

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	044-67/11
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		
Әдістемелік нұсқаулық		

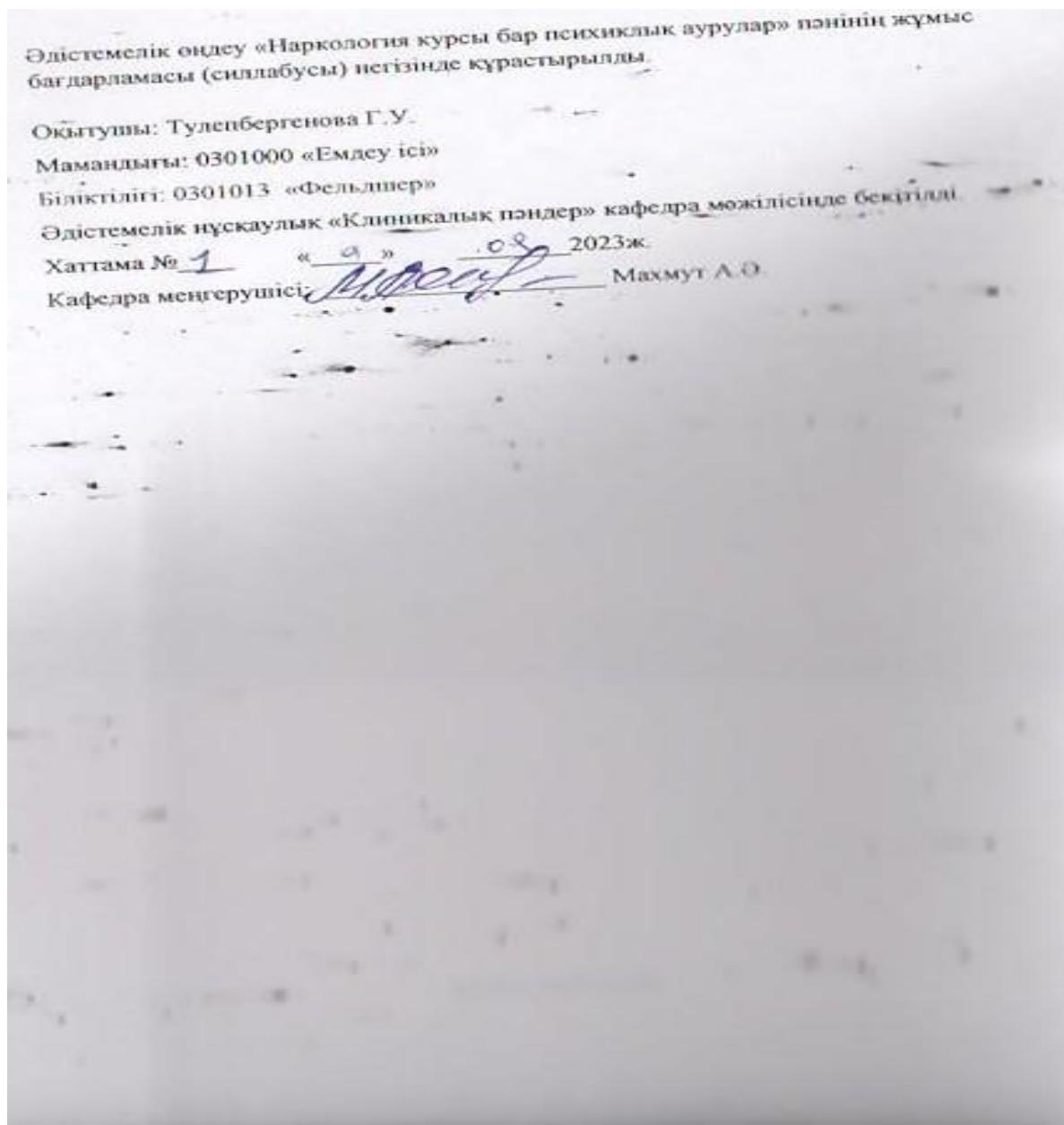
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»
АҚ жанындағы медицина колледжі

ӘДІСТЕМЕЛІК НҮСҚАУЛЫҚ

Пән: «Наркология курсы бар психикалық аурулар»
 Мамандығы: 0301000 «Емдеу ісі»
 Біліктілігі: 0301013 «Фельдшер»
 Курс: 4
 Семестр: 5
 Жалпы еңбек сыйымдылығы сағат/кредиттер: КЗ: 72 / 3
 Симуляция: 60

Шымкент 2023ж

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		



ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

1-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Психиатрияның құқықтық мәселелері.

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;

психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;

қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;

ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;

әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу; клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;

неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;

психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету.

медициналық қызметкерлерге жұмыс шеңберінде науқастарға күтім жасау,

манипуляциялар мен процедураларды меңгеру, ішкі синдромдар мен негізгі

синдромдар, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру

бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Психиатрия дамуының негізгі кезеңдері.
2. Психиатриялық көмек туралы заңдар.
3. Психиатриялық қызметті ұйымдастыру: стационарлық, амбулаториялық.
4. Еңбек, сот және әскери сараптама мәселелері.
5. Психиатриядағы этика және медициналық деонтология мәселелері.
6. Психиатриялық стационарда науқастарға қызмет көрсету ерекшеліктері.
7. Агрессия мен психомоторлы қозу кезінде физикалық қысылу

Психиатрия дамуының негізгі кезеңдері; Көптеген ғасырлар бойы психиатрияның даму тарихында психикалық аурулардың табиғатын ашуда материалистік және идеалистік бағыт арасында көптеген тартыстар болды. Материалистік бағыттағы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

өкілдер психикалық бұзылыстарды ағзада болатын материалдық өзгерістермен, мида болатын өзгерістермен байланыстырса, ал идеалистік бағыттағылар психикалық дерттің шығу табиғатын психикалық және материалдық (соматикалық) үрдістердің тәуелсіздігі немесе параллелизммен түсіндірді. Осы ұсынылған гипотезалардың пайда болуына философиялық идеялар және ғылыми мәліметтер мен бақылаулар өз үлесін қосты. Ежелгі және орта ғасырда психикалық аурулардың болмысын айқын материалистік (механикалық) немесе нақты идеалистік көзқараспен түсіндірді. Дегенмен, психикалық бұзылыстарды диалектикалық қ-материалистік түсінікті есепке алмай, материалистік тұрғыдан талдау, идеалды және материалды түсініктерді салыстыру психиатриядағы әрқилы идеалистік концепцияның дамуына да себебін тигізді. Бұған мысал өткен жүзжылдықтың ортасындағы соматиктер мектебі қызметін айтуға болады. Соматиктер мектебі психикалық аурулар қара күш әсерінен болады деп түсіндірген өздерінің қарсыластары психиктер мектебімен тартыста психикалық аурулардың соматикалық жүйелерінде бұзылыстар болады деп нақты айтты. Жалпы ғылыми прогреске байланысты психиатрияда өздерінің теориялық қ ұстанымдарында клиникалық қ бақылауларды, психиатрия және өзге де пәндер саласындағы ғылыми зерттеулер нәтижелерін қолданған жеке бағыттар, мектептер құрылды. Бірақ, психиатриядағы мектептер мен бағыттар материалистік және идеалистік болып бөлінгені бойынша қалды. Клиникалық бағыттар;

Психиатрияның басты бағыты ол — клиникалық бағыт. Психиатрияның клиникалық бағытта дамуын француз психиатры Ф. Пинель (1793) реформасымен байланыстырса, отандық психиатр Н.Н. Баженованың бейнелік сипаты арқылы «ақылынан адасқандар» — науқас адамдар ретінде қабылданды. Клиникалық бақылаулар негізінде психикалық бұзылыстар табиғатының гипотезасы құрылды. Гипотеза-жүйелердің көпшілігі шектеулі мағына берді, тек кейбіреулері ғана психиатрияның дамуына елеулі әсер етті. Соның ішінде жалпы психоз концепциясы (ауруларды жекелемей), туылыс концепциясы

Клиникалық бағыттар 27 дегенерацияға байланысты, бұл кезде психикалық аурулар тұқым қуалаушылық және сыртқы факторлардың әсер етуімен дамиды, оның ерекше даму сатылары болады. Бірінші буында тұқым қуалаушылық бейімділік және қолайсыз факторлар, оның ойы бойынша, жеңіл психикалық бұзылыстар мен жүріс-тұрыс бұзылыстарына әкеледі, кейінгі ұрпақтарында психикалық бұзылыстар ауырлап, ақыл кемістігімен, салданумен аяқталады.

Ескерте кететін жағдай, клиникалық психиатрияның теориялық және тәжірибелік мәселелерін қарастыруда кеңес психиатрлары тек клиникалық әдістермен шектелмеді. Сонымен бірге, психикалық патологияны зерттеуде клиникалық зерттеулер өзге әдістемелік тәсілдермен бірге қолданылды, бұл жаңа жетістіктерге қол жеткізді. Соның ішінде науқастардағы психопатологиялық көріністерге нейротропты заттардың әсерін бағалау мақсатындағы Е.А. Поповтың 30 II Тарау. Психиатриядағы негізгі даму бағыттары зерттеулері маңызды орын алды. Бұл зерттеу нәтижелері психотропты дәрілердің психикалық аурулар клиникасында қолданылуына жол ашып берді. О.В. Кербиков психикалық аурулардың әр түрлі құрылымын (синдромдар деңгейінде)

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

математикалық модельдеуге әрекет жасады. Кеңес психиатрлары клиникалық психиатрияның мәселелерін нозологиялық принципке негіздеп қарастырды, олар психиатрияда жеке, бөлек аурулардың болатынын сенімді айтты. Сонымен қатар, заманауи психиатрияда отандық психиатрияның негізін салушы С.С. Корсаковтың ұсынған аурудың динамикасы жөніндегі идеясы жалғасын тапты (А.В. Снежневский).

Психикалық ауруларды зерттеудегі динамикалық көзқарас психикалық аурулардың даму үрдісінде анықталған синдромдардың кең спектрін суреттеуге мүмкіндік берді. Осының негізінде симптоматикасының айқын бейнеленуімен синдромдардың глоссарийі құрылды. Психологиялық бағыттар; Ғылыми психологияның пайда болу уақытынан бастап-ақ идеалистік және материалистік көзқарастағы әртүрлі психологиялық мектептер пайда болды. Әр түрлі ғылыми-практикалық міндеттермен айналысуына қарамастан, психиатрия және психология — бір-біріне жақын мамандықтар. Әрқилы психологиялық мектептердің өкілдері жасаған көптеген әдістемелер психикалық ауруларды зерттеуде, ал теориялық концепциялар жеке психопатологиялық көріністерді түсінуде қолданыс тапты.

Бірақ ереже бойынша, психологиялық концепциялар психиатриялық мектептер үшін жалғыз теориялық негіз болып саналмайды. Өйткені, психология мен психиатрия психика көріністерінің әр түрлі сапалық жағдайларымен байланысты болып келеді. аталады. Биологиялық бағыттар; Психикалық бұзылыстарды бас миының ерекше функциялық жағдайымен түсіндіруге талпынысты ежелгі дәрігерлер мен философтардың еңбектерінен табуға болады. Психикалық саулық және психикалық бұзылыстар кезіндегі жүйке жүйесі жағдайын арнайы сипаттау, сонымен қатар, оларды емдеу туралы нұсқаулар алғаш Гален еңбектерінде кездесті. Ол адам мүшелерінің ішінде негізгі рөлді жүйке жүйесіне берді. Мания мен естен адасу тәрізді дерттерді мида болатын ерекше қозу жағдайымен түсіндіріп, соған сәйкес емдеу жолын ұсынды. Ағылшын нейрофизиологы Дж. Джексонның психиатриядағы еңбегі белгілі бір қызығушылық тудырды. Ол ОЖЖ-гі құрылымдық-функциялық қатынастардың ерекшеліктері жөніндегі концепцияны дамытты. Джексон ОЖЖ Биологиялық бағыттар 33 дамуы оның құр^алымы мен функцияларының күрделенуімен және мидың көне құрылымдарын неғұрлым жаңа құрылымдардың басқаруымен байланысты деп сипаттады. ОЖЖ зақымданғанда, көбіне жоғары құр^алымды, жас құрылымдар зардап шегеді, осылайша көне құрылым оның бақылауынан ажырайды. Ол өзінің «Шатасу факторлары жөнінде» деген бір еңбегінде психикалық бұзылыстар дәрежесі жоғарғы ми орталығы диссоциациясының тереңдігіне сәйкес екенін сипаттап берді. Ол шатасудың позитивті және негативті симптомдарын ажыратып көрсетті. Негативті симптом деп құрылымның ыдырауы және қандай да бір функциясының жоғалуын айтты, ал позитивті деп сақталып қалған нейрофункционалды деңгейлердің белсенділігін айтты. Бұларға иллюзия, сандырақ, жүріс-тұрыс бұзылысы және кейбір эмоционалды күйлер жатқызылды. Дж. Джексон диссолюция мен функциялар автоматизациясы түсініктерін синонимдер ретінде қолданды. Осыған байланысты шатасу жағдайында сана субъективтілігі күшейеді деді. Дж. Джексонның концепциясына сәйкес физикалық және психикалық үрдістер параллель жүреді және бір-бірінен толық ажыратылған күйде қалады.

Философиялық-әдіснамалық тұрғыдан қарастырғанда, ол дуалистік позицияны ұстанды. Оның негативті және позитивті немесе өнімді психикалық бұзылыстар және психикалық бұзылыс дәрежесі жөніндегі идеясы өз қолданысын тапты және клиникалық психиатрияда дами түсті. Отандық физиологияның мақтанышына айналған

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	

рефлекс туралы ілім нейрофизиология дамуында маңызды кезең болып табылды. И.М. Сеченовтің рефлекс туралы данышпан ойлары И.П. Павлов еңбегі арқылы бас миының шартты рефлекстері туралы тұтастай эксперименталды негізделген ілімге айналды. И.П. Павловтың және оның шәкірттерінің көптеген зерттеулері шартты рефлекс механизмі жануарлар ағзасының функциялық көріністерінің және олардың тәртібінің күрделі формаларының негізіне жататынын көрсетті. Ең маңыздысы, олар шартты рефлекстік модельдерді жануарларға жүргізілген тәжірибелерге сүйене отырып, қолдану жолдарын көрсетіп қана қоймай, адам қызметінің арнайы формасында екінші сигналдық жүйе жөніндегі ережені ұсынды. 50-ші жылдары И.П. Павловтың еңбегі кеңес психиатриясында кең түрде таралып қолданылды. Шәкірттерінің еңбектерінде жалғасын тапқан И.П. Павловтың ілімі психиатрияға үлкен ғылыми-әдістемелік және практикалық әсерін тигізді.

Психикалық аурулардың этиологиясы мен патогенезін әдіснамалық бағытта зерттеу жоғары жетістіктерге қол жеткізді. И.П. Павлов ілімінің кейбір тұстары психикалық аурулардың терапиясында ерекше тәсілдің түзілуіне ықпал етті. Жеңіл режим, қорғаушы терапия, әсіресе ауру дамуының ерте сатысында В.А. Гиляровский, М.Н. Ливенцовтың ұсыныстарымен ұйқы терапиясы әдістемесі, соның ішінде, әсіресе, электро ұйқы мәселелері шешіліп, кең түрде қолданыла бастады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Психиатриялық және наркологиялық күндізгі стационарлардың емдік көмек көрсетуіне ... бар науқастар кірмейді.

- А. травматикалық церебрастениясы
- В. эпилептикалық статусы
- С. алкогольді делирий
- Д. баяу ағымды шизофрениясы
- Е. наркоманиясы

2. Аяқ астынан науқастың көңіл-күйі өзгеріп, бәріне көңілі толмай, тиісе бастады, тітіркенген, ашулы. 2 сағаттан соң ештеңе болмағандай, әдеттегі қалпына келді. Бұл

- А. дисфория
- В. маниакальды синдром
- С. депрессия
- Д. ипохондриялық синдром
- Е. психопат тәрізді синдром

3. Науқастарды наркологиялық ауруханаға жатқызу көрсеткішіне ... жатпайды.

- А. соттық-психиатриялық экспертиза
- В. алкоголизм
- С. алкоголь сурағаттарымен улану
- Д. токсикомания
- Е. наркомания

4. Есеңгіреу ... пайда болмайды.

- А. шизофрения нәтижесінде
- В. улану нәтижесінде (алкоголь, күкіртті газ және т.б.)

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- С. бас-ми жарақаттары нәтижесінде
- Д. тамырлық және басқа да ОЖЖ ауруларының нәтижесінде
- Е. инфекциянды психоздардың нәтижесінде
- 5. Наркологиялық стационарлардың негізгі қызметіне ... жатады.
 - А. наркоманияға шалдыққан науқастарды емдеу
 - В. соматикалық ауруларды анықтау
 - С. алкоголизмге шалдыққан науқастарды анықтау
 - Д. психикалық науқастарды емдеу
 - Е. токсикоманияға шалдыққан науқастарды анықтау
- 6. Қабылдау өзгерістеріне жатпайтын бұзылыстар
 - А. абулия
 - В. парестезия
 - С. анестезия
 - Д. гипестезия
 - Е. сенестопатия
- 7. Ступорлық жағдайға ... симптом жатпайды.
 - А. пикнолептикалық
 - В. бұлшық еттік қату
 - С. кататониялық
 - Д. негативистік
 - Е. апатикалық
- 8. Белгілі орында және уақытта шынайы объектісіз қабылдау ... деп аталады.
 - А. галлюцинациялар
 - В. сенестопатиялар
 - С. иллюзиялар
 - Д. метаморфопсиялар
 - Е. дисморфопсиялар
- 9. Сендірілген галлюцинацияларға ... тән.
 - А. шизофренияға
 - В. интоксикациялық психоздарға
 - С. делирийге
 - Д. реактивті психоздарға
 - Е. психопатияларға
- 10. Сананың бұлыңғырлану варианты-бұл...
 - А. амбулаторлы автоматизм
 - В. абсанс
 - С. делирий
 - Д. фугалар
 - Е. транстар

2-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Танымдық іс-әрекеттің бұзылуы.

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;

психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;

қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;

ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;

әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу; клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;

неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;

психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Танымдық психикалық үрдістерге жалпы шолу.
 2. Танымдық психикалық үрдістердің бұзылу себептері қандай?
 3. Тірек-қимыл аппаратының зақымдануы дегеніміз не?
 4. Балалардың церебралды салдануына анықтама
 5. Сананың психологиялық концепциясына жалпы шолу.
 2. Өзіндік сана сезімді қалай түсінеміз?
 3. Адам мен жануарлардың арасындағы айырмашылықтар?
- Сезім мен қабылдаудың бұзылуы.
6. Сенсорлық синтездің бұзылуы.

Танымдық психикалық үрдістер бұзылысы.

Сананың бүлінуі — орталық жүйке жүйесінің зақымдалуынан туындайтын психикалық ауру адамның миы әр түрлі жағдайларға байланысты ауруға шалдығуы мүмкін. Ми зақымдалған кезде оның жоғары жүйке қызметі өзгеріске ұшырайды. Адамның қабылдауы, ойлауы, көздеген әрекегі бұзылады. Балаларда сананың бүлінуі әр түрлі кезеңде орталық жүйке жүйесінің зақымдалуынан болады. Біреуінде зақымдану құрсақта жатқан кезде болса, енді біреуінде туғаннан кейін 3 жасқа дейін болады. Процестің өзін тікелей миға әсер еткен дәл осы кезеңде оның зақымдануын органикалық зақымдану, ал балалардың өздерін олигофренопедагогикада олигофрендер деп атайды. Санасына зақым келген, санасы бүлінген балалардың психикасын психологияның арнайы саласы — ғылымы қарастырады. Балалардың орталық жүйке жүйесінің бұзылуы әртүрлі себептерге (әйелдердің жүкті кезде жарақаттануы, анасының немесе баласының жұқпалы аурулармен ауыруы, анасының теріс резус-факторы, зат алмасудың бұзылуы және т.б.) байланысты болады. Ал мидың зақымдануынан жоғары жүйке жүйесінің қызметі қатты бүлінеді. Бұдан бүкіл психикалық

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

процестердің дамуы бұзылады. Кейде 3 жастан кейін де баланың санасы бүлінуі мүмкін. Оған әр түрлі жарақаттар, мидың қабынуы, психикалық аурулар және т.б. себеп болады. Бұдан балалардың бүкіл психикалық процестері — ойлау, сөйлеу, есте сақтау, қабылдау және т.б. қабілеттерінің дамуы бұзылады. Ақыл-ойы кем мектеп оқушыларындағы басты белгі және психикалық ерекшелік — ойлау процестерінің жетілмеуі (атап айтқанда, ой қорытындылаудың, талдап жинақтаудың нашарлығы) болып табылады. Мұның бәрі сананың бүлінуінен болады.

Балаларда туа біткен және жүре келе пайда болған кемістіктердің 5-7% тірек-қимыл аппаратының зақымдануы құрайды. Бұл кемістіктер туа біткен және жүре келе пайда болуы мүмкін. Тірек - қимыл аппаратының зақымдалуы ауруларының төмендегідей клиникалық түрлері анықталған:

А) жүйке жүйесінің аурулары: балалардың церебралды салдануы, полиомиелит, хоррея.

Б) тірек-қимыл аппаратының туа біткен кемістіктері: туа біткен жамбас сүйектерінің шығып кетуі; мойын омыртқаларының қисаюы; маймақтық; буын сүйектерінің деформациялары, кеуде омыртқаларының даму кемістіктері (сколиоздар), әртүрлі сүйектердің даму кемістіктері, артрогриппоз; т.б.

В) қимыл - тірек аппаратының жүре келе пайда болған аурулары: жұлын, бас ми және аяқ-қолдардың жарақаттары; полиартрит; қаңқа –сүйек аурулары (сүйектің күрт ауруы, ісіктері, остеомиелит), қаңқа – сүйектің жүйелік аурулары (хондродистрофия, рахит ауруы).

Кейінгі жылдары балалардың церебральды салдануы (БЦС) жүйке жүйесінің ең көп таралған ауруларының бірі болып табылады. Орта есеппен 1000 жаңа туған нәрестенің алтауында аталмыш аурудың белгілері байқалады.

Балалардың церебралды салдануы - дамып жетілмеген бас миының зақымдануы. Орталық жүйке жүйесі қозғалыс тетіктерінің патологиялық дамуына немесе зақымдануына байланысты тірек-қимыл аппараттары бұзылып, ол тікелей ақыл-ойдың дамуына, қоршаған ортаны тікелей қабылдауға әсер етеді. Қимыл қозғалыс тепе-теңдігі дұрыс дамымай, қолдың ұсақ бұлшықеттерінің қимылы жетілмеумен сипатталады. Қазіргі кезде біздің елімізде сал ауруымен ауыратын балалардың саны жыл санап көбейіп келуде. Бұл ауру психикалық бұзылуларының әр алуан түрлерімен білінетін мидың полиэтиологиялық ауруы. Ол өте күрделі және әртүрлі. Балалардың церебралды салдары соңғы мәліметтер бойынша, бір мың нәрестенің 2-3 де кездеседі. Медицинаның жетілуіне байланысты соңғы жылдары балалардың церебралды салдары деген диагнозды балаға 6 ай толысымен қоюға болады. Мидың зақымдануы ұрық дамуының ерте кезеңінде, оның морфологиялық және функционалдық толығы кезінде пайда болады. Баланың церебралдық сал ауруының алғашқы клиникалық сипаттамасын 1861 жылы ағылшын хирургы Вильям Литли сипаттап, ал 1893 жылы Зигмунд Фрейд ұсынған. Оның айтуынша, сал болу себебі ми жұмысының әртүрлі жағдайдан өзгеріске шалдығуы.

ТҚА ауруында психика құрылымы психика дамуындағы өзгеше кемістіктерден тұрады. Психиканың дамуының бұзылуларының механизмі өте күрделі, ол мидың зақымдану мерзімімен, дәрежесімен, орналасуымен айқындалады. Құрсақ ішінде қалыптасқан психикалық бұзылулардың көрінісі интеллектінің тұрпайы жетілмеуімен сипатталады.

ТҚА кезінде психиканың даму кемістігі танымдық әрекетінің, эмоционалдық-жігер қабілеттерінің және жеке тұлғаның қалыптасуының бұзылуларынан тұрады.

ТҚА - дағы интеллект кемістігінің құрылымы бір қатар өзіндік ерекшеліктерімен сипатталады: -қоршаған орта туралы мәліметтерінің бір шама аз болуы. Бұл келесі себептердің салдары болып табылады: а) ұзақ мерзім бойы қозғалмауы және кеңістікте ерсілі-қарсылы жүру қиындығымен байланысты амалсыз оңашалану, құрбыларымен және ересек адамдармен қарым-қатынастың шектелуі, б) қимыл бұзылуларымен байланысты әртүрлі заттарды практикалық әрекет барысында анықтау, қоршаған ортаны танудың қиынға түсуінен, в) сенсорлық әрекеттердің бұзылуы, т.б. -ТҚА кезінде әр-түрлі талдағыш жүйелерінің үйлесімді қызметінің бұзылулары байқалады. Түрлі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы Әдістемелік нұсқаулық		044-67/11

заттарды сипау, анықтау, яғни іс барысында тану қызметтері бұзылады; ой-өріс кемістігінің әркелкі, дисгармониялық түрде болуы, яғни бір интеллектуалдық қызметтер бұзылып, екіншісі тежелсе, үшіншісі қалыпты жағдайда сақталып қалады. Мұндай өзгешелік мидың ерте даму сатысындағы органикалық зақымдануымен байланысты. Сонда көбінесе жоғарғы интеллект қызметімен қатар басқада ең жоғарғы әрекеттерді қамтамасыз ететін мидың «жастау» функционалдық жүйелері – қыртыс қабатының жасушалары күйзеледі. Кейбір балаларда ойлаудың көрнекі түрлері ғана дамыса, басқаларында, керісінше, көрнекі-әрекеттік ойлау төмендегенімен сөйлеу, логикалық ойлау процесстері жақсырақ дамиды.

Психоорганикалық көріністердің ұлғаюы: психикалық процестердің бәсеңдігімен әлсіреуі, әрекеттің басқа түрлеріне ауысуы, зейін шоғырлануының жеткіліксіздігі, механикалық зерде көлемінің төмендеуі, т.б.

ТҚА зақымдалған балалар интеллект даму дәрежесіне байланысты әр-текті топты құрайды: біреулерінде қалыпты немесе соған жақын ой-өрісіне тән интеллект болады, басқасында психикалық дамудың артта қалуы байқалады, одан басқаларында олигофрениялар орын алады.

ТҚА зақымданушылығы бар балаларға эмоционалдық-жігерлі сферасының бұзылулары тән. Кейбіреуінде ол жоғары эмоционалдық қозуымен қатар шегіндірілген тежелуімен байқалады, басқаларында - ұяңдықпен сескенушілікпен сипатталады.

Тірек-қимыл аппараты зақымданған балалар мектеп жасына дейінгі жастағы балаларда көбінесе айқын білінетіні ол жалпы моториканың жетіспеушілігі, қимыл-қозғалысты қажет ететін қиын қимылдарды орындаулары, әр-түрлі бұлшық ет топтарының нақты жұмыс атқарулары, қимылдарды кеңістіктік-уақыттық дұрыс ұйымдастыра алмаулары. Сонымен қатар, нақтылық жағынан бұзылыстардың болу себебінен ұсақ қол моторикаларында да бұзылыстар бар. Қимыл координацияларын тез орындай алмайды. Қол және артикуляциялық моториканың арасында құрылымдық деңгейдің болмауы себептерінен бұнда корреляция тағайындалды. Зерттеу мақсатына жету үшін эксперименталды жұмысты үш кезеңде жүргіздік.

