синдромы
- Д) Нервтік анорексия синдромы

**6. Невротикалық фобиялық синдромға барлығының ішінде жатпайтын;**

- А) Күрделі, психологиялық тұрғыда түсініксіз рәсімдер
- Б) Анық фабуланың болуы
- В) Белгілі бір жағдайлардың асқындауы
- Г) Күреске әкелетін айыптаулар
- Д) Ауырып қалу қорқынышы, кеңістікте қозғалу, өліп қалудан қорқу сияқты әртүрлі фобиялардың басым болуы

**7. Невротикалық астениялық синдром мынадан басқаның барлығында белгі береді;**

- А) Гиперстетикалық, гипостетикалық формадағы қызбалық әлсіздікпен өтетін астениялық бұзылыстар
- Б) Сананың жеңіл түрдегі бұзылыстары
- В) Вегативті бұзылыстар
- Г) Сензомоторлы және аффективті бұзылыстар
- Д) Ұйқы мен сананың бұзылыстары

**8. Невротикалық ипохондрияның белгілеріне мынадан басқаның барлығы жатады;**

- А) Өз денсаулығы және бүкіл ағзасы туралы иерекше мазасыздық пен уайым
- Б) Соматикалық функциялардың физиологиялық өзгерістері пайда болатын жағымсыз сезімдер
- В) Жағымсыз сезімдердің жасанды екендігі



Г) Эмоционалды – аффектілік бұзылыстар

Д) Ағзасының ішкі мүшелерінің жағдайын үнемі қадағалап отырудан және өз денсаулығын әрдайым уайымдаудан туындайтын үрейлі күмәншілдік

**9. Невростенияға мынадан басқаның барлығы тән болып келеді;**

А) Жалпыневротикалық (астениялық) бұзылыстардың басым болуы

Б) Ұйқының бұзылуы, бас ауруы, вегето – висцералды бұзылыстар

В) Интеллектуалды астения

Г) Астено – ипохондриялық, астено – депрессивті, астено – фобиялық бұзылыстар

Д) Ішкі мүшелер жайындағы гиперестезия және гиперпатия

**10. Жүрек ырғағының бұзылысының неврологиялық синдромына мынадан басқаның барлығы тән;**

А) Шынайы тахикардиясыз жүректің кеудеге соғуын субъективті сезіну

Б) Брадикардияның немесе, тахикардияның пайда болуы

В) Сезімдеріне беріліп физикалық тыныштанған кезде анда – санда күшейіп тұратын эмоционалды қысылу (ширығу)

Г) Пароксизмалды тахикардияның пайда болуы

Д) Шалыс соғы, сілейіп қалу тәрізді сезімдегі экстрасистоликалық аритмияның пайда болуы

**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. Тақырып №5: Стреске реакция және бейімделу бұзылыстары. Төтенше жағдайларда психикалық бұзылыстар.**

#### **2. Тақырыптың мақсатты:**

- Стресс пен бейімделу бұзылыстарына реакция. Төтенше жағдайларда психикалық бұзылулар.
- төтенше жағдайларда психикалық бұзылуларды кешенді емдеуде психотерапия және психофармакотерапия элементтерін пайдалану;
- науқастың және басқалардың өмірі мен денсаулығына қауіп төндіретін стресстің ең жедел реакцияларын уақтылы анықтау;
- психикалық бұзылуларды анықтап жалпы медициналық практикада көмек көрсету немесе психиатрға жолдама беру;
- пациенттің жағдайы туралы алдын ала нақты тұжырым қалыптастыру
- психиатриялық мекемеге дұрыс жолдама жасау.

### **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. Ауыр стресске реакция.
2. Стресске жедел реакция.
3. Өтпелі кезең.
4. Жарақаттан кейінгі стрестік бұзылулар.
5. Бейімделу бұзылулары.
6. Қайғы-қасірет реакциясы.
7. Қайғы-қасіретке патологиялық реакция.
8. Төтенше жағдайлармен байланысты психикалық бұзылулардың жіктелуі.
9. Диссоциативті бұзылулар.
10. Төтенше жағдайларда психологиялық-психиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

## 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

### Стреске қарсы жедел реакция

Бұл қысқамерзімді, бірақ өте күшті стрессор әсерінен пайда болатын психикалық бұзылыс. Адамның мінез-құлқы мен психикасының бұзылу себебіне апат, жақын адамдардан айрылу, әлеуметтік жағдайының төмендеуі, ( өзгеруі) ауыр науқастануы, қайғылы оқиға, табиғи апат, зорлық, қылмыс сияқты жағдайларды жатқызуға болады. Өмірдегі қатты қиналып күйзелуге соқтыратын жағдайлардың барлығы бейімделгіш реакцияларының бұзылуына әкеп соқтырады. Мұндай дағдарыс жағдайлары қартар, ауру, шаршаған психикалық, соматикалық аурулары бар адамдарға тән. Өртүрлі кездейсоқ жағдайлар күйзелісті қоздырады. Дегенмен адамның ерік күш жігері жоғары болса, мұндай факторлар жедел реакция туғыза алмайды. Кейбір адамдар тобы күйзеліске бейім жедел стресс реакцияларына шалдыққыш болып келеді. Бұлар өте сезімтал адамдар кез келген оқиғаны жүрегіне жақын қабылдайды. Соматикалық және психикалық аурулар да күйзелістің дамуына себеп болады.

Даму мазмұны мен ағымы. Түрлері. Диагноз қоюдағы клиникалық сипаты. Ұқсас ауру түрлері.

**Емдеу түрлері.** Жедел стрестік реакциялар стрессор байқалған соң ақ білінеді. Бастапқыда науқас толықтай бей-жай күйге түсіп, өмірден баз кешіп мазасызданады. Болып жатқан жағдайларға жайбарақат қарай алмайды күрт өзгерістерді өз деңгейінде қабылдай алмайды. Стреске қарсы жедел реакция бұл адамның психикалық денсаулығының зардап шегуі. Бұл ауру бірнеше сағаттардан үш күнге дейін созылады. Науқас болып жатқан жағдайларды толық сезіне алмайды. Оқиғалардың үзік-үзік күйінде ғана есінде сақтайды. Бұл стресс әсерінен уақытша есін жоғалтудан пайда болады. Қалыпты жағдайда бұл белгілер үш күнге дейін ұласады. Реакциялардың бірі күйзелістік көңіл-күйдің бұзылуы. Бұл синдром адам өміріне қауіп төндіру жағдайына байланысты дамиды. Бұл жағдайдағы белгілердің пайда болу себебі сұмдық оқиғалардың жадында қайта-қайта жаңғыруы. Науқастар мұндай жағдайда суицид туралы көп ойлайды. Күйзеліс деңгей төмендеу болса ол көп ұзамай басылады бірақ созылмалы түрлері де бар. Бұлар бірнеше жылға созылуы мүмкін. Жарақаталды синдромын күресуге шаршау сезімі деп те атайды (жауынгерлік шаршаңқылық) бұл көбінесе соғыс ардагерлеріне тән ауған соғысынан кейін көптеген солдаттар осы аурумен ауырған. Адам өміріндегі күйзеліске түсіретін оқиғалар бейімделу реакциясын әлсіретеді. Сонымен қатар жақын адамынан айрылу өмірлік оқиғалардың шұғыл басқа арнаға түсуі, тағдырының күйреуі, айрылысу, отставка, сәтсіздіктер . Осылардың



нәтижесінде адам күтпеген өзгерістерге тез бейімделу қабілетінен айрылады. Күнделікті қарапайым өмір сүру салттарын жалғастыра алмайды. Осы жағдайлардың барлығы әртүрлі сипатқа ие болуы мүмкін. Науқастың ерекшелігіне қарай депрессиялық көңіл-күйдің бейімделу бұзылыстары байқалады. Қорқыныш пен үмітсіздік сезімдері көп кездеседі. Науқас үнемі депрессиялық күйде жүреді. Негізгі белгілері – жүрек қағысының жиілеуі, діріл, ажитация. Эмоционалдық белгілердің араласып келуі бірнеше әртүрлі белгілердің бірге келуі. Бейімділіктің бұзылуы дамыған жағдайда мінез-құлықтың зақымдануы жалпы адамгершілік нормалардың зардап шегуіне әкеліп соқтырады. Оқу немесе жұмыс тәртібі бұзылады. Жұмысқа немесе оқуға деген құлқы болмайды. Депрессиялық күйге түседі. Клиникалық сипаты стресс жағдайынан кейін алты айға дейін созылады. Стрессор ұзақ мерзімдік күйде болса одан да ұзақ болуы мүмкін. Синдром қалыпты өмір сүруге кедергі келтіреді. Оның белгілері психикалық ғана емес, адамның бүкіл ағзасына орасан зор зиян келтіреді. Ағзаның көптеген мүшелерін жарақаттайды. Негізгі белгілері мұңлы, төмен көңіл – күй, үнемі жайсыздану, бір нәрседен сақтану, күнделікті несе кәсіби жағдайлардың шешімін таба алмау, болашаққа бағдар жасап жоспа құру қабілетінен айрылу, күнделікті оқиғаларды жайбарақат қабылдай алмауы мінез құлқының өзгеруі, кеуде тұсының ауырсынуы, жүрек қағысының жиілеуі, тыныс алудың қиындауы, қорқыныш, ауа жетпей қалу, темекі немесе ішімдікті жоғары деңгейде қабылдауы. Осындай белгілердің болуы қабілеттілік бейімділік реакцияларының бұзылуын білдіреді. Бұл белгілер ұзақ уақыт сақталатын болса шара қолдану қажет. Диагноз қою клиникалық жағдайларда жүзеге асырылады. Әсер ететін жағдайларды анықтау өте маңызды. Ағзаның соматикалық және психикалық ауру белгілеріне бейімділігін анықтайды толыққанды зерттеу жұмыстары нақты диагноз қоюға мүмкіндік береді. Ағымдағы қосымша аурулармен белгілері ұқсас болуы мүмкін. Оны нақты анықтай білу маңызды. Ұқсас белгілеріне қысқа мерзімді депрессиялық, аралас беймаза депрессиялық жарақат алды стресстік жағдайлар жатады. Әр түрлі деңгейіне қарай аурудың белгілерінің өзгерістер мен ұзақтығы анықталады. Көбінесе бірі екіншісіне ұласып отырады. Уақытында емдемесе ауру қауіпті созылмалы түріне айналып кетуі мүмкін. Емдеу түрі. Бейімделу реакциясын қалпына келтіру емі кезең кезеңімен жүзеге асырылады. Кешенді түрде емдеу қолданылады. Анықталу деңгейіне қарай ем түрі жеке тағайындалады. Негізгі әдісі – психотерапевтік. Тек осы әдіс өнімді болып табылады. Ауруға психогенді тұрғыдан ем жасау оң нәтиже береді. Терапия зақым келтіретін жағдайлардан қорғауға бағытталады. Науқастың жағымсыз әсерлерді реттеуге мүмкіндігі пайда болады. Стресстік жағдайлардан шығу әрекеттері қалыптасады. Аурудың ұзақтығы мен деңгейіне байланысты дәрі-дәрмектер белгіленеді. Дәрі-дәрмектік терапия негізнен екі айдан төрт айға дейін қолданылады. Медикаменттер құрамында міндетті түрде антидепрессанттар болады. Солардың бірі

амитриптилин. Оны қабылдау тәулігіне жиырма бес мг-нан нәтижесіне қарай дозасы өзгеріп отырады. Антидепресанттардың бірі миллипрамин мұның да дозасы алдындағыдай. Ұйықтар алдында ішу керек. Миансан антидепресант ғана емес ұйықтататын дәрі оны шайнамай қабылдау керек. Дозасы 60-90 мг-ға дейін. Паксил - оны таңертең бір рет ішу керек. Мөлшері 10-нан 30 мг-ға дейін. Дәрілік заттарды қолданбау жәймендеп науқастың мінез-құлық өзгерісіне қарай шектеледі. Сонымен қатар емдеуге седативті өсімдікті жинап қолданылады. Олар тыныштандыратын функцияны орындайды. №2 шөп жинағы ауру белгілерін жоюға көмектеседі. Оның құрамы жалбыз, шүйгін шөп, шайқурай, миа, хмель. Тұнбаны күніне екі рет 3/1 стаканнан ішеді. Емдеу 4 аптаға дейін жалғасады. №2 және №3 тұнбаны жиі тағайындайды. Толыққанды емдеу, психотерапевтке уақытылы бару қалыпты өмірге қайта оралуға мүмкіндік береді. Соңында көптеген адамдар толықтай жазылып шығады. Бұл орта жастағы адамдарға қатысты, балалар, жасөспірімдер қарт адамдар қиындықтарға ұшырап отырады. Адамның жеке міне-құлық ерекшелігі маңызды рөл атқарады. Емнің нәтижелі болуы қиындықтарға ұшырамау, адамның ерік күш-жігерінің мықтылығына байланысты.

### **Ауыр жарاقاتтан кейінгі стресстік бұзылыстар**

Жарاقاتтан кейінгі стресстік бұзылыстар (ЖКСБ, «Вьетнам синдромы», «Ауған синдромы», т.б.) - осындай әскери соғыстарға қатысқан, бір немесе бірнеше реттік жарқаттық жағдайлардан кейін туындайды. Ауыр дене жарاقات, жыныстық зорлық-зомбылық немесе өлім қаупі басынан өткізгендерде кездеседі. .

Көптеген адамдарда жарқаттық оқиғалардан кейін ЖКСБ көрініс бермейді.

#### **Симптоматикасы:**

- Сананың бұлыңғырлануы;
- Назар аударудың бұзылысы
- Ішкі қоздырғыш факторларға адекватсыз реакция;
- дезориентировка.

#### **Ауыр жарاقاتтан кейінгі стрес және адаптация бұзылысы:**

- жартылай немесе толық амнезия;
- үрейлі қорқыныштың вегетативты симптомдары (қызару, терлегіштік, тахикардия).

### **Бейімделу бұзылысы**

Әлеуметтік статуста қандайда бір қатты өзгеріс болған кезде байқалады (мысалы, жақын туысының қаза болуы). Бейімделу бұзылысы сонымен қатар ауыр соматикалық аурулардан кейінде көрініс береді.

#### **Бейімделу бұзылысының симптоматикасы:**

- Ауыр көңіл күйі;
- Депрессиялық және алаңдаушылық күй;
- алаңдаушылық;



- қйын жағдайлар кезінде оқиғаны басқара алмау сезімі;
- күнделікті өмірде белсенділіктің төмендеуі;
- Болған жағдайларды драматизациялау;
- агрессия кезеңдері.

**Бейімделу бұзылысының түрлері:**

- қысқа мерзімді депрессиялық реакция (ұзақтығы 1 айдан аспайды);
- ұзақ мерзімді депрессиялық реакция (ұзақтығы 2 жылдан аспайды);
- аралас алаңдаушылық депрессиялық реакция, басқа эмоциялық реакциялардың бұзылуы басым болуы;
- мінез-құлық бұзылыстарының реакциясы.

**Емі**

Негізгі емі психотерапия.

- индивидуальды терапия;
- мінез-құлық терапиясы;
- топтық терапия;
- Антидепресанттар

**7. Бақылау**

**Бақылау сұрақтары:**

1. Ауыр стресске реакция.
2. Стресске жедел реакция.
3. Өтпелі кезең.
4. Жарақаттан кейінгі стрестік бұзылулар.
5. Бейімделу бұзылулары.
6. Қайғы-қасірет реакциясы.
7. Қайғы-қасіретке патологиялық реакция.
8. Төтенше жағдайлармен байланысты психикалық бұзылулардың жіктелуі.
9. Диссоциативті бұзылулар.
10. Төтенше жағдайларда психологиялық-психиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

**ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ**

**1. Эмоционалды стресс маңызды роль атқарады;**

- А) Корсаков синдромының пайда болуында
- Б) Манияның пайда болуында
- В) Псевдодеменцияда (жалған деменцияда)
- Г) Делирияда
- Д) Катотонияда

**2. Реактивті психоздың әдеттегідей салдары;**

- А) Жазылу (сауығу)
- Б) Ремиссияның қалыптасуы
- В) Мнестико – интеллектуалды ақау
- Г) Апатико – абулистік ақау
- Д) Ремиссиясыз ұзақ мерзімді ағым

**3. Аффективті соққының серпілісінің сипаттамасына жатады;**

- А) Елестеулердің пайда болуы
- Б) Қолайсыздық пен қайғыру сезімі
- В) Жындану мен қисындауы
- Г) Психикалық автоматизм белгілері
- Д) Сананың бұзылуы

**4. Жарақаттан кейінгі стресстік бұзылыстар сипатталады;**

- А) Қудалану сандырағы
- Б) Дәрігерлік көмектен бас тарту
- В) Мелшиіп қалу немесе қозу
- Г) Мутизм немесе негативизм
- Д) Сананың бұзылуы (ес ауысуы)

**5. Ауыр психо жарақат алған жағдайдан кейін бала сияқты болып қалуы;**

- А) Неврозға тән
- Б) Аффекті шок серпілісіне
- В) Реактивті параноидқа
- Г) Истериялық психозға
- Д) Соматоформдық бұзылыстарға

**6. Өмірге қауіп төнген жағдайда, көбінесе пайда болатын жағдай;**

- А) Аффекті – шоктік серпіліс
- Б) Реактивті депрессия
- В) Реактивті параноид



- Г) Истериялық психоз
- Д) Соматоформдық бұзылыс

**7. Реактивті параноидтің пайда болуы әкеліп соғады;**

- А) Интеллект пен білімнің төмен деңгейіне
- Б) Толық емес жанұяда тәрбиелену
- В) Басқа тілдік ортада өмір сүру
- Г) Техникалық құрылғылармен жұмыс істеу
- Д) Көп уақыт жыныстық қатынастан бас тарту

**8. Науқаста теріс симптоматиканың пайда болуы мына диагнозды растайды;**

- А) Невроз
- Б) Реактивті психоз
- В) МДП
- Г) Шизофрения диагнозын теріске шығарады
- Д) Барлық психогендік ауруларды жоққа шығаруы

**9. Реактивті депрессияда ең тиімді психотерапия болып ..... саналады;**

- А) Бихевиоралды
- Б) Когнитивті
- В) Суггестивті
- Г) Релаксиялық
- Д) Жанұялық

**10. Күйгелік булимияның диагностикалық өлшемдеріне жатады;**

- А) Тамақсаулық
- Б) Семіздікке қарсы құсу, іш айдайтын дәрілерді қабылдау
- В) Аз салмақты ұстауға беталыс
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

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



**1. №6-тақырып: Физиологиялық бұзылыстармен (анорексия, булимия, ұйқының бұзылуы, жыныстық бұзылыстар) байланысты мінез-құлық бұзылыстары.**

**2. Тақырыптың мақсатты:**

- Науқастың анамнезін жинау;
- психикалық бұзылулар белгілерін анықтау;
- ақыл-ойдың жай-күйін бағалау;
- Пациенттерді зерттеудің заманауи клиникалық және зертханалық-аспаптық әдістерін тандау.