Бірінші кезеңде зерттеу мәселесі бойынша психолого-педагогикалық әдебиеттерді қарастырдық, зерттеу жұмысымыздың мақсаты, міндеттері, мәселесі, қолданылатын әдістемелері мен әдебиеттері анықталды, мектепке даярлық тобындағы балалардың дыбысты айтуы мен таным үрдістері және моторлық аймағындығы бұзылыстарды түзету жүйелерінің психолого-педагогикалық негіздемесі орындалды.

Екінші кезеңде тірек-қимыл аппараты зақымданған балалардың дыбысты айтуы мен моторлық аймағын, таным үрдістерін диагностикалауда жүргізілген кезде құрылған экспериментті орындау, сонымен қатар, деректі материалдар жинау жалғастырылды, *ұлттық* ойындардың тірек-қимыл аппаратының зақымданушылықтары бар балаларға арнап қолдануды теориялық негіздеріне байланысты жинақталған тәжірибелер зерттелді. Зерттеу мәселесінің бүгінгі жай-күйін болжап-біліп, тәжірибелік-эксперимент жұмысы жүргізілді.

Үшінші кезеңде жиналған материалдарға жүйелі талдау жасалып, психологиялық-педагогикалық тұрғыда сұрыпталып, тәжірибелік-эксперименттік материалдар қорытындыланып, жұмыс диссертацияны рәсімдеумен аяқталды.

Диагностикалық зерттеу жұмыстарының бірінші кезеңінен кейінгі қалыптастырушы кезеңінде коррекциялық –оқу сабақтарын жүргіздік. Жалпы негізінен бұл балаларды оқытып тәрбиелеу мәселесі педагог мамандармен өте тығыз байланысты. Сондықтан педагог маманы жан-жақты, білімді, түзете - дамыту жұмыстарынан хабары болуы қажет. Мүмкіндігінше түзету жұмыстарын баланың жастайынан бастаған дұрыс. Сондай-ақ емдеу шаралары уақытымен, байлыныстылығымен, үздіксіздігімен болса табысты нәтижеге жетуге болады. Емдеу шараларына бір емес, бірнеше мамандардың бірлескені жөн: логопед, дефектолог, психолог, тәрбиеші, емші, невропатолог. Тірек-қимыл аппаратының зақымдануы - бұл күрделі кемістік, себебі бұндай балалардың есту, көру, қабылдау қасиеттері толық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы Әдістемелік нұсқаулық		044-67/11

қалыптаспайды. Түзету жұмыстарының негізгі бағыттары: баланың қоршаған ортамен қарым-қатынасын дамыта отырып, ойлау, сөйлеу қызметтерін қалыптастыру;

- жүріп-тұру дағдыларын меңгерту. Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы БЦП балаларды негізінен үш тұрғыдан көмекке алынуы тиіс: денсаулық сақтау, білім беру, әлеуметтік тұрғыдан қолдау көрсету. Емдеу кешенін бастамас бұрын бала 2 немесе 4 ай бойы емдеу сауықтыру кешенінде дем алғаны дұрыс.

Кез – келген коррекциялық-оқу сабақтарында қолданылатын ойын әдістері төмендегі принциптерден тұрады:

- дидактикалық материалдардың өзектілігі (балаларды оқытудағы маңызды міндеттердің құрылуы, көрнекілік құралдар) балаларға тапсырмаларды ойын ретінде қабылдауға, дұрыс нәтиже алуға деген қызығушылығын арттыруға, шешімдердің ең тиімдісін табуға көмектеседі.

- ұжымшылдық сыныптағы оқушыларды бірлікке әкелуге көмектеседі, сынып бірлігі – жоғары деңгейдегі күрделі тапсырмаларды шешуге мүмкіншілік береді.

- «жарысу» принципі – бұл бастауыш сыныптарға оқушыларға тапсырмаларын тез және сапалы орындауға мүмкіншілік береді, бұл бір жағынан уақытты үнемдесе, екінші жағынан тиімді нәтиже алуға көмектеседі.

Жоғарыда көрсетілген принциптер негізінде сабақтарда жүргізілетін ойындарға бірқатар талаптар қойылады:

- ойындар балаларға таныс ойындардан құрылуы тиіс; осы мақсатта ойын барысында балаларды мұқият бақылау керек;

- Әрбір ұйымдастырылған ойында «жаңашылдық» болуы тиіс. Пайдалы деген ойынның барлығын балаларға жабыстыра беруге болмайды. Оқушылар ойыннан бас тарта алу мүмкіншілігіне ие болуы шарт, я болмаса таңдау болуы қажет;

- Ойын - сабақ емес. Кез-келген дамытушылық мақсаттағы ойындар жаңа тақырыпты қосқандағымен өз негізгі мәнін жоғалтпау керек;

- Мұғалімнің эмоционалды жағдайы сол сәттегі жағдайға сәйкес болуы шарт. Басқа әдістемелік құралдарға қарағанда ойын жүргізушіге ерекше көңіл – күйді талап етеді. Ойынды балалардан талап етіп ғана қоймай, олармен бірге ойнау керек;

- Ойын – диагностикалау құралы. Оқушы ойын сәтінде жағымды, жағымсыз тұстары да ашылады;

- Ойын ережелеріне бұзған балаларға ешуақытта тәртіптік шаралар қолданылмайды. Әңгімелесі, түсіндіру амалдарын қолдана отырып, ережені қайталап түсіндіру қажет. Ойындарды басқару үш негізгі бағытта іске асырылады: өткізуге дайындық, жүргізу және талдау.

Тірек-қимыл аппаратында зақымданушылығы бар оқушылар ерте кешенді емдік – педагогикалық жұмыстарға зәру. Мұндай жұмыстар ең алдымен сөйлеу моторикасына, коммуникативті мінез-құлықтарына бағытталады. Коррекциялық жұмыстар аурулардың формасын және жас ерекшеліктерін ескере отырып дифференциалды түрде жүргізіледі. Белгілі экспериментті қорытындылай отырып логопед пен тәрбиешінің және де баланың ата-аналарының, жақын адамдарының қарым-қатынастары дыбысты айту мен моторлы аймақты түзету жұмыстарында қажетті орынды атқарады. Дыбысты айту мен моторлы аймақты түзетуде жүйелі, сатылы оқыту мен біз ұсынған ойын-жаттығуларды қоладануда жағымды қорытындыларға қол жеткіздік. Аталмыш коррекциялық-оқу сабақтарын жүргізуге дейінгі және кейінгі зерттеу нәтижелері төмендегідей болды: Ерікті мимикалық моториканың жыл басындағы мен жыл аяғындағы зерттеуден төмендегідей қорытынды жасауымызға болады, яғни, эксперимент жүргізгеннен кейін ерікті мимикалық моториканың даму деңгейі өскенін байқауға болады, зерттеудің жыл аяғындағы нәтижесі кезінде барлық балалардың даму деңгейлері жақсы жаққа өзгергенін көруге болады.

көріні

Психика жануарларға да, адамдарға да бірдей тән әрекет болғанымен олардың психикалық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

әрекеттерінің арасында жалғыз сан жағынан да ғана емес, сапа жағынан да көп айырмашылықтар да бар. Адамның психикасының айрықша өзгешелігі адамда сананың болуымен байланысты. Адамның жануарлардан айырмашылығы ойлау қабілетімен және өзінің өткені туралы ойлану, оны бағалау және келешек туралы ойлау, оған жоспар жасау және бағдарлай алуынан тұрады. Бұлардың барлығы адам санасының кеңістігімен байланысты. Жануарларда сана жоқ, олардың өздерінің биологиялық мұқтаждықтарымен байланысты соқыр сезім әрекеттері және туысынан кейін тіршілік ету үшін күресінде пайда болатын санасыз дағдылану әрекеттері ғана бар. Сана психиканың дамуында ең жоғары сатыға шыққан, сапа жағынан айрықша өзгешеліктері бар, адамға ғана тән нәрсе. Сана деп – еңбек арқылы пайда болып, адамның жаратылысқа және басқа адамдарға мақсатты түрде бет алып қатысуында орын алатын психикалық әрекетті айтамыз. Адамның санасы тек қана тұрмыстың нәтижесі болып қоймай, сол тұрмыстың өзін қайта құрып өзгерте алады. Адам белгілі, нақты тарихи қоғамдық жағдайларда өмір сүріп, тіршілік ететіндіктен, оның санасы қоғамның тұрмысының ықпалында болып, сол тұрмысты сәулелендіріп отырады. Сондықтан таптық қоғамда адамдардың санасы таптық сана болады. Қоғамдық эксперименттің өзгеруімен бірге адамның санасы да өзгеріп отырады. Сананың негізгі қасиеттері. Сана психика дамуының жоғары сатысы ретінде, ең алдымен, жалпыны және болмыстағы елеуліні тану қабілеті сияқты қасиетімен ерекшеленеді. Жалпыны білу адамның болмыста мейлінше дұрыс бағдар ұстауын қамтамасыз етеді, істі біліп әрекет жасауына, өзін дұрыс алып жүруге мүмкіндік береді. Жалпыны біле отырып адам әрбір жеке міндетті практикалық тұрғыдан шеше алады. Заңдылықтарды біле отырып, белгілі бір оқиғаның болатынын алдын ала болжай да аласыз. Жалпы мен елеулі жайындағы білімдерді жинақтау ғылымды И.П.Павловтың сөзімен айтқанда, "болмысты және өз басымызды дұрыс алып жүруге жоғары бағдарлылықты" қалыптастырады. Ғылым, өнер, мәдениет (сөздің кең мағынасында) қоғамдық сананы құрайды. Тұлғаның санасы мен қоғамдық сана диалектикалық бірлікте болады. Тұлға санасы оның болмысын ғана бейнелеп қоймайды, сонымен қатар адамзат жинақтаған білімді меңгеру нәтижесі де болып табылады. Екінші жағынан, қоғамдық сана тұлғалар мен бұқара көпшіліктің шығармашылық іс-әрекетінің нәтижесінде қалыптасады. Сана объективтік болмыс жайында қорытылған білімнен ғана емес, сондай-ақ сол болмысқа белгілі түрдегі қатынастардан да көрініп отырады. Демек, адам өзін табиғаттан бөліп алады, белгілі автономия танытады, белгілі дәрежеде бағалай отырып, оқиғаларға байқастан жанасады. Адам қатынастары интеллектуалды (бағалау арқылы) және эмоционалды (сүю, ұнату, өшпенділік, жек көру, жирену түрінде көрінеді) сипатта болуы мүмкін. Көп жағдайларда саналы қатынастар интеллектуалды-эмоционалды сипатта, екеуі аралас келеді. Сана адамның шығармашылық қабілеттілігінен көрінеді. "Адамның санасы 1 объективті дүниені бейнелеп қана қоймайды, сонымен қатар оны жасайды". Хайуан еш нәрсені де орната алмайды. Егер ол өзі мекендеген жердің жағдайын өзгертсе оны саналы түрде түсініп істемейді, оның тіршілік етуі соған жеткізеді. Адам дүниені саналы түрде өзгертуге талаптанады, оны өз қажетіне бейімдегісі келеді, тіпті ол табиғаттың жеке элементтерінен табиғатта кездеспейтін жаңа заттар жасайды. Шығармашылық адамның бүкіл Жерді мекендеуіне және ғарышқа да жол табуына мүмкіндік береді. Сананың аса маңызды қасиеті оның есеп беруі болып табылады. Адам өзінің ниеті мен күйзелісі, ойы мен түйсігі туралы өзіне-өзі есеп береді, демек, сана тек қана сыртқы білімді емес, өзін білуді де қамтамасыз етеді, яғни сана өзіндік сана-сезім түрінде де көрініс табады. Адам есеп беруінің арқасында өз күшін реттей алады, өзін түзетіп және дамытып отырады. Білім негізінде тұлғаның іс-әрекетіндегі және мінез-құлқындағы саналылық мөлшерін анықтауға болады. Тұлға мінезі мен іс-әрекетінде білімге сүйенеді, ол өткендегіні ескеріп және болашақты болжай отырып, неғұрлым тиімді тәсілді таңдап алады. Бұл ретте адам өзін-өзі бақылайды және өз күшін жоспарына қарай реттеп отырады. Адамның жануарлардан айырмашылығы - ол өзін танитын және білетін, өзін түзетіп және жетілдіріп отыруға қабілетті тіршілік иесі. Өзіндік сана-сезім - сананың өзінді білу мен өзіне қатынастың бірлігі ретінде көрінетін бір түрі. Өзіндік сана-сезім сыртқы ортаны және өзінді өзің танудың бейнелеуінен біртіндеп

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

қалыптасады.

Басқаларды тану арқылы өзінді тану. Жас бала бастапқыда өзін қоршаған ортадан бөліп қарамайды. Ол ойыншықты қозғап та, аяғын қимылдатып та - бірінен-бірін айырмай ойнай береді. Бірте-бірте ол өзін, өзінің мүшелері мен тұтас денесін қоршаған заттардан бөле қарап, ажырата бастайды. Бұл физикалық саралау процесі сыртқы дүние мен өзін танудың нәтижесінде және алғашқы кезде проприоцептивтік деңгейінде (өз мүшелерінің қалыпты жайы мен қимыл қозғалысын сөзіну) өтеді. "Баланың өзін-өзі аңғаруынан кейін, есейген соң өз санасының актілеріне сын көзбен қарауға, яғни өзінің бүкіл ішкі дүниесін сырттан келіп қосылатын барша құбылыстардан бөліп қарауға, оны талдауға және сыртқымен салыстыруға, бір сөзбен айтқанда, өз санасының актіні зерттеуге мүмкіндік беретін өзіндік сана-сезім туады" - деп, И.М.Сеченев дәріптеген. Күрделі психикалық құбылыстарды, әсіресе өз басының қасиеттерін танып білу - іс-әрекет және қарым-қатынас процестерінде өтеді. Қарым- қатынас процесінде адамдар бірін-бірі біліп, біріне-бірі баға береді. Өзгенің осындай бағалауы әр адамның өзін-өзі бағалауынан көрініс танытатын болады. Адамның өзін-өзі тануда, оны басқаның бағалауы мен ұжымдық бағаның маңызы ерекше. Егер бір адамның іс-әрекеті мен мінез-құлқын сыңар жақты бағалау тұрақты сипат алса, онда сол адам өзінің қабілеті немесе мінезі жайындағы осы сыңар жақ бағаны малданып алады да соған мойын ұсынады. Өзін-өзі тану өзіндік сана-сезімнің қалыптасуында маңызды рөл атқарады. Өзін-өзі тану - адамның өз психологиялық және физикалық ерекшеліктерін зерттеп білуі. Адам өзін тікелей де, жанама түрде де танып біледі. Өз іс-әрекеті мен мінез-құлқын талдау арқылы адамның өзін-өзі тани алуы. Өзін жанама тану өз іс-әрекетінің нәтижелерін талдау жолымен жүзеге асырылады. Белгілі бір саладағы жетістіктерін талдай және бағалай отырып, жұмысқа 2 жұмсалған уақыт пен күшті есептей отырып, өз қабілеттерінің деңгейін анықтауға болады. Қоғамдағы өз мінез-құлқын бағалау арқылы адам өз басының адамгершілік және психологиялық ерекшеліктерін танып біледі. Жанама танымда өзін-өзі зерттеп жүрген тұлғаға айналасындағылардың өзі жайындағы көзқарасын талдаудың да маңызы зор. Жақын адамдардың, қызметтес жолдастардың объективті бағасы өзінді тереңірек танып білуіне көмектеседі. Өз басының қасиеттеріне берген өз бағасы мен басқа жұрттың бағасын салыстыру да маңызды. Ол өз танымының өзгелердің ойымен бірдей шығу- шықпауын, өзін-өзі не артық, не кем бағалап жүргенін айқындауға мүмкіндік береді. Бұдан шығатын қорытынды, басқа адамдармен неғұрлым кең қарым- қатынаста болу өз басының жағымды және жағымсыз жақтарын жан-жақты салыстыруға, танып білуге көмектеседі екен. Өзін-өзі байқау арқылы өзін-өзі тану. Тікелей өзін-өзі тану, өзін-өзі байқау формасында көрінеді. Қабылдау, елестету, ойлау процестерінде адам белгілі бір сәтке зейінін психикалық іс-әрекет объектісінен жеке басының жағдайына аударады және оны бағалайды. Өзін-өзі бақылау осыған негізделген. Адамның өзін-өзі байқауы үшін байсалды, қалыпты жағдай неғұрлым қолайлы болады. Психикалық іс-әрекеттің сылбырлығы немесе оның шамадан тыс шиыршық атуы өзін-өзі тану мен өзін-өзі байқаудың мүмкіндігін кемітеді. Жүрек алып-ұшып, тым өрепкіген сәтте, бір нәрсемен күштарлана әуестену немесе бір нәрсені шоғырландыра көру кезінде өзін-өзі бақылау мүмкіндігі тарыла түседі. Мұндай жағдайда адамның өзінің көңіл-күйі туралы өзіне-өзі есеп беруі толыққанды болмайды. Сондықтан өзін-өзі байқау неғұрлым толық және әрі айқын болуына жеткізетін шекара табалдырықтар деген болады. Тұлғалар іскерлігі мен дағдылануына қарай өз психикасын әр түрлі деңгейде байқай алады.

Өзін-өзі бақылау және өзін-өзі тәрбиелеу. Өзін-өзі тану - адамға өз басын жетілдіру үшін, сондай-ақ өмір және еңбек жоспарларына сәйкес өз іс- әрекетін жолға қойып отыру үшін қажет. Адам өз күшін біле отырып, оны еңбекте барынша тиімді пайдалануға ұмтылады. Бұл үшін ол өзінің қимылы мен әрекетін, қылығы мен мінез-құлқын бақылап және талдап отырады. Адам өзін-өзі бақылау арқылы іс-әрекетіндегі қателіктерін байқайды, еңбегін дұрыс ұйымдастыра алады. Өзін-өзі бақылау жедел сипатта болады және сол сәтте өгіп жатқан әрекетті ұйымдастыруға мүмкіндік береді. Демек, ол өз бойындағы жақсы мен жаманды аңғаруға, сол арқылы болашақ өмір жолынды құруына көмектеседі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Егер ешқандай күш салу іс-әрекетті жақсартпа алмаса, онда адам өз бойында белгілі бір қажетті қасиетті дамытудың немесе қалыптастырудың ұзақ мерзімді жоспарын жасайды. Өзін-өзі тәрбиелеу адам дамуының жаңа мүмкіндіктеріне жол ашады. Өзін жетілдірумен айналыса бастаған адам тәрбиелеудің объектісі ғана емес, сонымен бірге субъектісіне де айналады, яғни оны тек қоғам тәрбиелеп қана қоймайды, ол өзі күш жұмсап та тәрбиеленеді. Сезім - адамның өзіне, өзге адамдарға, қоршаған заттар мен құбылыстарға көңіл-күй қатынасын білдіретін және оларды бейнелейтін психикалық процесс. Сезімнің психикалық процес екендігін тағы бір ерешелігі- оның адам көңіл-күйіне байланысты әрбір процеске белгілі бір түрде реңк беріп тұратындығы. Кейбір құбылыстар адамға түрліше әсер етіп, қуантады, шаттық сезімге бөлейді. Ал кейбір ренжітіп тіпті тұңғышқа батыруы мүмкін. Адамның сезім күйлері- қуаныш, қайғы, таңдану, наразылық көрсету, ызалану, кектену, қарқылдап, көзінен жас аққанша күлу т.б. көңіл- күйдің сипаттық ерекшеліктерін сыртқа шығарады. Сезімнің сан алуан көріністер мен олардың пайда болуы әлеуметтік-қоғамдық жағдайларға, әсіресе, материалдық рухани-мәдени қажеттіліктерді қанағаттандырудың мақсат-мүдделеріне байланысты. Сезім ұғымының кен мағынада қолданылуы жалпы көңіл-күйді, ал эмоция сол көңіл-күйдің белгілі бір жағдайға қатты әсерленуін білдіретін қысқа мерзімді уақытша

Сезімдер: адамгершілік (моральдық), эстетикалық, интеллектуалдық (танымдық) болып бөлінеді. Адамгершілік сезімдерге: достық, жолдастық, адалдық, ар-намыс, борыш, жауапкершілік, ұят т.б. жатады. Ар намысты қорғау адамға аса жарасымды сипатталады. Сезімнің осы түрі көбінесе қайсар, өжет, табанды әрі көздеген мақсатына жетпей тынбайтын адамдар байқалады. Ар-ұятты қастерлеу, намысқа тырысушылық екінің бірінде кездесе бермейтін қасиет. Мұның әр адам психологиясына әсер етіп, терең із қалдыратыны сонша кісі кейде кірерге жер таппай, кісі бетін қарай алмай, ұйқыдан, тамақтан қалатын болады. Абай ұяттың 2 түрі бар деді. 1) надандықтан туатын, ұғымына ұялмас нәрседен ұялу. Бұл надандық, ынжықтық, қайрат жігердің осалдығы, білім мен тәжірибесінің саяздығы. 2) дұрыс емес қылықтан ұялу. Эстетикалық сезім дегеніміз адамның шындықтағы қандай болмасын бір сұлулықты сезіну. Бұл сұлу сымбатты, өмірге үйренуі, әдемі көріністерді тамашалау, табиғаттағы, көркемөнердегі шынайы әсем нәрселерден ләззат алу. Эстетикалық сезім дене сұлулығын қабылдауда ғана тұмайды. Моральдық сұлулықта та эстетикалық сезім тудырады. Өзінің мүддесін қоғам игілігі үшін тежеп ұстайтын жоғары моральды адамдарды көріп куә боламыз. Мұндай адамдар өзіне деген құрмет сезімін туғызады. Біз оларды «моральдық жағынан мұншама тамаша адам болады екен-ау» дейміз. «Сұлулық сезімдері адамның дұрыс, сұлу нәрсеге сүйініп керексіз нәрседен жеркенуге, жақсылыққа ұмытылып, жауыздықтан тиылуына көп көмек көрсетеді» деген болатын М. Жұмабаев. Интеллектуалдық сезімдер адамның тану процесімен, адамдардың ақыл-ой әрекетімен тығыз байланысты. Оған әуестік, білуге құмарлық, іздемпаз танырқау, сенімдік, интуиция, ықтималдың жорамалдың, болжау т.б. сезімдері жатады. Сезімнің осы түрлері оқу процесінде, ғылыми-зерттеу жұмыстарда, адамға зор ләззат беретін жаңалықтар ойлап табуда пайда болады. Эмоция күрделі және қарапайым болып бөлінеді. Эмоция адамның сыртқы келбет әжімі, қимылы, даусы арқылы айқын көрініп тұрады. Енді қарапайым эмоцияларға тоқталсақ. Олар: ашулану, қуану, ренжу, тобалау, қорқу жек көру т.б. Мысалы: қуаныш үстінде адам өте жомарт, мырза болса, ал ашу үстінде кісі қатал болып сараңдығы ұстауы мүмкін. Мысалы: бала қуанғаннан секіреді, шапалақ ұрады, жер тепкілейді, қатты күледі. Мұндайда дауыс түрліше құбылып, ұлғайып, бәсеңдеп, қатайып, жұмсарып отырыады. Бетпен бастағы тамырлар қанға толып, адам қызарып көзіне жас пайда болады. Қорқу эмоциясы қауіптің пайда болуымен туындайды. Олда адамның бет- әлпетінен, қимыл-қозғалысынан жақсы байқалады. Мұндайда адамның көзімен аузы ашылып, қасы көтеріледі. Адам бір дегеннен не істерін білмей тұрып қалады. Мықтап үрейлене қашып кетеді немесе қорғау әрекетіне көшеді. Қатты қорқан кезде

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

адамның жүрегі қозғалғандай болып қалады. Жүрегі қатты соғып денесін тер басып, шашы үрпиіп көтеріледі, беттің бұлшық еттері тартылып, дем алуы өзгереді. Даусы қарлығып кейде шықпай қалады. Ашулану. Мұндайда адам қысылады, көзі жалт-жұлт етіп, дем алысы жиілейді. Адамның танауы ербиіп, бұлшық еттері қатайып жауына немесе жек кәретін затына тап беруге дайын тұрады. Еркін, қатты қысып, тісін тістеп, қасын керіп, қабағынан қар жауғандай болады. Ашулану барлық адамдарда бірдей болмайды. Оның күшті және әлсіз болуы мінезіне, тәлім-тәрбиесіне байланысты. Ашу қысып әсіресе оның, соңғы қуаттырақ кезеңі болғанда адам өз мінез-құлқын бақылауды жоғалтып алады. Бұны кезінде Рим ақыны Гораций айтқандай: «қызба ашу өте шығатын ақылсыздық». Ашуды бастапқыда тоқтату керек, сол себепті ашулы күйге келгенін сезінген адам өзін-өзі: өзін ақылмен алып жүру, өз сезіміне ие болу, жүгенсіз эмоцияға берілмеу деген сияқты бұйрық беруі тиіс. Біздіңше бұның басқа жолын, «Гуливердің басынан кешкендері атты кітаптың» авторы Джонатон Свифтің пікірін басшылыққа алу тиімдірек сияқты: «Ашуға берілу көбінесе басқаның кінәсі үшін өзінді-өзің жазалаумен бірдей». Өте дәл айтылған! Табалау ыза мен қуаныштың қосынды түрі. Бұл біреуді мұқату, әшкерелеу. Ол адамға жаман сезім туғызады. Оны ызаландырып мұқатумен бірге ырза бір, кекесінмен күліп келемеждейді. Қызғаншақтық та жағымсыз эмоциялардың бір түрі. Кейде, адамдар туралы: қызғаншақ екен, басқаның жолы болып, бақытқа ие болғанда, ол қатты күйзеледі деді. Бұндай күйзеліс жағдайында Монтескениң ескертуі орынды: «қызғаншақ өзіне-өзі жау, өйткені ол өзі тудырған жауыздықтан сорлайды». Кім өзін-өзі қызғаншақпын деп ойлайды ғой дейсіз. Айқын түрде білінбесе де қызғаншақтық кең тараған. Мысалы: сәнге ден қойған адам менде анау, не мынау жоқ, немесе өз ойынша өзінен қабілеттсіз әрі абыройы төмен адам ана не мына қызметте отыр деген күйзеліске ұшырайды. Соншалықты ыңғайсыз сезім. Бұл тек қызғаншақтық және еліктеуге ұмтылыс екенін біліп жеке басының ерекшелігін жоғалтқанын сезіне отырып ыңғайсыз эмоциядан арылуға болады. Күрделі эмоциялар. Аффект, стресс, фрустрация, құмарлық, көңіл күй жатады. Аффект латынша аффектус, қазақша аффект дегеніміз қысқа уақытқа созылса да бұлқ етіп қатты көрінетін эмоцияның түрі. Аффект кейде адамның бүкіл психологиялық кейпін бұзып, ерік күшін әлсіреу жағдайда өтеді. (Мысалы: зәре ұшу, қорқу, долылық, жан түршігу, кенеттен торығу, қамығу т.б.). Аффект кезінде адамның есі шығып кетпейді. Дені сау адамдарда болатын аффект адамдардың жеке басының кемшілігі деп түсіну керек. Бұл адамның өзін меңгере алмауы, ерік тәрбиесінің кемістігі. Ерік жігері күшті адам, мұндай ұшқалақты лепіrmелікке бармайды. Дені сау адамның аффектісінен 3 психикасы ауруға шалдыққан ауру адамның аффектісінен (патологиялық аффект) ажырату қажет. Мұндай аффектер ми қабығымен қабық асты орталықтарының байланыс бұзылғандықтан, екінші сигнал жүйесінің реттеушімен рөлі кемігендіктен болады. Стресс. Бұл ағылшын сөзі, шамадан тыс зорлану деген мағынаны білдіреді. Стресс ұғымын канада ғалымы Гансон Селье (1936) өмірге енгізген. Психологияда стресс мәселесін зерттеп түсінік берген ғалым Р. Лазарус болды. Шамадан тыс күшті тітіркендіргіштер адамдарда көбінесе қолайсыз эмоциялар туғызады. Кісі ұдайы қиналатын болса, оның діңкесі құрып, берекесі кетеді. Адамдардың осылайша шамадан тыс зорлануын стресс деп атайды. Г.Селье стресс жағдайының дамуын 3 кезеңге бөлген: 1) Организмнің мазасыздануы. 2) Организмнің күшті тітіркендіргіштерімен айқаса күш салуы. 3) Адам сыртан келетін нәрсеге төтеп беруге шамасы келмеген жағдайда титықтап, әрекет жасаудан қалады. Мұндай қолайсыз әсер нерв жүйесінің жұмысына да, дене күшіне де нұқсан келтіретіндіктен адам өзінің сыртқы ортамен байланысының үнемі қадағалап реттеп отыру қажет. Стресс кезінде зейінді аудару қиынға соғып, яғни қабылдау, ес, ойлау қажеттіліктері болады. өте күшті тітіркендіргіштер (Мысалы: қарулы қылмыскердің шабуыл

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

жасауы, ситуация бойынша шешімді тез, дұрыс қабылдауда қателіктер жіберіп, адамның пульсі қатты соғып, қанға адреналинің жұмысы төмендеп, адам дұрыс шешім қабылдай алмайды. Стресс адамның өмірі үшін қауіпті, бірақ та ол адамға қажетті. Стресс арқылы тұлғаның үлкен ситуацияларға бейімделу мүмкіндігі пайда болады. Фрустрация. (латын сөзі - жоспардың бұзылуы) тұрақты жағымсыз эмоциялық күйге душар ететін шектен асқан қанағаттанбаушылық яғни, тұлғаның алға қойған мақсаты мен стратегиялық жоспарларының бұзылуы фрустрация туғызады. Тілек мақсаттың жүзеге аспауының бәрі бірдей фрустрация туғыза бермейді. Адам қанағаттанбау, реніш сезімін жиі бастан кешіреді. Мысалы: сабақтан кешігу, автобуска үлгермеу, таңғы асты ішіп үлгермеу т.б бұлардың бәрі бірдей фрустрация туғыза бермейді. Фрустрация қанағаттанбаушылық дәрежесі адамның төзімін тауысарлықтай болған жағдайда көрініс береді. Фрустрацияға көбінесе эмоцияға берілген, қызба, өмір тартысында шынықпаған сәтсіздікпен қиындыққа даярлығы жоқ адамдар ұшырайды. Құмарлық. Бұл күшті қажырлы эмоция. Құмарлық туралы Вольтер былай айтқан: «Құмарлық - кеме желкен кернейтін жел, ол кейде кемені суға батырады, бірақ онсыз кеме жүзе алмас еді». Құмарлықтың жағымды және жағымсыз түрі болады. Жағымды түріне білім алуға, өнерді үйренуге, спортқа т.б. құмарлық, ал жағымсыз түріне: малға, ақшаға, атаққа байлыққа және құмар ойындарға, нашақорлыққа, ішімдікке құмарлықтар жатады. Егер, адам өзін-өзі билей алатын күш-қуат тауып, жағымсыз құмарлықтарын қоймаса, оның денсаулығы нашарлап, тіпті өлімге жеткізуі мүмкін. Құмарлықты сана-сезімен басқарудың рөлін француз философы әрі ағартушысы Ж.Ж.Руссо айрықша бағалайды. Оның пікірінше: «басқара білгенде барлық құмарлық жақсы, ал оған бағынышты болғанда барлығы да жаман.» Құмарлық туралы Флаубер былаша тұжырымдайды: «Құмарлыққа қарсы айтудың не қажеті бар? Ол ерліктің, поэзияның, музыканың, өнердің, қысқасы барлығының қайнар көзі емес пе? Ал құмарлық туралы біршама сөз, бірақ барынша әділ айтқан Анатолий Френс болды. «Құмарлық- тыныштықтың жауы, бірақ онсыз 4 тіршілікте, не өнер, не ғылым болмаған еді. Әрине құмарлықта сана-сезімнің белгілі бір бақылауында болуы тиіс. Әйтпесе, мағынасыз бір нәрсеге құмарлық сәтінде әрект ету - дауыл кезінде теңізге жүзу дегендей, төтенше ескерту дұрыс болып шыға келеді. Бұл жерде тежелмеген құмарлық жөнінде айтылып отыр. Көңіл күй. Кейіпіне қарап адамды шат, жайдары, жылы жүзді, ақ жарқын, не көңіліне кірбің кірген, ызалы, түсі суық деп ажыратылады. Адамның көңіліне айнала қоршаған дүние әсер етіп отырады. Егер оның қызметі жақсы жүріп жатса, ұжымы ынтымақты болса, отбасы жағдайы жарасымды болса, көңілі де көтеріңкі болады. Көңілге адамның денсаулық жағдайы, нерв жүйелердің ерекшеліктері де әсер етеді. Мысалы: Адамның көптен ойлап жүрген ісі оңға басса немесе бір нәрсеге қолы жетсе (диплом алу, диссертация қорғау т.б) шат-шадыман күйге түседі. Керісінше ол ылғы сәтсіздікке ұшырай берсе, көздеген мақсатына жете алмаса, жанына қояр жер таба алмай қиналады. Мұндайда қабағы қатыңқы, ренішті күйде жүреді. Сондықтанда «көңілсізден күлкі шықпас, адам көңілден азады»-, деген мақалдар тегіннен-тегін айтылмаған. Ерік жігері, күшті рухани өміріміздің мазмұны адамдар, тіпті ауыр жағдайда көңілді жүреді. Оптимистік жарқын болашаққа сену, қиыншылыққа мойымау, ерік-жігері күшті, қажырлы адамның басты қасиеті.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1.Ойлаудың темпі бойынша бұзылысына ... жатпайды.

А. тыңғылықтылық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- В. ментизм
 - С. шперрунг
 - Д. жылдамдау
 - Е. баяулау
2. Фиксациялық амнезия ... синдромға тән.
- А. Корсаков
 - В. психоорганикалық
 - С. астеникалық
 - Д. депрессивті
3. Ес пен интеллекттің бұзылуы ... тән емес.
- А. неврастенияларға
 - В. эпилепсияларға
 - С. өршімелі салдануға
 - Д. церебральді атеросклерозға
 - Е. шизофренияға
4. Корсаков синдромына ... кірмейді.
- А. ассоциативті үдерістің жылдамдауы
 - В. өршімелі амнезия
 - С. фиксационды амнезия
 - Д. конфабуляция немесе псевдореминисценция
 - Е. кеңістік пен уақыттағы дезориентация
5. Өршімелі амнезия ... кездеспейді.
- А. маниакальді - депрессивті психозда
 - В. кәрілік психозында
 - С. Пик ауруында
 - Д. өршімелі салдануда
 - Е. бас миының атрофиялық ауруларында
6. Естің сандық бұзылысына ... жатпайды.
- А. конфабуляция
 - В. гипермнезия
 - С. гипомнезия
 - Д. амнезия
 - Е. өршімелі амнезия
7. Естің сапалық бұзылысына ... жатпайды.
- А. антероградты амнезиялар
 - В. псевдореминисценциялар
 - С. конфабуляциялар
 - Д. парамнезиялар
 - Е. криптомнезия
8. Естің толық жоғалуы – бұл
- А. амнезия
 - В. апатия
 - С. апраксия
 - Д. афазия
 - Е. абулия
9. Онейроидқа ... тән емес.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- A. шынайы көру галлюцинациясы
 - B. антагонистік сандырақ
 - C. кататоникалық бұзылыс
 - D. психомоторлы қозу
 - E. орындағы, уақыттағы және жеке тұлғадағы бағдарсыздық
10. Аменцияға ... тән емес.
- A. болып жатқан оқиғаларды түсіну
 - B. нашар болжам
 - C. сөйлеудің байланыссыздығы
 - D. ауырсынушылық уайымдарды есте сақтау
 - E. сананың терең тұмандануы

3-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Эмоционалды және қимыл-ерікті бұзылулар.

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;
психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;
қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;
ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;
әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу;
клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;
неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;
психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Эмоционалды және мотор-ерікті бұзылулар. Маникалық синдром.
2. Депрессиялық синдром.
3. Депрессияның клиникалық формалары.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

4.Мотор-ерікті сфераның бұзылуының патофизиологиялық механизмдері туралы қазіргі заманғы идеялар.

5.Әр түрлі аурулардағы мотор-ерікті саланың бұзылуының ерекшеліктері.

6. Кататоникалық ступор.

7.Психомоторлы қозу, оның клиникалық түрлері (маникалық, кататоникалық, эпилептиформалық, импульсивті).

8. Қимыл-қозғалыс саласы бұзылған науқастарға күтім жасау ерекшеліктері.

Эмоция, қозғалыс-ерік бұзылыстары.Эмоция – тікелей бастан кешіру арқылы объективті құбылыстарды емес, оларға субъективті қатынасты көрсететін психикалық бейнелеудің ерекше түрі.Эмоциялардың ерекшелігі олардың объективті қасиеттерінің субъект қажеттіліктеріне қатынасымен шартталған субъектіге әсер етуші жағдайлар мен объектілердің маңызын көрсетеді.Эмоциялар шындық пен қажеттіліктер арасындағы байланысқызыметін атқарады.Эмоциялардыңқызыметтері

Эмоциялардың бірнеше қызметтері бар: бейнелеуші(бағалаушы),ынталандырушы,нығайтушы, ауыстырушы және коммуникативті.Эмоциялардың бейнелеушіқызыметі құбылыстардың жинақталған бағасымен көрініс береді. Эмоциялар бүкіл ағзаны қамтиды да, сонымен бірден интеграцияны, онымен атқарылатын ісәрекеттің барлық түрлерінің жинақтауын жүзегеТасырады, бұл - бірінші кезекте, әсер етіп жатқан факторлардың пайдалылығы мен зияндығын анықтауға және зиянды әсердің локализациясы анықталғанға дейін әрекет етуге мүмкіндік береді. Мысалы, аяқ-қол жарақатын алған адам ауырсынуға бағдарлап, бірден ауырсыну сезімін азайтатын дене қалпын табады. Эмоциялардың құрылымдық негізі(Дж.Пейпек бойынша 1937) Бадамша безін стимуляциялау қорқыныш,ашу, ыза сезімдерін шақырады. Бадамша безі бәсекелес эмоцияларды таразылайды, әрекет таңдауын анықтайды:қорғаныс немесе агрессия. Белдік иірілім эмоцияға байланысты жоғары

координациялық қызметтер атқарады. Алдыңғы лимбиялық қыртыс сөздің эмоциональдығын бақылайды: дауыстыңтөмен және жоғары форманттарын.Қалқа аймағы рахаттану мен «бақыт» сезімдеріне жауапты.Эмоциялардың жіктелуі ЭМОЦИЯЛАР Күші, ұзақтығы бойынша

Көңіл-күй Құштарлық Аффект(физиологиялық)Гиперпатия Гипопатия Сапалық көрсеткіштер бойынша Оң(жағымды) және теріс(жағымсыз) Стеникалық Астеникалық

Жоғарғы Төмен.Гиперестезия Гипестезия Эмоциялардың жіктелуі Күші мен ұзақтығы бойынша:

Көңіл-күй — ұзақ, біркелкі эмоциональды жағдай; құштарлық — күшті, тұрақты және терең эмоциональды жағдай;аффект — аса күшті, қысқамерзімді эмоция.

Күрделілік бойынша:төмен, инстинктармен байланысты, және жоғары, эмоциялар, қоғамда тәрбиелену нәтижесінде қалыптасады.Эмоциялардың В.Ф. Матвеев бойынша жіктелуіОң (жағымды) эмоциялар:

рахаттану, қуаныш, шаттану, сенім, симпатия, ризашылық, махаббат (жыныстық), махаббат (бауыр басу), сыйлау, нәзіктік, өр көкіректік, өзімшілдік, қайтарылған кек сезімі,мысқылдау, таза ар, жеңілдеу сезімі, өзінеқанағаттану сезімі, қауіпсіздік сезімі, дәмелену..Нейтральды эмоциялар: қызығушылық, таңдану, таң қалу, немқұрайлы, жайбарақат-маңыраймалы көңіл күй. Теріс (жағымсыз) эмоциялар: көңіл толмау, қайғы (мұң), сағыныш, уайым, отчаяние, огорчение, қобалжу,реніш, қорқыныш, үрей, аяныш,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

жан ашу, өкіну, ашу, намысын таптау сезімі, возмущение (негодование), жеккөру, қызғаныш, ыза, түңілу, сенімсіздік, ұят, жиіркену, көңіл қалу, өзіне қанағаттанбау, шыдамсыздық.

Аффект термині (латынның affectis – жан үрейі, күштарлық, күшті және қысқа мерзімді эмоциональды жағдай.) буырқанған қысқа мерзімді эмоциональды күй, ал көңіл-күй салыстырмалы тұрақты эмоциональды жағдай. Патологиялық аффект.

Дайындық кезеңі – жедел дамитын не ұзақ уақыт бойы жиналатын күшті эмоциональды уайымдауларда пайда болады. 2. Жарылыс кезеңі – физиологиялық аффекттен басым түсетін аса күшті эмоциональды реакциядан пайда болады. Бұл жағдай сананың терең бұзылысымен жүреді, бағытталған агрессияға бейім стереотипті әрекеттер байқалады. (мысалы, адам өлтіру)

3. Соңғы кезең – адам біртіндеп сабасына түсіп, шешуші ұйқы жағдайына түсумен сипатталады. Эмоция бұзылыстары Сезімдердің болмауы Депрессия Эмоциональды салдану Дисфория Эмоциональды апатия Меланхолиялық Эмоциональды топастық Фобиялар Гипотимия Өлермендік Гипостения Сезімдердің бұрмалануы Гипертимия Гиперстения Адекват сыздық Эйфория, Сезімдердің ұсталмауы, Амбиваленттік Экстаз, Патологиялық аффект Маниакальды өлермендік.

Эмоция бұзылыстарының жіктелуі. Эмоция бұзылыстары. Продуктивті эмоциональды бұзылыстар. Негативті эмоциональды бұзылыстар Гипотимиялар.

Эмоциональды резонанстың тарылуы. Эмоциялардың салдануы.

Эмоциональды топастық Гипертимиялар. Эмоциональды патологиялық инверсия.

Паратимиялар. Эмоциональды нивелировка. Эмоциялар динамикасының бұзылысы. Эмоциялардың көмескіленуі. Депрессия — мұң, басылған, күңгірт көңіл-күй, терең күйініш, қайғылы көңіл-күй. Витальді мұң «жүректегі тас», қысу сезімі, жүрек маңындағы, төс артындағы «қуыс» сезімдерімен қатар жүреді. Депрессия нұсқалары келесі: депрессивті ступор – кенеттен меланхолиялық ессіздік (raptus melancholicus), жағдайымен үзілуі мүмкін толық қимылсыздық, қатып қалу. сандырақтық депрессия - депрессивті синдром құрылымында сандырақ орталық орынды алады, бұл кезде сандырақтық бұзылыстар фантастикалық кең ауқымда болады.

үрейлі депрессия – сағыныш аффектісінен үрей басым, қозғалыс тынымсыздығы. Мания — көтеріңкі, “шуақты”, қуанышты, “сәулелі”, өмірлік бақыт, белсенділік пен әрекетшілдіктің жетіпартылуы. Эйфория — өз жағдайын, әрекетін “рефлекторлы” беткей бағалаумен “бос”, уайымсыз, жеңілдетілген эмоциональды жағдай. Қамсыздық — уайымсыздықпен, іс әрекетке ұмтылыссыз қанағаттанумен жүретін эмоциональды жағдай. Экстаз — аса жоғары, экзальтирленген, биік сүйініш сезімі, көбінесе мистикалық, мессиандық реңді әсерлену.

Ашушаңдық — тітіркенгіштік, ызалық, агрессияға, қиратушы әрекеттерге бейімділігі бар аффект.

Маниакальды, паралитикалық, сандырақтық, маниакальды сандырақтық, психоорганикалық, корсаков синдромы, сананың алжасуы синдромдарының құрылымына кіреді.

Эмоциональды резонанстың тарылуы — эмоциональды реакциялардың жарықтығы мен таралымдығының азаюы, олардың ауқымының тарылуы. Эмоциональды патологиялық инверсия — ішкі утилитарлы-гедонистикалық сұраныстарға бағытталумен эмоциональды резонанс тарылуының ауыр дәрежесі. Эмоциональды нивелировка — бұрын берілген субъектіге тән болған ажыратылған эмоциональды елеудің жойылуы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Депрессивті синдромның құрамына ... кірмейді.

- A. менмендік сандырағы
- B. күйзелу
- C. өзін-өзі кінәләу сандырағы
- D. ойлаудың тежелуі
- E. естің төмендеуі

2. Эмоциональді фонның патологиясына ... жатпайды.

- A. абулия
- B. паратимия
- C. дисфория
- D. мания
- E. үрей

3. Адамның қоршаған ортамен қарым-қатынасының үзілуімен бейнеленетін психологиялық шектелудің ауыр түрі - бұл

- A. аутизм
- B. апатия
- C. абулия
- D. ступор
- E. негативизм

4. Жабысқақ іс-әрекеттің түрі

- A. пиромания
- B. геронтофилия
- C. канцерофобия
- D. педофилия
- E. агорафобия

5. Сананың патологиялық мастанудағы бұзылысы

- A. бұлыңғырлануы
- B. есеңгіреу
- C. делирия
- D. онейроид
- E. аменция

6. Сезімнің болмауымен ерекшеленетін терең немқұрайдылық ... деп аталады.

- A. апатия
- B. адинамия
- C. анестезия
- D. депрессия
- E. дисфория

7. Тағамға қажеттіліктің патологиялық жоғарылауы.

- A. булимия
- B. анорексия амнезия
- C. пиромания анорексия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- D. клептомания эйфория
- E. полидипсия гипотомен
- 8. Аштық сезімінің төмендеуі немесе жоғалуы
 - A. анорексия
 - B. апраксия
 - C. абулия
 - D. негативизм
 - E. апатия
- 9. Делирий ... кездеседі.
 - A. алкоголизмде
 - B. шизофренияда
 - C. жедел тамырлық психозда
 - D. истериялық психопатияда
 - E. жедел жарақаттық психозда
- 10. Делирийге ... тән емес.
 - A. қозғалыссыздық
 - B. ұйқысыздық
 - C. қорқыныш көру галлюцинациясы
 - D. мутизм
 - E. қоршаған ортадағы дезориентировка

4-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Бұзылған сана синдромы.

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;

психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;

қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;

ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;

әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу; клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;

психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары: Сананың жоғалу синдромдары:

1. Делирий клиника, диагностикасы, емі.
2. Онейроид, клиника, диагностикасы, емі.
3. Аменция, клиника, диагностикасы, емі.
4. Сананың ымырт түсуі.
5. Пароксизмальды құбылыстар: ұстамалар, сананың ерекше күйлері.

Бұзылған сана синдромдары.

Сана коршаған ортаны бейнелеудің, адамның сыртқы әлем және өзі жөнінде білімінің жоғарғы формасы. Сана тек адамзатқа тән, ол қоғамдық тұрмыстың және адамдардың ұжымдық еңбек қызметінің тарихи дамуы нәтижесінде пайда болады. Біз тек сана арқылы коршаған ортаны түсініп, әр түрлі әрекеттерімізді болжап, оның маңызын, мақсатын түсініп, біле аламыз. IX Тарау. Негізгі психопатологиялық синдромдар 9.8 сурет.

Алаңғасарлықпен ауыратын наукастың бос көңілшектігі

Осылайша, сана біздің психикалық қызметіміздің жеке саласы бола алмайды.

Фокустағы сияқты, санада адам психикасының белсенділігі және оның әртүрлі мәні концентрацияланады. Сана айқындылығын жеке психикалық салалар түрінде емес (кабылдау, ойлау т.б.), жалпы, бүтін психикалық акт ретінде бейнелеп көрсетеді. Сондықтан, галлюцинация, сандырақ, жабысқақтықтар және т.б. түріндегі психикалық бұзылыстарды, оларда бұзылған сана элементтері бола тұра, заттық сана патологиясына жатқызбайды. Сана белсенділігінің өзгерістерінде деперсонализация және дереализация сияқты күрделі

Психикалық аурулар кезінде синдром түзілу заңдылықтары интеграцияланған бұзылыстар сезімтал болып табылады. Бұл өзгерістерді рецепторлық және интрапсихикалық бұзылыстар шекарасындағы патологияға жатқызады және «өзіндік сана бұзылысы» түсінігінде біріктіреді. Бұл өмірде дереализация деперсонализацияның бір түрі болып табылады, нақтырақ айтқанда, аллопсихикалық деперсонализация: коршаған ортаның жаттанды, шынайы емес қабылдануы.

Соматопсихикалық деперсонализация (өз денесінің немесе бөліктерінің бөтенденуі) және аутопсихикалық деперсонализация (өз ойларының, сезімдерінің, қозғалыстарының, әрекеттерінің, өзіндік «Меннің» бөтенденуі).

Бұзылған заттық сана критерийлеріне мыналар жатады:

- 1) шындық өмірден ажырау, коршаған ортадағы құбылыстарды дұрыс қабылдаудың мүмкін болмауы немесе оларды фрагментарлы бейнелеу;
 - 2) уақыт, орын, өзіндік тұлға бойынша бағдарлау бұзылысы;
 - 3) ойлаудың анық болмауы, ситуацияны толық, дұрыс қабылдай алмау;
 - 4) осы шақ оқиғаларының бөліктік немесе толық амнезиясы.
- Сананың барлық бұзылыстарын екі топқа бөлуге болады:
- 1) сана деңгейінің толық өшу дәрежесіне дейін төмендеуі
 - 2) сана күңгірттенуі.

Бірінші топқа есеңгіреу, кома, сопор жатады, екінші топқа — делириоздық,

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

онейроидты, аментивті сана бұзылыстары жатады. Күңгірттенген сана жағдайының ерекшелігі продуктивті психопатологиялық симптомның бірге жүруі болып табылады (иллюзиялар, галлюцинациялар, сандырақ т.б.). Сана бұзылуының бірінші тобында психикалық қызмет әр түрлі дәрежеде қиындайды.

Есеңгіреу — психикалық үрдістердің кедейленуімен және психиканың патологиялық өнімінсіз сана белсенділігі төмендеуінің жеңіл дәрежесі. Бұл жағдайда барлық сыртқы тітіркендіргіштерді қабылдау деңгейі жоғарылайды және жауап реакциясының жасырын (латентті) кезеңінің ұзақ болуы тән, нәтижесінде наукас тек күшті тітіркендіргіштерге жауап береді, айналадағы құбылысты қиыншылықпен, толықтай қабылдай алмайды. Ойлау қабілеті қиындаған, наукас тек жеңіл сұрақтарды, оны бірнеше қайталағанда түсінуге қабілетті, жауаптары толық емес, біртекті, жұпыны. Айналадағы құбылыстарға қатыспаушылық, тежелу, жиі ұйқышылдық (сомнолентті жағдай) жағдайы болады. Түс көру болмайды, бағдарлау әр түрлі дәрежеде өзгерген. Есеңгіреу кезіндегі жайттарды еске түсіру қиын, үзік-үзік немесе мүлдем еске түспейді.

Есеңгіреудің бастапқы көрінісі обнубияция болып табылады, бұл кезде сана біресе айқындалып, біресе қарауытады.

Жағдайдың ауырлау дәрежесіне қарай есеңгіреу сопорға немесе комаға ауысады. Сопор кезінде аурумен сөйлесу мүмкін емес, бағдарлаудың барлық түрі бұзылған, тек күшті тітіркендіргіштерге қимылдық және мимикалық реакциялар сақталады. Кома кезінде сана және сыртқы тітіркендіргіштерге реакция жоқ. Есеңгіреу, сопор, кома кез-келген соматикалық және психикалық ауруларда дамуы мүмкін. Психиатриялық практикада бұл жағдай эпилепсия ұстамасынан кейін, электротырысулық және инсулиндік-шокты терапияны қолданғанда бақыланады.

Негізгі психопатологиялық синдромдар.

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

Делирийдің үш сатысын ажыратады. Бірінші сатысы гиперестезиямен (әсіресе есту, көру анализаторлары саласында), көңіл-күйдің өзгеруімен (сөзшендікпен, көтеріңкі көңіл-күйден қорқынышпен, үрейлі күйге дейін шошынудан), әртүрлі айқын елестер ағыны түрінде естеліктердің жандануымен, бір орында жай таппаумен сипатталады. Делирийдің алғашқы симптомдарының бірі — ұйқының бұзылуы болып табылады. Әр түрлі қорқынышты түстерден шошып ояну нәтижесінде ұйқы бұзылады. Екінші сатысында ауру көрген түсі мен шындықты ажырата алмайды, айналасындағы құбылыстарды иллюзия түрінде қабылдайды, козу күшейеді. Үшінші сатысында, делирийдің ең жоғарғы шегінде, шындық өмір түгелдей галлюцинациялық бейнелермен, сандырақтық оқиғалармен (жедел сезімдік және бейнелік сандырақ) алмасады, осының барлығы шынайы кеңістіктен қабылданады өтіп жатқан құбылыстардың кейіпкері наукастың өзі болып табылады.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Мазасыздық жедел аффективті-канық козу жағдайымен алмасады, оның мазмұны санды рақ тем атикасы мен анықталады: аш у-ы за, қорқы ны ш жағдайында наукас әлдекімге шабуыл жасайды немесе өз басын сауғалайды, жасырынады, кашуға тырысады. Наукастың патологиялық күйзелістері мен аффективті жағдайы және жүріс-тұрысы арасында үйлесімді бірлік бар. Жағдай түнге қарай ауырлай түседі, ал күндіз сананың біршама айкындалу кезеңдері болады. Делирийден шығу жиі критикалы сипатта, ұйқы кезеңінен кейін болады. Болған оқиғалар жөнінде естеліктер толық емес, үзінді түрінде болады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1.Сананың патологиялық мастанудағы бұзылысы

бұлыңғырлануы

- A. есеңгіреу
- B. делирия
- C. онейроид
- D. аменция

2.Сананың бұлыңғырлану варианты-бұл...

- A. амбулаторлы автоматизм
- B. абсанс
- C. делирий
- D. фугалар
- E. транстар

3.Сананың психотикалық патологиясына ... жатпайды.

- A. сопор
- B. обнибуляция
- C. делирий
- D. бұлыңғырлану жағдайы
- E. онейроид

4.Депрессивті синдромның құрамына ... кірмейді.

- A. менмендік сандырағы
- B. күйзелу
- C. өзін-өзі кінәләу сандырағы
- D. ойлаудың тежелуі
- E. естің төмендеуі

5.Эмоциональді фонның патологиясына ... жатпайды.

- A. абулия
- B. паратимия
- C. дисфория
- D. мания

үрей

6.Адамның қоршаған ортамен қарым-қатынасының үзілуімен бейнеленетін психологиялық шектелудің ауыр түрі - бұл

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- A. аутизм
 - B. апатия
 - C. абулия
 - D. ступор
 - E. негативизм
7. Жабысқақ іс-әрекеттің түрі
- A. пиромания
 - B. геронтофилия
 - C. канцерофобия
 - D. педофилия
 - E. агорафобия
8. Сезімнің болмауымен ерекшеленетін терең немқұрайдылық ... деп аталады.
- A. апатия
 - B. адинамия
 - C. анестезия
 - D. депрессия
 - E. дисфория
9. Тағамға қажеттіліктің патологиялық жоғарылауы.
- A. булимия
 - B. анорексия амнезия
 - C. пиромания анорексия
 - D. клептомания эйфория
 - E. полидипсия гипотомен
10. Аштық сезімінің төмендеуі немесе жоғалуы
- A. анорексия
 - B. апраксия
 - C. абулия
 - D. негативизм
 - E. апатия

5-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Шизофрения және шизотиптік бұзылыс.