**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. Жүйкелік анорексия.
2. Жүйкелік булимия.
3. Ұйқының бұзылуы.
4. Жыныстық идентификацияның бұзылуы.
5. Сексуалдық артықшылық бұзылулар.
6. Органикалық аурулардан туындамаған жыныстық дисфункция.

#### **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**

Физиологиялық әрекеттермен байланысты мінез-құлық бұзылыстары (анорексия, булимия, ұйқы бұзылысы, сексуалдық бұзылулар).

Бұл жағдай жас әйелдерде жиі кездеседі (15- 25 жас аралығы) және бұл өзі қолдан жасаған дене салмағының төмендеуімен көрінеді. Жүйкелік анорексиямен ауыратын адамдарда қатты арықтауға қатты тілегі болады. Басқа адамдар оны арық деп есептесе де, ол өзін толықпын деп санайды. Олар өздерінің жүйкелік анорексиясын жасырып, тамақ қабылдауының патологиялық формасын соматикалық сипатты шағымдарға жабады.

“Жүйкелік анорексия” термині- бұл жас қыздарда кездесетін және төрт негізгі симптоммен көрінетін синдром: анорексия, арықтау, аменорея және «ерекше психикалық жағдаймен» сипатталады, (француз авторлары анорексия триадамен сипатталады деді «а»: анорексия, аменорея, арықтау).

#### **Себептері.**

Жүйкелік анорексияның нозологиялық жолдарының көп болуына байланысты келесі көзқарастарға жатқызуға болады.

- 1) Жүйкелік анорексия- психопатия немесе невроздың сол не басқа көріністері.
  - 2) Жүйкелік анорексия- пубертантты жастағы ерекше невроздың көрінісі.
  - 3) Жүйкелік анорексия-шизофрениялық процесстің басталу көрінісі.
  - 4) Жүйкелік анорексия- шизофрения және невроздың әр түрлі рамкаларында көрінетін синдром.
  - 5) жүйкелік анорексия– пубертантты жаста кездесетін негізгі жеке ауру.
- 4-ші саты – жүйке анорексиясының редукциясы



Дене салмағының және соматикалық қалпына келуі болса да кейбір науқастарда дисморфоманиялық уайым қайтадан көрініс беруі мүмкін. Бұл кезде науқастар қайтадан тамақтан бас тарта бастайды. Бір- екі жылға созылады.

### **Жүйкелік анорексияның психикалық себептері.**

Пластикалық хирургия, косметология, диетология, мода, бұл көріністер адамады денесінен бөлектейді

Өзінің денесіне және кейбір бөліктеріне қанағаттанбау:салмағы, бойы, сыртқы келбеті.

Өз ойындағы идеалға сәйкес келмеу.

Жалпы қабылданған стандартқа сәйкес келмеу қорқынышы.

Ағза үшін қоректің көзі ретінде тамақ қабылдауды бағаламау.

### ***Жүйкелік анорексия психогенезінде төрт негізгі тұйық шеңбер бар.***

1. Ашығу- бұл ата- аналармен күресудегі эффективті әдіс болып табылады.
2. Ата- анасының тамақ қабылдауға жоғары көзқарасы, желінбеген тамақ үшін жаза қолдану, бұл бала үшін эмоциональды күштемені және қарсы шығу тілегінің пайда болуына әкеледі. Мысалы, «бұл тамақты бітірмесең үстелден тұрмайсың, қыдыруға бармайсың». Бұл жадайдан тамақ арқылы тыңдау, бағыну, жанұядағы қалыпты қалыпты жағдайларды туғызады. Бұл өзіндік тілектерінің, қажеттіліктерінің басылуына әкеледі.
3. Тәуелділік, басқа адамдар не ойлайды деп ойлау, өзіне деген сенімділікті эмоциональды комфортты жоғалтады. Науқастың тәбеті төмендейді. Өзінің толықтығына қорқыныш сезімі туындайды. Гераскофобия- өсуге деген қорқыныш. Бұл көбінесе әйел адамдарда өзінің сұлулығын жоғалтамын ба деген ойдан пайда болады.
4. Ашығу биологиялық тұрғыдан үрейді туғызады. Олар ашығуды сезінбейді, бұл үреймен күресуге тырысады, тағамнан бас тартады.

### ***Анорексияның негізгі белгілері***

Прогрессирленген салмақты жоғалту, жазылуға деген паникалық қорқыныш.

Үнемі өзіндегі толықтықты сезу, көбінде кейбір дене бөліктеріндегі.

**Тамақтану әдістері:** тұрып тамақтану, тамақты өте ұсақ бөліктерге- бөліп тамақтану

### ***Емін екі этапқа бөлеміз:***

1) арнайы емес ем, соматикалық жағдайды жақсартуға бағытталған.

2)арнайы емі- негізгі ауруды емдеу

Бірінші этап мақсаты дене салмағының төмендеуін тоқтату және соматикалық жағдайды жақсарту. Арнайы емес емі бір- үш аптияға созылуы керек, бұл кезед дене салмағын екі- төрт кг жоғарылату керек.

Екінші арнайы емес емі нақты аурудың өзіне бағытталған, яғни нозологиялық синдромды емдеу қажет.

### **Анорексияның стационардағы емі**

Төсек режимі, дене салмағын 9,5 кг- нан кем емес қосу.

Біртіндеп тағам калориясын кезеңді түрде көбейту.  
Дене массасының қосылуына байланысты физикалық жүктемені кезеңді түрде көбейту.

Алғашында салмақты күнделікті өлшеу кейіннен аптасына үш рет өлшеу 6 ай ішінде дене массасының 30% төмендеуі, ЭКГда электролитті баланс бұзылысының анықталуы, өз-өзіне қол жұмсау қауіптілігі, амбулаторлы емнің эффективтілігінің болмауы госпитализацияға көрсеткіш болып табылады.

#### **Анорексияның медикаментозды емі.**

Транквилизаторлар: оксазепам 15 мг немесе алпразолам 0,25 мг, тамақ ішер алдында, аз мөлшердегі фенотиазин, мысалы стационар науқастарына хлорпромазин 10—25 мг/тәу, ципрогептадин 4 мг/тәу біртіндеп дозасын 32 мг/тәу көбейту.

Антидепрессанттар: таңғы уақытта бір рет флуоксетин 20 мг/тәу, немесе таңғы уақытта бір рет сертралин 50—100 мг/тәу немесе имипрамин дозаны 10 мг/тәу біртіндеп көтере отырып 200 мг/тәу жеткізу  
Витаминдердің және минералды заттардың комплексті препараттары  
Метоклопрамид 10—15 мг әр тамақ ішер алдында және түнге таман қабылдау.

#### **Булимия**

Жүйкелік булимия (ежелгі грек. βοῦς — «бұқа» және басқа-грек. λιμός — «аштық») (қасқырша аштық, кинорексия) — қауырт тәбеттің жоғарылауымен сипатталатын ас қабылдаудың бұзылысы. Ол әдетте ұстама тәрізді болады және аштық сезімімен, жалпы әлсіздікпен, төстің төменгі жағындағы ауырсынумен сипатталады. Булимия кейбір орталық жүйке жүйесінің, эндокринді жүйенің ауруларында және психикалық бұзылыстар кезінде кездеседі. Булимия жиі семіздікке алып келеді.

Бағынбайтын ашқарақтық кез келген жерде және барлық уақытта кездескен. XVI ғасырдың француз шежіресінде бір кедей ауылда шаруалардың булимиямен ауратын бір адамды қалай тамақтандырғаны туралы жазылған. Ол адам алқапта жұмыс істей алмайтындығымен қоса, өзінің таңқаларлық толықтығынан тіпті есіктен де өте алмаған.

Шаруалар ырымдап, ол адамның таңқаларлықтай көп тамақ жей алатындығына таңданған. Тіпті өнімсіз жылдары да өздерінің тапшы қорларының жартысын осындай “ғажап адам” өліп қалмас үшін беріп отырған.

XX ғасырдың соңында булимиямен ауыратын адамдардың саны бүкіл әлемде күрт артып кетті. Біріншіден, ғаламшарда адам саны өте көбейіп кетті. Тағы бір себепкер шарт – қауым индустриализациясы (булимия/анорексия көбінесе экономикасы дамыған елдерде кездеседі).

Булимия – бұл үнемі тамақ уайымы мен (салмақ, тамақ құндылығы мен емдәм туралы әңгімелер) семіріп кету қорқынышынан тұратын психикалық бұзылыс.



Булимиямен ауыратын науқастар жиі өзінде құсу шақырады, іш айдайтын, арытатын дәрілер қабылдайды және келесі тазарту тәсілдерін құпия ұстайды.

#### **Булимияның негізгі белгілері:**

- Депрессия, өзін-өзі кіналау және жек көру сезімі.
- Өзін – өзі басқару сезімінің жоқтығы
- Өзіне деген критикасы сақталмаған
- Өз қылықтарын басқаларға растату
- Өз салмағының қалыптылығы туралы қате ойлар
- Ауыр булимияға (жедел стационарлық емді қажет ететін) тән:
- Дене салмағының ауытқуы (5-10 кг жоғары және төмен)
- Тамағы аймағында созылмалы тітіркену
- Бұлшықеттерінде әлсіздік пен ауырсыну
- Тістерінің түсуі
- Құлақ маңы безінің ісінуі

Көп мөлшердегі тамақ, күшпен асқазанды тазарту және мінезі немесе жүйке жүйесінің әлсіздігі ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін: неврастениядан жақын туыстарымен қарым қатынасының өзгеруі, өмірге деген қызығушылығының жоғалуы, наркотикалық немесе дәрілік тәуелділік, тіпті өлімге дейін апарады. Булимия сонымен қатар жедел жүрек жетіспеушілігін тудырады.

Жүйкелік булимия – қауіпті асқынулармен жүретін медициналық және психологиялық мәселе. Неғұрлым булемиямен ауыратын адамды тезірек анықтаса, соғұрлым оны емдеу оңайға соғады.

Көп жағдайларда булемия психогенді сипатта болады. Көп мөлшердегі тамақ қабылдау эпизодтары жиі стреспен негізделген.

**Булимияның екі түрі болады.** Біріншісі – жүйкелік булимия – 25-30 жаста пайда болады. Адам өте сезімтал, үрейлі болады да, тамақ жей отырып тыныштанады. Алғашында стресс кезінде тамақ жейтін болса, кейін стрессіз – ақ жей береді: кез келген дискомфорт тамаққа әуестікті туғызады. Тамақ туралы ой – өмірінің негізгі мәні болып тұрады. Бұның өзі ауру болып табылады, яғни нервтік булимия.

Әрине, стресс кезінде тағамдық ұстамасы болатын адамдардың барлығы булимиямен ауырмайды. Егер бұл симптом қайталанатын болса, жұмыс істеуге, ұйықтауға, өмір сүруге кедергі келтіретін болса, оған көңіл бөліп, дәрігерге қаралу керек.

Булимиямен ауыратын адам жұмысқа зейін қоя алмайды, жеке өмірі туралы ойлай алмайды: барлық ойы тек тамаққа негізделген. Үстелге отыра салып, ыдыстарды босатпағанша, ас үйдегі қол жетімді азық – түлікті бітірмегенше ол тынышталмайды.

Асқазанында ауырлық сезімі пайда болғанша тоқтамайды. Артынан құсу шақырып, барлығын қайта басынан бастайды.

Булимияның екінші түрі қыз балаларда пубертатты кезеңде болады. Осы шақта қасқырша тәбет пен мүлдем аштық сезімінің болмау

кезеңдерінің кезектесіп отыруы және салмақтың өзгеріп отыруы тән. Сондықтан, осы кезеңде салмақтың біресе төмендеп, біресе жоғарылап тұруы қыздарды тыныштандырады: қанша тамақ ішіп, салмақ қосса да оларға ару өте оңай. Осылай олар тамаққа тойып алып арып, қайтадан өз тәбеттерінің еркіне бағынады.

Булимияның бұл түрін де емдеуге болады, тек дер кезінде анықтап, жарнамадағы “артық салмақты кетіретін” препараттар мен тәсілдерге сенбей, маманға көрінген жөн.

Анорексиямен салыстырғанда булимиямен ауыратын науқастар өздерінің кемшіліктерін ұзақ уақыт, тіпті жылдар бойы жасыра алады. Себебі олардың салмағы әдетте қалыпты болады (кейде дене салмағы жоғарылауы мүмкін), олар қомағайланып тамақ жеген соң ағзаларын тазалап тастайды.

#### **Диагностикалық критерилері.**

а) үнемі тамақ туралы ойлайды, бағынбайтын тамаққа деген тартымдылық; қысқа уақыт ішінде өте көп мөлшерде тамақ жейді және ашұарактанып ішеді.

б) науқас жеген тамағынан семіріп кетпес үшін келесі тәсілдерді қолданады: құсу рефлексін шақырады; іш айдайтын препараттарды қабылдайды; альтернативті аштық кезеңдері; тәбетті төмендететін препараттар, тиреоидты препараттар немесе диуретиктер қабылдайды.

#### **Ажырату диагностикасы**

а) рецедивті құсуға әкелетін жоғарғы ішек жолдарының бұзылысы;

б) тұлға аномалиялары (тағамдық бұзылыстар алкоголизммен немесе құқық бұзушылыққа дейін баруы мүмкін, мысалы, дүкендегі ұрлық);

в) депрессивті бұзылыстар (булимиямен ауыратын науқастарда жиі депрессивті симптомдар болады).

#### **Тағамдық тәртіп бұзылысының симптоматикасы**

А. Семіріп кету қорқынышы жиі сымбатты дене бітіміне негізделген.

Б. Жүйкелік булимия, жүйкелік анорексия, компульсивті артық тамақ жеу кезінде семіріп кету қорқынышынан науқастар тамақтан бас тартады

В. Қомағайлық ұстамалары – бағынбайтын тағамға деген әуестік эпизоды, бұл кезде науқас белгілі бір тамақты немесе жалпы кез келген тамақты жеуден бас тарта алмайды, тоқтаусыз жей береді. Қомағайлық ұстамаларын әдеттегі артық тамақ жеуден ажырата білу керек, мысалы мейрамдарда.

Г. Жеңілдету - қомағайлық ұстамаларының салдарын жоюға тырысатын кез келген тәсіл. Мысалы: құсу рефлексін шақыру, іш айдайтын препараттар, диуретиктер қабылдау. Интенсивті физикалық жаттығулар, тамақ калориясын азайту.

Психологиялық тәуелділігіне қарай булимия нашақорлық, алкоголь, компьютеромания, еңбекке тәуелділік сияқты адам әлсіздіктерімен бір қатарда тұр. Психиатр көмегінсіз оны емдеу мүмкін емес. Дер кезінде емдеу керек.



### **Булимияны бір топ мамандар бірігін емдейді:**

психиатр – ауру себебін табады, науқастың көңіл күйін түзейді, тұлғалық жағынан нығайтады;

дәрігер-диетолог – дұрыс тамақтануды қадағалайды;

дәрігер-гастроэнтеролог – асқазан – ішек жолдарын емдейді.

Бірақ емдеуден кейін қомағайлық ұстамалары жиі қайталаанады, тіпті ем алып жүрген кезде де. Ұзақ уақытты терапияның (1 жылдан артық) тиімділігі әлі толық зерттелген жоқ.