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;
психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;
ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;

әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу;
клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;

неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;

психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары

1. Шизофренияның мәні туралы сұрақтың түсінігі мен қазіргі жағдайын анықтау.
2. Шизофренияның негізгі және қосымша белгілері туралы түсінік.
3. Шизофренияның негізгі клиникалық түрлері.
4. Шизофрения ағымының түрлері.
5. Балалық және кеш жастағы шизофренияның ерекшеліктері.
6. Шизофренияның этиопатогенезі туралы қазіргі идеялар.
7. Шизофренияны емдеудің принциптері мен түрлері.
8. Асқынулар, жанама әсерлер, психофармакологиялық препараттарды қолдануға қарсы көрсетілмдер, психофармакологиялық препараттарды түзеткіштер.
9. Шизофрениядағы оңалтудың негізгі принциптері.

Шизофрения белгілері тұлғааралық қарым-қатынастарға әсер етуі мүмкін, бірақ олар сіздің жеке басының бұзылуымен өмір сүріп жатқаныңызды білдірмейді. Психикалық денсаулық жағдайына байланысты көптеген белгілер әлеуметтік оқшаулануды, қысымды және қарым-қатынастың нашарлауын тудыруы мүмкін. Стигма мен соттаудан қорқу сізді құрдастарыңыздан алшақтатуы мүмкін. Кейде сіз сезінетін белгілер эмоционалды көріністің төмендеуіне немесе басқалар арқылы қуаныш сезімін сезіну қабілетінің төмендеуіне ықпал етуі мүмкін. Шизофрениямен өмір сүру осы қиындықтардың бірқатарын тудыруы мүмкін, бірақ бұл сіздің жеке басының бұзылуымен бірге жүретін қатаң, ұзақ мерзімді мінез-құлық үлгілерімен өмір сүріп жатқаныңызды білдірмейді. Шизофрения жеке тұлғаның бұзылуы емес. Бұл психикалық бұзылулардың диагностикалық және статистикалық нұсқаулығында тізімделген психотикалық бұзылыстың бір түрі, 5th басылым, мәтінді қайта қарау (DSM-5-TR), «шизофрения спектрі және басқа психотикалық бұзылулар» бойынша. Психотикалық бұзылулар шындықты қабылдаудың өзгеруін қамтиды. Бұл тәжірибелер барлық психотикалық бұзылулардың негізгі белгілері болып табылатын психоз белгілерін құрайды. Психотикалық белгілерге мыналар жатады:

галлюцинациялар, адасулар, ұйымдастырылмаған ойлау, ұйымдастырылмаған қозғалтқыш қызметі, жағымсыз белгілер. Теріс белгілер – бұл функцияның жоғалуын көрсететін белгілер. Оларға мыналар жатады: аволия (өзіндік мотивацияның төмендеуі), эмоционалды көріністің төмендеуі, алогия (сөйлеу қабілетінің төмендеуі), қауымдық (әлеуметтік қызығушылық), ангедония (рахаттану қабілетінің төмендеуі). Психоздың белгілері шизофренияның негізгі белгілері болып табылады.

Ресми диагнозды алу үшін сіз 1 айлық кезеңнің көп бөлігінде сандырақтарды, галлюцинацияларды немесе ұйымдастырылмаған ойлауды сезінуіңіз керек. DSM-5-TR

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

сәйкес, шизофрения әдетте сіздің жағдайыңызға байланысты ересек жаста, 20 жаста немесе кейінгі өмірде психоздық белгілермен көрінеді.Симптомдар жиілігі мен ауырлығы бойынша әр түрлі болуы мүмкін және жиі симптомдар мүлде болмайтын уақыт кезеңдерімен араласатын эпизодтармен келеді.Шизофрениядан айырмашылығы, тұлғалық бұзылулар психоздың құрамдас бөлігін қамтуы керек емес. Олар сіздің айналаңыздағы әлеммен қарым-қатынасыңызға әсер ететін ұзақ уақыт бойы қалыптасқан мінез-құлық үлгілерімен анықталады.Тұлғаның бұзылуының сипаттамалары ұзақ мерзімді және тұрақты болып келеді. Олар балалық шақта жиі байқалады және өмір бойы ой мен әрекеттің төзімді, қатал үлгілеріне айналады.

2008 жылы Психикалық аурулар бойынша ұлттық альянс (NAMI) жүргізген сауалнама шизофренияға қатысты ең үлкен қате пікір оның бірнеше немесе «бөлінген» тұлғаларды қамтитынын анықтады.Есепке сәйкес, американдықтардың 64 пайызы бұл шындыққа сенеді.Шизофрения жеке тұлғаның бірнеше бұзылуы емес, бірақ психоз белгілері біреудің мүлдем басқа адамға айналғандай көрінуі мүмкін.Мысалы, галлюцинация дауыстарды естуді немесе іс жүзінде жоқ адамдарды көруді білдіруі мүмкін. Галлюцинация кезінде дауыстап сөйлесу сізді басқа «менмен» сөйлесіп тұрғандай етіп көрсетуі мүмкін.Сол сияқты, адасушылықтар сіздің тұлғаңыздың аспектілерін өзгертуі мүмкін. Сіз бір нәрсенің ұзақ уақыт бойы жақтаушы болған болуыңыз мүмкін, тек алдау салдарынан кенеттен оны тастап кету үшін.Шизофрения сізді және айналаңыздағыларды симптом эпизодтары кезінде сіздің мінез-құлқыңыз өзгеретіндей сезінуі мүмкін.

Дегенмен, шизофренияда сіз диссоциация емес, психозды бастан кешіресіз, бұл диссоциативті сәйкестік бұзылуының (бұрын бірнеше тұлғаның бұзылуы деп аталатын) негізінде жатқан механизм болып табылады.Ол мүмкіндегенмен, шизофрениямен де, диссоциативті сәйкестік бұзылыстарымен де өмір сүру.Диссоциация – бұл сізді шындықтан ажырататын психикалық қашу механизмі, көбінесе травматикалық тәжірибелерден туындайды. Диссоциация – бұл сіздің миыңыз сізді естеліктер мен жағдайлардан алшақтату арқылы өзін қорғауға тырысатын әдіс.Тұлғаның шизотиптік бұзылуы шизофрения спектрінің бұзылуы болып саналады. Егер сізде шизофрениямен ауыратын отбасыңыз болса, сізде бұл жағдайды дамыту мүмкіндігі жоғары болуы мүмкін.Тұлғаның барлық бұзылыстары сияқты, шизотиптік тұлғаның бұзылуы мәдени нормалардан өзгеше ішкі тәжірибені сипаттайды. Ол балалық шақта пайда болады және тығыз тұлғааралық қарым-қатынасты сақтауда қиындықтарға ықпал етеді.

Тұлғаның шизотиптік бұзылуында жиі кездесетін мінез-құлық пен ойлар шизофрениядағы галлюцинациялар мен сандырақтарға ұқсас болуы мүмкін.Алдану – бұл басқа жолмен дәлелдеуге болатын нәрсеге деген мызғымас сенім. Сіз адасушылықты бастан өткерген кезде, керісінше ешбір дәлел сіздің сеніміңізді бұзбайды, тіпті көрмей де, естіп те немесе даусыз дәлелдеуге қатысуға болмайды.Тұлғаның шизотиптік бұзылуы дәстүрлі емес нанымдарды қамтиды; дегенмен, олар көбінесе көріпкелдік, паранормальдық немесе ырымдар сияқты материалдық емес ұғымдармен байланысты. Олар қатаң немесе жалған болуы міндетті емес, бірақ олар болуы мүмкін.Сондай-ақ жеке тұлғаның шизотиптік бұзылуымен өмір сүрген кезде ерекше сенсорлық қабылдаулар немесе «дене иллюзиялары» болуы мүмкін.

Галлюцинациядан айырмашылығы, бұл сенсорлық бұрмаланулар нақты ынталандыруды қамтиды – жай ғана дұрыс түсіндірілмеген.DSM-5-TR сәйкес, шизотиптік тұлғаның бұзылуының белгілері мыналарды қамтуы мүмкін:болып жатқан

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

барлық нәрсе сізге тікелей байланысты деген тұрақты сенім, мінез-құлық пен шешімдерге әсер ететін сиқырлы ойлау, паранормальды құбылыспен айналысу, дене иллюзиялары, типтік емес перцептивті тәжірибелер, сирек, кейде метафоралық, сөйлеу үлгілері мен ойлау, параноидтық идея, күдік, атипті эмоционалды жауаптар (немесе олардың болмауы), эксцентрілік мінез-құлық, ұқыпсыз көрініс, тіпті таныс компанияда тұрақты әлеуметтік алаңдаушылық.

Тұлғаның шизотиптік бұзылуымен өмір сүру уақытша немесе өтпелі психотикалық эпизодтармен бірге жүруі мүмкін. Бұл шындықтың бұзылуы бірнеше минуттан сағатқа дейін созылуы мүмкін және әдетте стресске жауап береді. Егер олар пайда болса, DSM-5-TR олар психотикалық бұзылыстың қосымша диагностикасының критерийлеріне сирек сәйкес келетінін айтады. Шизофрения мен шизотиптік тұлғаның бұзылуын емдеу нұсқалары; Шизофрения да, шизотиптік тұлғаның бұзылуы да олардың әсерін азайтуға көмектесетін психотерапия мен дәрі-дәрмектерді қамтуы мүмкін өмірлік жағдайлар. Дәрі-дәрмектер екі ауру үшін де қолданылуы мүмкін. Сізге тағайындалуы мүмкін: антипсихотиктер, антидепрессанттар, анксиолитиктер (мазасыздыққа қарсы препараттар)

Сіздің денсаулық сақтау тобы ұсынатын дәрілер сіздің белгілеріңізге негізделеді, бірақ психоз болған кезде антипсихотиктер бірінші қатардағы емдеу әдісі болып саналады. Психотерапия сізге шизофрения спектрінің жағдайын жеңуге көмектеседі зерттеулер шектелген Шизотиптік тұлғаның бұзылуына қаншалықты тиімді екендігі туралы. Жалпы емдеу әдістері қамтиды: когнитивті мінез-құлық терапиясы (CBT), топтық терапия, комплаенс терапиясы, метакогнитивтік тренинг, зейін терапиясы, баяндау терапиясы. Үйлестірілген мамандандырылған күтім (CSC) сіздің өміріңіздің сапасына да әсер етуі мүмкін. ХҚКО шизофрениямен өмір сүруге және жұмыс істеуге бейімделуге көмектесетін мультидисциплинарлық қолдау желісін қамтиды. Алайда адасулар мен бұрмаланған қабылдаулар шизофрениямен немесе жеке тұлғаның шизотиптік бұзылуымен өмір сүрген кезде емдеу қажеттілігін тануды қиындатады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Шизофрениялық кемақылдылықта ... кездеспейді .
 - А. есте сақтау және интеллект бұзылыстары
 - В. ойлау қабілетінің үзілістері
 - С. эмоция жүдеуі
 - Д. абулия
 - Е. апатия
2. Шизофрения үшін танымдық әрекет бұзылысының ... түрі тән емес.
 - А. ойлау пысықталуының
 - В. эмоционалды салқындықтың өршуі
 - С. ерікті қозғалыстың төмендеуі
 - Д. аутизацияның өршуі
 - Е. ойдың үстірттенуі
3. Шизофренияның қолайлы ағымына ... клиникалық формасы тән.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- A. циркулярлы
 - B. гебефрениялық
 - C. жай
 - D. кататониялық
 - E. параноидты
4. Параноидты шизофренияның клиникалық көрінісінде ... кездеседі.
- A. парафренді синдромы
 - B. Корсаков синдромы
 - C. тырысу синдромы
 - D. сананың қарауытқандағы жағдайы
 - E. истериялық синдромы
5. Шизофренияның параноидты формасы үшін көрсетілгендердің барлығы тән, мынадан басқа
- A. сананың онейроидты қараңғылануы
 - B. сенсорлы автоматизмдер
 - C. сандырақ ойлар әсер етуі
 - D. жалған галлюцинациялар
 - E. идеаторлы автоматизмдер
6. Шизофренияның параноидты формасы ... болуымен сипатталмайды.
- A. пуэрилизм
 - B. сандырақ ойлар
 - C. жалған галлюцинациялар
 - D. психикалық автоматизмдер
 - E. парафренді синдромы
7. Мнестикалық функцияларды жақсарту мақсатында қолданылатын препарат ...
- A. энцефабол
 - B. элениум
 - C. френолон
 - D. рисполепт
 - E. зипрекса
8. Шизофренияда қолдаушы терапияда ... көрсетілген.
- A. модитен-депо
 - B. элениум
 - C. фенобарбитал
 - D. аминазин
 - E. циклодол
9. Шизофрения кезінде ЭСТ қолдануға болмайтын жағдай
- A. тырысу синдромы
 - B. нейролептиктерді көтере алмау
 - C. антипсихотикалық препараттарға резистенттілік
 - D. тұрақты кататоникалық симптомдар
 - E. тұрақты депрессивті жағдай
10. Шизофрениядағы айналадағы әлемнен оқшаулану және іштей мазасыздану белгілері ... деп аталады.
- A. аутизм
 - B. мутизм
 - C. ступор

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- D. ригидтілік
- E. ментизм

6-сабақ

5.1.Сабақтың тақырыбы: Невротикалық, стресске байланысты және соматоформалық бұзылулар.

5.2. Сабақтың мақсаты:Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;
 психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;
 қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;
 ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;
 әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу;
 клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;
 неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;
 психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету.

5.4.Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Жүйке-психикалық аурулардың түрлері.
- 2 Невротикалық бұзылуларға сипаттама.
- 3 Депрессия, психоздар, психосоматикалық аурулардың пайда болу себептері мен емдеу жолдары.
4. Невротикалық бұзылуларға сипаттама.

Дәріс сабағының тақырыбы: Жүйке-психикалық аурулары: невротикалық бұзылулар, депрессия, психоздар, психосоматикалық аурулар.Психогенез туралы түсінік.Психогенез (psycho - жан, жанға қатысты, genea - ұрпақ, генеративтік) - факторлардың әсерінен пайда болуына байланысты қысқа мерзімді реакция немесе ұзақ мерзімді жағдай (ауру) түріндегі ауыртпалық жағдай. психиканы жарақаттау (психотравма).Клиникалық көріністері бойынша психогениялар невротикалық деңгейдегі психикалық бұзылулар – невроздар (невротикалық және соматоформалық бұзылулар), психотикалық деңгейде – стресске реакциялар (реактивті психоздар),

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

сондай-ақ соматикалық азаптың көріністері – психосоматикалық нұсқалар ретінде көрінуі мүмкін. соматикалық аурулар.

Психотравма деп субъективті тұлғалық мәні бар (эмоционалдық мәнді) кез келген өмірлік оқиға (құбылыс, жағдай) туралы психиканы жарақаттандыратын эмоционалды жағымсыз түсті тәжірибе түсініледі. Кейбір жағдайларда психотравматикалық өмірлік оқиғалар (құбылыстар, жағдайлар) жетекші этиологиялық факторлар (өндірістік фактор), басқаларында - этиологиялық жағдайлар (бейімділік, көрініс беру және қолдаушы фактор) ретінде әрекет ете алады. Көбінесе олардың комбинациясы патогендік рөлге ие болады. Жедел және созылмалы психотравмаларды бөліңіз. Жедел психотравма деп айтарлықтай қарқындылықтағы кенеттен бір реттік (шектеулі уақыт) әсер ететін психотравма түсініледі.

Олар: шок, депрессиялық және мазасыздық болып бөлінеді. Олардың негізінде, әдетте, реактивті күйлер мен психоздар (стресске өткір реакциялар) бар. Созылмалы психотравма қарқындылығы аз, бірақ ұзақ уақыт бойы бар психотрама ретінде түсініледі. Олар, әдетте, невроздардың дамуына әкеледі (невротикалық және соматоформиялық бұзылулар). Сондай-ақ әмбебап мәнді (өмірге қауіп төндіретін) және жеке маңызды (кәсіби, отбасылық және интимдік жеке) психотравмалар да ажыратылады.

Психологиялық қорғаныс және күресу механизмдері. Белгілі бір адамның бастан кешіру процесіндегі өмірлік жағдайлар аурулардың (психогенездің) даму мүмкіндігі бар күйзеліс жағдайына әкелуі мүмкін. Дегенмен, жеке адамның мұндай өмірлік жағдайға реакциясы жағдайларға сәйкес икемді түрде өзгертін болса, стрессті жеңуге болады (және психогенездің алдын алады). Бұл күресу (төсу) және психологиялық қорғаныс механизмдерінің арқасында мүмкін болады. Психотравматикалық жағдайлар туындаған кезде, ең алдымен, күресу механизмдері немесе күресу механизмдері іске қосылады. Бұл туындаған мәселені шешуге бағытталған әртүрлі саналы немесе ішінара саналы стратегиялар. «Күйрену» («стресті жеңу») – қоршаған ортаның талаптары мен осы талаптарға жауап беретін ресурстар арасындағы тепе-теңдікті сақтау немесе қолдау бойынша жеке тұлғаның қызметі ретінде қарастырылады.

Төтенше мінез-құлықтың конструктивті формаларының жеткіліксіз дамуымен өмірлік оқиғалардың патогенділігі артады және бұл оқиғалар психикалық бұзылулардың басталу процесінде «триггерлерге» айналуы мүмкін. Жалпы алғанда, мыналар бар: 1) адам күткен нәрсеге белсенді дайындықты қамтитын, оны проблеманы тұжырымдауға, іздеуге мәжбүрлейтін жұмылдыру және агрессия (жағдайға белсенді әсер ету, қолайлы қызмет жолындағы жеңіс) стратегиясы. Шығудың ең жақсы жолы және ең өнімді және конструктивті стратегия, 2) әлеуметтік қолдау іздеу стратегиясы (әлеуметтік шеттетуді болдырмау), т.б. қоғамның басқа мүшелерінің көмегіне жүгіну (оның ішінде, мысалы, психологтың, психотерапевттің арнайы көмегіне жүгіну), 3) аулақ болу (шегіну) стратегиясы – онымен күресу мүмкін болмаған жағдайдан аулақ болу (мысалы, сәтсіздіктерді болдырмау). Сонымен қатар, әртүрлі жеке күрес механизмдері мінез-құлық (мысалы, басқа адамдармен ынтымақтастық), когнитивтік (мысалы, проблемалық талдау немесе діндарлық) және эмоционалдық (мысалы, оптимизм) салаларда ерекшеленеді. Төтенше механизмдердің тиімсіздігімен психологиялық қорғаныс механизмдері белсендіріледі. Психологиялық қорғаныс тұжырымдамасы алғаш рет классикалық психоанализ шеңберінде тұжырымдалған.

Психологиялық қорғаныс – бұл белсенділіктен бас тартуға байланысты эмоционалдық күйзелісті азайтудың жеке, бейсаналық немесе ішінара саналы

ОҢТҮСТІК-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

әдістеріне әртүрлі қауіптерге психиканың автоматты реакциясы. Психологиялық қорғаныс көмегімен психологиялық жайсыздық азаяды. Бұл жағдайда, алайда, өзін немесе қоршаған ортаны шағылыстырудың бұрмалануы, мінез-құлық реакцияларының ауқымының тарылуы мүмкін. Психологиялық қорғаныс механизмдері психологиялық гомеостазды сақтауға бағытталған. Олар сондай-ақ патологиялық белгілерді қалыптастыруға қатыса алады.

Көбінесе келесі психологиялық қорғаныс механизмдері бөлінеді: репрессия, теріске шығару, окшаулау, сәйкестендіру, рационализация, проекциялау, сублимация және т.б. белгілі бір «төсу» және психологиялық қорғаныс механизмдерінің болуы (қосылуы) тұлғаның туа біткен қасиеттеріне және оның қалыптасу (тәрбиелену) шарттарына байланысты.

Жарақаттық фактордың (жағдайлардың) сипаты (ауырлығы, мазмұны), Жеңу тетіктерінің және психологиялық қорғаныстың әлсіздігі немесе жеткіліксіздігі; Тұлғалық қасиеттер; Травматикалық фактордың (жағдайлардың) эмоционалдық маңызы. клиникалық нұсқалар. Психогендік психикалық бұзылулардың барлық алуан түрі екі үлкен топқа бөлінеді - реактивті психоздар және невроздар. Реактивті (психогенді) психоздар (стресске байланысты бұзылулар).

Жалпы бөлігі. Бұл позицияға өмірде елеулі өзгерістерді тудыратын және ұзақ уақытқа созылатын жағымсыз жағдайларға әкеп соқтыратын жедел немесе ұзаққа созылған ауыр (массивті) психоәлеуметтік стресстің (психожарақат) тікелей салдары ретінде туындайтын бұзылулар жатады. Стресстің бұл түрі негізгі және негізгі қоздырғыш фактор болып табылады және оның әсері болмаса бұзылыс пайда болмас еді.

Бұл психикалық жарақаттың әсерінен пайда болатын және психотикалық деңгейге жететін реакциялар және (немесе) күйлер түрінде көрінетін ауыр психикалық бұзылулар тобы: аффективті түрде өзгертілген сана, жағдайды және өз жағдайын барабар бағалау қабілетін жоғалту, мінез-құлықтың бұзылуы, өнімді психопатологиялық белгілердің болуы (галлюцинациялар, сандырақтар, психомоторлық бұзылулар және т.б.) Әдетте, олардың барлығы толық қалпына келтірумен аяқталады. Көбінесе бұл деп аталатын кезең арқылы жүреді. постреактивті астения. Дегенмен, кейбір жағдайларда олар ұзаққа созылып, деп аталатынға айналуы мүмкін. постреактивті тұлғаның қалыптан тыс дамуы (психопатизация). Диагностикалық критерийлер. Жалпы алғанда, психогендік сипаттағы психикалық бұзылулардың осы тобын басқа психикалық бұзылулардан ажырату үшін реактивті психоздарды диагностикалау үшін Ясперс ұсынған критерийлер қолданылады. Ясперс триадасы: жағдай туындаған (жағдайды уақытында бақылайды) - психикалық жарақат, психогендік травматикалық жағдай аурудың клиникалық көрінісінде, оның белгілерінің мазмұнында тікелей немесе жанама түрде көрініс табады. мемлекет оны тудырған себептің жойылуымен тоқтайды. Алайда, бұл критерийлердің салыстырмалылығын ескеру қажет, өйткені: а) реактивті күй кешіктірілген болуы мүмкін, б) жарақаттық жағдай мазмұнда және басқа сипаттағы ауруларда (мысалы, шизофренияда) және , ақырында, в) психотравма әсерінің тоқтауы әрқашан түпкілікті қалпына келтіруге әкелмейді.

Клиникалық нұсқалар. Психотравмамен (стресспен) байланысты реактивті (психогендік) психикалық бұзылулардың барлық алуан түрі психотравманың сипатына және клиникалық көріністеріне байланысты шартты түрде бөлінеді: (мұнда және төменде жақшада ICD-10 бойынша мемлекеттің біліктілігі көрсетілген) Аффективті-шок психогендік реакциялар (стресске жедел реакция). Қарапайым-истерикалық

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

психоздар (диссоциативті бұзылыстар)Созылмалы реактивті психоздар.Реактивті депрессиялар (Реттеудің бұзылуы. Депрессиялық эпизод). Реактивті сандырақ психоздар (стресспен байланысты жедел басым сандырақ бұзылыстар.

Посттравматикалық стресстік бұзылыс (бұзылыстың бұл түрі алғаш рет ICD-10-да анықталған)Бұл, әдетте, жедел, кенеттен, массивтік, психотравматизация жағдайында бұрын көрінетін психикалық бұзылыстары болмаған адамдарда пайда болатын психотикалық деңгейдегі қысқа мерзімді (өтпелі) реакциялар.Ешкім өмірдің сәтсіздіктерінен, қиындықтардан қорғалмайды. Осыған сүйене отырып, адамдар шартты түрде екі санатқа бөлінуі мүмкін: табысты, өз тәжірибесімен оңай жеңе алатындар және көңіл-күймен күресуден бас тартатындар. Нәтижесінде, дене және психикалық бұзылулар шекарасында орналасқан, соматоформ деп аталатын бұзушылықтар болуы мүмкін.Алғашқыда, невротикалық бұзылулар дене жарақаттарының астында болуы мүмкін.

Қандай болмасын, өсімдік-тамыр дистониясы, өт жолдарының дискинезиясы немесе асқазанның невроты бар. Айта кету керек, бұл диагноздар жиі кездесетін бұзылулардың бар екендігін көрсетеді.

Соматоформ бұзылысының белгілері.Бұл бұзылыстың мәні ішкі органдардың дисфункциясы, шиеленіспен жүреді. Ең жаманы, кейде соңғы адамға үйреніп, күнделікті күйзеліске ұшыратады.Соматоформды автономды дисфункцияның, сондай-ақ жүрек, асқазанның немесе тітіркенген ішек синдромының невротдары үшін жалпы симптомдар кеудеде, жүрек аймағында ауырсыну сезімі пайда болады. Сонымен қатар, қан қысымының индикаторлары «секіреді». Мерзімді түрде таза ауа жетіспеушілігі сезіледі, жиі айналады, жүректің жиілігі артады. Тұншығу шабуылдарын жоққа шығармаңыз.Психологиялық денсаулыққа келетін болсақ, депрессиялық жағдайлар, алаңдаушылық тудырады. Адам гипохондриға айналады, өз денсаулығына қауіп төндіріп, азғана ауырған кезде кеңес алу үшін дәрігерге ұшуға дайын. Көптеген медициналық тексерулерге қарамастан, дәрігерлер ештеңе айта алмай.

Бұл жағдайда терапевт көмекшісі орынды.Жиі вегетативтік жүйенің жұмыс істеуінің бұзылуы (тыныс алу, жүрек-қан тамырлары) бар. Кедергі, стресс болуы мүмкін. Ең қызығы, бұл жағдайда, кез-келген физикалық жүктеме адамның жай-күйін күшейтуге емес, тек жеңілдете алады.Соматоформалық бұзылулардың көріністері жиі стресстік жағдайдың ауырлығына байланысты. Олар терезенің немесе физикалық белсенділіктің сыртында райыдан тәуелсіз.Емдеуге қатысты бірінші кезекте терапия антидепрессанттарды, нейролептиктерді қолданады.Денсаулық психологиясы - аурулардың психосоматикасы.Психологиядағы ойлау және сөйлеу.Миға арналған жаттығулар.

Дефамация - бұл дегеніміз, ұғымы, жала жабудың түрлері мен әдістері

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Невроздың жіктелуі ... анықталады.

- А. жүргізуші синдроммен
- В. психогения сипатыменқандай да бір ағзаның бұзылысымен
- С. тұлғаның құрылысымен

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- D. науқастың әлеуметтік
E. статусымен
2. Неврастенияға ... тән.
A. тітіркендіруші әлсіздік
B. тактильді галлюцинация
C. паранояльді сандырақ ойлар
D. сандырақтық қабылдау
E. сынның жоқтығы
3. Сезімталдылық пен қозғалыстың функциональді бұзылыстары ... тән.
A. истериялық неврозға
B. депрессивті неврозға
C. жабысқақтық неврозына
D. неврастенияға
E. ипохондриялық неврозға
4. Психопатия түрін анықтаңыз: тексеру кезінде науқас әйелдің бағдары дұрыс, есі анық, қорғанады, еріндері тығыз жұмылған, маңдай астынан қарайды. Бірнеше біртекті жауаптардан кейін өзіне келеді, жұмысында болған жайларды көп сөзбен ренжіп айтады, барлық дұшпандарын толық сипаттайды. Жағымсыз жайларға байланысты уайымдауларға мән береді. Бөлім бастығымен ұрыстан кейін кабинетке кіріп, оның жұмыс үстелін қарап жатқан бөтен адамды көріп, ол құжаттарымды ұрлау үшін жіберілген деп шешкен-бұл ... психопатия.
A. паранойяльді
B. шизоидты
C. психастениялық
D. эпилептоидты
E. истериялық
5. Әлеуметтік қауіптілік тудыратын психикалық бұзылыс-бұл... .
A. дисфория
B. нейролепсиялық синдром
C. жабысқақ жағдайлар
D. криптомнезия
E. эмоциональді лабильділік
6. Ұлғайған жаста басталған ұзақ әсер етуші жағымсыз жағдайлар нәтижесіндегі тұлғаның патологиялық көріністері ... деп аталады.
A. тұлғаның патологиялық дамуы
B. ядролы психопатиялар
C. олигофрения
D. шизофрения
E. невроздар
7. Мінездің акцентуациясы дегеніміз-... .
A. қалыпты жағдайдың шекті нұсқасы
B. мінез қасиеттерінің тотальділігі
C. әлеуметтік дезадаптация
D. тұлға қалыптасуының дисгармониясы
E. ауру
8. Науқастарды психиатриялық ауруханаға жатқызуға арналған көрсеткіштерге жатпайды:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- A. сот-психиатриялық сараптама
 - B. алкоголизм
 - C. алкогольді суррогаттармен улану
 - D. токсикомания
 - E. нашақорлық
9. Сананың психотикалық патологиясына ... жатпайды.
- A. сопор
 - B. обнибуляция
 - C. делирий
 - D. бұлыңғырлану жағдайы
 - E. онейроид
10. Жедел алкогольді психозда ... ем жүргізіледі.
- A. стационарлық
 - B. үйде
 - C. амбулаторлы
 - D. күндізгі стационарда
 - E. түнгі стационарда

7-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Ми жарақатымен және эпилепсиямен байланысты психикалық бұзылулар.

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;
 психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;
 қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;
 ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;
 әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу;
 клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;
 неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;
 психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- 1.Бас сүйек-ми жаракатының әртүрлі кезеңдеріндегі клиникалық көріністер.
- 2.Бастапқы және жедел сананың бұзылуы, амнезия, астения, вегетативтік және вестибулярлық бұзылулар этиологиясы,клиника, емі.
- 3.Эпилептиформалық қозуы бар транзиторлық психоздар, делирий, жедел галлюциноз
- 4.Корсаков синдромы, жергілікті неврологиялық симптомдар клиникасы,емі.
- 5.Церебрастения, тұлғаның өзгеруі бар энцефалопатия, құрысу синдромы немесе деменция клиникасы, диагностикасы,емі..

Алғашқы кезең. Жарақат алғаннан кейін бірден науқас санасын жоғалтады (95% жағдайда), содан соң сана деңгейінің терең кома жағдайынан есеңгіреудің жеңіл дәрежесіне дейінгі тербелістері орын алады. Жедел кезең. Бұл кезең сананың қалыпқа келуімен және жалпы милық бұзылыстардың жоғалуымен сипатталады. Жедел кезеңнің типті синдромдары адинамиялық, вегетативтік, вестибулярлы бұзылыстармен көрінетін астения болып табылады. Астенияның жеңіл түрлерінде науқас соматикалық сипаттағы шағым айтады, көңіл-күйі төмен, тітіркенгіш, ренжігіш, көңілі бос болып келеді. Амнезиялар, әсіресе, ретроградты амнезия жиі байқалады, бұл кезде ес бұзылысы жарақаттың ауырлығына байланысты жарақат алған сәтті ғана қамтып қоймай, оның алдындағы бірнеше күн, айлар, тіпті жылдардан тұратын мерзімді қамтуы мүмкін. Контузия кезінде неврологиялық бұзылыстардың ішінен салдану, 284 XVIII Тарау.

Бас-ми жаракаты және сәулелік зақымданулар кезіндегі психикалық бұзылыстар парез түріндегі кимылдық бұзылыстар бақыланады, гипестезия және анестезия түріндегі сезімталдық өзгерістері байқалады, бас сүйек негізінің сүйектері сынған кезде бет жүйкесінің салдануы болады. Бас-ми жаракатының ауыр асқынуларына бас сүйекішілік кан құйылулар жатады, нәтижесінде жалпы милық және жергілікті симптомдармен ми компрессиясы орын алады. Бұл кезде симптомдар динамикасының ерекшелігі бастапқы кезең симптомдары жойылғаннан кейін бірнеше күн өткен соң, науқастың жағдайы қайтадан нашарлайды, белгілі бір аймақта локализацияланған бастың үдемелі күшті ауыруы пайда болады. Сана тежелуі және есеңгіреуі дамиды.

Симптомдардың типті үштігі пайда болады: артериялық және ликворлық гипертония, брадикардия. Көз түбінің іркілістік құбылыстары бақыланады. Джексоновский типіндегі тырысулық ұстамалар, салданулар, парездер, афатикалық бұзылыстар бақылануы мүмкін. Жоғарыда суреттелген жағдайлар кезіндегідей психикалық бұзылыстар, басми жаракатының сүйектер сынуымен асқынуларының нәтижесіндегі ми кан тамырларының майлы эмболиясы салдары түрінде бас сүйекішілік кан құйылулар кезінде де бақылануы мүмкін. Жабық бас-ми жаракатының жедел кезеңінің ұзақтығы бірнеше тәуліктен 2 айға ж әне одан көп мерзімге созылады.

Бұл кезеңдегі психикалық бұзылыстар бас-ми жаракатының ауырлық дәрежесіне (жеңіл, орташа, ауыр) байланысты жіктеледі. Жеңіл дәрежесінде сана секундтарға (минуттарға) сөнеді, сана сөнуі болмауы да мүмкін немесе обнубиляцияның жеңіл дәрежесі орын алуы мүмкін. Науқастар жедел кезеңде шағым айғпайды немесе жеке-жеке жалпы милық симптомдарға нұсқайды: бас ауыруы, бас айналуы, жүрек айнуы. Бас-ми жаракатының орташа ауырлық дәрежесінде науқас санасы бірнеше минуттан бірнеше сағатқа жоғалады, артынан бір сағаттан 1-2 күнге дейін сана обнубиляциясы, одан әрі қарай антероретроградты амнезия орын алады. Жедел кезеңде бас ауыруы, бас айналуынан баска мнестико-интеллектуалды бұзылыстармен және адинамия құбылыстарымен көрінетін айқын астения болады. Бас-ми жаракатының ауыр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

дәрежесінде бірнеше тәулікке созылатын сопор немесе кома бақыланады. Ретро-антероградты және фиксациялық амнезия тән. Жедел кезеңде психоорганикалық синдром көріністері байқалады. Жедел кезеңде (алғашқы күндерде немесе бір аптаның жартысында жиі, бір айдан кейін сирек) сана калпына келген соң жиі күңгірттену, делириозды немесе онейроидты тип бойынша сананың қарауытқан күңгірттенуі түрінде психоздар байқалады. Корсаков синдромы дамуы мүмкін (ең алдымен, фиксациялық және ретроградты амнезия, аз дәрежеде — антероградты амнезия және конфабуляциялар).

Жарақаттан кейінгі кататония түрінде көрінетін апалликалық синдром байқалады, бұл кезде ми қыртысы қызметінің тоқтауы — декортикациямен байланысты психикалық және неврологиялық бұзылыстар бірігіп көрініс береді. Сонымен қатар, акинетикалық мутизм бақыланады, бұл кезде кимылдың болмауы сөйлеудің тоқтауымен косарланады. Сирек жағдайда, аффективті (дисфорияға жақын көңіл-күйдің төмендеуі) және сандырақтық Бас-ми жарақаты кезіндегі психикалық бұзылыстардың клиникалық көрінісі. 285 (сезімдік сандырақпен, вербальды галлюцинациялармен) психоздар байқалады. Ми контузиясы кезінде эпилептиформды ұстамалар жиілей түсіп, эпилептикалық статустың пайда болуына әкеп соқтыруы мүмкін.

Жарылыс толқынымен жарақаттану — бас-ми жарақатының ерекше түрі — ми шайқалуы және соғылуы, ми қан айналысының бұзылысымен байланысты жүреді. Бұл кезде сана жарылысты дыбыстық қабылдауға дейін кенеттен жоғалады. Сөнген сана кезеңі — бірнеше минуттан 5—6 сағатқа дейін созылады. Сырттай бұл кезде науқас өлген адамға ұқсайды. Бұл науқастардың жүрістұрысы жарақаттанғандардың жүрістұрысынан күрт ерекше. Жарылыс толқынымен жарақаттанғаннан кейін науқастар сылбыр, аз қозғалады, ажыраған. Сурдамутизм құбылыстары байқалады. Ашық бас-ми жарақаттары кезінде бастапқы және жедел кезең симптоматикалары жабық бас-ми жарақаты кезіндегі белгілерден ерекшеленбейді. Бас-ми жарақатының кейінгі салдары кезеңінде бақыланатын психикалық бұзылыстардың клиникалық көрінісі Бас-ми жарақатының кеш кезеңіндегі психопатологиялық синдромдар жарақаттан кейін бірнеше айлар, жылдар сақталады және олардың кейбір жеке белгілері сияқты толық кері дамуға ұшырамайды.

Олар астениялық, психопатия тәрізді, пароксизмальды синдромдармен, аффективті, галлюцинациялысандырақтық және параноялы психоздармен және де ақыл кемдігі жағдайларымен көрінеді. Жарақаттың астения (церебрастения). Астенияны бас-ми жарақатының алыс салдары кезеңінің «нағыз» бұзылысы деп атайды. Бұл кезеңге тән астенияның клиникалық көріністерінің ішінде тітіркенгіштік, әлсіздік, тез шаршау, бас ауыруы, бас айналуы басым болады. Олар ыстықты, транспортты көтере алмайды, қызметтің бір түрінен екінші түріне ауысқанда қиындықтар туындайды. Жарақаттың энцефалопатия (психопатия тәрізді синдром). Истериялық бұзылыстар, эксплозивтілік, өткірші интеллектуалды-мнестикалық бұзылыстардан тұрады. Пароксизмалды синдром ашық және ауыр бас-ми жарақатынан кейін пайда болатын жиі аборттивті үлкен тырысулық ұстамалармен сипатталады. Пароксизмдердің өзге түрлері: абсанстар, кіші ұстамалар, қан тамырлықвегетативті ұстамалар, дисфориялар жиі бақыланады.

Сенестопатиялар да жиі байқалады. Тырысулық ұстамаларынан кейін бірден сананың қарауытқан күңгірттенуі орын алуы мүмкін. Астениялық психопатия тәрізді, пароксизмалды синдромдардың дамуы регрессиентті ағыммен жүреді, оның жылдамдығы баяу және суреттелген симптоматика ұзақ ондаған жылдар бойы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

бақыланады. Алыс кезеңде жарақаттың психоздар бақылануы мүмкін, олар әдетте қайталамалы бас-ми жарақаты, улану, инфекция, психикалық жарақаттарға байланысты туындайды. Аффективті және галлюцинарторлы-сандырақтық психоздарды ажыратады. 286 XVIII Тарау. Бас-ми жарақаты және сәулелік зақымданулар кезіндегі психикалық бұзылыстар Аффективті психоздар кезеңдік және бір реттік (сирек) депрессия немесе мания жағдайларымен көрінеді. Ол бас-ми жарақатының жеңіл және ауыр дәрежесінің нәтижесі болып табылады. Депрессивті синдром көңіл-күйдің төмендеуімен, ипохондриялық және дисфориялық симптомдармен жүретін жабырқаулықпен көрінеді. М ания жағдайында көп л-күйдің көтерілуі эксплозивтілікпен, аффективті күйлермен, даукестік жүріс-тұрыспен бірге жүреді.

Айқын емес психоорганикалық синдром белгілері байқалады. Алғашқы ұстамалар кезінде сананың күңгірттенуі болады. Аффективті психоздар бас-ми жарақатынан кейін әр түрлі мерзімнен кейін, жиі 10-20 жылдан соң дамиды. Психоздар, әдетте, кенеттен экзогениядан кейін (бастың жеңіл жарақаты, жеңіл инфекциялар және т.б.) пайда болады. Симптоматикасы жедел дамиды. Психикалық бұзылыстар диэнцефальды бұзылыстармен бірге жүреді. Психоз 3 -4 айға созылады, ұстама ағымы регрессиентті түрде өтеді.

Бас-ми жарақатының ауыр және орташа дәрежесінде галлюцинарторлысандырақтық психоздар байқалады. Психоз басталғанда, сананың қарауытқан күңгірттенуі немесе вербальды галлюциноз синдромымен делириозды тип бойынша сана күңгірттенуі болады. Әрі қарай клиникасында аффективтісандырақтық бұзылыстар басым болады. Сандырақ әркашан күйзелістердің нақтылығымен көрінеді. Жарақаттық психоздар сандырақтық қызғанышпен (аса бағалы), даукестік тенденцияларымен көрінеді. Астения әлсіз дәрежеде көрінеді. Жарақаттың аңыл кемдігі — бас-ми жарақатының алыс салдарының салыстырмалы түрде сирек кездесетін көрінісі, жиі бастың ашық жарақаты және бас сүйек негізінің сынуымен көрінетін мидың ауыр контузиясы нәтижесінде дамиды. Ақыл кемдігі дисмнестикалық тип бойынша дамиды. Клиникалық көрінісінде сылбырлық, аспонтандылық, жігерсіздік немесе тітіркену ұстамаларымен мезгіл-мезгіл эйфория болады. Қарт адамдарда бас-ми жарақаты ішінен ми шайқалуы басым кездеседі. Бұл жағдайда жеңіл жарақаттардың өзінде үнемі сана жоғалуы көрініс береді. Жедел кезеңінде жиі бас айналу байқалады.

Жарақаттан кейін ес бұзылыстары айқын көрініс береді. Этиологиясы, патогенезі және патоморфологиялық өзгерістер Бас-ми жарақаты кезіндегі пайда болатын бұзылыстар, соның ішінде, психикалық бұзылыстар оның ауырлық дәрежесіне, орналасуына, сонымен қатар, басқа да көптеген жағдайларға: бір уақытта басқа мүшелердің зақымдалуы, жалпы қан жоғалту, инфекциялар, интоксикациялар қосылуына және басқа да клиникасына әр түрлі симптоматика беріп, психикалық бұзылыстардың полиморфизмін көрсететін факторларға байланысты. Бас-ми жарақатының жедел кезеңіндегі психозды мидағы гемодинамиканың жедел бұзылыстармен байланыстырады. Жарақаттық психоз көрінуінде, дамуында және ағымында капиллярлар өткізгіштігінің жоғарылауы нәтижесінде болатын ми ісінуінің едәуір маңызы бар. Бас-ми жарақаты кезіндегі психикалық бұзылыстардың клиникалық көрінісі 287 Бас-ми жарақатының жабық және ашық түрлерінде де жедел кезеңінде жалпы милық симптомдар көрінеді. Ашық жарақаттың клиникалық көрінісі ми зақымдалуына, инфекциялық үрдістің, жиі іріңді менингоэнцефалит дамуына байланысты болады. Бас-ми жарақатының жедел кезеңіндегі психоздар кезіндегі патоморфологиялық өзгерістер бас миының ісінуімен және геморрагиялармен көрінеді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Бас-ми жарақатының алыс салдарының патоморфологиялық субстраты энцефалопатия болып табылады. Емі, профилактикасы және сараптамасы Бас-ми жарақаты кезінде ем кешенді болуы қажет және жарақаттан кейінгі жағдайға, оның сипатына, жарақаттан кейін қанша мерзім өткеніне, психопатологиялық симптоматикасына, сонымен қатар, неврологиялық және соматикалық бұзылыстарға байланысты қатаң дифференцирленген болуы керек. Бас-ми жарақатының бастапқы және жедел кезеңдерінде ми ісінуін жою, қозу жағдайын тоқтату және психоздың басқа да көріністерін жою үшін белсенді реанимациялық шаралар жүргізілуі тиіс. Дегидратациялық терапия жүргізіледі, транквилизаторлар қолданылады. Бас-ми жарақатының алыс салдары кезеңіндегі психоздар емінде дегидратациялық, жалпы қуаттандырушы терапиядан басқа басты психопатологиялық синдромды ескере отырып, нейролептиктер тағайындалады. Психикалық бұзылыстардың профилактикасы бас-ми жарақатын алған сәттен бастап науқастарға дұрыс көмек көрсету болып табылады: стационарлау, қатаң төсектік режим, белсенді бақылау, дегидратациялық терапия жүргізу, бас сүйек ішілік қысымның көтерілуі кезінде — жұлын пункциясы, психоздың алғашқы симптомдары пайда болғанда — транквилизаторлар мен нейролептиктерді қолдану.

Бас-ми жарақатының алыс салдарымен ауыратын науқастар үшін жұмыс және демалыс тәртібін сақтау, психикалық және физикалық зорығу жағдайын болдырмау, жылына 1—2 рет дегидратациялық терапия курсың өту, жалпы қуаттандырушы ем, интоксикацияның декомпенсациялаушы факторларының, жалпы аурулардың алдын алу және болдырмау қажет. Психотерапия, тұрмыста және жұмыста қажет жағдай туғызу сияқты реабилитациялық шараларды кең түрде жүргізу қажет. Еңбекке қабілеттілігі шектелген адамдарды жұмысқа дұрыс орналастырудың маңызы зор. Сараптама. Бас миының жарақаттық зақымдануынан кейінгі психикалық бұзылыстары бар науқастар жиі заң бұзушы әрекеттер жасайды. Бас-ми жарақатынан кейінгі психикалық бұзылыстары бар және заң бұзған науқастар қабілетсіз деп танылады және психиатриялық ауруханаларда мәжбүрлеп емдеуді қажет етеді. Психотикалық емес бұзылыстар кездесетін науқастар жиі қабілетті болып танылады және өздерінің іс-әрекеттері үшін жауапқа тартылады. Қабілеттілік жағдайын анықтау әр нақты жағдайда сот-психиатриялық сараптама жағдайында жүргізіледі. Эпилепсия — пароксизмальды бұзылыстар кездесетін психикалық үрдістердің торпидтілігіне және типті мнестико-интеллектуальды ақылкемдігінің дамуына байланысты үрдіспен тұлғаның өзіне тән өзгерістері арқылы көрінетін созылмалы үдемелі психикалық ауру. Аурудың көріністері ежелден белгілі және оны Гиппократ сипаттап кеткен. Ол эпилепсияның «күдіретті» дерт екендігін жокка шығарды. «Эпилепсия» термині еғаХараю деген грек сөзінен шыққан, яғни, кенет құлау, кенеттен бір күш кармауына түсу дегенді білдіреді.

Ежелгі кезеңде эпилепсияны Геркулес ауруы, касиетті, құлау дерті деп атаған. Қазіргі кездегі мәлімет бойынша, эпилепсияның таралуы 1000 тұрғынға шаққанда, —8 жағдайды құрайды. Балалар мен жасөспірімдерді жаппай тексеру тәсілімен жеке зерттеулер мәліметі бойынша, бұл аурудың таралуы 100 балаға шаққанда 0,12-1,49-ға тең.

Эпилепсияның клиникалық көрінісі әркілі болып келеді, бірақ олардың ішінен синдромдардың негізгі үш тобын бөліп алуға болады: пароксизмальды бұзылыстар — қысқа уақыттық тырысулық және тырысусыз ұстамалар; эпилепсиялық психоздар (жедел, созылық, созылмалы); тұлғаның эпилепсиялық өзгерістері — мінез-құлық пен интеллектінің типті патологиясы. Пароксизмальды бұзылыстар. Пароксизмальды

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

бұзылыстар ішінде аса тән болып келетіні үлкен тырысулық, устама болып табылады, дегенмен, эпилепсияның (сирек кездесетін) үлкен тырысулық ұстамаларсыз формалары да бізге белгілі.

Үлкен тырысулық ұстама алдында науқастардың тең жартысында дерлік бірнеше күн немесе тәулік бұрын хабаршы белгілер бақылануы мүмкін: жалпы жағдайы, көңіл-күйі өзгереді. Күрделі, генерализацияланған үлкен тырысулық ұстама кейбір науқастарда аурадан басталады (грек сөзінен аура — леп, самал). Аураның формалары әр түрлі болады, бір науқаста ол, әдетте, бір түрімен шектелген немесе бірнеше типте болады. Жиі кездесетін түрлері — сенсорлы, психикалық, вегетативті-висцеральды.

Эпилепсия кезіндегі пароксизмальды бұзылыстардың басқа түріне кіші устамалар (petit mal), абсанстар, амбулаторлы автоматизм жағдайы және дисфория жатады. 354 XXVII Тарау. Эпилепсия Эпилепсиялық психоздар. Эпилепсиялық психоздар пароксизмальды тырысулық синдромдардың жалғасы, трансформациясы ретінде, олардың эквиваленті түрінде немесе олардан тәуелсіз пайда болуы мүмкін. Эпилепсиялық психоз клиникалық көрінісінде жиі параноидты, паранойялы (әдетте қарапайым сипаттағы қатынас, соңына түсу сандырақтарымен, ипохондриялық сандырақпен) галлюцинаторлы-параноидты, делириозды, депрессивті және кататониялық синдромдар байқалады. Бұл синдромдар үрей, қорқыныш аффектісімен жүреді, әдетте, олар эмоционалды қанық болып келеді. Эпилепсиялық психоздар ағымына қарай жедел, жеделдеу және созылмалы болып бөлінеді. Тулғаның эпилепсиялық өзгерістері.

Эпилепсияға психикалық үрдістердің оталғыштығымен қатар жүретін торпидтілігі (инерттілігі) тән, ол байымды, кейде тұтқыр оймен (сөзіндегі, жазуындағы), аса ұқыптылық және педантиздықпен ерекшеленеді. Науқастың қызығушылықтар шеңбері тек өзінің дертіне, жеке тұлғасына қатысты. Қоршаған ортамен қатынасы деспотты, ұсақтүйектер бойынша жоғары талап қояды. Эпилепсиямен сырқат науқастарға бос ізденіс, «әділетке» ұмтылыс, жоғары «адамгершілік» пен «өнеге» үшін қатаң күрес жүрізу тән. Эпилепсиямен сырқат науқастар аса ашушаң, жылдам тітіркенеді, аффектілері торпидті, ыза, қаталдықпен бірге жүреді және айқын агрессиямен көрінуі мүмкін. Науқастар ренішін ұзақ уақыт есіне сақтап, кек алуға тырысады. Осы кезде басқа адамдарға немесе өзін ренжіткен адамдарға қатысты аса мейірімділік, жағымпаздық танытуы мүмкін. Науқас М., 53 жаста ІІ-ші топ мүгедегі. С.С. Корсаков атындағы психиатриялық клиникада стационарлық ем қабылдаған. Тырысулық ұстамаларының жиілегеніне, әлсіздікке, бас ауыруына шағымданады. Тұқымында психикалық аурулар бақыланбаған. Науқастың анасы 72 жаста, дені сау, мінез-құлқы кішіпейіл, мейірімді. Әкесі соғыста қайтыс болған. Кіші қарындасы 48 жаста, дені сау.

Науқас І-ші жүктіліктен, мерзімінде туылған. Босану уақыты созылмалы, акушерлік қысқыштар қатысуымен болған. Балалық шағы ешқандай ерекшеліксіз. Өз қатарынан қалмаған, бірақ біршама әлсіз, пассивті болған, жиі құсу байқалған. Мектепке дейінгі мекемелерге барған. Барлық пәндер бойынша біркелкі оқыған. Достарымен жақсы араласқан, тату болған. Балалық шақ ауруларынан инфекциялық аурулармен ауырған, 13 жасқа дейін түнгі энурезбен зардап шеккен, түнде ұйқысы тынышсыз, жиі оялатын болған. Кейін бұл құбылыстар жойылған. 8 сынып бітіргеннен кейін ұста болып жұмыс істеген. Жұмысты адал, ұқыпты атқарған, ешқандай ескертулер болмаған Әскери борыштан босатылған. Зауыт маңындағы кешкі техникумды бітірген. 21 жасынан бастап мастер болып жұмыс істеген. Әрқашан ынталы және адал қызмет еткен. Алкогольдік ішімдіктерді қолданбайды. 50 жасында

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

психикалық ауруына байланысты 2-ші топ мүгедектігі тағайындалған. Жұмыс істемейді. 18 жасында алғаш тырысулық ұстама болған, әріптестерінің айтуы бойынша, жұмыстан келе жатқанда кенеттен құлаған, денесі қалшылдай бастаған, со- Эпилепсия кезіндегі психикалық бұзылыстар 355 нымен бірге кіші дәретін жіберіп қойған және еріксіз дефекация қатар жүрген. Осыдан кейін ұстамалар жарты жылда 1—2 рет қайталанып отырған. 22 жасында ұстама жиілеген және ай сайын қайгаланған.

Амбулаторлы ем қабылдаған. Пароксизмдер сиреген (жылына 1—2 рет), бірақ туыстары кезеңмен пайда болатын сана бұзылыстарын жиі байқайтын болған, бұл жағдайда наукас бірнеше секундқа бастаған ісін тоқтатқан, қолымен максатсыз қозғалыстар жасаған, артынан оянған тәрізді болып бастағанын жалғастырған. Бұл құбылыстар аптасына 2—3 рет бақыланған. 38 жасында наукаста бас ауырулары пайда болған. Жайбасарлық танытқан. Кадрлар бөліміне қызметін ауыстырған. Өте ұқыпты, қызметкерлерге талапшыл болған. Бас ауырулары жиілеген. Жұбайымен және қызымен жиі керісетін болған. Жұмысында жай қимылдап, өзіне жасаған ескертпелерді ауыр қабылдаған, әріптестерімен сөзге келіп қалып отырған. 50 жасында кәсіби деңгейінің төмендеуіне байланысты 2-ші топ мүгедектігі тағайындалған. Эр түрлі психиатриялық ауруханаларда және С.С. Корсаков атындағы Молгами психиатриялық клиникасында көп рет емделген. Қазіргі кезде жұмыс істемейді, шамамен аптасына 1 рет амбулаторлы автоматизм түрінде пароксизмдер болып тұрады. Соматикалық жағдайы: дене бітімі дұрыс, тамақтануы қанағаттанарлық.

Тері жамылғысы түсі қалыпты, таза, шынтағы мен маңдайында ескі тыртықтар бар. Жүрек-қан тамыр жүйесі, тыныс алу жүйесі және ас қорыту органдары патологиясыз. Неврологиялық жағдайы: оң жак қабағының жеңіл птозы байқалады, баска ошақтық неврологиялық симптоматика бақыланбайды. Психикалық жағдайы: наукас орын және өзіндік тұлғасы бойынша дұрыс бағдарланған, бірақ нақты күнді айғуда киналады, ай мен жылды дұрыс атады. Қарым-қатынасқа түседі. Қойылған сұрақтарға күрделі, пайымды жауап береді, жауаптары әрқашан қойылған сұрақ төңірегінде емес, өз жағдайындағы бұзылыстар жөнінде әңгімелеуге көшіп кетеді. Наукастың сөйлеуі баяулаған, монотонды, сөзшең, бірақ сөз қоры шектелген. Наукас сана жоғалту кезеңдеріне және осы кездегі артынан толық амнезияланатын еріксіз қимылдарға, бас ауыруларына, әлсіздікке шағымданады. Галлюцинаторлы және сандырақтық бұзылыстары жоқ. Наукастың бар зейіні өз дертіне бағытталған. Айтарлықтай дәрежеде жады өзгерісі байқалады. Көңіл-күйі тербелмелі. Кеңпейілділік және қайырымдылық фонында тітіркену ұстамалары пайда болады. Наукастармен және медицина қызметкерлерімен тәртіп сақтау мәселесіне байланысты керісіп қалады. Кекшіл. Өз жағдайына сын көзқарас жоқ. Өмірінің негізгі мақсаты өз денсаулығын қорғау деп санайды. Қан мен зәрдің клиникалық талдауларында патологиялық өзгерістер жоқ.