### **Сексуальды дисфункция (F52)**

Бұл нақты бір ауру түріне жатпайды, себебі зерттеулерге сүйенетін болсақ, жұптардың қанағаттануы көбінесе екеуінің арасындағы байланысқа байланысты болып келеді. Соңғы кезде сексуальды қатынастың бұзылыстарына адамдардың сексуальды өмір жайлы мәліметтердің тым көп болуы әсер етеді. Біріншіден ол мәліметтер жұптардың арасындағы сексуальды қатынастарын әр түрлі етуге көмексетеді, бірақ олар әр түрлі қорқыныш сезімінде болып – ол әр түрлі психикалық ауытқуларға әкелуі мүмкін. Дәрігерге қаралу себебі субъективті қанағаттанбау сезімі, қажу, үрей, жыныстық қатынасқа байланысты өзін кінәлау сезімдері.

#### **Жыныстық дисфункция себептері:**

- Егер адам үрей мен мазасыздыққа бейім болса;
- Ұзақ уақыт жыныстық қ/қ болмаған жағдайда;
- Тұрақты партнердің болмауы;
- Адам өзін сүйкімсіз,көріксіз деп ойласа;
- Партнерін ұнатпаса;
- Жыныстық тәрбиелеуде негативті көзқарас болса;
- Алғашқы жыныстық қ/қ алдындағы қорқыныш;
- 40 жастан кейін инволюция алдындағы үрей;
- Ауыр психикалық бұзылыс: депресия, эндокринді ауру, эпилепсия, паркинсонизм, соматикалық ауруларда;
- Дәрі-дәрмек (клофеллин,анаприллин), ПАЗ қабылдау;

#### **Жыныстық бұзылыстар**

- Объектіні таңдау
- Сексуальды құмарлық
- Объектіні таңдау
- Гомосексуализм
- Фетишизм
- Педофилия
- Зоофилия
- Геронтофилия
- Некрофилия
- Сексуальды құмарлық
- Трансвестизм

- Эксгибиционизм
- Вуайеризм
- Садизм
- Мазохизм

**Гомосексуализм** - (homosexualismus; homo + sexus-жыныс, син. Гомоэротизм).

Олар көбіне эмоцияналды әлсіз көңіл күйінің тез ауысуы және тез ренжігіш болады оларда басқа адамдармен салыстырғанда неврастеникалық, ипохондриялық, истерикалық реакциялар тез дамиды психикалық тұрғыдан да басқа адамдардан айрмашылық жоқ олардың тек қана бір ғана айырмашылығы жыныстық әуестіктің бағытының бұзылуы сол себепті халықаралық классификацияларда гомосексуализм аурулар тізімінен алынып тасталынған, бұны гомосексуалистердің психикалық статусын зерттеген ғалымдар да дәлдеп отыр, бірақ олар туралы қоғам біліп қойама деген қорқыныш мінез -құлқына әсер етіп невроз және депрессия шақыруы мүмкін.

**Фетишизм** - (франц. fetiche- идол, символизм, талисман) сексопатологияда кездесетін жыныстық құмарлық қандай да бір затқа, жиі әйел киімдері детальдарына бағытталумен көрінетін жыныстық бұрмалану. Қарама қарсы жыныстағы адамның жеке бас заттарын (іш киімдерін,помада) ұрлап қанағат алу бұл фетиштер жыныстық қатынасты толық алмастырады, бірақ зол заттардың иесі оны қызықтырмайды.

Ұлттық фетишизм әйел дене мүшелерінің бөліктерін символиздейді кейбір фетишистер адам иістерінен ләззат алады

**Педофилия** - (paedophilia; paedo- бала, philia- әуестік, махаббат) жиі егде тартқан ер адамдарда кездесетін, балаларға деген сексуалдық әуестікпен сипатталатын жыныстық бұрмалану. Балаларға деген жыныстық әуестік.

Педофилияға ұшыраған субъект 16 жастан асса және өзінің құрбанынан 5 жас үлкен болу керек. Баланың жынысы маңызды емес, себебі жетілмеген бала организмі сәксуалды стимул береді.

**Диагностикалық критеріі:**

6 ай бойы кішкентай балаға деген(13 жасқа дейін) қайта-қайта интенсивті жыныстық қозулар және жыныстық фантазиялар,жыныстық белсенділік мазаласа. Адам осы ойларына байланысты әрекет жасайды және өзі қатты қиналады. Балалардың гениталиін сипау немесе оральді секс жасау арқылы қанағаттандырады. Вагинальді және анальді қатынас өте сирек болады.

- 16 жастан асқан ер балаларға әуестік(эфебофилия)
- 16 жасқа дейінгі қыздарға әуестік(корофилия)
- жыныстық қатынасқа түспеген қыздарға әуестік(партенофилия)

Мамандардың айтуы бойынша педофилияның қалыптасуына психосексуалдықтың дамуының тежелуі өз жасындағы құрбыларымен жыныстық қарым қатынастың қиын болуы әкеліп соғады.



*Кейбір сексологтар шынайы және алмастырушы педофилияны бөледі:*

- шынайы-жыныстық әуестік тек қана балаларға
- алмастырушылық-жыныстық жетілген партнердің жоқ болуынан 95% педофилдер гетеросексуалдар 50% алкагольді масаю кезінде жасалады. Педофилия жасайтын адамдар эксгибицинизм, вуайеризм немесе зорлаумен қатар айналысуы мүмкін.

**Зоофилия** - (zoophilia; zoo- жануар, philia- әуестік, махаббат; син. бестиализм, содомия, зооэрастия) жиі толық жетілу кезеңінде жастарда, ер адамдарда кездесетін жануарларға деген жыныстық әуестікпен сипатталатын жыныстық бұрмалану түрі. Жанурлармен жыныстық қатынастан қанағат алады (көбіне үй жануарларымен) .

### **Геронтофилия**

Егде жастағы адамдарға әуестік жас әйелдердің қарт адамдарға деген құмарлығын,мамандар жыныстық қатынаста жас адамдардан қанағаттанбауын олардың жыныстық эгоизмімен,көңіл бөлудің жеткіліксіздігімен,жедел эякуляциямен, жыныстық қатынасқа деген үлкен сұранысымен түсіндіреді.

**Некрофилия** - мәйіттермен жыныстық қатынасқа түсуге әуестік. Өте сирек ер адамдарда кездеседі. Бұл көбінесе психикалық жетілмеген және психикалық аура адамдарда кездеседі. Мұндай адамдарда садистикалық ауытқулар болады некрофилия кезінде некрофилдер мәйітті бөлшектеуден, бөлектерді өз денесіне қоюдан, мәйіт қасында мастурбация жасаудан,кейде жыныстық қатынасқа түсуден ләззат алады әдетте некрофилдер тек өлі денені қолданады. Адам өлтіруге сирек барады, себебі адам өлтіру жыныстық ләззаттың стимулына жатпайды. Мұндай адамдар көбіне моргтарға және зираттарға жұмысқа орналасады.

**Трансвестизм** - (transvestismus; trans+ vestio- кию; син. эонизм) басқа жыныстың киімін кию арқылы жыныстық қозу және қанағаттанушылықпен сипатталатын жыныстық бұрмаланудың түрі.

**Эксгибицинизм (лат. exhibeo- көрсету)** басқа жыныстағы адамның көзінше жыныс ағзаларын жалаңаштау арқылы жыныстық қанағаттанушылыққа жетумен сипатталатын жыныстық бұрмалану түрі.

### **Вуайеризм(визионизм)**

Бұл жыныс мүшелерін сығалаудан қанағат алатын жыныстық бұрмаланудың бір түрі. Жыныс актісін көруге, жыныс мүшелерін сығалауға деген құмарлық мектепке дейінгі жастағы балалардың ¼ кездеседі,7-11 бұл құмарлық әр бір 3-ші балада кездеседі 6% қыз балаларда кездеседі. Балалық вуайеризмнің қалыптасуына себепші факторлар: құрбылармен араласудағы қиындықтар, қарама- қарсы жыныстағы адамдармен дұрыс қарым -қатынас орнатуды білмеушілік. Вуайеризмнің әр түрлілігіне стриптизбен айналысу, эротикалық шоулар әкеледі.

**Мазохизм** (masochismus; австриялық жазушы Зохер-Мазох ең алғаш суреттеген; син. енжар альголагния, пассивизм). Бұл өзінің жыныстық партнерынан физикалық ауырсынулар мен моральдік төмендетулерден қозумен қанағат алатын жыныстық бұрмаланудың түрі. Өзін партнерының алдында әлсіз сезінгенді ұнатады. Мазохизм бұл нормадан бұрмаланушылық.

**Садизм** (sadismus; франц. жазушысы Маркиза д'Эдде атымен; син. белсенді альголагния). Садизм –жыныстық зорлаушылық, яғни партнерына физикалық және психикалық ауырсыну тудыру арқылы ләззат алады агрессияға байланысты сексуалды қылмыс жасайды. Садизмнің соңғы дәрежесінде өлтіруге байланысты ләззат алу

## 7. Бақылау

### Бақылау сұрақтары:

1. Тамақтану бұзылулары:

- Жүйкелік анорексия.
- Жүйкелік булимия.

2. Бейорганикалық ұйықы бұзылуы:

- ұйқысыздық;
- гиперсомения;
- Сомнабулизм;
- Түнгі қорқыныш;
- қорқыныштар.

3. Сексуалдық сәйкестендіру бұзылыстары:

- транссексуализм;
- қосарланған рөлдің трансвестизмі;
- Балалық шақтағы жыныстық сәйкестендіру бұзылыстары

4. Психиатриялық, сексологиялық және психологиялық зерттеулер.

5. Сексуалдық бұзылуларға арналған емдеу және оңалту шаралары.

6. Жыныстық артықшылықтың бұзылуы: (фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия, садомазохизм және т.б.)

7. Органикалық аурулардан туындамаған жыныстық дисфункция:

- жыныстық қызығушылықтың жоқтығы немесе жоғалуы;
- жыныстық жиеркену мен жыныстық қанағаттанудың болмауы;
- жыныстық генитальды реакцияның болмауы;
- Оргазмикалық дисфункция;



- ерте эякуляция;
- Бейорганикалық сипаттағы вагинизм;
- Бейорганикалық сипаттағы диспарейния;
- сексуалдық қызығушылықтың жоғарлауы.

## ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

### 1. Жүйкелік анорексия дегеніміз – бұл;

- А) Жасөспірім кезіндегі патологиялық жағдай
- Б) Салмақтан айырылу мақсатында саналы түрде ашығу
- В) Ерлерге қарағанда көбінесе әйелдер ауырады
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

### 2. Ұйқының невротикалық бұзылысы мынадан басқаның барлығында көрініс береді;

- А) Ұйқыға кетудегі бұзылыс (пресомникалық кезең)
- Б) Терең емес ұйқыдан оянып кету
- В) Ерте ояну салдарынан ұйқының қысқаруы
- Г) Диссомания
- Д) Жасанды ұйқы сезімі

### 3. Невротикалық жыныстық бұзылыстар;

- А) Жыныстық қызметтің бұзылуы көбінесе невроздың әртүрлі формасында кездеседі
- Б) Ерлерде эрекцияның бұзылуы, эякуляция және жыныстық әуестіктің төмендеуі
- В) Әйелдерде жыныстық құмарлықтың төмендеуі, аноргазмия, вагинизм
- Г) Барлығы дұрыс
- Д) Барлығы дұрыс емес

### 4. Бейорганикалық сипаттағы ұйқының бұзылуына жатады;

- А) Ұйқысыздық
- Б) Гиперсомния
- В) Түсінде қорқыныштар көру
- Г) Ұйқысырап жүру
- Д) Барлығы

### 5. Оргазмолепсия дегеніміз – бұл;

- А) Жыныстық ләззат алуға кезіндегі эпилепсия
- Б) Жыныстық ләззат алуға мүмкіндігі жоқтығы
- В) Эмпатикалық қабілеттерінің бұзылуы
- Г) Жануарлармен жыныстық іс - әрекеттері

Д) оргазмды күшейту мақсатында тұншықтыру

**6. Тамақтан бас тартудың себебі;**

- А) Катоникалық ступор (Сілейіп қалу)
- Б) Жүктілік анорексия синдромы
- В) Тиім салатын императивті елестер (галюцинациялар)
- Г) Өзін - өзі қинау, сандырағымен бірге болатын ауыр депрессия
- Д) Барлығы

**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

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



### 1. № 7 тақырып: Тұлға бұзылыстары.

#### 2. Тақырыптың мақсатты:

- Психиатрияда қолданылатын негізгі қазіргі заманғы зерттеу әдісі;
- Психиатриядағы емдеудің және алдын алудың негізгі принциптері.
- Науқастың анамнезін жинау;
- психикалық бұзылулар белгілерін анықтау;
- Пациенттерді зерттеудің заманауи клиникалық және зертханалық-аспаптық әдістерін таңдау.

### 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. Сәйкестендірілген тұлға.
2. Жеке тұлғаның патологиялық дамуы.
3. Жеке тұлғаның өзгеруі.
4. Психопатия, клиникалық түрлер.
5. Этиопатогенез, психопатия диагнозы.
6. Психопатияны емдеу және алдын алу.
7. Мидың ауруы, зақымдануы және дисфункциясы себебінен адамның мінез-құлқының бұзылуы.
8. Табиғи апаттан кейінгі адамның тұлға өзгерісі.
9. Психикалық аурудан кейін адамның тұлға өзгерісі.

#### **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**

**Тұлға** (медицинада) – адам денесінің тыныштық және қимыл-қозғалыс кезіндегі қалыпты жағдайы. Тұлға адамның сәби кезінен бастап, бүкіл өсіп-жетілу және тәрбие алу барысында қалыптасады. Тұлға дұрыс жетілгенде адамның иығы сәл артқа теуіп, іші тартылып, денесін үнемі тік не түзу ұстайды. Мұндай тұлғалы адамдардың жүрісі ширақ, еркін де жеңіл қимылдайды, ішкі органдарының бәрі де дұрыс орналасады.

Дұрыс жетілмеген тұлға, әсіресе оның қалыптасуы кезінде адамның сүйек қаңқасының дұрыс жетілмеуіне, тыныс алу, қан айналу, ас қорыту, зәр шығару, жүйке жүйелері қызметінің бұзылуына әкеледі. Соның салдарынан адамның басы ауырып, тез шаршайды, тамаққа тәбеті төмендейді. Тұлға дененің бүкіл бұлшық етінің бірдей дамуына байланысты. Омыртқаны ұстап тұратын бұлшық еттердің, сондай-ақ қарын бұлшық еттерінің әркелкі немесе әлсіз дамуы тұлғаның әр қилы бұзылуына (еңкіштікке, “жазық арқа”, “шалқақ жауырын”, т.б.), ал кейбір жағдайда тіпті омыртқаның қисаюына әкеледі (қ. Бүкірлік, Сколиоз). Тұлғаның еңкіш тарту кезінде омыртқаның кеуде деңгейіндегі бөлігі артқа қарай шығып тұрады, басы алға шығыңқырап, көкірек қуысы тығыздалып, иығы бүрісіп, іші де шығыңқы келеді. Нәресте Тұлғасының дұрыс қалыптасуына емшектегі кезінен бастап қамқорлық жасау керек.



Балалар тұлғасының бұзылуына әр түрлі аурулар (мешел, семіздік, жұқпалы аурулар, жалпақ табан), сондай-ақ дұрыс режим сақтамау, тамақ сапасының төмен болуы, т.б. әсер етеді. Тұлғаның бұзылуы мен омыртқаның қисық бітуінің басты себебі әдетте денені дұрыс ұстамау: бүкірейіп жүру, парта мен үстелге дұрыс отырмаудан басталады. Баланың киімі де өзіне лайық болуы (кең не тар болмауы) керек. Көзі нашар көретін балалар және сабақ оқығанда жарық дұрыс түспесе, көбіне бүкірейіп жүреді. Сондықтан бүкірейіп жүретін балаларға суға жүзумен шұғылданған пайдалы. Тұлғаның дұрыс қалыптасуын түзеуден гөрі оның алдын алған жөн. Бұл орайда дұрыс тамақтану мен мезгілімен ұйықтаудың, таза ауаның, массаж жасау мен гимнастиканың, шынығудың, жиіазды дұрыс таңдай білудің маңызы зор.

**Жеке тұлға** мен қоғамдық ортаның қарым-қатынасы философия, психология, педагогика, тарих т.б. қоғамдық ғылымдардың көптен айналысып жүрген көкейтесті мәселелері.

**Өмірде бір анадан туған** егіз балалардың түр жағынан бір-біріне ұқсас болуы мүмкін. Ал олардың мінез-құлқы, іс-әрекеті, өмірге деген икемдік, қабілеті бірдей болмайды. Сондықтан әр адамды өзінше дараланған жеке тұлға деп қараймыз.

*Әлеуметтену процесіне тұлғаның барлық қоршаған ортасы:* отбасы, көршілері, құрдастары, мектеп, бұқаралық ақпарат құралдары қатысады.

**Биоәлеуметтік тұлға**- индивидтің қоршаған орта жағдайларына ыңғайлануы, өзінің іс-әрекетін жүзеге асыруы, өзі туралы пікірі, өз-өзіне баға беруі, адамның қоғамдық сипатын танытатын, оның өмірі барысында өзіне жинақтаған әлеуметтік сапалар мен қасиеттер жиынтығы.

**Әкелетін себептер:**

- Психопатия сипаты
- Эмоционалды-ерік сферасы бұзылады(жоғарғы эмоцияның дамымауы)
- Өзінің «Мен!»-іне ерекше баға беру, басқаша ойлар дамуы
- Өз ортасында өз рөлін дұрыс түсінбеу
- Ақпаратты бір жақты жинау
- Өз қателіктерінен сабақ алмау
- Социалды, отбасылық, професиялық адаптацияның бұзылыстары.