Электрэнцефалографиялық зерттеуде ошақты билатеральды пароксизмальды белсенділік, ареактивтілік және десинхронизация құбылыстары анықталды. Бас сүйегінің рентгенографиясында өзгеріс жоқ. Диагнозы: айқын тұлғалық өзгерістері бар эпилепсия. Эпилепсия үдемелі дамығанда, осы ауруға тән ақылкемдігінің де көріністері үдей түседі. Эпилепсиялық ақылкемдігінің патофизиологиялық мәні жүйкелік 356 XXVII Тарау. Эпилепсия (психикалық) үрдістердің инерттілігі болып табылады.

Клиникалық тарапынан бұл ақылкемдігі ойлау патологиясынан көрінеді, ол қиын ауыспалы, баяу, персеверативті (бір ойды қайталай беру, маңыздысын ажырата алмау) сипатта болады. Наукастар ұсақ-түйекте шатасып, ойы детализацияланған сипат алады, әңгіменің түйінін жоғалтады. Наукастар көп сөзді, қажетсіз нақтылықтарға толы. Ауру

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

бір фазаны, сөз айналымдарын («тұрақты айналымдар»), сөздерді жиі қолданады. Біртіндеп оларда жады төмендейді, әсіресе, қысқа уақышты оперативті жады зардап шегеді, әңгімелесу кезінде ой жинақылығы төмендейді. Білім қоры тапшылау. Ұмтылыс, ынта, талпыныстары және ойлары жеке өзінің «Мені» айналасымен шектеледі. Эпилепсиямен сырқат науқастың ақылкемдігіне баға беруде оның ауырғанға дейінгі интеллект деңгейін және де эпилепсияның міндетті түрде ақыл кемдігіне әкелмейтіндігін ескеру керек. Эпилепсиядан зардап шеккен адамдардың жоғары интеллектуалды қабілетін сақтап қалғаны жөніндегі жайттар белгілі. Эпилепсия ағымы созылмалы, үдемелі, дерт жиі балалық немесе жасөспірім кезде пайда болады, біртіндеп пароксизмдер жиілейді және тұлғалық өзгерістер тереңдей түседі. Дегенмен, дертті үрдістің кідіріп, тоқтайтын жағдайлары да (5-10%) бақыланады. Дифференциалды диагностикасы; Эпилепсияны белгілі бір нақты ауру кезінде бақыланатын эпилептиформды синдромнан ажырату қажет: ми ісігі, ми мерезі, ми қан тамырлық аурулары, энцефалиттер, истериялық ұстамалармен жүретін невроздар және т.б.

Эпилепсияны дифференциалауды қажет ететін аурулар тобы өте көп — балалық шақтағы спазмофилиядан бастап кәрілік жастағы мидың атрофиялық және қан тамырлық зақымдануларына дейінгі аралықта. Эпилепсияны бұл аурулардан ажырату үшін клиникалық сипаттамасын толықтай қарастыру қажет. Ұстамалардың шығу тегіндегі айырмашылықтар осы ауруды ерте анықтау мен сәйкес ем қолдану үшін маңызды. Әр түрлі аурулар кезіндегі эпилептиформды синдромдар бірдей емес, клиникалық көріністері, жиілігі, дамуы, ұстама аралық жағдайлардың ерекшелігімен, басқа да клиникалық және параклиникалық белгілерімен ерекшеленеді. Эпилепсияны бірінші кезекте ми ісігі кезіндегі эпилептиформды синдромнан ажырата білу керек. Бұл ісіктерге Джексондық ұстамалар тән (локальды, бұлшық еттер тобының тырысуларынан басталады. Мысалы, сол қол немесе аяқтың, дененің басқа бұлшықет топтарына таралмайды), бұлар эпилепсия кезінде кездеспейді. Ми ісіктеріне фокальды пароксизмдер тән: дәм сезу және иіс сезу галлюцинациялары, афатикалық бұзылыстар, бір жақты парестезиялар. Жалпы милық синдромдар, неврологиялық бұзылыстар ми ісігінің клиникалық сипаттамасын эпилепсиядан ажыратып тұрады. Истериялық ұстама кезінде эпилепсиядан айырмашылығы, сана толығымен жойылмайды, науқас қоршаған орта тітіркенгіштеріне жауап береді және жиі науқастармен контактіге түсу мүмкін болады.

Истериялық ұстамалар, ереже Этиологиясы және патогенезі 357 бойынша, психикалық жарақаттан кейін пайда болады. Ұстамадан кейін науқас санасы қалпына келеді, ал эпилепсиядан кейін кома жағдайы, сопор немесе ұйқыға ауысатын есеңгіреу жағдайы дамиды. Эпилепсия ұстамасы кезінде естеліктер толығымен жойылады, ал истериялық ұстамада олар сақталады. Эпилепсиялық ұстама кезіндегі фазалар ретті болып келеді, ал истериялықта бұл болмайды. Истериялық ұстама кезінде науқастың көз қарашығының жарыққа әсері сақталған, эпилепсиялық ұстама кезіндегідей патологиялық рефлексдер байқалмайды. Эпилепсия кезінде ЭЭГ-да эпилепсиялық белсенділік белгілері, ұстама кезінде — барлық әкетулерде жоғары амплитудалы жиі және баяу тербелістер, пик тәрізді топқындар болады. Ұстама аралық кезеңде өкпе гипервентиляциясы жағдайында жедел және баяу толқындар пайда болады.

Арахноидиттер мен энцефалиттер кезінде полиморфты белгілері бар күрделі фокальды ұстамалар байқалады. Вегетативті және вестибулярлы бұзылыстар орын алады. Ұстамалар жиі дене қызуының жоғарылауымен, тыныс алу бұзылуымен байланысты жүреді. Ұстамалар аса өзгермелі келеді. Психикалық бұзылыстар

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

астениялық симптомдармен, жады төмендеуімен, зейін әлсіреуімен, аффективті бұзылыстармен көрініс береді. Эпилепсияны бас миының цистицеркозынан ажырата білу керек, бұл аурудың үштен бір жағдайында эпилептиформды ұстамалар байқалады. Цистицеркоз кезіндегі пароксизмдердің клиникалық сипаттамасы құрылымы мен ұстама басталуына қарай әр түрлі болып келеді, жиі фокальды ұстамалар кездеседі. Мұнымен қатар, ми цистицеркозы кезінде эпидемиологиялық талдаудың, неврологиялық және офтальмологиялық зерттеулер мәліметтерінің маңызы зор. Маңызды дифференциалды-диагностикалық критерий — ликвордағы цистицеркоз антигенімен компелемент байланысу оң реакциясы, аурудың интермиттирлеуші ағымы болып табылады. Эиологиясы және патогенезі. Ұзақ уақыттар бойы эпилепсияны тұқым қуалап берілетін ауру деп есептеген. Алкоголизмнің патогенді әсеріне көп көңіл бөлінген. Соңғы кезде эпилепсияның пайда болуында әр түрлі экзогенді факторларға (жоғары температурамен жүретін инфекциялар: қызылша, тұмау, пневмония, скарлатина, арахноидиттер, менингоэнцефалиттер, ревматизм, созылмалы тонзиллит және т.б.) және жоғары тырысулық дайындыққа, әр түрлі зияндылықтарға тырысулық және тырысусыз пароксизмдермен жауап беруге бейімділікке басты рөл беріледі.

Эпилепсиялық ұстамаларға бейімділік генетикалық мәліметтермен дәлелденеді. Церебральды үрдістерге және ағзадағы жалпы соматикалық бұзылыстармен байланысты эпилепсияның патогенетикалық механизмдері ажыратылады. Эпилепсияның церебральды механизмінде эпилептогенді ошаққа аса мән беріледі. Эпилептогенді ошақ деп қоршаған нейрондарда патологиялық қозу тудыратын бас миының локальды құрылымдық өзгерісін түсінеміз, нәтижесінде олар фокальды эпилепсиялық разрядтар өндіреді. Тырысулық разрядтардың 358 XXVII Тарау.

Эпилепсия дамуы эпилепсиялық ошаққағы нейрондардың көп мөлшерінің бір мезгілде козуымен байланысты (ошақтағы нейрондардың эпилептизациясы). Эпилептизация ЭЭГ-ге тән өзгерістермен көрінеді (пик-толқын кешені). Эпилептизацияның құрылымдық негізі оксодендритикалық синапстардың активациясы болып табылады, ол синапстық контактілер зонасының ұлғаюымен байқалады. Эпилепсиямен сыркат наукастарда метоболизмнің әр түрлі бұзылыстары байқалады: ағзада аммонийлық негіздердің жиналуымен байланысты нәруызазоттық алмасу бұзылысы, қан сарысуындағы альбумин мен глобулин құрамының өзгеруіне байланысты тұз-су алмасуының бұзылуы, көмірсу алмасуының бұзылуымен сипатталады. Ми метоболизмінің бұзылуы, серотонин мен норадреналин, гамма-аминомай қышқылы құрамының төмендеуімен байланысты биогенді аминдер алмасуының бұзылысы анықталған. Ішкі секреция бездері функциясының ауытқулары, соның ішінде ұстама алды кезеңде бүйрек үсті безі қыртысы қызметінің ауытқулары анықталған.

Эпилепсияның клиникалық көріністерінің алуан түрлілігіне байланысты қолайлы формаларымен сыркат наукастардың барлығы психоневрологиялық диспансерлерге есепке тұрмайды. Эпилепсия еміндегі аса маңызды принциптерге мыналар жатады. Ем, мүмкіндігінше, ауру үдеуінің және мида қайтымсыз органикалық өзгерістердің пайда болуының алдын алу үшін ерте басталуы қажет. Емді үздіксіз және ұзақ жүргізу керек, өйткені, тырысуға қарсы дәрілік заттарды қабылдау тоқтатылғанда немесе тәуліктік дозасы күрт төмендетілгенде, тырысулық дайындық жоғарылайды және пароксизмдердің жиілеуіне, ұстамалар сериясының және эпилептикалық күй дамуына дейінгі асқынуларға әкеп соғуы мүмкін. Ем кешенді, дертті үрдістің әр түрлі патогенетикалық звеноларына бағытталған болуы қажет. Терапия аса индивидуалды, әр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

түрлі симптомдарға, әр науқастағы ұстамалар жиілігіне, емдік препараттарды көтеруіне байланысты жүргізілуі керек.

Әр түрлі қосымша патогенді факторлардың пайда болуы мен әсерінің алдын алу — терапияның басты принципі болып табылады. Эпилепсияны емдеуде әр түрлі тәсілдер қолданылады, оларды кешенді қолданған дұрыс. Олардың ішінде ең маңыздысы — дәрілік терапия, диетотерапия, психотерапия, еңбек терапиясы болып табылады. Тырысулық дайындық жоғарылауын ескертетін және науқас өмірі мен денсаулығы үшін қауіпті ситуациялардың пайда болуын мүмкін емес ететін өмір жағдайын қамтамасыз ету қажет. Дәрілік терапия антипароксизмальды заттарды тағайындаудан тұрады. Көптеген эпилепсияға қарсы препараттарды үлкен тырысулық ұстамалар кезінде және оның эквиваленттерінде қолданылатын және кіші ұстамалар және олардың эквиваленттерінде қолданылатын препараттар деп ажыратуға болады. Үлкен тырысулық ұстама емінің ең ертеден келе жатқан түрі фенобарбиталмен (люминал) емдеу болып табылады. Бұл препарат жеке тағайындалады (тәулігіне 0,1-ден 0,3—0,4 г дейін) немесе басқа препараттармен қосып беруге болады (кофеин, бром және т.б.). Емі және сараптамасы 359 Үлкен тырысулық ұстамалармен сырқат науқастарды емдеуге гексамидин (тәулігіне 1,5-1,75 г дейін), бензонал (тәулігіне 1 г дейін), дифенин (тәулігіне 0,7—0,8 г дейін), финлепсин (тәулігіне 1 г дейін) препараттары кеңінен қолданылады. Сонымен қатар, әр түрлі препараттардың комбинациясын қолданады.

Эпилепсиялық ұстамалар эквиваленттерінің терапиясы үшін триметин (тәулігіне 1,2 г дейін), этосуксимид (тәулігіне 2 г дейін) және тағы басқа дәрілік заттар қолданылады. Эпилепсиямен сырқат науқастардың ұзақ, үздіксіз терапиясы кезінде дегидратациялық терапия (әсіресе, В тобының дәрумендері), витаминотерапия тағайындалады. Науқастың қабылдайтын сұйықтық мөлшері тәулігіне 1,5— 2 литрге дейін шектеледі, ас тұзын қабылдау шектеледі, ащы, өткір тағамдар қабылдауға тиым салынады (бұрыш, қыша және т.б.). Сүт, өсімдік диетасын тағайындау қажет.

Эпилепсиямен сырқат науқастардың психотерапиясы оларды өмірге бейімдеуге, ауру дамуының тоқтауына және симптоматикасының регресіне ықпал ететін барлық жағдайды жасауға бағытталған. Эпилепсияның әрқилы болып келетін клиникалық көрінісіндегі невроз және психопатия тәрізді бұзылыстарды ескере отырып, тұрақты рационалды психотерапия жүргізу жақсы нәтиже береді. Тынығу орта климаттық белдікте ұсынылады. Эпилептикалық күйді тоқтату. Эпилепсиялық статус дегеніміз — тырысулық ұстамалар бірінен соң бірі жалғасып, олардың аралығында науқас санасы қалпына келмей коматозды күйде қалу жағдайы. Бұл адам өмірі үшін қауіпті, жиі өкпе, ми ісінуі және науқас өліміне алып келетін тыныс алу, жүрек-қан тамыр қызметінің бұзылысы бақыланады. Сондықтан эпилепсиялық статуспен науқастың емі, ереже бойынша, реанимациялық бөлімшеде жүргізіледі және ұстамаларды тоқтатуға және ағзаның өмірлік маңызды мүшелерінің функцияларын сүйемелдеуге бағытталған.

Үлкен тырысулық ұстаманы тоқтату үшін тәулігіне 30 мг дейін седуксен (бұлшықетке және көктамырға), 2—4 мл-ге дейін хлоралгидрат ерітіндісі (клизма түрінде) қолданылады. Бас ішілік қысымды төмендету үшін жұлындық пункция жасап, 20—30 мл жұлын сұйықтығы алынады. Кей жағдайда басқарылып отыратын наркоз қолданылады. Ми ісінуін қайтару үшін дегидратациялық ем жүргізіледі (лазикс, новурит, магний сульфаты). Науқастың дерті мен жеке тұлғасының ерекшеліктерін, мамандығын ескере отырып, еңбекке орналастыру аса маңызды болып табылады.

Транспортта, қозғалғыш механизмдермен жұмыс, жоғары ауа температурасында, суда, отта және өкпенің жоғары вентиляциясы бар жерлерде еңбек етуге тиым

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

салынады. Еңбектік, әскери сараптама ауру фактісін және оның көріністерін анықтауға негізделген. Ұстамалардың жиілігіне, олардың сипатына және де деменцияның айқындылық дәрежесіне байланысты науқастар еңбекке жарамды болып танылып, ал кейде сырттан күтім мен бақылауды қажет етуі мүмкін.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Бұрын болып өткен бас-ми жарақатынан соң пайда болатын симптомдар ішінен жарақаттық астенияға тән түрін таңдаңыз-ол

- A. тез шаршағыштық
- B. дисмнестикалық бұзылыстар
- C. пароксизмальды бұзылыстар
- D. истериялық ұстамалар
- E. паранояльды сандырақ ойлар

2. Бұрын болып өткен бас-ми жарақатынан соң пайда болатын симптомдар ішінен жарақаттық энцефалопатияға тән емес түрі

- A. қабылдаудың бұзылысы
- B. дисмнестикалық бұзылыстар
- C. тітіркенгіштік
- D. вегетативті бұзылыстар
- E. жоғарылаған арықтаушылық

3. Кіші эпилептикалық ұстамаға жатқызылатын пароксизм-ол

- A. абсанс
- B. сананың қарауыту бұзылысы
- C. дисфория
- D. транс
- E. Джексон ұстамалары

4. Эпилепсияға тән емес симптом-ол

- A. резонерлік
- B. ойлаудың байыптылығы
- C. кекшілдік
- D. ұсақтық, педанттық
- E. дисфория

5. Ойлардың, эмоциялардың және ауруға дейінгі кездермен салыстырғандағы, тәртіп формаларының болмау немесе олардың редукциясы түріндегі шизофренияның симптомдары ... деп аталады.

- A. негативті
- B. позитивті
- C. біріншілік
- D. психопатиялық
- E. продуктивті

6. Эмоцияның амбиваленттілігі бұл

- A. бір мезетте қарама – қарсы келетін сезімдер
- B. адекватсыз ситуация сезімі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- С. ұстамсыз эмоция
 - Д. жайбарақат көңіл-күйден ашуланшықтыққа тез көшу
 - Е. эмоциональді лабильділік
7. Бас миы тамырларының атеросклерозымен ауыратын науқас көз жасын қуаныштан да, ренжігенде де тоқтата алмайды. Науқаста
- А. көңілшектік
 - В. эмоцияның адекватсыздығы
 - С. кешелік
 - Д. апатия
 - Е. сезімінің екі түрлілігі
8. Кәдімгі (типтік) мания бұл
- А. көңілді
 - В. психопат тәрізді
 - С. қаһарлы
 - Д. шатасу
 - Е. ажитациялық
9. Кататоникалық қозу ... сипатталады.
- А. ойлаудың үзілуімен, стереотипті қимылдармен
 - В. сіресіп қалумен
 - С. демонстративтілікпен
 - Д. паникамен
 - Е. ажитациямен
10. Кататоникалық қозу симптомы бұл -
- А. сөйлеу мен қимылдардың стереотипиясы
 - В. парамнезия
 - С. онейрод
 - Д. ментизм
 - Е. ступор

8-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Аффективті бұзылулар.

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдаларды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;
 психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;
ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;

әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу; клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;

неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;

психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Аффективті және ерікті бұзылулар.
2. Маникалық биоплярлы аффективті бұзылыстың, депрессиялық эпизодтың, қайталанатын негізгі клиникалық көріністері.
3. Циклотимия-эпидемиология, этиология, клиника.
4. Дистимия-эпидемиология, этиология, клиника.
5. Суицидтік мінез-құлық.
6. Аффективті синдромдардағы соматикалық бұзылулар.
7. Аффективті бұзылуларды емдеу және алдын-алу.

Аффективті бұзылулар – бұл көңіл-күйдің бұзылуы деп те аталатын психикалық бұзылулардың жиынтығы. Аффективті бұзылулардың негізгі түрлері депрессия және биполярлық бұзылулар болып табылады. Симптомдар әр адамға қарай өзгереді және жеңілден ауырға дейін өзгеруі мүмкін. Психиатр немесе басқа оқытылған психикалық денсаулық маманы аффективтік бұзылыс диагнозын қоя алады. Бұл психиатриялық бағалау арқылы жасалады. Аффективті бұзылулар сіздің өміріңізді бұзуы мүмкін. Дегенмен, дәрі-дәрмек пен психотерапияны қоса алғанда, тиімді емдеу әдістері бар. Аффективті бұзылыстардың түрлері; Аффективті бұзылулардың екі негізгі түрі – депрессия және биполярлық бұзылыс. Олардың әрқайсысы ішкі түрлерді және ауырлықтағы өзгерістерді қамтиды. Депрессия – бұл төтенше қайғы мен үмітсіздік сезімін сипаттайтын медициналық термин. Бұл бір-екі күн көңіл-күйді сезіну емес. Егер сізде депрессия болса, бірнеше күн немесе тіпті аптаға созылатын эпизодтар болуы мүмкін. Астам деп есептеледі 264 миллион адам Дүние жүзінде депрессиямен өмір сүреді, ол әртүрлі формада болуы мүмкін. Депрессияның ең көп таралған түрлеріне мыналар жатады:

Негізгі депрессиялық бұзылыс (MDD). Бұрын клиникалық депрессия деп аталатын MDD төмен көңіл-күйдің, үмітсіздіктің, шаршаудың және басқа белгілердің ұзақ мерзімді және тұрақты эпизодтарын қамтиды. Тұрақты депрессиялық бұзылыс. Дистимия деп те аталады, депрессияның бұл түрі, кем дегенде, ауыр емес депрессия белгілерімен сипатталады. 2 жыл. Маусымдық үлгілері бар негізгі депрессиялық бұзылыс. Әдетте маусымдық аффективтік бұзылыс (SAD) ретінде белгілі, депрессияның бұл кіші түрі көбінесе күндізгі жарық аз болған қыс айларында пайда болады. Өмірдің әртүрлі кезеңдеріндегі гормоналды өзгерістерге байланысты әйелдерде депрессияның белгілі бір түрлері де бар. Мысалы, жүктілік кезіндегі перинаталдық депрессия және босанғаннан кейінгі депрессия. Кейбір әйелдер етеккір алдындағы дисфориялық бұзылыстың (PMDD) басқа белгілерімен қатар депрессияны

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

да бастан кешіреді. Босанғаннан кейінгі депрессияны ерлер де сезінуі мүмкін, бірақ бұл әйелдердегідей гормоналды өзгерістермен байланысты емес. Кейде депрессия негізгі медициналық мәселеге қосымша жағдай ретінде де дамуы мүмкін. Кейбір мәселелерге мыналар жатады: созылмалы ауырсыну синдромы, қант диабеті, қалқанша безінің ауруы, жүрек ауруы, қызыл жегі, ревматоидты артрит, көп склероз, Паркинсон ауруы. Биполярлық бұзылыс – адамның көңіл-күйінің күрт өзгеруін бастан кешіретін психикалық денсаулық жағдайы. Бұл көңіл-күй өзгерістері мания немесе гипомания кезеңдерімен бірге депрессия эпизодтарын қамтуы мүмкін. Биполярлық бұзылыстың әртүрлі түрлері бар. Оларға мыналар жатады:

Биполярлық I. Биполярлық I кем дегенде созылатын мания эпизодтарымен анықталады 7 күн. Сізде 2 апта немесе одан да көп уақытқа созылатын депрессиялық эпизодтар болуы мүмкін, бірақ биполярлық I-де депрессия болмауы мүмкін. Биполярлық II. Бұл түрге гипомания деп аталатын жеңіл маниямен бірге кемінде 2 аптаға созылатын депрессия эпизодтары кіреді. Циклотимия. Биполярлық бұзылыстың бұл жеңіл түрі әлі де депрессия мен гипомания кезеңдерін қамтиды, бірақ әрбір эпизод үшін нақты уақыт кестесі жоқ. Циклотимиялық бұзылыс деп те аталады, егер сіз 2 жыл немесе одан да көп велосипедпен жүру гипоманиясын және депрессияны бастан өткерген болсаңыз, сізге диагноз қойылуы мүмкін. Аффективті бұзылулардың белгілері өте әртүрлі болуы мүмкін. Дегенмен, негізгі түрлердің әрқайсысы үшін кейбір жалпы белгілер бар. Депрессия; ұзаққа созылған қайғы, тітіркену немесе мазасыздық, летаргия және энергияның жетіспеушілігі, қалыпты әрекеттерге қызығушылықтың болмауы, тамақтану және ұйықтау әдеттеріндегі негізгі өзгерістер, шоғырланудың қиындауы, кінә сезімі, физикалық түсіндірмесі жоқ ауырсынулар мен ауырсынулар, суицидтік ойлар, әдеттен тыс және созылмалы көңіл-күй өзгерістері Биполярлық бұзылыс; Депрессиялық эпизод кезінде симптомдар негізгі депрессиялық бұзылуларға ұқсас болуы мүмкін. Мания кезінде сіз мыналарды сезінуіңіз мүмкін: аз ұйқы қажет, тым жоғары сенімділік, тітіркену, агрессия, өзіндік маңыздылық, импульсивтілік, абайсыздық, алдау немесе галлюцинация

Аффективті бұзылулардың себептері

Аффективті бұзылулардың себептері толық зерттелмеген. Нейротрансмиттерлер немесе мидың химиялық заттары көңіл-күйге әсер етуде үлкен рөл атқарады. Олар қандай да бір жолмен теңгерімсіз болса немесе сіздің миыңызға дұрыс сигнал бермесе, нәтиже аффективті бұзылыс болуы мүмкін. Теңгерімсіздікке не себеп болатыны толық белгісіз. Өмірлік оқиғалар аффективті бұзылуларды тудыруы мүмкін. Травматикалық оқиға немесе жеке жоғалту депрессияны немесе басқа аффективті бұзылуды тудыруы мүмкін. Алкоголь мен есірткіні пайдалану да қауіп факторы болып табылады. Бұл жерде генетикалық фактор да бар сияқты. Егер сіздің отбасыңыздағы біреуде осы бұзылулардың бірі болса, сізде де оны дамыту қаупі жоғары. Бұл олардың тұқым қуалайтынын білдіреді. Дегенмен, бұл сізде аффективті бұзылыстардың пайда болуына кепілдік бермейді, себебі отбасы мүшелерінің біреуі бар. Аффективті бұзылыстарды диагностикалау Аффективті бұзылуларды диагностикалау үшін медициналық сынақтар жоқ. Диагноз қою үшін психикалық денсаулық маманы сізге психиатриялық бағалауды бере алады. Олар белгіленген нұсқауларды орындайтын болады. Сіздің белгілеріңіз туралы сұрауды күтуіңіз керек. Негізгі медициналық жағдайларды іздеу үшін кейбір сынақтар жасалуы мүмкін.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Аффективті бұзылыстарды емдеу.

Аффективті бұзылыстарды емдеудің екі негізгі әдісі бар: дәрі-дәрмек және терапия. Емдеу әдетте екеуінің комбинациясын қамтиды. Көптеген антидепрессанттар бар. Симптомдарды тым көп жанама әсерлерсіз жеңілдетуге көмектесетін біреуін таппас бұрын бірнеше әрекетті сынап көру қажет болуы мүмкін. Дәрі-дәрмектен басқа психотерапия да емдеудің маңызды бөлігі болып табылады. Бұл сіздің бұзылуларыңызбен күресуді үйренуге және оған ықпал ететін мінез-құлықты өзгертуге көмектеседі. Терапия мен дәрі-дәрмектерден басқа, депрессияның кейбір түрлерін емдеуге көмектесетін қосымша тәсілдер қолданылуы мүмкін. Оларға D дәрумені препараттары және арнайы лампалармен қамтамасыз етілетін жарық терапиясы кіреді. Сіздің жағдайыңыз үшін рецептсіз сатылатын қоспаларды қабылдас бұрын дәрігеріңізбен сөйлесіңіз. Сондай-ақ сіздің дәрігеріңіз белгілі бір өмір салтын өзгертуді, соның ішінде тұрақты жаттығуларды, тұрақты ұйқы кестесін және дұрыс диетаны ұсынуы мүмкін. Олар сіздің медициналық емдеуіңізді толықтыруға көмектеседі, бірақ оларды алмастырмауы керек.

Аффективті бұзылуларға болжам

Тиісті және ұзақ мерзімді емдеу кезінде аффективті бұзылыстың қалпына келу болжамы жақсы. Көп жағдайда бұл созылмалы жағдайлар екенін түсіну маңызды. Көбінесе олар ұзақ мерзімді емдеуге тура келеді. Кейбір жағдайлар ауыр болғанымен, аффективті бұзылыстары бар емделіп жатқан адамдардың көпшілігі қалыпты өмір сүре алады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жпппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Маниакальді-депрессиялық психоздің классикалық көрінісінен континуальді тип ағымы ... ерекшеленеді.
 - А. аздаған қолайлы болжаммен
 - В. суицидтің төмен мүмкіндігімен
 - С. «жарқын» аралықтардың болмауымен
 - Д. аффективті бұзылыстардың аз айқындылығымен
 - Е. тек қана депрессивті фазалардың болуымен
2. Маниакальді-депрессиялық психоздың маниакальді фазасы үшін ... белгілер тән.
 - А. әсер ету сандырағы
 - В. жоғарылаған көңіл-күй
 - С. жеделдеген ой
 - Д. қозғалыстық тежелу
 - Е. қызғаныштық сандырақ ойлар
3. Маниакальді-депрессиялық психоздың депрессивті фазасы үшін ... белгілер тән.
 - А. каталепсия
 - В. төмендеген көңіл-күй
 - С. баяулаған көңіл-күй
 - Д. қозғалыстық тежелу
 - Е. өз-өзіне қол жұмсай ойы
4. Паранойяльды синдром құрамындағы сандырақ ... болады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- A. монотематикалық
 - B. галлюцинациямен
 - C. екіншілік
 - D. психикалық автоматизациямен
 - E. Котар сандырағы түрінде
5. Науқастардың өз-өзіне қол жұмсау жағдайы...синдроммен жиі кездеседі.
- A. депрессиялық
 - B. параноидты
 - C. галлюцинаторлық
 - D. кататоникалық
 - E. маниакальды
6. Неврастениядағы негізгі бұзылыс
- A. тітіркендіруші әлсіздік
 - B. жанама жауаптар және жанама қимылдар
 - C. сөну
 - D. естің бұзылысы
 - E. Кандинский-Клерамбо синдромы
7. Жарақаттық церебрастенияға тән емес симптом
- A. галлюцинациялар
 - B. бас ауруы
 - C. бас айналу
 - D. жоғары шаршағыштық
- жоғары тітіркенгіштік
8. Қатты психотравмалық жағдайдан кейін науқаста реактивті психоз салдарынан пайда болған интеллект бұзылысы-бұл
- A. псевдодеменция
 - B. реактивті ступор
 - C. реактивті қозу
 - D. патологиялық аффект
 - E. деменция
9. Жабысқақ жағдайлар неврозына ... тән болады.
- A. обсессиялар
 - B. паралич
 - C. фобия
 - D. демонстративтілік
 - E. өте бағалы ойлар
10. Паранойя психопатиясына тән емес бұзушылық
- A. қорғау рәсімдері
 - B. күдік
 - C. шындық үшін күрес
 - D. сенімсіздік
 - E. дауласуға бейімділік

9-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Алкоголизм(ургенттік күйлер).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;

психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;

қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;

ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;

әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу; клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;

неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;

психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрет

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Алкоголь этиологиясы және патогенезі
2. Алкогольді делирийдің этиологиясы.
3. Патологиялық мас болу, диагностика және сот-психиатриялық бағалау.
4. Алкоголизмнің клиникалық көріністері: ағым кезеңдері.
5. Алкогольді параноид .
6. Алкоголизмнен туындаған неврологиялық және соматикалық бұзылулар.
7. Алкоголизмді емдеу: шығару синдромын тоқтату, детоксикация шартты рефлексорлық терапия, сенситизаторлар.
9. Жедел және созылмалы алкогольдік галлюциноз.
10. Алкогольді параноид (делирий және қызғаныш). Корсаковский психоз.
11. Гайе-Верниктің жедел алкогольдік энцефалопатиясы.
12. Алкогольдік психоздарды емдеу және алдын-алу әлеуметтік қауіпті мінез-құлық жағдайындағы тактика, қозуды тоқтату әдістері.

Алкогольді (металкогольді) психоздар — алкоголизмге байланысты пайда болатын және дамиды, клиникалық көрінісі реакцияның экзогенді типімен қоршаған орта шындығын бейнелеудің дәрежесі бұзылыстарымен, эндоформды және психоорганикалық бұзылыстармен сипатталатын психоздар. Бұл психоздар алкогольмен ұзақ улану нәтижесінде ішкі мүшелердің зақымдалуы және зат алмасу бұзылуы кезінде дамиды, сондықтан оларды металкогольді деп атап кеткен. Алкогольді психоздардың жіктелуі.

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Алкогольді психоздардың жеке формаларына 18 ғасырдан бастап көптеген зерттеу жұмыстары арналған. Оның ішінде, осы психоздардың жүйесінің негізіне айналған отандық ғалымдар С.С. Корсаков, С.Г. Жислин, И.В. Стрельчуктердің еңбектері ерекше бағаланады. Қазіргі отандық және шетелдік ғалымдар алкогольді психоздарды алкогольді делирий, вербальды галлюциноз, алкогольді параноид немесе қызғаныш сандырағы деп жіктейді. Алкогольді психоздардың жедел және созылмалы ағымын, алкогольді энцефалопатияның созылмалы түрін: Корсаков психозы, алкогольді псевдопаралич, токсикалық энцефалопатияны (Гайе—Вернике) ажыратады. Сонымен қатар, алкогольді психоздардың ағымын 3 типке бөледі: эпизодты, рецидивті, созылмалы. Алкогольді психоздардың диагностикасы, емі және профилактикасы үшін оның ағымының типі мен басты психотикалық симптоматиканың кешенін ескеру қажет.

Алкогольді делирий — алкоголизммен сырқат науқаста, ереже бойынша, алкогольмен ұзақ уақыт интоксикация аяқталған соң пайда болатын жедел алкогольді психоз. Клиникалық көрінісі айқын, сахна тәрізді көру галлюцинацияларымен, қимылдық қозумен делириозды синдроммен сипатталады, жиі дене қызуының көтерілуімен жүреді. Нақты түрде алкогольді делирий өткен ғасырдың ортасында И. Дьяковский және С. Громовтың еңбектерінде оның пайда болу себептері мен дамуын тал- 266 XVI Тарау. Алкогольді (металкогольді) психоздар данып сипатталды. Соңғы уақытта алкогольді делирийдің клиникалық потоморфозы бақылануда. Таралу бойынша алкогольді делирий жедел алкогольді психоздар жағдайының М камтиды. Клиникалық көріністері Алкогольді делирий алкоголизммен жылдар бойы зардап шегетін науқастарда дамиды. Алкогольді делирий алғаш алкоголизмнің ортаңғы сатысында, ағзадағы зат алмасу үрдістері қайта құрылып, алкоголь зат алмасу жүйесіне қосылғанда пайда болады. Алкогольді қабылдауды күрт тоқтатуға алып келетін ағзаны едәуір әлсірететін факторлар алкогольді делирий дамуына жиі ықпал етеді. Бұл факторларға инфекциялық аурулар, өкпе қабынуы, панкреатиттер, холециститтер, әр түрлі қуыстық операциялар, бас миының жаракаттық зақымданулары, іріңді процестер, өкпе туберкулезінің өршуі жатады. Алкогольді делирий алкогольмен ұзақ, ауыр улану басылған соң 1-3 күннен кейін туындайды. Ол абстинентті синдромнан түнгі және таңертеңгі уақытқа қарай айқын, ауыр түрге өтуі мүмкін. Абстинентті синдром кезіндегі соматикалық және неврологиялық бұзылыстар делирийдің хабаршысы болып табылады.

Вегетативті бұзылыстар арта түседі, тері жабындысының гиперемиясы, гипергидроз, тахикардия күшейеді, артериялық қысым күрт тербеліп тұрады, қысым жиі төмендеуге бейім, тремор, бұлшықет гипотониясы, гиперрефлексия күшейеді, делирийдің бас кезінде эпилептиформды ұстамалардың күрделі және абортивті түрлері бақылануы мүмкін. Алкогольді делирийдің ерте пайда болатын белгілерінің бірі — ұйқының жоғалуы, содан кейін көру және есту иллюзиясы пайда болады, бұған алғашында гипногогиялық галлюцинациялар қосылады, қорқыныш күшейеді. Басталып келе жатқан алкогольді делирийді диагностикалау үшін Липман симптомының практикалық маңызы зор: аурудың көз алмасының үстінен екі саусақпен басып, оны бір

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

бейнемен, мысалы, оған иттің секіріп келе жатқан бейнесімен иландырса, ауру сол бейнені қабылдап, қорқыныш аффектімен жауап береді. Алкогольді делирийдің клиникалық көрінісі дамығанда сахна тәрізді шынайы көру және есту галлюцинациялары пайда болады. Бұл кезде наукастың реакциялары эмоциялық қанық, қорқыныш пен үрей билейді, өлім жакындап келе жатқандай болады, зейіні аса елітпелі, наукас өте сенгіш келеді.

Галлюцинациялар жиі алкогольді немесе кәсіби сюжеттен тұрады. Наукастың мимикасы жанданған және толығымен галлюцинацияларға сәйкес келеді. Сандырақтық идеялар галлюцинаторлы күйзелістермен тығыз байланысты. Сананың делириозды қарауытуы тән: наукастың орын бойынша бағдары бұзылған (мысалы, вокзалда тұрмын, жұмыста тұрмын деп айтуы мүмкін). Айналасындағыларды қызметтестері деп санайды. Ол сонымен қатар, уақытты да бағдарлай алмайды, аптаның күнін дұрыс атамайды, кейде айды, жылды шатастырады. Өзіндік тұлғасын бағдарлау сақталады, өз жағдайына сын көзқарас болмайды. Галлюцинациялық бұзылыстарға сәйкес наукас қимылдық қозу жағдайында Алкогольді делирий 267 болады, бір жаққа қашуға тырысады, біреулерден қорқып, қорғанады. Бұл кезеңде наукас агрессивті болуы мүмкін (қорғанады немесе «дұшпанына», ізіне түскендерге қарсы әрекет жасайды), сондықтан әлеуметтік қауіпті болып саналады.

Психопатологиялық симптоматиканың кері дамуы кезіндегі алғашқы қолайлы белгілердің бірі наукаста ұйқының пайда болуы болып табылады (табиғи немесе препараттармен шақырылған). Ұзақ ұйқыдан кейін ауру психоз жағдайынан шығады. Психоздан шыққаннан кейін наукас айқын астениялық күйге түседі. Содан кейін наукаста психотикалық бұзылыстарға сыни көзқарас пайда болады. Дегенмен ол бірден толық пайда болмайды, өткерген психоз жағдайына наукастар жеңіл қарайды. Алкогольді делирий ұзақтығы орташа есеппен 3—4 тәулік, уақытында қолданылған ем ұзақтығын бірнеше сағатқа қысқартады. Алкогольді делирийдің ауыр түрінде қимылдық қозу төсек деңгейімен шектеледі, тактильді галлюцинациялар пайда болады, наукас үстінен насекомдарды түсіргендей, ауыз қуысынан жіп, шаш алған тәрізді қимылдар жасайды, былдырлайды. Делириозды жағдай есентіруге, сопорға ауысады, ақырында кома дамиды, әрі қарай ауру жағдайы ауырлай түскенде жүрек-қантамырлық жеткіліксіздіктен өлім жағдайы орын алады. Кейде делирий жағдайынан шыққаннан кейін, бұл синдромның симптоматикасы аборттивті түрде бірнеше күннен кейін қайталаанады. Делириозды жағдайға тән психикалық бұзылыстар айқын неврологиялық және соматикалық бұзылыстармен қосарлана жүреді. Алкогольді делирийге тән жиі кездесетін неврологиялық симптомдар жалпы тремор болып табылады, Ромберг позасында тербеліс байқалады, сіңірлік рефлексдер күшейеді, горизонтальды нистагм болады. Алкогольді делирийдің ауыр түрінде оральды автоматизм, бұлшықеттер тонусының бұзылысы, атаксия пайда болады. Соматикалық бұзылыстар тамырлық патология түрінде көрінеді: терінің, әсіресе бет терісінің гиперемиясы, склера тамырларының инфекциясы, тахикардия. Дене қызуды 38—39 °C-ге дейін көтеріледі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Паренхиматозды мүшелер (бауырдың, бүйректің) қызметтерінің бұзылыстары анықталады. Алкогольді делирийдің жиі кездесетін асқынулары пневмония, гепатит, панкреатит болып табылады. Этиологиясы және патогенезі Алкогольді делирийдің этиологиясы мен патогенезі қазіргі уақытта жеткілікті зерттелген болып есептелмейді. Алкогольді делирий патогенезінде алкоголь әсерінен бұзылған зат алмасу процесі өнімдерімен организмнің улануы басты фактор болып есептеледі. Бұл улану миы құрылымының органикалық бұзылыстарын туғызуы мүмкін, егер оған әр түрлі экзогенді факторлар қосылса (жарақат, инфекция), алкогольді делирий дамиды. Алкогольді делирийді алкоголизм кульминациясы деп есептейді және ол бауырдың детоксикациялық функциясының бұзылуының нәтижесінде пайда болады. Алкогольді делирий кезінде бауырдың детоксикациялық, нәруыздық, майлық және пигменттік функцияларының бұзылыстары бақыланған. 268 XVI Тарау. Алкогольді (металкогольді) психоздар Бауыр қызметінің дәрежі бұзылыстары нәтижесінде және осыған байланысты алкогольдегидрогеназа (ағзадағы алкогольді тотықтырушы) ферментінің белсенділігінің төмендеуі нәтижесінде алмасудың толық тотықпаған өнімдері, ең бастысы, ацетальдегид пайда болады. Зат алмасу бұзылысы және бауырдың барьерлік қызметінің бұзылысы, авитаминоз фонында ацетальдегидтің ағзада жиналуы жедел алкогольді психоз тудырады. Алкогольді делирий кезіндегі бас миының патоморфологиялық өзгерістерін тамыр өткізгіштігінің жоғарылауы немесе тамыр қабырғасының некрозы және нейрондардағы екінші реттік дистрофиялық және некроздық өзгерістері түріндегі кан тамырлардың жедел диффузды өзгерісінің қосылуымен көрінетін созылмалы энцефалопатия ретінде сипаттауға болады.

Дифференциалды диагностикасы Алкогольді делирийді жедел алкогольді галлюциноздан, инфекциялық, интоксикациялық аурулардан, жедел жаракаттық психоздан және жедел панкреатит және созылмалы панкреатиттің асқынуы кезіндегі психоздан ажырата білу қажет. Алкогольді делирий жағдайын жедел алкогольді галлюциноздан ажырататын негізгі критерий сананың делириозды күнгірттенуі болып табылады (орын және уақыт бойынша бағдарлау бұзылысы, сахна тәрізді көру галлюцинацияларының ағыны), ал алкогольді галлюциноз кезінде сана анық, массивті вербальды галлюциноз болады, делирийге тән соматоневрологиялық және вегетативтік компоненттер болмайды. Алкогольді делирий мен инфекциялық және алкогольдік емес уланулар кезіндегі делириозды синдром арасында дифференциалды диагноз алкогольді делирий кезінде инфекциялық аурудың немесе уланудың клиникалық белгілері, серологиялық реакциялар және қанның сәйкес лейкоциттік формуласының, температуралық шаманың, ағзада улану тудырған заттардың анықталмауына сүйеніп қойылады. Жедел жаракаттық психоздар делириозды тип бойынша сана күнгірттенуі арқылы көрінуі мүмкін. Дифференциалды диагностикасын алкогольді интоксикация кезінде алынған жаракат жағдайы қиындатуы мүмкін. Жаракаттық делирийге вегетативтік және вестибулярлы бұзылыстар тән, ағымы созылмалы болуы мүмкін. Бұл жағдайда аурудың санасы есеңгіреу белгілерін алады. Бұл кезде галлюцинациялық бұзылыстар бұлыңғырланады. Емі Алкогольді делирийді кешенді түрде және

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

делирийдің клиникалық көрінісінің ауырлығына, оның асқынуына, аурудың соматикалық жағдайына байланысты катаң индивидуальды түрде емдеу қажет.

Алкогольді делирий терапиясы дезинтоксикациялық, дәруменді терапия (В тобының дәрумендері), сонымен қатар, психозға қарсы препараттарды қолданудан тұрады. Улануды дезинтоксикациялық ерітінділер енгізу арқылы жояды. Тиол препараттары кеңінен қолданылады, олардың дезинтоксикациялық қасиеттері Алкогольді галлюциноз 269 құрамындағы токсикалық заттарды байланыстыратын сульфгидрильді топтардың болуымен байланысты. Көбінесе унитиол қолданылады, дене салмағының 10 кг-на 5% 1 мл ерітінді есебінде. Гипертониялық (40% глюкоза ерітіндісі, мочеви́на, магний сульфаты) және изотониялық (9% NaCl ерітіндісі, 5% глюкоза ерітіндісі) ерітінділерін енгізу көрсетілген. Науқасқа көп мөлшерде сұйықтық беріледі (ең жақсысы — бал қосылған сүт). Антипсихотикалық терапияның негізгі мақсаты — қозуды жою және ұзақ ұйқы шақыру (16—18 сағатқа дейін). Бұл мақсатқа жету үшін көктамырға транквилизаторлар (5% 4—5 мл седуксен ерітіндісі), сонымен қатар, бұлшықетке димедрол, пипольфен (0,05 г-нан) егеді. Соңғы жылдарда дәрігерлер бұл жағдайда психотропты дәрілерді (әсіресе фенотиазин туындыларын) қолданудан бас тартуда, бұл препараттар жиі асқынулар туғызып, аурудың өміріне қауіп төндіреді.

Барбитураттарды өте сақтықпен қолдану қажет, олардың улы әсері ауыр интоксикацияны одан сайын тереңдете түсуі мүмкін. Алкогольді делирий терапиясының басты мақсаты — жүрек қызметін қалыпты ұстау, оны сүйемелдеу (корглюкон, кордиамин және т.б.), артериалдық қысымның төмендеуінің алдын алу және мүмкін болатын асқынулармен күресу болып табылады. Ауыр делирий кезінде заманға сай реанимациялық тәсілдер қолдану керек (гемодиализ, гемосорбция). Алкогольді галлюциноз — алкоголизммен ауыратын науқастарда дамитын, клиникалық көрінісінде шынайы вербальды галлюцинациялар басымдылық көрсететін психоз. Бұл кезде науқас санасы формальды түрде анық. Осы психозды зерттеп бастаған алғашқы онжылдықта бұл психоз жеке форма түрінде сирек кездесетін ауру ретінде қарастырылды. Соңғы уақыт мәліметтері бойынша, жедел алкогольді психоздар ішінде алкогольді галлюциноз бен алкогольді параноидтың кездесу жиілігінің салыстырмалы түрде өскендігі бақылануда. Клиникалық көрінісі және дифференциалды диагностикасы Алкогольді галлюциноздың клиникалық көрінісі шынайы, вербальды галлюцинациялармен сипатталады. Галлюцинациялар науқас үшін жағымсыз сипатта болады: балағат, қауіп туғызу, жәбірлеу. Науқасты «алкоголик, отбасын күйреткен маскүнем» деп айтады. Бұл кезде науқас санасы айтарлықтай өзгермейді, науқас орын, уақыт, өзіндік тұлғасы бойынша дұрыс бағдарланған. Галлюцинациялық бұзылыстарға сыни көзқарас болмайды. Көңіл-күйі галлюцинация тематикасына сәйкес келеді, науқасты жиі үрей, күдік билейді, кейде науқас жабырқау күйде болады. Науқастың жүріс-тұрысы галлюцинация мазмұнымен анықталады. Соңына түсу, қатынас сандырақтық идеялары қосылуы мүмкін. 270 XVI Тарау.

Алкогольді (металкогольді) психоздар Императивті галлюцинациялар науқастың өзі және айналасындағылары үшін қауіпті, сондықтан да әлеуметтік қауіп те тудырады:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

наука өзiне бағытталған бұйрықты дауыстар естидi (мысалы, бiреудi өлтiр, терезеден секiр деген сияқты). Бұл бұйрықтарды наука орындауы мүмкiн. Әрi қарай вербальдi галлюцинацияларға элементарлы тұрақсыз көру галлюцинациялары қосылуы мүмкiн.

Ағымына қарай алкогольдi галлюциноз жедел (2 күннен 4 аптаға дейiн) және созылмалы болып бөлiнедi. Сонымен қатар, алкогольдi галлюциноздың аралық, жеделдеу ағым типi де болады. Жедел алкогольдi галлюциноз жиi кенеттен, ереже бойынша, алкогольдi ұзақ уақыт шектен тыс қолдануды тоқтатқаннан кейiн пайда болады, тұрақты ұйқысыздықпен, астениямен бiрге жүредi. Көңiл-күйi төмендейдi, кейде шамалы қимылдық қозу байқалады. Алкогольдi галлюциноздың пайда болуы мен дамуы тек алкогольдiк улануға байланысты емес. Алкогольдi галлюциноз дамуы үшiн ұзақ уақыт уланудан өзге, зат алмасу бұзылысы, бас миының органикалық өзгерiстерi, жаракаттар, конституционалды ерекшелiктер қажет. Алкогольдi галлюцинозды, әсiресе, созылмалы түрiн, алкоголизммен асқынған шизофрениядан ажырата бiлу қажет. Соңғы жағдайға тұлғаның өзiне тән шизофрениялық өзгерiстерi, типтi синдромдардың (соның iшiнде алкогольдi галлюциноздың да) құрылымы мен алмасуы тән. Емi Жедел алкогольдi галлюцинозбен сырқат науқастар, олардың қоғамға қауiптiлiктерi нәтижесiнде психиатриялық стационарға шұғыл госпитализациялауды қажет етедi.

Олардың емi кешендi болуы керек. Емнiң мiндеттi компонентi дезинтоксикация — алкогольдi интоксикация салдарын жою болып табылады. Ол үшiн алкогольдi делирий кезiндегiден едәуiр аз мөлшерде және аз уақытқа дезинтоксикациялық ерiтiндiлер, витаминотерапия (В тобының дәрумендерi) тағайындалады. Жедел алкогольдi галлюцинозды емдеуде продуктивтi психотикалық симптоматиканы жою басты мiндет болып табылады. Алкогольдi галлюцинозбен ауыратын науқастарға психотропты дәрiлер тағайындалады: галоперидол (тәулiктiк мөлшерi 0,01-0,015 г), тизерцин (тәулiктiк дозасы 0,15-0,2 г), этаперазин (0,03-0,04 г). Бұл нейрорептиктермен емдеудi артериялық қысымды бақылай отырып, бұлшықетке енгiзуден бастау керек. Емдеу кезiнде асқинулар болуы мүмкiн: аллергиялық реакциялар, бұлшық ет спазмдары және т.б. Әсiресе, тыныс бұлшықеттерiнiң спазмы өте қауiпi. Нейрорептиктердiң тәулiктiк дозасы бұлшық етке енгiзу, iшке қабылдау кезiнде де 3-4 рет қабылдауға бөлiнедi.

Галлюциноз жойылғаннан соң 1-1,5 аптадан кейiн доза төмендетiледi. Доза төмендетiлген соң препаратты бiр реттiк (кешке) қабылдауға көшедi. Алкогольдi параноид 271 Алкогольдi галлюциноздың созылмалы ағымында психотропты дәрiлермен (галоперидол, аминазин, тизерцин) ұзақ ем курсы тағайындалады. Бұл кезде белсендi витаминотерапия және еңбек терапиясы жүргiзiледi.

Алкогольдi параноид — клиникалық көрiнiсiнде нақты мазмұны бар, қарапайым санд^iрақпен өтетiн галлюцинаторлы-параноидты синдром басты көрiнiс беретiн және анық сана фонында айқындылық дәрежесi төмен вербальды галлюцинациялармен жүретiн алкогольдi психоз. Бұдан 100 жыл бұрын Г. Ленц қазiргi уақытта алкогольдi параноид деп аталатын алкогольдi психозды алғаш суреттеген. Кейiнiрек И.В. Стрельчук (1949 ж) алкогольдi параноидты алкогольдi психоздың жеке формасы түрiнде бөлiп, сипаттама берген. Клиникалық көрiнiсi және дифференциалды

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

диагностикасы Алкогольді параноид клиникасындағы негізгі синдром қызғаныш немесе соңына түсу сандырағы болып табылады, эсер ету сандырақтық идеялары да кездеседі. Сандырақтық идеялар мазмұны бойынша нақты, науқастың айналасындағы шындықпен және нақты адамдармен байланысты (әйелімен, көршілерімен, қызметтестерімен, достарымен).

Науқас күйзелістері эмоционалды қаныққан, науқастар бойын қорқыныш, үрей билейді. Олардың жүріс-тұрысы, әрекеттері сандырақ фабуласымен байланысты. Науқас агрессивті болуы мүмкін. Қызғаныш сандырағына шалдыққан науқастың жүріс-тұрысы тәртіптілігімен ерекшеленеді, жиі науқастар өзінің сандырақтық идеяларын жасырады, сондықтан оларды диагностикалау қиын және олар әлеуметтік қауіптілік туындатады. Сандырақпен қатар науқаста фрагментарлы есту, сирегірек — көру галлюцинациялары байқалуы мүмкін. Науқас әрқашан дерлік орын, уақыт және өзіндік тұлғасы бойынша бағдарланған. Алкогольді параноид ағымына қарай жедел бұзақтығы 3—4 апта), жеделдеу (2—3 айға дейін) және созылмалы (3 айдан жоғары) болып бөлінеді. Алкогольді галлюциноздың созылмалы түрінде эмоциялық қанықтылық пен айқындылық бәсеңдейді. Алкогольді параноид пен галлюциноз арасындағы дифференциалды диагнозы басым белгілеріне сүйеніп жүргізіледі.

Алкогольді параноидты параноидты шизофрениядан ажырату сандырақтың нақтылығына, қарапайымдылығына сүйеніп жүргізіледі. Емі Алкогольді параноидты емдеудің жалпы принциптері алкогольді галлюциноз емінің принциптерінен айырмашылығы жоқ. Науқас стационарда емделуі қажет. 272 XVI Тарау. Алкогольді (металкогольді) психоздар Психотропты дәрілерді таңдағанда 2 -3 препаратты (галоперидол, аминазин, тизерцин) үйлестіріп қолдану ұсынылады. —
Нейролептиктермен ұзақ уақыт емдегенде, оларға корректорларды (циклодол, паркопан және т.б.) қосу қажет.

АЛКОГОЛЬДІ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ФОРМАЛАРЫ Корсаков психозы. Созылмалы алкогольді энцефалопатияның бір формасы корсаков психозы болып табылады. Бұл аурудың негізгі белгілеріне амнестикалық, синдром (парамнезиялармен — конфабуляция және псевдореминисценциялармен бірлескен фиксациялық және ретроградты амнезия) және полиневрит жатады. Корсаков психозы өзінің алғашқы суреттемесінен кейін 100 жыл ішінде белгілі бір патоморфоздан өтті және қазіргі уақытта полиневриттің айқын көріністерімен жүрмейді. Корсаков психозы, ереже бойынша, алкоголизмнің соңғы сатысында пайда болады. Оның басты белгісі — фиксациялық амнезия. Науқас жаңа ақпаратты игеріп, бекіте алмайды, мысалы, өзімен сөйлесіп отырған дәрігердің есімін, бүгінгі күнді, айды және т.б. Сонымен қатар, парамнезиялар жиі бакыланады.

Қойылған сұрақтарға жауап бергенде науқас қиялдан алынған жиі фантастикалық сипаттағы (конфабуляциялар) ақпарат береді немесе қазіргі болып жатқан жағдай орнына бұрынғы өтіп кеткенді әңгімелейді (псевдореминисценция). Алкогольді интоксикация жалғаса берген жағдайда, психоз ағымы үдемелі, ал алкогольді қолдануды тоқтатқан кезде, үдеудің айқын белгілері болмайды немесе

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

регрессиенттілікке тенденция пайда болады. Емі. Корсаков психозы кезінде авигоминоз белгілері бақыланатындықтан, витаминотерапияға көп көңіл бөлінеді (В тобының дәрумендері). Бұл кезде В дәруменінің дозасы тәулігіне 1 г-ға және одан да жоғары дозаға дейін жетеді. Витаминдер көктамырға енгізіледі (40% глюкоза ертіндісінде 6% 5 мл В1 дәруменінің ертіндісі, 3 мл 5% аскорбин қышқылы ертіндісі және РР дәруменінің 1 мл 1% ертіндісі). Бұлшық етке тәулігіне 3 ретке дейін В6, В12 және РР дәруменінің комплексі егіледі. Мидағы метаболизм үрдісін қалыптастыратын препараттар тағайындалады: аминалон — тәуліктік дозасы 2 г, емделу курсына 1000 таблеткаға дейін, пирацетал тәулігіне 1,2—2,4 г әрқайсысы 3 айдан тұратын бірнеше курс.