## **ТҰЛҒА (ПСИХОПАТИЯЛАРДЫҢ) ТҮРЛЕРІ** **Психопатия кезіндегі клиникалық түрлері**

## **БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ**

Психопатия типі	Декомпенсация түрлері
Параноиды	Реактивті паранойя, реактивті депрессия
Шизоидты	Неврастения, невроэлсіздік, реактивті депрессия

Тұрақсыздық	Алкоголизм, наркомания, тәртіпті бұзу, симуляция, түрмелік жабылулар
Эксплозивты	Агрессивті ұстану, алкоголизм, наркомания, тәртіпбұзушылық, депрессия, өзіне зақым келтіру, түрмелік жабылулар
Истериялық	Истериялық невроз, истериялық реактивті психоз, депрессия, демонстративті суицидтер
Психастениялық	Неврозсіздік, ипохондриялық невроз, суицидты тенденцияларымен депрессия, алкоголизм
Астениялық	Неврастения, депрессия, ипохондриялық невроз, истериялық реакция

### 1.Тұрақсыз тип.

Тұрақсыз психопатия тип белгілерін түсіндіру.

### 2.Истериялық типтің

Истериялық типтің негізгі белгілерін анықтау.

### 3.Психатеникалық тип.

Психатеникалық типтің көрінуі.

### 4.Шизоидты тип.

#### Шизоидты типтің алғашқы белгілері.

Психопатиялық түрлері балалық шақтан қалыптасады. Жасөспірімдерде психопатия белгілері біліне бастайды да, ал кемеліне келген адамда ол әбден толысады.

Психопатия\*ауруға қаттысы жоқ «патологиялық мінез». Осындай мінезді адамдарда ақыл ой мүмкіндігі қалыпты не қалыптан астам болады.

Психопатияның бірнеше түрлері бар. Қызба типті балада психопатиялық алғашқы белгілер 2-4 жас арасында, басқаша айтқанда, бірінші жастық дағдарыс кезінде білінеді. Бұл кезде бала құрдастарына қарағанда қозғалғыш, қозғы, ызақор келеді (ыза болағанда төңірегіндегілерді ұрып, тырнап, тістейді)

Олар тым қикирланып, айтқанын істемесе еденге жатып, басын соғып жер тырмалап, бақырып жылайды. Ондайлар басқамен сыйыспай, бірден төбелесе тастайды. Бірінші класта мұндай әрекеттер сирек ұшырасады. Психопатия қыздарға қарағанда, ұлдарда жиі байқалады, олар төбелескіш, сабақта жиі тәртіпбұзады. Оларға ескерту жасасаң, наразылық білдіріп, мектептен не үйден қашып кетеді. Сабаққа да дайындықсыз келеді, ақыл ойының мүмкіндігі орташа болса да, нашар оқиды. Жазадан қорқып үйден қашады, мектеп ұжымынан безеді. Оның себебін отбасындағы және мектептегі даудамайдың болуымен түсіндіреді. Мұндайлардың көңіл-күйі де аумалы-төкпелі болады. Наразылық жасауға, тәуесізденуге, топталуға бейім тұ



рады, сөйтіп ұрлық, қылмыс жасауға дейін барады. Ұзақ уақыт үйінен безіп, басқа қалаларды паналап не өздерінің сыбайластарымен бірге темекі шегуге, арақ шарап ішуге машықтанады. Қыр көрсету ретінде қолының тамырын кесіп, дәрілерді ішіп, ине, шеге, шыны жұтып, өзін-өзі өлтіруге әрекет жасайды. Жыныстық қатынастыда ерте бастайды. Бұл жастағы балалар мен жасөспірімдердің вегетативтік жүйке жүйесінің бұзылу белгілері бетінің қызаруынан, тыныс алуы мен жүрек соғысының жиілеуінен және т.б. Физиологиялық симптомдардан білінеді. Қозба мінезі аяқ асты көтерілетін жасөспірімдерді тәрбиелеу қиын, әтседе мүмкін іс. Бұл жағдайда арнайы педагогикалық тәсіл қолданған жөн. Уақытты босқа өткізбеу үшін қатал редим керек. Олардың іс-қиямыл белсенділігін еске ала отырып, қажет деген спрот түрлерімен шұғылдануға кеңес беріп, падалы іске бағыттаған дұрыс. Сондай-ақ мұндай балалардың отбасының ахуалын жақсарту да өз жемісін береді. Қозба мінезді жасөспірімдер арасында ішімдік ішудің, есірткілермен улы заттарды пайдаланудың алдын алу қажет. Арақ-шарап олардың бұзық адамдармен сыбайласуына себепші болады. Олардың жүріс тұрысымен сөйлеген сөзіне еліктейді, денесіне нешетүрлі әшекей суреттер салғызуға әуестенеді. Психопатияның осы тобына кейбір ерекшеліктері ұқсас қояншықпен ауырған адамда болатын эпилептоидты тип жатады. Бұл тип қояншық ауруы бар отбасыларда кездесетіндіктен, генетикалық жақындығы бар деп есептелеі.

Психотатияның қызу қанды тобына кейбір авторлар гипертимдік типті жатқызады. Гипертимдік белгісі бар адамдардың көңілі ылғида көтеріңкі, денсаулығы жақсы, сергек, тәбетмен ұйқысы жақсы, қимыл қозғалыс жасауға бейім, көп сөйлегіш, бөспе, көңілді, мінезі аяқ асты өзгергіш келеді. Оларға жеңілтектік, тәртіпсіздік, тентектік тән. Бастаған ісін аяқсыз қалдырады. Айналадағыларға наразы, топтануға құмар, сәнді киінуді ұнатады, ыңғайын таауып әлеуметке қарсы әрекеттерді де жасайды.

**Тұрақсыз тип.** Тұрақсыз психопатия типінің белгілері 11-12 жаста білінеді. Негізгі белгісі – жас балалардың қалыпты психикасы ретінде білінетін эмоциялық тұрақсыз ерік. Тұрақсыз психопатиялы адамдардың жоғары ерікті қызметі жетілмегендіктен, өзінің сол сәттегі тілегі мен әуестігін тежей алмайды. Олардың әрекеттері белгілі бір мақсатпен, міндетпен, қарызбен байланысты болмайды, тұрақсыз және өзгермелі ақыл-ойы дұрыс не кемелді болмағанмен, істері жеміссіз не аяқсыз қалады. Олардың білімдері

не үстірт, не таяз келеді. Себебі олар оқығандарын жылдап ұғынғаны мен, ықылассыз тез жоғалтады. Эмоциялары тұрақсыз болғандықтан дос болуы да, қастасуы да тез. Оларда келешегін ойламайтын қамқорсыз, бейқам, қарыз бен жауаптылық сезімі жетілмеген, ал кейбіреулері мақтаншатыққа, асыра сілтеулікке бейім тұрады.

Тұрақсыз психопатия белгілері көбінесе жыныс жетілгенге дейін не ол жетілген кезде, кейде балалық шағында білінуі мүмкін. Бұл белгілер жеңілтек қозғалғыш, сөз саптау мәнері қимыл жүрісінде көрініп, ересектермен емін-еркін қаарым-катынасқа итермелейді, «сәтсіз махаббатта» болған жағдайда өзін-өзі өлтіруге әрекет жасайды. Бұл типті тек міндетті түрде еңбекпен тәрбиелеу керек.

Ұйымдасқан еңбек пен бақылау жағдайында, дұрыс тәрбиенің арқасында мінездің патологиялық ерекшеліктері түзелуі мүмкін. Эмоционалдық, елігушілік, тұрақсыздық жасқа байланысты бәсеңдейді. 35-40 жаста адам кемеліне келіп, сабырлы болады. Мұндай өзгеріс тиімді жағдайда ғана өтеді. Тиімсіз жағдайда бұл типтегі адамдар өмірге бейімделе алмай, не маскүнемге, не нашақорға айналады. Дер кезінде қолданған емдеу мен тәрбие шаралары айтылған өзгерісті болдыртпайды. Ауруы емдеп, қайтым болмаған (декомпенсация) жағдайда ауру адамды психиатриялық ауруханаға жатқызып емдеу керек.

**Истериялық типтің негізгі белгісі** – айқын дарашылдық, қайткен күнде де айналасындағылардан ерекшелену, біріншілікке ұмтылу. Истериялық психопатия барлық жұртты мойындатуды тойымсыздықпен көксеу тән. Неміс психиатры Шнейдер мұндай адамдарды «мойындатуды көксейтіндер» деп атады. Истериялық психопатия жыныстық жетілмеген және жетілген кезде, кейде жас балаларда да кездеседі. Психопатияның осы түрі әйелдерде жиі, кейде еркектерде де кездеседі. Мұндай адамдардың дарашылдығы мойындатуды көксеумен, жасандылықпен, қоқиланумен, қыр көрсетумен бірге өтеді. Бұл әлеуметтік жағынан жетілмеуі, жігерсіздігі, ынтасының, қабілетінің болмауы, еңбекке немқұрайдылық ретінде білінеді. Олардың көңіл-күйі ауыспалы, тұрақсыз. Олар біреулерге жұмсақ, мейірімді, ал енді біреулерге дөрекі, қатігез және мейірімсіз болып, әрбір іс-әрекеті айналасына күшті ықпал етуге құрылады. Мұндай балалар әуелі бала бақшада, кейін мектепте өзгелерді билеп - төстеуді жақсы көреді. Олар ән айтып, өлең оқып, билегенді, төңірегіндегілерден ерекшеленіп көріну үшін жарқырап, сәнді киінгенді, жарқыраған далаптар мен әшекейлі заттарды пайдаланғанды ұнатады. өзінің негізгі мақсатын орындау үшін ол назарын өзіне аударып, үлкен қажырлылық танытады. Олардың талаптану дәрежесі жоғары болады, тілегімен мүмкіншілігі



сәйкес келмесе де, ойлаған мақсатына жету үшін әр үрлі айла-шарғы жасайды. Күншіл мен қызғаншақ келеді. Болмаған жағдайды ойдан құрастырады, тіпті ата-анасы бола тұра, көшеде кездескенде олардың өліп қалғанын не тастап кеткенін айтады. Сөйтіп өзіне аяушылық сеніміне кіреді. Жұрттың назарында болу үшін небір қияли шытырман оқиғаларды ойлап шығарады. Кейде сол қиялына өзі сене бастайды. Айталық, бейтаныс бір еулерді «ата-анамыз шет мемлекетке кеткен, ол жақтан әр түрлі заттар, бұйымдар мен киімдер жібереді» деп сендіреді. Мысалы, 8 жасар қыз нағашысының (өзінің де) сүйетінің, бір бала қару-жарақ, нағыз зеңбірек тауып алғанын, оны үйдің жанына көміп тастағанын айтқан. Ер балаларда ұрлыққа қатысқаны туралы жалған айтындары да жиі кездеседі.

Истериялық психопатия адамға дарашылдық, басқалардың тілектерімен санаспау, биікке талпыну, қызғаншақтық, күншілдік, өзімшілдік, төңірегіндегілердің көңіл күйін құбылту тән. Даулы жағдайда қатты жазалау, жөнелту, құсу, даусын жоғалту, булығы, бейберекет қимылдар жасау т.б. истериялық әрекеттер туындайды. Жыныстық құштарлығы бұзылғандықтан, жыныстық қарым-қатынас ауытқып, беймаза күйге душар болады. Шынында ауруы бар жасөспірімдер, әсіресе қыз балалар, әйелдер кейде ауруын уайымдап, өздеріне көңіл аударуды талап етеді. Жасөспірімді ең алдымен олардың қабілетімен көңіліне сәйкес үнемі еңбектенуге дағдыландыру қажет. Ата-анасы, мұғалім мен дәрігер жұмылып біріккенде одан нәтиже шығаруы кәміл.

**Психастеникалық тип.** Бұл негізінен ересек адамдарда кездеседі. Бірақ кейбір психастеникалық белгілер жас кезінде де білінеді. Мұндай бала секемшіл, көңілшек, барлық жаңалықтан қорқатын, сезімі нәзік келеді. Мектеп жасындағы балалар өте мазасыз, тез өзі туралы емес, жақындары, әсіресе шешесі туралы күмәнденеді. Олар бір жаманшылық болама деп қорқады, ырым-жырымға сенеді, бақытсыздықтан сақтану үшін салт, жөн-жора жамайды (мысалы, мысық жолын кесіп өтсе ештеңе болмас үшін орамалының шетін түйеді т.б.). Балалық кезде қорқақ, күмәншіл, жасқаншақ, ұялшақ, тартыншақ, біреуге сенбейтін, көңілшек, мазасыз, өкпешіл, тұйық және сонымен қатар бауырмашыл, ақпейіл, мінезді болады. «Бірнәрсе болып қала ма?» деген ой үнемі мазалайды, содан қорқады өзіне-өзі сенбейді, бұл өзінің жай-

күйін толық сапалы еместігін көрсетеді. Қазіргі кезге қарағанда, болашақта қауіп пен сәтсіздікті, азапты сезінеді. Мұндай балалардың интеллектісі

жоғары. Бірақ олардың оқуы нашар, себебі ауызша жауап бергенде өте мазасызданып, білетінің дұрыс жеткізе алмайды. Жазбаша тапсырмаларды адал, ұқыпты орындауға тырысқанмен, тартыншақтық жасап, өзін қайта-қайта тексерудің салдарынан, соңғылардың бірі болып орындайды. Ондай балалар өз режимін, класын ауыстыруды жаратпайды, өмірдегі өзгерістен қашады. Олардың тілегі өздері дұрыс жасаған затты немесе бір нәрсені үмітпау үшін қайта-қайта тексереді. Мінезінің жұмсақтығына, адалдығына, көпшілдігіне қарамай, олар жаңа танысымен оңайлықпен үйлесе алмайды, болашақ жамандықтан және төбелестен қорқады, өзінен жасы кіші балалардың тобында ойнағанды жақсы көреді. Жақсы көретін жолдастарынан және жақындарынан ажырасқанда қатты қайғырады.

Мінезінің психастеникалық белгілері бар жасөспірімдер мұғалімдердің, аталарының, үлкендердің қойған талаптарына жауапты қарап, олардың үмітін ақтауға тырысады. Психопатияның психастеникалық типіне ұқсас астеникалық түрі болады.

Сужүректік, қорқақтық, қараңғыдан, жалғыздықтан қорқу, жүрексіздік, ұялшақтық, өзінен кішілермен ойнау, тыныш ойындар, сурет салу, айтқанды тыңдау – астеникалық типке тән белгілер. Осы типтегі балалар шулы ойындардан қашып, үзіліс кезінде оқшауланып, төбелеске жоламайды. Олар тырысып оқиды, бірақ жауап бергенде ұялады, ынталы оқушы болудан именеді, көптің арасынан ерекшеленбеуге тырысады, өзіне артық назардың аумауын, белгісіз болып қалуды және ешкімнің тиіспеуін қалайды.

Психастеникалық типтің астеникалық типтен айырмасы сол: олар «бір нәрсе болып қалмасын» деп мазасызданады, өздері күтпеген бақытсыздыққа ұшырамасын деп мазасызданады. Болған оқиғадан гөрі олар болатын бақытсыздықтан қорқады. Ылғи күмән тумас үшін бойтұмар тағып, әдет-ғұрыптарға сенеді.

### **Шизоидты тип**

Бұл – патологиялық тұйық, айналадағылармен қарым-қатынас жасауға ынта-ықыласы жоқ, оқшау жүретін ішкі жан дүниесі бай, бірақ сырт келбеті кедей адам. Бұларға тәртібі мен эмоциялық қайғы-қасіреті арасындағы қарама-қайшылық тән. П.В.Ганнушкиннің айтуы бойынша, олардың эстетикалық сезімінәзік, принциптік және



адамдық мәселелерге сезімтал, сөйте тұра қасындағылардың қайғысы мен қуанышына ортақтаспай, тіпті түсіндейді.

Шизоидты (аутикалық, ауто – мен, аутизм - өзімен ауналысу) деген атау психопатияда шизофренияның кейбір ерекшеліктерінің байқалуына байланысты қойылған. Психопатияның басқа типтеріне қарағанда, шизоидты психопатияның белгілері бала кезінде жақсы білінеді. Ол басқа типтерден гөрі сирек ұшырасады, оның өзінде ұлдарда байқалады, мұндай типті 24 жастағы балардың мінез-құлқы құрдастарынан ерекшеленіп тұрады. Ата-аналары олар туралы былай дейді: «Басқалардай емес, тыныш, алғыз ойнаушы еді, бір ойнаған ойыншығынан басқа ештеңе сұрамайтын, еркелеуді ұмытпайтын». Мектепке дейінгі жаста өз құрдастарынан тасаланып, бірге ойнаудан қашады. Бұл жаста организмде үйлесімдік болмағандықтан, мидың дамуы жылдамдап, қозғалыс қызметі нашар жетіледі. Үлкендердің көмегінсіз оқуды ерте үйренеді, бірақ бәтенкесінің бауын байлай алмайды. Сөйлескен кезде олардың білімінің жасына сәйкес емес екенін (ересек адамдарды таңқалдыратын көптеген сұрақтар қойып), білуге құмарлығын көрсетеді. Олар дерексіздікке жоғары ынта танытып, әлемнің пайда болуы, табиғат пен өлім туралы сұрайды.