Алкогольді псевдосалдану. Бұл — созылмалы алкогольді энцефалопатияның салыстырмалы түрде сирек кездесетін ауыр формасы. Оның клиникалық көрінісі үдемелі салдануға ұқсас болып келеді. Бұл аурудың даму негізінде де В тобы дәрумендерінің жетіспеушілігі жатыр. Мұндай аурулардың психикалық жағдайында зейін концентрациясының бұзылуы, қажу, айқын фиксациялық гипомнезия, конфабуляция көрініс береді. Сонымен қатар, фрагментті ұлылық сандырақтық идеялары бақылануы мүмкін. Алкогольді энцефалопатияның созылмалы формалары 273 Неврологиялық бұзылыстар әрқашан бақыланады: дизартрия, патологиялық рефлексстер, аяқ-қол салдануы. Бұл бұзылыстар өте тұрақты, сондықтан, емделуі қиынға түседі. Гайе—Вернике энцефалопатиясы. Бұл — созылмалы алкогольді энцефалопатияның аса сирек кездесетін формасы. Бұл аурудың жедел формасы алкогольді делирийдің ауыр формасына ұқсас. Емі ауыр алкогольді делирий кезіндегімен бірдей. Гайе—Вернике энцефалопатиясының жеделдеу және созылмалы түрінде шатасумен байқалатын сана өзгерісі, сөз-қимылдық қозу, абортивті делириоздық құбылыстар, эпилептиформды ұстамалар, корсаков типі бойынша ес өзгерісі және неврологиялық бұзылыстар: атаксия, экстрапирамидалық симптоматика, көз қозғалтқыш функция бұзылысы бақыланады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жүйелі жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Жедел алкогольді психозда ... ем жүргізіледі.

- А. стационарлық
- В. үйде
- С. амбулаторлы
- Д. күндізгі стационарда
- Е. түнгі стационарда

2. Неврозға қолданылмайды

- А. мажептил
- В. золофт
- С. диазепам
- Д. феназепам

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- Е. элениум
3. Маниакальды депрессиялық психозда байқалады:
- көңіл-күйдің өзгеруі
 - делирий
 - онейроид
 - амения
 - ымырт күйі
4. Делирий ... кездеседі.
- алкоголизмде
 - шизофренияда
 - жедел тамырлық психозда
 - истериялық психопатияда
 - жедел жарақаттық психозда
5. Алкоголизммен ауыратын науқастағы анозогнозияны бөлудегі ... негізгі және тиімді әдіс.
- психотерапия
 - дәрілік арнайы терапия
 - дәрілік арнайы емес терапия
 - симптоматикалық терапия
 - шартты рефлексорлы терапия
6. Жасөспірімдер ПАЗ қолданудың қандай түрлеріне ... тәуелді.
- токсикомания
 - наркомания
 - алкоголизм
 - ПАЗ аралас қолдану
 - героинизм
7. Алкоголизм кезіндегі физикалық тәуелділік синдромына тән емес.
- улану кезіндегі психикалық комфорт жағдайы
 - алкогольге интенсивті құмарлану
 - физикалық жағдайды жақсарту мақсатында алкогольді қолдану
 - аффективті күш түсуді алып тастауға тырысу
 - улану кезіндегі физиалық комфорт жағдайы
8. Делирийге ... тән емес.
- қозғалыссыздық
 - ұйқысыздық
 - қорқыныш көру галлюцинациясы
 - мутизм
 - қоршаған ортадағы дезориентировка
9. Онейроидқа ... тән емес.
- шынайы көру галлюцинациясы
 - антагонистік сандырақ
 - кататоникалық бұзылыс
 - психомоторлы қозу
 - орындағы, уақыттағы және жеке тұлғадағы бағдарсыздық
10. Аменцияға ... тән емес.
- болып жатқан оқиғаларды түсіну
 - нашар болжам

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- С. сөйлеудің байланыссыздығы
- D. ауырсынушылық уайымдарды есте сақтау
- Е. сананың терең тұмандануы

10-сабақ

5.1.Сабақтың тақырыбы: Нашакорлық және уытқұмарлық (ургенттік жай-күй).

5.2. Сабақтың мақсаты: Поликлиника жағдайында және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларды ересектер мен балаларда ерте диагностикалау үшін; госпитальға дейінгі деңгейде және үй жағдайында психикалық және наркологиялық ауруларға емдеу-профилактикалық шаралардың кешенін жүргізу үшін; психиатриялық және наркологиялық аурулардың госпитальға дейін және госпиталь деңгейінде шұғыл жағдайларды диагностикалау және дәрігерлік көмек көрсету үшін және сот-психиатриялық және наркологиялық экспертизаларды анықтау үшін керек білімдер мен тәжірибелік дағдалырды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

клиника-анамнездік деректердің негізінде ең жиі тараған психиатриялық ауруларды диагностикалауды үйрету;
психиатриялық және наркологиялық ауруды зерттеуінің тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру және патологиялық белгілердің негізінде локализация мен процесстің табиғатын анықтау үшін олардың диагностикалық маңызын бағалау;
қосымша зерттеу әдістерінің деректерін дұрыс анықтай білу – электрофизиологиялық, биохимиялық, иммунологиялық, нейровизуализациялық және басқалар;
ем тағайындауға, профилактикалық шараларды жүргізуге және еңбекке жарамдылығын анықтауға негіз болатын жиі тараған аурулардың клиникалық диагнозын белгілеуді үйрету;
әртүрлі аурулар кезінде нерв жүйесінің өзгерістері туралы нақты ой қалыптастыра білу;
клиникалық симптомдар мен синдромдар негізінде наркотикалық заттарды дифференциалды анықтай білу;
неврологиялық, психиатриялық және наркологиялық аурулардың негізгі алдын алу принциптері мен шараларына үйрету;
психиатрия және наркологиядағы құқықтық сұрақтарының принциптеріне үйрету.

5.4.Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Нашакорлықтың негізгі түрлері.
2. Апиын тобының препараттарын қолдану: жедел және созылмалы апиын интоксикациясының белгілері, шығару синдромының клиникасы.
3. Налорфин апиынның шығарылуын жедел диагностикалау құралы ретінде.
4. Қарасора препараттарын қолдану, жедел және созылмалы гашиш интоксикациясының клиникасы.
5. Кокаиномания, кокаинді бір рет қабылдаудағы және созылмалы интоксикациядағы психикалық бұзылулар, клиникасы, диагностика, емі.
6. Есірткіге жатқызылған барбитураттар: созылмалы интоксикация кезіндегі психикалық және соматикалық бұзылулар.

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- 7.Нашақорлықтың алдын алудағы орта медициналық персоналдың рөлі.
- 8.Дәрілік заттар кезіндегі психикалық бұзылулар клиникасы,диагностика,емі.
- 9.Атропиндік делирийдің клиникалық ерекшеліктері.
- 10.Барбитураттармен жедел және созылмалы улану – делирий, эпилептиформды синдром, псевдопараликалық синдром.
- 11.Нашақорлық пен уытқұмарлықты емдеу және алдын алу.

Нашақорлық-наркомания (грек тілінен narke – мелшию және mania – ессіздік, құтырыну) – есірткі заттарға патологиялық дағдыланудың нәтижесінде пайда болатын созылмалы ауру. Есірткіні қолданатындардың әлеуметтік сипаты да өзгерді, бүгінгі күнге олардың қатарын орташа және тіпті жақсы қамтамасыздандырылған отбасылардың балалары толтырып отыр.Осы орайда аса қажетті шара бұл заңнаманы күшейту. Халықаралық тәжірибе бүгінгі күні есірткімен күресуде қылмыстық шараларды қатаң қолдануды талап етеді. Ұлыбритания,Бельгия, Грекия, Ирландия, Канада, Франция және басқа да елдер осы қылмыстар үшін өмір бойы бас бостандығынан айыруды белгіледі. Есірткіні сатқаны үшін өлім жазасына кесу Иран, Қытай, Сингапур, АҚШ және Тайланд заңнамаларында көрсетілген.

Президент өзінің «Қазақстан -2030: Барлық Қазақстандықтардың әл-ауқатының артуы, қауіпсіздігі және хал-ахуалының жақсаруы» атты халыққа жолдаған жолдауында: «Есірткіні жеткізгені және таратқаны үшін қатаң жазалау қажет.....Есірткі – ерекше және өлімге әкеліп соғатын сфера және бұл жерде гуманизм принциптерін қаншалықты қолдану толғандырады. Бір жағынан – оны жеткізіп, таратушы адамның өмірі, ал басқасында - оның «көмегімен» қиылған есірткіні пайдаланушының өмірі тұр.Есірткі түрлері:Токсикомания Марихуана Героин Кокаин Экстази.

Токсикомания– булармен, газдармен демалу. Токсикоманияның кейбір формалары ароматтық және басқа да заттар, мысалы тұрмыста қолданылатын ацетон, бензол арқылы таралады. Бұл ерітінділер, тазартқыштар, синтетикалық желімдер, никробояулар, дақтарды кетіретін сұйықтықтар және т.б. Үйде негізінен дезодорант-спрей, шашқа арналған лак, жиһазды тазартуға арналған сұйықтық, тырнаққа арналған лак, бензин және т.с.с.

Токсикоманияның әсерінен бұлшық ет аурулары, жүріс-тұрыс бәсеңдеуі, салмақ жоғалту, бауыр мен бүйрек қызметінің бұзылуы, бас миының және жүйке жүйесінің бұзылуы, еске сақтау, ойлау қабілеттерінің әлсіреуі сияқты ауруларға, ал әрі қарай

Асфиксияға (дем алудың қиындауы), естен тануға, комаға және кенеттен қайтыс болуға әкеліп соғады.

Марихуана Марихуана– кептірілген, ұсақ туралған жапырақтың, тұқымдар мен жасыл, қоңыр немесе сұр түсті сора гүлдерінің қосындысы. Марихуана – көптеген елдерде, оның ішінде Қазақстанда көп таралған заңсыз есірткі.

Марихуананың ықпалындағы адамның басы айналады, жүрісі бұзылады, үнемі күле береді және есте сақтау қабілеті төмендейді.

Марихуананы шегуді кейбіреулер денсаулыққа зиян емес деп санайды. Алайда, ол денсаулыққа үлкен зиян келтіреді.

Героин - ең алдымен опий пайда болды, содан кейін одан морфин алынды, одан героин шығарылды. Героин өзінің есірткілік белсенділігімен морфийннен әлдеқайда асып түседі. Ол қыздырғаннан кейін тамырға егіледі, шегіледі, онымен демалады. 2008

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

жылдың 8 айы ішінде Астана қаласында героиннің дозасын асырып қолданғаннан 19 жастан 30 жасқа дейін 48 адам көз жұмған.

Нашақорлардың түн ұйқылары бұзылады, артериалдық қан қысымы төмендейді, ине салу нәтижесінен тамырлары тесіледі, бауыры мен бүйректері ауырады, организмі дене және психологиялық жағынан әлсірейді, гепатит пен СПИД-ке шалдығады, ақырында өлімге әкеп соғады. Кокаин – коки өсімдігінен шығарылған, негізінен ақ ұнтақ тәріздес есірткі. Кокаин ұнтағын ұсақтап мұрын арқылы тартады немесе тамырға енгізу үшін езеді. Кокаинді тек бай адамдар қолдана алады, себебі оны сатып алу үшін аптасына мың доллардан астам ақша жұмсалады. Оған тез үйреніп кетуге болады. Кокаинді қолданушылар паранойд болып келеді, олар миына қан құйылуынан, жүректің қысылуынан кенеттен өліп кетеді. Алғашқы дозадан алған жақсы әсерлерді сезіну үшін кокаинді жиі және көптеп қолдану керек болады. Есірткіні алғашқыда эйфорияны сезіну үшін енгізсе, кейін тек өзін жақсы сезініп, күйзелу немесе шаршаған жағдайын кетіру үшін қолданады. Қолданудың ақыры – сандырақтауға, дем алуының бұзылуына, есінен тануына, ақырында өлімге әкеліп соғады.

Экстази – 1987 ж. Испанияда болған бір дискотекада «экстази» таблеткасын (метилендиоксиметиламфетамин) музыкамен біріктіруден болған эффект «ашылды». Экстази қолданғаннан кейін жеңілдік сезіледі, күш-қуаты күшейеді, көңіл көтеріп, бірнеше сағат қатарымен шаршамай билеуге болады. «Экстази» 2 сағаттан 8 сағатқа дейін әрекет етеді. Алайда «Экстазиден» қайтыс болғандардың саны көп.

Нашақорлық - есірткіні қолданудан туындаған ауру. Есірткі-бұл жүйке жүйесіне әсер ететін және адамның психикасын өзгертетін заттар. Дәрі-дәрмектер сияқты, есірткі де пайдалы болуы мүмкін (ауырсынуды жеңілдетеді, операция үшін анестезия жағдайында енгізеді), сондай-ақ теріс пайдалану кезінде де зиян. Алайда, есірткінің эйфория күйін тудыратын қасиеті адамдарды оларды зияндығы туралы ойламай қабылдауға итермелейді. Бейнелі мағынада есірткі деп кез-келген тәуелділік объектісі аталады, онсыз адам эмоционалды ыңғайсыздықты сезінеді, мысалы, компьютер, теледидар, құмар ойындар. Есірткіге тәуелділік психикалық және физикалық болып бөлінеді. Есірткіні қолданудың алғашқы кезеңдерінде адам өте жағымды сезімдерді сезінеді және бұл процесті қайта-қайта қайталағысы келеді. Затты қабылдаудан үзіліс кезінде тәуелді адамның көңіл-күйі нашарлайды, ол тітіркенеді және есірткінің келесі дозасынан басқа ештеңе туралы ойлана алмайды. Нашақор дозаны алудың кез-келген әдісін іздейді. Осы сәтте мінез-құлық нормаларын, заң нормаларын бұзу ол үшін ештеңе білдірмейді. Ұрлық, күрделі өтірік (нашақордың жақындары оған көбіне соңына дейін сенеді), барлық сүйіспеншілікті ұмытып кету: туыстарына, достарына, жақын адамына – бұл кез-келген тәуелділікке тән. Бұл жағдайда психикалық тәуелділік бір есірткінің дозасын қабылдағаннан кейін де пайда болуы мүмкін. Психикалық тәуелділікке физикалық тәуелділік қосылған кезде жағдай одан да қиын болады.

Есірткіге тек ми ғана емес, адамның барлық мүшелері де үйреніп қалған. Қолданудағы үзіліс абстиненция синдромы деп аталады (абстиненция синдромы): бұлшықеттер мен буындардағы қатты ауырсыну, қажу, әлсіздік, ұйқысыздық, тітіркену, мұрыннан су ағу, түшкіру, есінеу, қалтырау, ыстық көтерілу, құрысулар, диарея, құсу және т. б. Диагностиканың ең көп қолданылатын әдісі-зәрді, қанды, сілекейді зертханалық талдау. Хроматография, иммуноферменттік талдау және хромато-масс-спектрометрия сияқты зерттеулер заңды күшке ие. Есірткінің кейбір түрлері үшін жедел тесттер бар. Сонымен қатар, нарколог дәрігерлері пациентті тексеруді, туыстарына сауалнама жүргізуді, жалпы қан мен зәр анализін қолданады. Есірткінің

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

жаңа түрлері және әртүрлі заттарды немесе дәрі-дәрмектерді қолданудың жаңа тәсілдері үнемі пайда болады, олардың барлығын қолданыстағы зертханалық зерттеулер арқылы анықтау мүмкін емес, сондықтан есірткіге күдік туындаған кезде дәрігерге бару өте маңызды. Белгілері: Тәжірибесі көп нашақорды тіпті қарапайым адам анықтап ерекшелей алуы мүмкін. Бір текті көз қарас, жарыққа жауап бермейтін тар немесе үлкейген көз қарашығы, қарайған тістер, баяу сөйлеу, тіпті ыстық ауа — райында да ұзын жеңді киім, әбігерленген қозғалыстар немесе табиғи емес аз қозғалуы, бүкірейу-бұл белгілер көпшілікке таныс.

Психоактивті заттарды қолданудың алғашқы белгілерін байқау әлдеқайда қиын. Бірақ дәл осы кезде тәуелділіктің дамуының бастапқы кезеңдерінде адамға көмектесуге болады. Сонымен, туыстары үшін дабыл "қоңыраулары" болуы керек: суық тиюсіз қабақ пен мұрынның қызаруы; мінез-құлықтағы ауытқулар (себепсіз көңілді немесе апатия, көңіл-күйдің күрт өзгеруі, ашуланшақтық); тәбеттің күрт жоғарылауы немесе керісінше, оның болмауы, салмақ жоғалту, ұйқының бұзылуы (түнде ұйқысыздық немесе күндіз ұйқышылдық); киім мен дененің жағымсыз иісі; гигиенаны елемей; ешқандай себепсіз әлсіздік (құсу, бас ауруы, бас айналу, асқазанның ауыруы, мұрынның бітелуі). оқушылардың оқуға деген қызығушылығы, жұмысшылардың еңбекке деген қызығушылығы жоғалады; есте сақтау қабілетінің нашарлауы, зейін, алаңдаушылық; ақшаның жоғалуы және күнделікті қолданар ақшасына деген қажеттіліктің артуы. Алғашқы көмек: Тәуелділіктің барлық түрлері тек ерте кезеңінде толық емделеді, егер адам әлі "толық кірмеген" болса, ол өзінің тәуелділігіне деген сыни көзқарасын жоғалтпайды. Көбінесе бұл кезең оның туыстары мен жақындарына көрінбейді. Қорқынышты шындық айқын болған кезде, науқасқа көмектесу керемет күш, уақыт пен ақшаны қажет етеді және көп жағдайда оң нәтижеге әкелмейді.

Нашақорлық-бұл науқастың өзі ешқашан емделгісі келмейтін ауру, ал оның қалауынсыз басқалардың барлық күш-жігері пайдасыз. Жақын адамның, әсіресе жасөспірімнің мінез-құлқындағы кез-келген өзгерістер кезінде есірткіні қолдану ықтималдығын есте ұстаған жөн, ал кішкене күдікпен нарколог дәрігерге немесе медициналық мекемеге жүгіну керек. Емдеу әдетте бірнеше циклден тұрады: ағзаны уытсыздандыру (зиянды заттарды жою, тоқтату синдромын жою); психологиялық көмек; оңалту; қайталанудың алдын алу. Нашақорлықты емдеудің көптеген әдістері ойлап табылған. Нашақорлар түрмеге жабылатын уақыт болды. Дәрігерлер нашақордың миында "рахат орталығын" "күйдіруге", электр разрядтарымен ұруға, есірткіге ұқсас препараттармен (метадон) алмастыруға, әртүрлі тәсілдермен "кодтауға", гипнозбен, еңбек терапиясымен, ұжымдық сабақтармен әрекет етуге тырысты. Алайда, әртүрлі дереккөздердің мәліметтері бойынша, емделген нашақорлардың үлесі 3% құрайды. 60-90% көлемінде айтылған кезде, әдетте, есірткіден қысқа мерзімді бас тартуға (1-3 ай) көлемінде көрініс береді. Асқынулар: Есірткіні қолданудың салдары деструктивті жағдайдан өлімге дейін әкеледі. Міне, соның ішіндегі кейбір бұзылыстар: аритмия және ишемиялық ауру және басқа жүрек аурулары; энцефалопатия (ми патологиясы); гепатит, цирроз және бауыр ісігі; созылмалы бронхит, өкпенің қатерлі ісігі; гастрит және асқазан жарасы; бедеулік; ұрықтағы ауыр патологиялар мен деформациялар; ИТВ/ЖИТС, туберкулез, С гепатиті, сепсис инфекциясы; толық әлеуметтік дезадаптация (жалпыадамзаттық құндылықтардан, мінез-құлық нормаларынан бас тарту), тұлғаның деградациясы (мәңгүрт); артық дозаланудан болатын өлім; жалған есірткімен уланудан болатын өлім; есірткі себебінен туындаған аурулардан, инфекциялардан, ЖИТС-дан, есірткіні қолданудан туындаған жазатайым

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

оқиғадан болатын өлім. Алдын алу: Нашакорлықтың тиімді алдын-алу-бұл адамды салауатты өмір салтын ұстануға тәрбиелеу, есірткіні қолданудың зиянды әсерлері туралы үнемі хабардар ету, отбасы мүшелері арасындағы тығыз байланыс, сенімге негізделген қатынастар. Сонымен қатар, мемлекетте қолайлы өмір сүру ортасын құру қажет: өмірдің жоғары әлеуметтік стандарттарына қол жеткізу, жұмыссыздықты азайту, білімге қол жетімділікті кеңейту. Салауатты өмір салтын насихаттау және тәуелділіктің зияны туралы хабардар ету орта және жоғары білімнің ажырамас бөлігі болуы керек. Себептердің бірі ауыр жарақаттар немесе аурулар нәтижесінде ауырсынуды басатын дәрілерге "отырғызу" болуы мүмкін. Алайда, нашакорлықтың ең алдымен психологиялық тамыры бар. Наркологалар келесі себептерді атайды: отбасылық мәселелер (ата-ананың назары мен сүйіспеншілігінің болмауы немесе артық болуы); стресс, ауыр өмірлік жағдайлар, психологиялық жарақаттар; қызығушылық (нашакорлық туралы білімнің жетіспеушілігімен бірге), жаңа сезімдерді іздеу; жасанды әдістермен шығармашылық табысқа жетуге ұмтылу (интеллектуалды еңбек пен шығармашылықпен байланысты кәсіптерде); қоршаған ортаның кері әсері, есірткінің беделі туралы қате түсінік; ауыр әлеуметтік жағдай (жұмыс, оқу перспективаларының болмауы); тұқым қуалайтын бейімділік. БҰҰ-ның барлық елдерінде тыйым салынған. Осы есірткіні қолданған кезде адамның ми клеткалары, бауыры, бүйрегі бұзылады, жүйкесі бұзылады, тамырлары қысылады, ақырында өлімге әкеліп соғады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

Әдебиеттер:

Сыздыкова, А. Қ. Психиатрия пәніне арналған тәжірибелік сабақтар: оқу құралы / А. Қ. Сыздыкова. - Қарағанды : АҚНҰР, 2017. - 158 бет. с.

Күдерінов Т. Қ. Шекаралық психиатрия : оқу құралы / Т. Қ. Күдерінов, М. К. Күдерінова. - 2-ші бас. - Қарағанда : АҚНҰР, 2019. - 167 бет.

Жарбосынова Б. Б. Сот психиатриясы : оқу құралы / Б. Б. Жарбосынова, Ғ. М. Құдиярова. - 2-ші бас. - Қарағанды : АҚНҰР, 2019. - 230 бет. с

Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Қарағанда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
 Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Психиатрия: оқулық / Н. М. Жариков [ж/б.]. - 2-бас., өңд. жән толықтыр. - М. : "Литтерра", 2016. - 576 с

Ғ. М. Құдиярова. - Алматы : Эверо, 2013. - 316 бет. с.

Жарбосынова, Б. Б. Психиатрия: оқулық / Б. Б. Жарбосынова,

Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - ; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. : ил.

Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.

Жарбосынова, Б. Б. Психиатрия: оқулық / Б. Б. Жарбосынова, Ғ. М. Құдиярова. - Алматы : Қазақстан, 2011. - 316 бет. с.

Незванов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незванов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496 с.

Психиатрия: оқулық / Н. М. Жариков [ж. б.]. - Алматы : Эверо, 2010. - 524 бет. с.

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Қосымша әдебиеттер:

Сарсембаев, К. Т. Психиатрия және наркология. Тест тапсырмаларының жинағы: оқу құралы = Психиатрия и наркология. Сборник тестовых заданий : учебное пособие / К. Т. Сарсембаев. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 304 бет. С

Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.

Сарсембаев, К. Т. Психиатрия тестілік тапсырмалар түрінде: оқулық = Психиатрия в форме тестовых заданий : учебник / К. Т. Сарсембаев ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; С. А. Асфендияров атындағы ҚҰМУ. - Алматы : Эверо, 2012. - 392 бет. с.

Менделевич, В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук. / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.

Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Ақпаратпен қамтамасыз ету және интернет ресурстар

№	Атауы	Сілтеме
1	Электронды кітапхана	http://lib.ukma.kz
2	Электронды каталог - ішкі пайдаланушылар үшін - сыртқы пайдаланушылар үшін	http://10.10.202.52 http://89.218.155.74
3	Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана	http://rmebrk.kz/
4	«Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы	http://www.studmedlib.ru
5	«Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі	https://online.zakon.kz/Medicine
6	«Заң» құқықтық ақпараттың электронды дереккөзі	https://zan.kz
7	Ғылыми электрондық кітапхана	https://elibrary.ru/
8	«BooksMed» электронды кітапханасы	http://www.booksmed.com

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер :

1. Наркоманиялы науқастарды диспансерлі есепке алу мерзімі

- А. 5 жыл
- В. 1 жыл
- С. 2 жыл
- Д. 4 жыл
- Е. 3 жыл

2. Қазіргі уақытта наркоманияға ... тән емес тенденция.

- А. өсімдік текті заттарды көбіне қолдану
- В. наркотиктерді қосарланып қолдануға бейімделу
- С. наркотиктерді қолданылатын әйелдер санының көбеюі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- D. наркотиктердің жаңа түрінің шығуы, оларға ауысуы
E. наркотиктерді енгізудегі жаңа түрінің шығуы
- 3.Естен айырылу жағдайы... .
A. кома
B. делирий
C. бұлыңғыр ес
D. онейроид
E. аменция
4. Опиатты рецепторлар ... рецепторлары болып табылады.
A. энкефалин
B. алкоголь
C. адреналин
D. норадреналин
серотонин
- 5.Наркоманияның этиологиялық факторларына жатпайды.
A. медициналық
B. биологиялық
C. психологиялық
D. генетикалық
E. әлеуметтік
- 6.Сөйлеуінің баяулауы мен көңілінің құлазуы мен бет бейнесінің күйзелуі мен және өзін - өзі жегідей жеумен көрініс алатын ступорды ... дейміз.
A. депрессивті
B. апатикалық ступор
C. кататоникалық ступор
D. психогенді ступор
E. гебефреникалық ступор
- 7.Наркоманияны толық сипаттайтын белгі болып ... табылмайды.
A. адаптивті жағдайдың жоғарлауы
B. жеке тұлғаның деградациясы
C. криминальді мінез- құлық
D. жеке тұлғаның шығармашылық дәрежесінің төмендеуі
E. диссимуляцияға тенденция
- 8.Токсикоманиялық немесе наркотикалық заттарды эпизодты қабылдауда тәуелділіктің дамуымен ... жүрмейді.
A. итермелеуші құштарлық
B. токсикоманияның қауіп факторлары
C. наркотизм
D. мінез құлық аномалиясы
E. эмоциональды аномалиясы
- 9.Опиінді наркоманияның деградациясы сатысындағы науқасқа ... белгілері тән.
A. естің төмендеуі
B. өтірік айтушылық
C. истероидты формалы мінез құлық
D. эгоцентризм
E. суицидальді мінез құлық
- 10.Кокаинмен интоксикация симптомына ... жатпайды.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- A. бейтаныстық
- B. айқын эйфория
- C. жоғары мүмкіндіктер сезімі
- D. гипер белсенділік
- E. ашуланшақтық, тынышсыздық