Мектеп жасында белгілі бір пәнге қызығып, жақсы оқи бастайды (мысалы, математиканы, астрономияны, психология мен пәлсапаны). Ақыл-ой дарындылығы бола тұра, икемсіз, өздерін-өздері күте алмайды, киім кигенде не тамақ ішкенде салақтық білдіреді.

Олар аз қимылдайды, шулы ойындарды жаратпай, ортаға тез бейімделе алмайды. Өз қайғысын ешкімге аспағандықтан, басқалармен қарым-қатынасы оңайлықпен қалыптаспайды. Сырт көзге салқын тәрізді көрінгенмен кейбір адамдарға сезімталдық, инабаттылық танытады. Жақындармен дұрыс қарым-қатынаста бола алмаса да, отасындағы ұрыс-керіске қатты қайғырады. Кітапты көп оқиды, өзімен-өзі болғандықтан, уақытын тиімді пайдалана алмайды. Олар ерініп бір жұмыстан екіншісіне оңай ауыса алмайды, үнемі кешігеді, класта жақсы оқушы қатарында саналғанмен, нәтижесі төмен болады. Жыныстық жетілу кезінде барлық белгілері айқын білінеді. Мысалы, кейбірінде тұйықтық, өкпешілдік, ренжігіштік сезімі айқындалса («сензитивтік» не «стеникалық» деп аталатындар), ал келесінде табандылық, қажырлық байқалады («экспансивті, «стеникалық» делінетіндер). Қолайсыз жағдайлар әсер еткенде шизоидтарда ерекше психогенді (психикалық зақымның әсерінен) әрекеттер бақалады, яғни ренжу сезімі күшейіп, өзіне-өзі разы болмай, іштей қайұғырады. Осы кезде олар қатты науқастанған жақындарына да немқұрайдылық танытады. Шизоидты балалар қия

лға бейім келеді, пайдалы іспен шұғылдануға (электр тізбегін құрастыру, кәкүр-шүкір жинау, көне тарихпен шұғылдану), тіршілігі бір сарынды болады. Айналысқан ісінде жетістікке жетуі әлеуметтік бейімделудің арқасында іске асады.

Психопатиялық балалық пен жасөспірімдік кезінен қалыптасуын біз жоғарыда айттық. Психопатия негізінен ересек жаста қалыптасады. Психопатия әсіресе айналадағы ортаның жағдайына байланысты өзгеріп отыруы мүмкін. Психопатиялық адамдардың ішінде жоғары интеллектісі кездескенмен, дарындары аз. Бірақ эмоциялық ерекшеліктерге байланысты мұндай адамдардың отбасы мен ұжым арасында бейімделуі қиындыққа әкеп тірейді. Егер айналадағы жағдай дұрыс болса, олардың психикасының қалыптасуы мүмкін.

### **Тұлға бұзылуы – белгілері**

Адамның психикалық аурумен зардап шегеді Адамдар, жиі барабар мәселесіне байланысты емес. Ол т.б., бұл отбасы мүшелерімен үйлесімді қарым-қатынас қиын бұл аяқтау мүмкін Әдетте, жеке психикалық бұзылулар жасөспірім немесе ерте жетілу көрінеді. Мұндай бұзылулар ауырлығына сәйкес жіктеледі. Олар негізінен жарық түрінде табылған. Тұлғалық бұзылудың белгілері оның ой айналасында науқасқа қатысты көрініс. Мұндай адамдар көмек маманы көру үшін өз бастамасы бойынша сирек, оның мінез-құлық және ой сай келмеуіне байқамайды және сондықтан болады емес. Пациенттердің көпшілігі мінез-құлқы мен алаңдаушылық жеп уытқұмарлықпен, тәртіпсіздіктер көңіл, ауыратын, оның өмір сүру деңгейі риза болып табылады. Аурудың салдары жеке және мінез-құлық бұзылуы мынадай әсерлерін көтереді: Алкоголь Жоғары тәуекел және т.б.. Тәуелділігі, жеткіліксіз жыныстық мінез-құлық, суицидтік мінез-құлық. Педиатриялық науқастарды психикалық бұзылыстардың дамуына әкеледі балаларды тәрбиелеу эмоционалды, жауапсыз, қорлау түрін. байланысты стресс психикалық тесіп. Басқа психикалық бұзылулар дамыту (т.б. психоз, мазасыздану және.). пациент өз мінез-құлқына жауапкершілікті өз мойнына алуға бас тартады. Дамыған сенімсіздік.

**Тұлға бұзылуы - негізгі себептері** . Сезімдер мен балалық науқаста мүдделерін Балаларына қамқорлық. Жыныстық зорлық- маскүнемдік тұрғысынан жеке тұлғаның дамуы, енжарлығымыз. Тұлғаның бұзылуы орналасқан диагностика т.б. мазасыздану, депрессия және азайту мақсатында. Тұлғаның бұзылуы белгілері дәрі пайдаланылады. Психикалық бұзылулар түріне байланысты тиісті есірткі беріледі. Адам мінез-құлық кемшіліктері бекітіңіз психотерапия әкімшілік науқастарға өз ой-бұраңыз. Науқастың мінез-құлық өзгерістер әдетте бір жыл кейін байқалады, және тұлғааралық қарым-қатынастың табысты отыр. Көптеген жылдар бойы бұл жеке бұзылуы ол науқастың өмірін, сонымен қатар оның



ішкі шеңбер ғана емес бұзады ретінде аурудың алғашқы белгілері көрінісі өңделген қажет екенін атап өткен жөн.

### **Психопатияның диагностикасы**

Психопатияны танып білу, және оның басқа түрлерін анықтау ешқандай қиындықтар туындатпайды. Олар ортамен араласқанда қарым-қатынас кезінде жақсы білініп тұрады. Көп жағдайда оларды психопатияның формалары қозғыштық немесе истериялық түрде кездеседі.

Психопатияның осындай формаларымен жүретін адамдар ортамен араласқанда үнемі мәселелер және конфликттер туындайды. Бұлырдың ішінде анықтау қиын болатыны ол параноидты психопатия. Бұл бұзылыстың басқалардан өзгешелігі ужымдастар арасында немесе кез келген ортада өзінің айтқанын орындату, басқару жөнінде өз идеясын жүзеге асыру үшін конфликттен туғызады. Бұл параноидты қасиет бір жылдан бірнеше жылға дейін сақталуы мүмкін. Кейде бұл қасиетті басқалардан ажыратып алу қиындық тудырады. Яғни мұндай қасиеті бар науқастар өзінің идеаларымен ұстанымдарын дұрыстығын дәлелдеу үшін дерек көздерін табудан тайынбайды. Сондықтан дәлелдейтін объективті информациялары көп болған сайын бұл адамдардықы дұрыстай көрінеді.

Тағыда диагностикалауды айтарлықтай қиындық тудыратын психопатияның формасы олар шизотипты және психоастениялық формасы болып табылады. Шизотипты бұзылыс кезінде науқаста тұйықтық қасиеті басым болады. Ал психастениктерде олар әңгіме құруға талпынады алайда өздерінің шешім қабылдай алмаулығынан және өзіне сенімділігінің жоғалуынан өздерінің контакттарын тез үзеді. Шизотипті бұзылыстарды біз ерте кезде басталған тәрбиеден немесе өзіндік индивидті дамуынан деп санай алмаймыз, ол ортаның белгілі бір контрасты нәтижесінде пайда болуы мүмкін. Және уақыт өте келе бұл ұзылыс өсе береды.

Кейде психопатияны ауыр психикалық аурулар кезіндегі, тұлға өзін өзгерті кезіндегі психопатияға ұқсас жағдайлардан ажыратып алу қиын болады. Көптеген психикалық аурулар эндогенді және де экзогенді (шизофрения, эпилепсия, мидың атрофиялық процесстері, нейросифилис, ЖИТС, бас жарақаты т.б.) осылар өздерің даму барысында психопатиялық бұзылыстарға ұқсас симптоматиканы беруі мүмкін. Жоғарыда айтылған аурулар өздеріне тән клиникалық көріністері және динамикасы бар екенін санап кеткен дұрыс. Бірақ кейбір аталған психопатиялық бұзылыстар осыларға ұқсас симптом береді (шизоидты, эпилептоидты, истериялық психопатия) бірақ аурулардан айырмашылығы өздерінің тұрақтылығымен, және бұл бұзылыстар адам бойында бала кезден бастан өмір бойы болатындығымен ерекшеленеді.

## **Психопатияның профилактикасы және емі**

Дәрігерге психопатиялық бұзылысы бар науқасқа көмекті декомпенсация сатысы пайда болғанда анықталып көрсетіледі. Декомпенсация сатысы әр түрлі психогенді аурулар және психоактивті заттарды көп қолданумен көрінеді. Бұларды емдеу стандартты рекомендацияларға сәйкес жүргізіледі.

Психопатияның емдеудің эффектілігі аз, себебі олар қандайда бір ауру болып саналмайды. Емдеудің негізгі мақсаты науқастың жеке ұстанымын қайта құрастыру, өзіндік «МЕН» іні бағалауын көтеріу, ортамен өзінің қарым қатынасы принциптерін түсінуін қалыптастыру.

Психиатрлардың белгілеген дәрі дармектері психопатияның жеке бір көріністеріне эффективті әсер көрсетеді-эмоциональді бұзылыстар, уайымдау, қозғыштық қасиеттерін жояды. Психотропты препараттарды тек адаптацияны күшейту мақсатында ғана тағайындайды. Психотропты препараттарды болып жатқан соматикалық жағдайға байланысты тағайындайды. Көңіл күйдің тұрақты түрде төмендеуі кезінде антидепрессанттар, үнемі уайымдау кезінде –транквилизаторлар беріледі. Антидепрессанттар (әсіресе серотонинергиялық) невроэлсіздік кезінде емдік эффектілігі жоғары болып табылады. Айқын қозғыштық, шыдамсыздық, асоциальды әрекеттер кезінде нейролептикалық дәрілер-неулептил, сонапакс, этаперазин, трифтазин, галоперидолдың аз дозалары, хлопротиксин және эглонил беріледі.

Параноидты психопатия кезінде нейролептиктер эффективті болып табылады. Ол науқастың аффективті күштемесін төмендетеді, сенімсіздікті азайтады. Эмоциональді бірден бұзылыс (дисфория) кезінде құрұсуға қарсы препараттар енгізіледі. Оның ішінде карбамазепин көп қолданылады.

Ұйқының бұзылысы кезінде седативті нейролептиктер және антидепрессанттар ( тизерцин, хлопротиксен, сонапакс, фмитриптилин) қолданылады. Мамандардың санауы бойынша емдеуде негізгі роль ол психотерапевтке беріледі. Тек соы маманның көмегімен ғана жеке қасиетін өзгертіп, өзіндік «МЕН» іні бағалауын көтеріп коррекция жасауға болады. Психотерапевттің әдісі әр түрлі болуы мүмкін. Ол топтық немесе индивидуальді түрде жүргізуі мүмкін. Психотерапевттің негізгі әдісі психопатияның тіркелу формасына байланысты, индивидуальді ерекшелігіне және пациент мәселесіне байланысты болады.



## 7. Бақылау

### Бақылау сұрақтары:

1. Акценттелген тұлғалар:

- демонстрациялық тұлғалар;
- педанттық тұлғалар;
- Қозғыш тұлғалар;
- Интровертирленген тұлғалар;
- гипертимикалық тұлғалар;
- Гипотимиялық тұлғалар.
- Жеке тұлғаның патологиялық дамуы.

3. Психопатия, клиникалық түрлер:

- Паранойалды психопатия;
- шизоидтік психопатия;
- тұрақсыз психопатия;
- қозғыш психопатия;
- истериялық психопатия;
- психоастениялық психопатия;
- астеникалық психопатия;
- психопатияның аффективтік түрлері;
- эмоционалды тұрақсыз адамдар;
- Ананкасты тұлғаның бұзылуы;
- тұлғадағы тәуелділіктің бұзылуы.
- Эпиопатогенез, диагностика, емдеу және психопатияның алдын алу.

### ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ

**1. Акцентуат түрдегі педант мынадан басқалардың барлығымен сипатталады;**

- А) Шексіз адалдық, педанттық, ұқыптылық, өнегелік альтуризм
- Б) Жоғары бағалы білім
- В) Барлығын ой – елегінен өткізеді
- Г) Жауапты шешім қабылдаудан бас тарту
- Д) Өзін - өзі қайта – қайта тексеру, қайта тексеру

**2. Демонстративті акцентуанттар ерекшелігіне мынадан басқаның барлығы тән болып келеді;**

- А) Өз өтірігіне өзі сену, мойындату қажеттілігі
- Б) Арсыз, айналасындағыларды өзіне назар аударуға қызығушылық
- В) Өз - өзін сараптауға бейімділік
- Г) Басқалардың психологиясын түсіну басқалармен жанаса білу

Д) Белгілі жағдайға икемдене білу

**3. Сілейіп қалған акцентуанттарға мына қасиеттері барлар жатады;**

- А) Гипертрофиялық табандылық мықты патологиялық аффект
- Б) Эгоистік аффектердің басымдылығы, кекшілдік, мансаптық
- В) Атаққұмарлық жұмыстағы сәттілікке апарар жол
- Г) Өзін - өзі мақтауға бейім, менмендік
- Д) Барлығы

**4. Экстраверттік акцентуанттарда байқалады;**

- А) Елестен гөрі түйсікке мән беру
- Б) Сыртқы қоздырғыштарға бейімделу
- В) Айналасындағы адамдардың ықпалында болу
- Г) Көпшіліктен гөрі жалғыздықты жақтыру, конформлық
- Д) Барлығы

**5. Психопатиялық даму диагнозының өлшемі болып саналады;**

- А) Біршама тиянақтылық, тұрақтылық
- Б) Деадаптацияға бейімділік
- В) Қоршаған ортаның ұзақ мерзімді зиянды әсері,
- Г) Барлығы
- Д) Ешқайсысы

**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. Тақырып №8: Психиатриядағы ургентті жағдайлар.**

#### **2. Тақырыптың мақсатты:**

- Психиатриядағы шұғыл жағдайлар.
- психиатриядағы шұғыл жағдайларды диагностикалау;
- осы жағдайларда шұғыл көмек көрсету.

### **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. Психомоторлық қозу және агрессивті мінез-құлық, шұғыл көмек.
2. Суицидті мінез-құлық.
3. Тамақтан бас тарт.
4. Ауыр ағымдағы делирия.
5. Эпилептикалық статус.
6. Фебрильді шизофрения.
7. Қатерлі нейрорептикалық синдром.
8. Психотроптық препараттармен улану.

#### **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.



## 5. Ақпараттық-дидактикалық блок

### ПСИХИАТРИЯДАҒЫ УРГЕНТТІ ЖАҒДАЙЛАР

XX ғасырда белсенді антипсихотиктердің пайда болуы өзге медициналық мекемелермен салыстырғанда психиатриялық стационарлардағы жағдай қазіргі уақытта тыныш деп қарастыруға алып келді. Сонымен қатар шұғыл шараларды қажет ететін жедел жағдайлар психиатрия мен наркологияда сирек кездесетін құбылыс емес. Осындай жағдайлардың бір бөлігі психоз жеделдігімен және науқас жүріс-тұрысының дезорганизациясымен (шизофренияның жедел ұстамасы, сана күңгірттенуі кезіндегі қозу, ажитациялы депрессия), кейбірлері - жедел органикалық зақымдану нәтижесінде өмірді қамтамасыз етудің негізгі жүйелерінің салмақты бұзылыстарымен (жедел энцефалопатия, фебрильді шизофрения, эпилепсиялық статус) байланысты болады. Психиатриялық бөлім пациенттерінің арасындағы өлімнің жиі себебі суицидтер, дәрілік заттарды кездейсоқ немесе әдейі шектен тыс қабылдау, және психофармако терапияның жедел пайда болған асқынулары болады.

XX ғасырдың ортасына дейін психиатрияда жедел жағдайлармен науқастарға көмектің тиімді әдістері болмады, сондықтан бұл топнауқастарында өлім жиілігі аса жоғары болды. Интенсивті терапия және реаниматология әдістерінің дамуы (гемосорбция, плазмаферез, гипербариялық оксигенация, ЭТТ, краниальды гипотермия, парентеральды тамақтан, қышқылдық, тұздық және су балансын бақылау әдістері, қан ұйыту жүйесін реттеу, өкпені жасанды желдету және т.б.) аталмыш пациенттердің өмірі үшін күресте жоғары жетістіктерге жетуге мүмкіндік берді. 70 жылдардың аяғынан ірі психиатриялық ауруханаларда арнайы интенсивті терапия бөлімдерін құру қажеттілігі айқындала түсті. Осы бөлімшелер жағдайында критикалық жағдайлар кезінде өлім жағдайлары тек азайып қоймай, ЭТТ, плазмаферез, инсулиндікоматозды терапия, лазеротерапия және т.с.с. белсенді әдістер тиімдірек және қауіпсіз бола түскендігі көрсетілді.

### **Психомоторлы қозу және агрессивті жүріс-тұрыс**

*Қимылдық қозу* жедел психоздардың ең жиі кездесетін керіністерінің бірі, үреймен, абдыраумен, айқын, жедел күрделенетін галлюцинаторлы, сандырақтық немесе кататониялық симптоматикамен, сана қарауытуымен (делирий, онейроид, қарауытқан жағдай, жедел сезімдік сандырақ және т.б.) бірге жүреді. Науқастар ретсіз әрекеттер жасайды; елесіндегі соңына түсушілерден құтылу үшін терезеден секіруге талпынады, көлік жолына жүгіріп шығады, бөтен адамдарға қол жұмсаулары мүмкін. Қозу күйін неұұрлым жылдам басып, науқасты ауруханаға жеткізу керек. Тәжірибеден белгілі, пациенттердің басым бөлігі бұрыс жүріс-тұрысына қарамастан айқын қарсылық көрсете бермейді. Жиі сабырлы, бірақ табанды әңгімелесуден кейін науқасты дәрі қабылдауға және дәрігердің айтқанын жасауға көндіруге болады. Науқасқа өзіңіздің салмақтылығыңызды, сонымен қатар түсіністікпен қарайтындығыңызды



және көмек көрсеткіңіз келетіндігін білдіре білуіңіз маңызды. Тек кейбір жағдайларда ғана тәртіп сақтау органдарына көмекке жүгіну қажет болады.

### **Емі**

Қозу күйін басу үшін жиі әртүрлі нейрорептиктиктер қолданылады. Бұл кезде айқын седативті әсері бар заттар басым қолданылады (хлорпромазин, левомепромазин, зуклопентиксол, клозапин, оланзапин, дроперидол). Аталған заттар ішке қолданғанда айтарлықтай тиімді, тек науқас белсенді қарсы әрекет көрсеткенде немесе аса шұғыл жағдайларда бұлшықетішілік немесе көктамыршілік инъекциялар қолданылады. Нейрорептиктик енгізу алдында АҚ бастапқы деңгейін өлшеп алған дұрыс, өйткені аталған дәрілік заттар жиі гипотония шақырады. Бұған дейін нейрорептиктик қабылдамаған науқасқа бұл дәрілік затты тағайындағанда аз дозадан бастау керек (50-75 мг хлорпромазин, 50 мг клозапин, 5 мг дроперидол). Бұған дейін ұзақ мерзім нейрорептиктик қабылдаған науқастың қозу жағдайын басу үшін айтарлықтай үлкен доза қажет (100-200 мг хлорпромазин, 100 мг клопиксол-акуфаз, 10 мг дейін дроперидол). Коллапстардың алдын алу үшін бір уақытта тері астына 2 мл кордиамин енгізіледі. 1-2 мл дифенгидраминді (димедролды) қосымша енгізу нейрорептиктик седативті әсерін күшейтеді және жанама неврологиялық бұзылыстардың мүмкіндігін төмендетеді. Нейрорептиктиктерді тағайындауға қарсы көрсеткіштер болған жағдайда (күрт гипотония, жүрек жеткіліксіздігі, егде жас, ауыр соматикалық аурулар) транквилизаторлар қолданылады (диазепам 30 мг дейін, мидазолам 10 мг дейін).

*Транквилизаторларды көктамырға баяу және сақтықпен енгізу керек, өйткені тыныс тоқтауы орын алуы мүмкін!*

Науқастар фиксациясы сирек қолданылатын шара және енгізілген тыныштандырушы зат әсері дамығанға дейін қысқа уақытқа қолданылады. Фиксация әрқашан қауіпті әрекетгер мүмкіндігін жоққа шығармайды, өйткені науқас кез-келген уақытта байламнан босанып алуы мүмкін. Фиксациядан кейін науқас төсегі жанында үнемі бақылаушы отыруы керек, ол белбеулердің тамырларды және жүйке бағаналарын қысып қалмауын қадағалап, науқас қажеттіліктерін (тамақтандыру, жылы жауып қою және т.с.с.) қанағаттандыруға көмектесуі керек.

### **Қозу жағдайындағы науқасты фиксациялау ережелері:**

1. әр аяқ -қолды және иық аймағын жеке-жеке сенімді иммобилизациялау қажет;
2. тек жұмсақ материалдарды қолдану (маталы белбеулер, жаялықтар);
3. қантамырлар мен жүйке бағаналарының қысылып қалуын болдырмау;
4. фиксацияланған науқасты қараусыз қалдыруға болмайды!
5. Фиксация ұзақ мерзімге созылмауы керек (қауіпті жағдай сақталып тұрған уақыт кезеңінде).



Аз қозғалмалы, қоршаған ортадан ажыраған науқастармен сақ болу керек. Кейде осындай қозғалыссыздық кататониялық симптоматикамен байланысты болады, ішкі кернелу сезімімен қосарласуы мүмкін (науқастың күдіктенген көзқарасынан байқауға болады). Осындай науқастарда кенет импульсивті мағынасыз әрекеттер мен себепсіз агрессия бақыланады.

Кейбір созылмалы психоздардың өршулері *агрессивті жүріс-тұрыс* дамуына себеп болады. Интеллект немесе эмоцияның айқын дефекті фонында императивті галлюцинациялармен («дауыстар» кімді болмасын өлтіруді бұйырғанда), соңына түсу және қызғаныш сандырағымен, кататониямен, әуестік тежеусіздігімен (гиперсексуальдылық, агрессивтілікпен) науқастар қауіп төндіреді. Әсіресе нақты бір адамды соңына түсуіне кінәлап, олардан өш алуды ойластыратын («андылушы аңдушы») науқастар өте қауіпті. Мұндай науқастармен әңгімелесуді епті құра білген жағдайда ешқандай мәжбүрлеу шараларын қолданбастан, жиі госпитализацияға келісімін алуға болады. Науқаспен сөз таластыру дұрыс емес: қарсыласу кернелісті тек күшейте түседі. Науқасқа оның мәселелерін шешуде дәрігер кеңесшісі, көмекшісі екендігін көрсете білу керек.

### **Суицидальды жүріс-тұрыс**

Психиатриялық тәжірибеде өзіне қол жұмсаудың ең жиі себебі ауыр *депрессивті жағдайлар* болып саналады. Депрессиямен науқастардың барлығы дерлік өмірдің маңызсыздығына сенімді, оның аяқталуын күтеді, дегенмен суицидті іске асыруға белсенді әрекеттерді кейбіреулері ғана қолданады. Анамнезінде суицидальды әрекеттің орын алғандығы күдіктендіреді, өйткені көп жағдайда бұл әрекеттер қайтланады. Депрессиямен науқас жабырқаулы көңіл-күй бақыланып тұрған бүкіл кезең бойында бақылауда болуы керек, әсіресе таңғы сағаттарда науқасты қатаң бақылау керек, бұл уақытта депрессия аса ауыр болады. Қажет бақылауды үй жағдайында қамтамасыз ету мүмкін емес, сондықтан пациентті стационарға жатқызуды талап ету керек, бұл жағдайда заң мәжбүрлеп госпитализациялауға рұқсат береді. Тәжірибе көрсеткендей, профессиональды дайындықтары жоқ науқастың туыстары мен жақындары қауіптілік дәрежесін дұрыс бағалай алмайды және оларға пациент бақылауын сеніп тапсыруға болмайды.

Дәрігермен әңгімелесу кезінде науқастар әдетте өздеріне қол жұмсағысы келетіні жөніндегі ойларын жасырмайды. Науқастың күлкімен және эзілмен айтқан сөздерінің өзіне барынша салмақты қарау керек. Науқастың бұл сөздері көмек сұрағандығын білдіреді. Пациент жүрегінің түбінде маманның көмегімен дертінен айығып, өмірін сақтап қалатындығына үміттенеді. Науқастың суицидальды ойлары жөнінде хабардар болған сәттен бастап шұғыл шаралар қолдану керек (госпитализацияны талап ету, тәулік бойына бақылау ұйымдастыру), қажетті зейін қоймау өмір мәңсіздігі жөніндегі ойларды тереңдете түседі.-

Егер бұрын суицидке талпыныс білдірген науқас , кейін келе бұл тақырыпта әңгімелесуден қашқақтаған жағдайда үлкен сақтық керек.

Қазіргі кезде көптеген күшті және қауіпсіз антидепрессанттар бар, дегенмен олардың әсері баяу дамиды (емдеудің 2-3 апталарынан кейін), сондықтан суицид қауіптілігі жоғары науқастар алғашқы күндерде күшті тыныштандыратын заттар қабылдаулары керек (левомепромазин 25-75 мг, диазепам 15-30 мг, кветиапин 200-400 мг, тиоридазин 30-75 мг, сульпирид 400- 600 мг, карбамазепин 400-600 мг немесе литий карбонаты 900-1200 мг тәулігіне). Науқастың түнгі ұйқысының жеткілікті болуын қамтамасыз ету керек. Дәрілік ем жүргізу міндеттілігін біле отыра психотерапия мен психологиялық сүйемелдеу рөлінің маңыздылығын ұмытпаған жөн. Қазіргі кезде барлық ірі қалаларда кризистік ситуацияларда телефондық көмек қызметі («сенім телефоны») құрылуда.

**Шизофрения** кезінде суицидальды жүріс-тұрыс императивті галлюцинациялармен, ипохондриялық сандырақпен байланысты болуы мүмкін. Кейде тұлғаның жеңіл шизофрениялық дефекті фоннда апатиялы науқастарда «эксперимент» жүргізу тәрізді («не болатынын көру қызықтырды...» күтпеген суицидальды әрекеттер орын алуы мүмкін, осындай суицидтің мүмкіндігін алдын-ала болжау өте қиын.

Суицидальды жағдайлардың барлығы созылмалы психикалық аурулармен байланысты деп санау дұрыс емес. Суицид себептері ауыр өмірлік жағдайлар, жанұялық ұрыс-керістер, коммерциялық сәтсіздіктер, сүйіктісімен айрылысу, ауыр физикалық дерт, жалғыздық болуы мүмкін. Статистика бойынша ерлер әйелдермен салыстырғанда 3 ретке жиі өмірлерін өзіне қол жұмсаумен аяқтайды, бірақ әйелдер суицидальды әрекеттерді ерлермен салыстырғанда 4 ретке жиі жасайды. Осындай әрекеттерді жиі 15-40 жас аралығындағы адамдар жасайды, бірақ егде адамдарда ол талпыныстар жиі өліммен аяқталады.

### Әр жас кезеңі топтарындағы суицидтің аяқталу мүмкіндігі

Жас кезеңі	«Суицидальды әрекеттер аяқталған суицид» арақатынасы	
	Ерлер	Әйелдер
15-19	12:1	59:1
70-74	1,4:1	1,8:1

**Өз-өзіне қол жұмсаудың жоғары қауіптілігін көрсетеді** (Г.И. Каплан және Б.Дж. Сэддок бойынша, 1994):

1. 45 және одан жоғары жас;
2. алкоголизм;
3. қозғыштық, агрессивтілік, зорлық жасауға бейімділік;
4. өткен шағында суицидальды жүріс-тұрыстың орын алу жағдайы
5. ерлер жынысы;



6. көмек қабылдағысы келмеу;
7. нақты қазіргі уақыттағы депрессия немесе анамнезіндегі депрессивті
8. ұстама;
9. психиатриялық ауруханаға госпитализация және емделу;
10. соматикалық ауру, алда болатын операция;
11. жұмысын жоғалту немесе зейнетке шығу;
12. жалғыздық, партнерін жоғалту, ажырасу;
13. жақын туыстарындағы суицидтер.

Жасөспірімдер мен мінез-құлықтың истериялық сипатымен адамдарда демонстративті суицидальды әрекеттер жиі бақыланады, бұл кезде науқастар конфликтті жағдай фонында шын мәнінде өлуге ниет болмаса да өздеріне қол жұмсайтыны жөнінде айтады. Олардың сөздеріне көңіл бөлмеуге болмайды, өйткені науқастар ашу-ыза күйінде өздерінің әрекеттерінің мүмкін болатын салдарын түсінбеуі мүмкін. Айқын суицидальды әрекеттер әрқашан шұғыл госпитализацияға көрсеткіш болып табылады.

### **Тағам қабылдаудан бас тарту.**

XX ғасырдың ортасына дейін тағам қабылдаудан бас тарту психиатриялық ауруханалар пациенттері арасында кең таралған көрініс болды, оның басты себебі қатерлі шизофрениямен науқастардағы кататониялық синдром болды. Өйткені бұл күйді жоюдың тиімді тәсілдері болмады, күнделікті назогастральды зонд арқылы аса жауапты тамақтандыру процедурасын жүргізу керек болды.

Соңғы жылдарда кататониялық синдром кезінде нейрорептикер сәтті қолданылуда, олар алғашқы күндердің өзінде науқастың өздігімен тамақтану қабілетін қалыптастыруға мүмкіндік береді. Машақаты көп және қауіпті болып табылатын зондты тамақтандыру процедурасының орнына нәрлі ерітінділерді (глюкоза, витаминдер, аминосол, аминостерил, инфезол) көктамырға енгізу арқылы парентеральды тамақтандыру әдісін қолдануға болады.

Тағам қабылдаудан бас тартудың басқа да себептері жүйкелік анорексия, уландыру сандырағы, тиым салатын императивті галлюцинациялар, өзін-өзі кінәлау және суицидальды тенденциялармен ауыр депрессия болуы мүмкін. Мұндай жағдайда науқастар өздерінің тағам қабылдағысы келмейтінін ашық айтулары мүмкін (тістеніп, басын тартып, тағамды түкіреді) немесе өздерінің шын мәніндегі ойларын жасырулары мүмкін, яғни тағамды қабылдап, артынан құсу шақырады. Ұзақ уақыттық аштық жөнінде ауыздан шыққан ацетонның иісі, тері тургорының төмендеуі, гипотония, гипогликемия, үлкен дәреттің болмауы, үдемелі азып-тозу дәлел болып табылады.

*Тағам қабылдаудан бас тартуды уақытында анықтау үшін науқастардың салмақтарын апта сайын өлшеу ұсынылады.*

Аштық жағдайындағы науқастарға төсек тәртібі, күнделікті тазарту клизмалары тағайындалады. Тәбетті жоғарылату үшін инсулин (тері астына 10- 20 ЕД, 1-2 сағаттан кейін 40% глюкоза енгізіледі және жылы тәтті сұйықтық беріледі), нейролептиктер (жиі инъекция түрінде), гипертониялық 10% натрий хлориді ерітіндісі (20 мл көктамырға немесе тұзды клизмалар түрінде) тағайындалады, артынан тәтті сұйықтық беріледі. Нәрлі заттар мен витаминдердің жеткіліксіздігін 5% глюкоза ерітіндісін көктамырға және С, В1, В6 витаминдерін бұлшық етке енгізу арқылы толықтырады. Анаболикалық гармондар тағайындалады (ретаболил 1 мл 5% ерітіндісін 8-10 күнде бір бұлшықетке).

Нәрлі заттар жеткіліксіздігін толықтырып қана қоймай науқаспен түсіністікті қарым-қатынасқа және оның қолдауына қол жеткізу де маңызды. Науқасқа дәрігерлердің жүргізіп жатқан шұғыл шараларының қажеттілігін түсіндіру қажет. Ашығудың ағзаға келтірегін зиянды әсерлерін атап (гормональды баланс бұзылысы, менструация тоқтауы), айтарлықтай косметикалық ақаулар (тері тургорының жоғалуы, әжімдер, дене мен бетте түктер өсуінің жоғарылауы) жөнінде мәлімет беру керек.

Кататониялық синдром кезінде *тежеусіздендіру* процедурасы тиімді. Соңғы жылдарда тежеусіздендіру мақсатында диазепам (седуксен, реланиум) қолданылады, кейде тері астына кофеин енгізумен бірге қолданылады. Дене массасына сәйкес шприцке 40% глюкоза ерітіндісімен 0,5% 4-6 мл ерітіндіні жинайды және көктамырға баяу енгізеді, бұл уақытта үнемі науқаспен сөздік контактқа түсуге тырысады және тағам ұсынылып отырады.

### **Ауыр ағымдағы делирий**

Делирий жедел органикалық психоздардың ішінде ең жиі кездесетіні болып табылады. Оның себебі соматикалық аурулар, ми қанайналысының жедел бұзылысы, қызбамен бірге жүретін инфекциялық аурулар, жедел уланулар (мысалы, атропинмен немесе бронхиальды астмаға қарсы заттармен), травматикалы операциялардан кейінгі жағдайлар және алкогольизм мен наркомания кезіндегі абстинентті синдром бола алады. Делирийдің пайда болуы ағзаның барлық қорғаныстық күшінің күрт декомпенсациялық күйін білдіреді. Көптеген жағдайларда уақтылы көмек көрсеткенде толық айығуға қол жеткізуге болады, дегенмен жалпы алғанда делирийді аса қауіпті, өмірге қауіп төндіретін жағдай деп қарастырған дұрыс.

Делирийдің пайда болуын науқастағы түнгі уақытқа қарай күшейетін мазасыздық, ұйқысыздық, ұйқыға кету кезінде қорқынышты түстер көру білдіреді. Кешірек мол сахна тәрізді (басым көру) шынайы галлюцинациялар, абдыраушылық, психомоторлы қозу, орын мен уақыт бойынша бағдарлаудың бұзылысы пайда болады. Ауыр ағымды делирийдің белгілері айқын қажу, АҚ төмендеуі, науқастың төсек деңгейіндегі ретсіз қимылдары, мағынасыз күбірлеу, науқастармен



контакттың болмауы (мусситирлеуші делирий) немесе, күрт ретсіз қозу, артериялық гипертензия, қозғалыс координациясының бұзылысы, дене температурасының көтерілуі (гиперкинетикалық делирий) болып табылады. Кейде сананың терең күңгірттенуімен және әдеттенген профессионалды қимылдар жасаумен жүретін (науқас күрекпен, балғамен жұмыс жасап жатқан тәрізді, қол астындағы адамдарға нұсқау беріп жатқандай) профессионалды делирий дамиды.

Делирий кезіндегі қозу қоршаған ортадағы адамдарға және науқастың өзі үшін қауіпті әрекеттердің себебі болуы мүмкін. Қозу жағдайын басу үшін транквилизаторлар инъекциясы (4-6 мл 0,5% диазепам ерітіндісі, көктамырға баяу енгізген дұрыс) немесе нейролептиктер (0,5% 2-3 мл галоперидол ерітіндісі немесе 0,25% 1-2 мл дроперидол ерітіндісі) қолданылады. кейде қосымша бұлшық етке димедрол енгізіледі (2-10 мл 1% ерітіндісі). Гексенал (10% 10 мл дейін ерітіндісін) немесе 20% натрий оксибутираты ерітіндісін (30- 40 мл дейін көктамырға тамшылатып). Тыныштандыратын заттарды енгізуде сақтықты сақтау керек, өйткені олардың басым көпшілігі тыныс бұзылысын шақырады.

*Қауіпті қозу күйі болмаған жағдайда психофармакотерапиядан мүлдем бас тартқан жөн!*

Делирийді тоқтатуда делирий дамуына алып келген негізгі себепке әсер ету (инфекциялық үрдісті, қантамырлық жеткіліксіздікті, алкогольді абстинентті синдромды емдеу), арнайы емес дезинтоксикациялық терапия жүргізу және ауыр метаболикалық бұзылыстарды коррекциялау маңызды болып табылады. Делирий негізінде әрқашан энцефалопатия жатқандықтан ноотроптар (тәулігіне 30 мл дейін 20% пирацетам ерітіндісі) және витаминдер тағайындау көрсетілген. Ішілген және ерітінді түрінде енгізілген сұйықтық мөлшерін, және де зәр көлемін өлшеу қажет. Сұйықтық ағзада тұрып қалғанда зәр айдағыш заттар енгізіледі (2-4 мл 1% фуросемид-лазикс ерітіндісін көктамырға жылдам ағыммен).

Делирийдің ауыр формалары реанимация бөлімшесіне ауыстыруды және су-электролиттік баланс және ҚСО (қышқыл сілтілі орта) бұзылыстарымен, жүрек-қантамыр және тыныс жеткіліксіздігімен, ми ісінуімен, қосылған өкпе инфекциясымен, бауыр функциясы бұзылыстарымен күресу бойынша іс- шаралар кешенін өткізуді қажет етеді.

Делирийдің типті ұзақтығы бірнеше күнді құрайды. Осы уақыт аралығында сана күңгірттенуі және продуктивті симптоматика (галлюцинация, сандырақ, бұрыс жүріс-тұрыс) сақталады. Емдеудің алғашқы күндерінде-ақ продуктивті симптоматиканы толық жоюға табанды талпыныс жасау жөн емес, седативті заттарды көп мөлшерде беру тек дәрілік ұйқы шақырады (наркоз), ол өз кезегінде психоз жағдайын ұзартып, табиғи қалпына келу үрдістерін қиындатады. Қажалулар мен гипостатикалық пневмонияны болдырмас үшін күндізгі уақытта науқас төсекке бұрылып, отырып, өздігімен су ішіп, мүмкін болса, орнынан



көтеріліп дәретханаға баруы қажет. Қозу түнгі мерзімде күшейетіндіктен седативті заттардың кешкі дозалары жоғары болуы керек.

### **Эпилепсиялық статус**

Эпилепсиялық статус дегеніміз қайталанатын үлкен тырысулық ұстамалар сериясы, олардың арасында айқын сана қалпына келмейді және кома белгілері сақталады.

Кейде жеке ұстамалар арасындағы үзіліс 2-5 мин. құрауы мүмкін; бұл кезеңде қалыпты тыныс орнына келеді. Бірақ үнемі қайталанатын ұстамалар ликвородинамика бұзылысын, екіншілік гипертермия, тыныс және жүрек қызметі бұзылысымен үдемелі ми ісінуін туындатады.

Ем тиімді болмаған жағдайда бірнеше сағаттан кейін өлімге әкелуі мүмкін.

Эпилепсиялық статус себебі бас ішілік ісіктер және басқа қатерлі ісіктердің миға метастазы, ауыр бас-ми жаракаттары, эклампсия болуы мүмкін. Эпилепсияның эпилепсиялық статус типі бойынша ұстамалармен жүретін формасы сирек кездеседі - эпилепсиямен науқастарда бұл жағдайдың жиі себебі тырсуга қарсы заттарды қабылдауды кенет тоқтату болып табылады (барбитурлық токсикомания кезінде абстинентті синдром фонында осындай күй бақыланады). Бұл жағдайды шығу тегі басқа коматозды жағдайлармен дифференциациялау қажет (инсульт, асфиксия, жүрек тоқтауы, гипогликемия және т.б.).

*Эпилепсиялық статус кезінде жүрек қызметі тоқтамайды, тыныс тырысулық ұстамалар арасында бұзылмайды. Асистолия мен асфиксия кезінде уақытымен көмек көрсету мүмкіндігін жіберіп алмас үшін осыған көз жеткізу керек.*

Егер эпилепсиялық статус диагнозына күмән болмаса емді диазепам препаратын (седуксен, реланиум) көктамырға 40% глюкоза ерітіндісімен бірге баяу енгізуден бастайды (жылдам енгізу тыныс тоқтауына алып келуі мүмкін!). дозасы бір реттік енгізуде 15-30 мг құрайды (қайталап енгізгенде тәулігіне 60 мг дейін). Қолдануға болатын басқа да заттар - олар 40-100 мл 0,8% клометиазол (геминеврин) ерітіндісі, немесе 5-10 мл 10% гексенал ерітіндісі көктамырға немесе бұлшық етке, немесе 50-75 мг хлорпромазин бұлшық етке немесе глюкоза ерітіндісімен көктамырға баяу енгізу. Көктамырға енгізу қиындықтары туындағанда тырысуға қарсы заттарды енгізуді қолдануға болады (0,4-0,6 г барбитурат немесе жаңадан дайындалған 20-30 мл 6% крахмалды клейстермен хлоралгидрат ерітіндісін). Дәрілік заттарды (вальпроаттар, барбитураттар, бензодиазепиндік транквилизаторларды) назогастральды зонд арқылы енгізуді қолдануға да болады.

Егер бірден тиімді эффектке қол жеткізілмесе реанимациялық қызмет шақырылады. Өмірге қабілеттілікті сүйемелдеу мақсатында шокқа қарсы және дегидратациялық терапия жүргізіледі: магний сульфаты (10-15 мл 25% ерітіндісін бұлшықетке немесе көктамырға), лазикс (20-40 мг



көктамырға ағыммен), маннитол (200 мл 15-20% жаңадан дайындалған ерітіндісін), кортикостероидтар (1-2 мл 3% преднизалон ерітіндісін немесе 2-3 мл 0,4% дексаметазон ерітіндісін көктамырға ағыммен), гепарин (5000 ЕД-дан тәулігіне 4 рет). Жүрек қызметін сүйемелдеу үшін кофеин, кордиамин, строфантин, коргликон, эуфиллин енгіземіз, гипотония жағдайында - мезатон енгізіледі. Тырысу жағдайын шақыратын заттарды енгізуге болмайды (сульфокамфокаин, камфора, кетамин, бемегрид, никетамид, прозерин). Реанимациялық бөлімше жағдайында миорелаксанттарды қолдану арқылы ингаляциялық наркоз жүргізіледі: бірқатар зерттеулерде басқарылатын ми гипотермиясы мен гемосорбция кезінде жақсы нәтиже алынды. Ісіктер болған жағдайда декомпрессияға бағытталған шұғыл операция жүргізілуі мүмкін.

### **Фебрильді шизофрения**

Тәжірибеге нейрорептиктер енгізілгенге дейін фебрильді шизофрения кезінде жоғары летальдылық бақыланды (кейбір бақылаулар бойынша 100% дейін), бұл оны «өлімге алып келетін кататония» деп атауға себеп болды (Штаудер К., 1934).

Қазіргі уақытта уақтылы және адекватты ем науқастардың өмірін көпшілік жағдайда сақтап қалуға мүмкіндік береді.

*Дене температурасын үнемі өлшеп тұру барлық жедел психоздар кезінде міндетті болып табылады!*

Фебрильді ұстама көп жағдайда шизофренияның тон тәрізді немесе кезеңдік ағымымен жас адамдарда (30 жасқа дейін) дамиды. Жиі осы психоз аурудың бірінші ұстамасы болып табылады. Жедел психоз көріністері фонында (жедел сезімдік сандырақ, онейроидты кататония) гипертермия ерте дамиды. Жағдай жылдам үдейді. Психоз шыңында температура 40°C асады, сусыздану бақыланады (бет әлпетінің өткірленуі, шырышты қабаттардың құрғақтығы, профузды тер). Пульстің күрт жиілеуі субфебрилитет кезінде де бақыланады. Қан құйылулар мен кетулер жеңіл пайда болады. Қанда лейкоцитоз, мочеви́на мен креатинин, ЭТЖ жоғарылауы бақыланады; зәрде белок және эритроциттер анықталады. АҚ төмендеуі фонында сананың терең күңгірттенуі бақыланады (амения дәрежесіне дейін жететін). Өлім жедел қантамырлық жеткіліксіздік нәтижесінде болады.

20 ғасырдағы фебрильді шизофрения еміндегі сәттіліктер нейрорептиктер пайда болуымен байланысты болды (аминазиннің). Бірақ соңғы жылдары аталған психозды қатерлі нейрорепсиялық синдромнан ажырату қиындығына байланысты нейрорептиктерді сақтықпен тағайындайды (бутирофенондар тағайындалмайды).

Фебрильді шизофрения кезінде ЭСТ жақсы әсер көрсетеді, бірақ бұл әдісті ұстаманың ең бастапқы кезеңінде жүргізуге болады (сананың терең бұзылысы - аменция дамығанға дейін алғашқы 3 күн ішінде). Осыдан кейін

гомеостазды қалыптастыратын арнайы емес емдік тәсілдерге басты рөл беріледі. Үнемі ерітінділер инфузиясын жүргізеді (полиглюкин, реополиглюкин, глюкоза инсулинмен, полиионды қосылыстар). Гипотония жағдайында мезатон, норадреналин, кортикостероидтар қолданады. Шашыранды қантамыршілік қан ұю синдромы дамуын болдырмас үшін гепарин және дипиридамол (курантил) енгізіледі. Дене температурасын төмендету үшін анальгин, амидопирин, дроперидол енгізіледі, мұзды көпіршіктермен салқындату жүргізеді. Сонымен қатар ноотроптар (пирацетам) тағайындайды. Психомоторлы қозу жағдайында диазепамның (седуксен) немесе лоразепам тағайындалады. Жүрек қызметі мен тыныс алуды үнемі бақылап отыру керек. Бірқатар зерттеулерде гипербариялық оксигенация, экстракорпоральды гемосорбция және плазмафарез жүргізу оң әсер көрсеткен.

Психоз өткеннен кейін әдетте сапалы, тұлғаның айқын өзгерістерінсіз ремиссия дамиды. Кейбір науқастарда аурудың 2-ші және 3-ші ұстамасы да гипертермиямен өтуі мүмкін.

#### **Психиатриядағы шұғыл жағдайлардың дифференциальды диагностикасы**

<b>Симптомдар</b>	<b>Серотониндік синдром</b>	<b>Қатерлі нейролепсиялық синдром</b>	<b>Қатерлі гипертермия</b>	<b>Фебрильді шизофрения</b>	<b>Холинергикалық делирий</b>	<b>Агранулоцитоз</b>
<b>Гипертермия</b>	37,5 тен 42,5°C аралығында тербе-ліс	Әдетте	>41°C	>41°C	Кейде	Әдеттегі дей
<b>Миоклоonus</b>	Кейде	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ
<b>Бұлшық ет ригидтілігі</b>	Сирек	Үнемі	Кейде	Кейде	Жоқ	Жоқ



<b>Тері жабындылары</b>	<b>Ылғалды</b>	<b>Профузды тер</b>	<b>Құрғақ</b>	<b>Профузды тер</b>	<b>Құрғақ</b>	<b>Ірінді бөртпе</b>
<b>Сана шатасы,галлюцинациялар</b>	Кейде	Кейде	Сирек	Сирек	Делирозды симптом а-тика	Кейде
<b>Қабынұлық үрдірістер</b>	Жоқ	Сирек	Жоқ	Сирек	Жоқ	Баспа,стоматит,пневмония
<b>Гипомания</b>	Жиі	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ
<b>Кататониялық ступор немесе козу</b>	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Әдеттегі дей	Жоқ	Жоқ
<b>Мутизм</b>	Жоқ	Кейде	Жоқ	Жиі	Жоқ	Жоқ
<b>Фантастикалық сандырақ, онеройд</b>	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жиі	Жоқ	Жоқ
<b>Гиперрефлексия</b>	Кейде	Сирек	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ

<b>Кеңейген, сылбыр қарашықтар</b>	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Әдеттегідей	Жоқ
<b>Цианоз</b>	Жоқ	Жоқ	Жиі	Жоқ	Жоқ	Жоқ
<b>Денетреморы, дірілі</b>	Әдеттегідей	Кейде	Жоқ	Кейде	Жоқ	Жоқ
<b>Миалгиялар</b>	Жоқ	Әдеттегідей	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ
<b>Үлкен дәрет</b>	-	Нәжисін ұстай алмау	-	-	Іш қату	Кейде диарея
<b>Зәр шығару</b>	-	Зәрін ұстай алмау	-	-	Зәрін ұстай алмау	-
<b>АҚ және жүрек соғысы</b>	Кейде гипертензия және тахикардия	АҚ тербелісі, тахикардия	Кейде тахикардия	Гипертензия және тахикардия	Тахикардия	Кейде гипотония және тахикардия
<b>Ес бұзылысы</b>	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жиі	Жоқ
<b>Лабораториялық мәліметтер</b>	Спецификалық бұзылыстар жоқ	Креатинин, фосфор, азот және трансаминазалардың жоғарлауы, лейкоцитоз, лимфопения,	Қантамыр ішілік коагуляция; респираторлы және метаболитикалық ацидоз, гиперкалиемия, гипермаг	Спецификалық бұзылыстар жоқ	Спецификалық бұзылыстар жоқ	Лейкопения, агранулоцитоз, ЭТЖ жоғарлауы



		ЭТЖ жылдам дауы, миоглоб инемия, миоглоб инурия	ниемия			
--	--	---	--------	--	--	--

### **Психофармакотерапияның жедел асқынулары**

Психотропты препараттарды қолданудың ұзақ жылдық тәжірибесі мөлшерлеу ережелерін сақтау және препараттарды дұрыс үйлестіру көп жағдайда салмақты асқынулар жағдайын болдырмауға мүмкіндік береді. Психотропты препараттарды қолданудың алғашқы жылдарынан ақ сирек жағдайда болса да, айтарлықтай қауіп төндіретін асқынулары бақыланды. Олардың себебі дәрі қабылдау тәртібін сақтамау, олардың жол берілмейтін қосылыстарын қолдану, дәрілік затты қабылдауды күрт тоқтату, мидың қосымша органикалық зақымдануы және, алдын-ала анықталуы қиын токсико-аллергиялық реакциялар болуы мүмкін.

**Қатерлі нейролептикалық синдром (ҚНС)** барлық бұлшықеттер тонусының күрт көтерілуімен, дене температурасының жоғарылауымен, гипертензия немес АҚ төмендеуімен, тахикардиямен, профузды термен, сана бұзылысымен көрініс береді. Лабораторлық тексеруде креатинин және креатинфосфокиназа концентрациясының жоғарылауы, трансминазалар белсенділігінің өсуі, лейкоцитоз, лимфопения, ЭТЖ жылдамдауы бақыланады. Миоглобинемия, миоглобинурия бүйрек жеткіліксіздігінің пайда болу қаупін тудырады.

ҚНС жиі күшті нейролептиктер шақырады (галоперидол, тиопроперазин). Аталған асқынудың даму қаупі анамнезінде ОЖЖ органикалық зақымдануы болған адамдарда жоғары болып келеді. Дәрілік заттарды нашар көтеру және препаратты қабылдаудың алғашқы күндерінде- ақ паркинсонизм көріністерінің айқын болуы ҚНС пайда болу мүмкіндігі жоғары екендігін білдіреді. ҚНС пайда болуына алғаш күдік туындағанда-ақ нейролептиктер қабылдау тоқтатылады. Барлық күш су-электролиттік балансты коррекциялауға бағытталады, тұзды ерітінділер, 5% глюкоза, плазма және плазмаалмастырушы ерітінділер, реополиглюкин, полиглюкин, гемодез енгізіледі. Дофаминергиялық жүйе белсенділігін қалыптастыру үшін бромокриптин тағайындалады (парлодел). Бұлшықет зақымдануының алдын алу үшін бұлшықеттік релаксанта дантролен енгізіледі. Терең сана сөнуі болмаған (амения, сопор, кома) жағдайда ЭТТ жүргізіледі. Плазмаферез тиімділігі де жоғары. Шоктың алдын алу үшін кортикостероидтар тағайындалады.

*Қатерлі гипертермия* кейде ҚНС варианты ретінде қарастырылады. Бірақ ол айқын неврологиялық бұзылыстармен жүрмейді (бұлшықет ригидтілігі және тремор болмайды). Гипертермия ұстамалары жиі

клозапинмен ем жүргізу фонында пайда болады, бұл жағдайда ол арнайы ем жүргізбей-ақ өтіп кетеді. Күрт гипертермия кезінде метаболикалық ацидоз, гиперкали-магниемия, шашыранды қантамыршілік қан ұю қаупі туындайды.

*Сератониндік синдром* соңғы жылдарда серотониндік алмасуға қатысатын антидепрессанттардың (флуоксетин, пароксетин, циталопрам және т.б.) тәжірибеге енгізілуіне байланысты пайда болды. Бұл заттарды MAO ингибиторларымен (ниаламид, миклобемид, бефол), литий немесе трамадолмен бірге қолданғанда, және де дозасын күрт жоғарылатқанда үлкен дәрет жиілеуі, ішекте газ жиналуы, мазасыздық, бұлшық ет дірілдері, профузды тер, тремор, қозғалыс координациясының бұзылысы пайда болады. Уақтылы көмек көрсетілмеген кезде жағдай ауырлай түседі, ретсіз қозу пайда болады, сана бұзылысы орын алады, өлімге алып келетін жүрек-қантамырлық бұзылыстары туындайды. Емі барлық антидепрессанттар мен нейрорептиктиктерді қабылдауды тоқтатудан, транквилизаторлар (диазепам), р-блокаторлар және цитрогептадин (перитол) енгізуден тұрады. Дене температурасы жоғарылағанда мұзбен салқындату жүргізіледі.

**Холиолитикалық делирий** атропин тәрізді әсер көрсететін заттардың үлкен мөлшерін тағайындағанда дамуы мүмкін. Көптеген нейрорептиктиктердің (хлорпромазин, левомепромазин, клозапин), үш циклды антидепрессанттардың (ҮЦА) (амитриптиллин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин), паркинсонизмге қарсы заттардың (тригексифенидил - циклодол, бипериден - акинетон, димедрол) осындай әсерлері бар. Делирий пайда болуына өткен шақтағы бас жарақаттары, алкогольді шектен тыс қолдану және наркотикалық тәуелділік ықпал етеді. Делирий дамығандығын сана шатасуы, қозу, үрей, көру және есту галлюцинацияларының пайда болуы білдіреді. Барлық науқастарда қарашық кеңеюі бақыланады. Психоз салыстырмалы түрде жайлы болып табылады. Барлық холиолитикалық заттарды қабылдауды тоқтатып физостигмин және бензодиазепиндік транквилизаторларды тағайындағанда толық айығу бақыланады. Аталған психоз емінде нейрорептиктиктер қолдануға *болмайды!*

### **Психофармакологиялық заттармен улану**

Психотропты заттармен кездейсоқ улану сирек кездеседі (жиі кіші жастағы балаларда); Психиатрияда қолданылатын препараттардың көпшілігінің терапиялық диапазоны айтарлықтай ауқымды болғандықтан, өмірге салмақты қауіп аса жоғары дозаларды қабылдағанда пайда болады (30-50 стандартты таблеткалар). Әдетте бұл әдейі өмірін қиюға талпыныспен байланысты. Кейде осындай дозаны токсикоманиямен науқастар қабылдайды. Дәрігер психотропты заттардың көп көлемде таблеткаларын бір уақытта тағайындау жағдайына салмақты қарауы тиіс.



Бірнеше седативті затты бірлестіру олардың өзара бір-бірінің әсерлерін күшейтуіне алып келуі мүмкін.

Уланулардың емін көпшілік жағдайларда асқазан шаюдан бастайды (қабылдау сәтінен бірнеше сағат өтіп кетсе де). Ауыр улану жағдайында интенсивті терапия бөлімшелерінде плазмаферез (қан плазмасының бір бөлігін алып тастап, оның орнын қан алмастырушы ерітінділермен толтыру) тәрізді күшті дезинтоксикация тәсілі қолданылуы мүмкін. Коматозды жағдай дамығанда жүрек қызметі мен тынысты сүйемелдеуге үлкен көңіл бөлінеді (карбоген ингаляциясы, басқарылатын тыныс).

Фенотиозин тобының (хлорпромазин, дипразин) *нейролептиктернен улану* күрт гипотониямен коматозды жағдаймен, қарашықтардың кеңеюі, тыныс баяулауымен, гипотермиямен, тахикардиямен, олигуриямен немесе ануриямен көрініс береді. Асқазанды шаю және тазарту клизмалары қолданылады. АҚ жоғарылататын заттар (мезатон, норадреналин, кордиамин, кофеин, кортикостероидтар) енгізіледі. Ішек парезімен күресуде прозерин (1 мл 0,05% ерітіндісін тері астына). Жүрек жеткіліксіздігі кезінде жүректік гликозидтер (строфантин, коргликон) және антиаритмиялық заттар (3-5 мл 10% новакаинамид ерітіндісін көктамырға баяу) қолданылады. Жүргізілген шаралар тиімділігі болмаған жағдайда экстрокорпальды детоксикация (гемодиализ, плазмаферез) бөлімшесіне шұғыл ауыстыру немесе қаналмастырушы заттарды бір уақытта енгізу арқылы қан жіберу көрсетілген. Бутирофенондармен (галоперидол, трифлуперидол) улану ешқашан өлімге алып келмейді. Улану клиникасы жоғарыдағы суреттелген жағдайға ұқсас. Жиі бұлшықет ригидтілігі (паркинсонизм, жедел дистония) бақыланады, сондықтан антипаркинсондық заттар (бипериден) және миорелаксанттар (диазепам, дантролен) тағайындалады.

*ҰЦА (амитриптилин, имипрамин) улану* көрінісі фенотиазиндермен улану көрінісіне ұқсас болып келеді. Кома жағдайында жүрек тарапынан бұзылыстар басым болады (тахикардия, жүрекшелер жыбырлауы кезендері, атриовентрикулярлы немесе қарыншаішілік блокада). Кейде галлюцинациялармен (делирий түрінде) психотикалық эпизодтар пайда болады. Ішек және несеп қуығының атониясы бақыланады. Терапиялық шаралар жоғарыда аталып кеткендей. Жүрек бұзылыстарын коррекциялау ерекше зейін қоюды қажет етеді, үнемі ЭКГ-бақылау жүргізіп отыру керек. Жүрек жеткіліксіздігі кезінде жүректік гликозидтер (строфантин, коргликон) және антиаритмиялық заттар (3-5 мл 10% новакаинамид ерітіндісін көктамырға баяу) қолданылады.

*МАО ингибиторлары* (ниаламид, фенелзин) қабылдау кезінде интоксикацияның қауіпті жағдайлары сирек дамиды. Жиі уланудың себебі МАО қайтымсыз ингибиторларын антидепрессанттармен (ҰЦА және СКҚСИ), нейролептиктермен, психостимуляторлармен, адреналинмен, резерпинмен және т.б. қате бірлестіре тағайындау болып табылады. Бұл жағдайда АҚ күрт жоғарылайды, немесе коллапс деңгейіне дейін төмендеп



кетеді. Сирек психоздар дамиды (делирий типі бойынша). Өкпе ісінуі және анурия дамуы мүмкін. Коллапс кезінде симпатомиметикалық заттарды (адреналин, норадреналин, мезатон, эфедрин, допамин, цититон, лобелин және т.б.) *енгізуге мүлдем болмайды*. Гипотензия кортикостероидтарды (преднизалон гидрокортизон) енгізу арқылы қайтарылады. Гипертониялық криздер кезінде эуфиллин, но-шпа, адренолитиктер (1 мл 0,5% фентоламин ерітіндісі немесе 1-2 мл 1% тропafen ерітіндісі) тағайындалады.

Барбитураттармен және бензодиазепиндік транквилизаторлармен уланудың клиникалық көріністері көп жағынан ұқсас. Жеңіл жағдайларда ұйқышылдық, атаксия, дизартриялы сөз, тахикардия, қарашықтар тарылуы гипотермия, беткей тыныс бақыланады. Ауыр жағдайларда қарашықтардың жарыққа реакциясының жоғалуымен, тыныс бұзылысымен (өкпе ісінуі механикалық асфиксия, екіншілік пневмония) және жүрек қызметі бұзылысымен кома дамиды. Бензодиазепиндік транквилизаторлармен улану кезінде ауыр, өмірге қауіпті жағдайлар сирек дамиды. Барбитураттар мен мепроброматтың, керісінше, терапиялық диапазоны аз, улану жағдайында өлімге әкелу мүмкіндігі жоғары. Асқазан шаю жүргізгеннен кейін ынталандырушы заттар (кофеин, коразол, кордиамин, эфедрин, стрихнин, камфора немесе сульфокамфокаин) тағайындалады. Барбитураттармен улану кезінде арнайы зат бемеград болып табылады (0,5% ерітіндісін 10 мл-дан қайталап көкгамырға баяу енгізу), бірақ оны коматозды күй дамыған жағдайда енгізуге болмайды. Науқасты жылытуға тырысады (қыздырғыштар (грелки), аяқ-қолға қыша қағаздар қою). Тыныс алуды қалыптастыруға ерекше көңіл бөлінеді. Оттегі (карбоген), пневмонияның алдын алу үшін - антибиотиктер және антигистаминдік заттар тағайындалады. Ауыр жағдайларда интубация және басқарылатын тыныс жүргізіледі.

***Опиаттардың токсикалық дозаларын қабылдау*** ең бірінші кезекте тыныстың терең тежелуімен (минутына 2-3 беткей тыныс алу) көрініс береді. Қарашықтар тарылуы (клиникалық өлім жағдайында - кеңеюі), сирек жүрек соғысы бақыланады. Тынысты қалыптастыруға шұғыл шаралар жүргізілуі тиіс (тыныс жолдарын тазарту, жасанды тыныс, интубация). Опиаттардың арнайы антагонисттері (налоксон және налорфин) қайталап енгізіледі. Налоксон қолдану тиімділігінің болмауы коматозды күй себебінің бөтендігін көрсетеді. Налоксон әсері қысқа, сондықтан қайталамалы инъекцияларын (0,4 мг-нан көкгамырға немесе тіл негізіне) алғашқы жарты сағатта тыныс толық қалыптасқанша 4-5 рет жүргізген дұрыс, осыдан кейін оларды әр 2-3 сағат сайын кома дамымас үшін қайталап отырады.

***Кокаинмен және психостимуляторлармен*** (фенамин, первитин, эфедрон) интоксикация козу, агрессия, сандырақ және галлюцинациялармен көрініс береді. Қарашықтар кеңейген, бірақ жарыққа жауап береді. Артериалдық гипертензия, тахикардия, аритмия, сіңірлік рефлекстердің жоғарылауы бақыланады. Транквилизаторлар (10-20 мг



диазепам), нейролептиктер (5-10 мг галоперидол), Р-блокаторлар (40 мг анаприлин ішке және көктамырлық инъекция кезінде 8 мг дейін) қолданылады.

## **6. Бақылау**

### **Бақылау сұрақтары:**

1. Психомоторлық қозу. Дәрігер мен медицина қызметкерлерінің тактикасы. Қозған пациентті ұстап қалу, тасымалдаудың ерекшеліктері. Науқастың келісімсіз ауруханаға жатқызу тәртібі. Түрлі аурулар мен синдромдарда қозуды тоқтатудың фармакологиялық әдістері.
2. Агрессия, зорлық-зомбылық. Жасалудың шарттары, жасырын агрессияның диагностикасы. Дәрігердің тактикасы және мінез-құлықты дәрі-дәрмекпен түзету.
3. Өзін-өзі өлтіруге ұмтылу. Уақытында диагностикалау. Психологиялық қолдау және қадағалауды ұйымдастыру. Фармакологиялық көмек.
4. Тамақтанудан бас тарту. Себептер. Уақытылы диагноз қою. Науқасты басқару тактикасы, қадағалауды ұйымдастыру. Емдеуге арналған фармакологиялық препараттарды қолдану, дене массасының тапшылығын анықтау.
5. Ауыр ағымды делирия: гиперкинетикалық, мусситирленген, кәсіби. Гемостаздық бұзылыстарды түзету. Мүмкін болатын асқынулар және олардың алдын алу. Эпилептикалық статус. Өмірге қауіптілік дәрежесін анықтап көмек көрсетуді ұйымдастыру.
7. Фебилдік шизофрения. Уақытында диагностикалау. Анықтамалық тактика. Болжамы.
8. Психотроптық заттармен улану. Маңызды симптомдарды анықтау. Өмірге қауіп дәрежесі. Детоксикация әдісі және әртүрлі интоксикация үшін антидоттарды қолдану.
9. Қатерлі нейролептикалық синдром. Тактика және емдеу.

## **ТЕСТ СҰРАҚТАРЫ**

**1. Эпилептикалық статусы тоқтату (тыю) мақсатында қолданылады;**

- А) Хлорахидратпен клизма қою
- Б) Көк тамырға седуксен егу
- В) Нархозға арналған заттар
- Г) Деидратациялық терапия
- Д) Барлығы

**2. Эпистатустың жиі кезесетін себебі;**

- А) Шизофрения
- Б) Бас мидың көлемдік процесі
- В) Гипертониялық криз
- Г) Ваго – инсулярлық криз
- Д) Кіші хорей

**3. Психомоторлы қозу көбінесе мынаның бір көрінісі боып саналады;**

- А) Эпилептикалық ұстама
- Б) Аса өткір психоз
- В) Олигофрения
- Г) Психопатия
- Д) Невротикалық бұзылыстар

**4. Психомоторлық қозуда таңдалған препараттар болып саналады;**

- А) Антидеприсанттар
- Б) Нормотимиктер
- В) Антиконвульсанттар
- Г) Нейролептиктер
- Д) Ноотроптар

**5. Суицидалды беталыстар мынаның міндетті компонентіне жатады;**

- А) Маниакалды жағдай
- Б) Депрессивті күй
- В) Долдану (истерия)
- Г) Невроздар
- Д) Психопатиялар

**6. Тамақтан бас тартудың себебі;**

- А) Катоникалық ступор (Сілейіп қалу)
- Б) Жүктілік анорексия синдромы



- В) Тиім салатын императивті елестер (галюцинациялар)
- Г) Өзін - өзі қинау, сандырағымен бірге болатын ауыр депрессия
- Д) Барлығы

**7. Фебралды шизофренияда таңдаған препарат болып саналады**

- А) Глюкоза
- Б) Дәрумендер
- В) Димедрол мен аналгин
- Г) Аменазин
- Д) Аменокапрондық қышқылдық

**8. Қатерлі нейрорептикалық синдромдағы алғашқы көмек;**

- А) Психосимуляторлар
- Б) Тырысуға қарсы дәрілік заттар
- В) Антидеприсанттар
- Г) Нейрорептиктерді алып тастап транквилизаторлар беру
- Д) Психотерапия

**9. MAO ТЦА қосылған ингибиторлармен уланған қолапта қолдануға қатаң тиім салынған;**

- А) Адреналин
- Б) Преднизолом
- В) Кофейн
- Г) Карбуген
- Д) Ешқайсысы

**10. Опиаттар мен уланғанда таңдалған заттар болып саналады;**

- А) Дропердол, пипольфен
- Б) Налоксон мен налорфин
- В) Корзаол мен кардиамин
- Г) Финлепсин, ламотриджин
- Д) Анаприлин, фентанил

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



## Қорытынды

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.

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 мильқ инфекциялар кезіндегі психикалық бұзылыстар, олигофрениялар, табиғи апаттар кезіндегі психикалық бұзылыстар, күйік ауруында, АИТВ кезіндегі психикалық бұзылыстар, нервті анорексия және нервті булимия туралы кеңінен жазылған.

## Мазмұны

<b>Кіріспе.....</b>	<b>3</b>
<b>№1 Тақырып. Шизофрения және сандырақ бұзылыстар.....</b>	<b>4</b>
<b>№2 Тақырып. Аффективтік бұзылыстар.....</b>	<b>33</b>
<b>№3 Тақырып. Балалардағы спецификалық психикалық бұзылыстар.....</b>	<b>44</b>
<b>№4 Тақырып. Невротикалық бұзылыстардың этиологиялық факторлары мен механизмдері. Невроздар, негізгі түрлері.....</b>	<b>55</b>
<b>№5 Тақырып. Стреске реакция және бейімделу бұзылыстары. Төтенше жағдайларда психикалық бұзылыстар.....</b>	<b>70</b>
<b>№6 Тақырып. Физиологиялық бұзылулармен (анорексия, булимия, ұйқының бұзылуы, жыныстық бұзылыстар) байланысты мінез-құлық бұзылыстары.....</b>	<b>79</b>
<b>№7 Тақырып. Тұлға бұзылыстары.....</b>	<b>91</b>
<b>№8 Тақырып. Психиатриядағы ургентті жағдайлар.....</b>	<b>105</b>
<b>Қорытынды.....</b>	<b>127</b>
<b>Мазмұны.....</b>	<b>128</b>