**Нейропсихология**

Кіріспе

20 ғасырда  30-40 жылдары  А.Р. Лурия ми қыртысының күрделі әрекетінің жүйелі құрылысын  және оның динамикалық, кезектікпен орналасуы туралы қағидасын тұжырымдайды. Ол адамның психикалық әрекеттерін және танылатын процестерін зерттеудің тәсілдерін өңдеп жетілдіреді. А.Р.Лурияның ұсынған нейропсихологиялық тәсілі, мидың кез-келген құрамы зақымданған кезде пайда болатын сиптомдардың  және синдромдардың үйлесу заңдылықтарын тексеруге мүмкіндік береді және диагнозын анықтап, зерттейді. Нейропсихология – бұл клиникалық психологияның бір саласы болып саналады, зерттейтіні әлеуметтік және биологиялық мидың негізгі дамуы және мида болган  бұзылыстардың  себебінен  пайда болған  ауруларды. Балалар нейропсихологиясы- мидың дамуымен психиканың дамуының байланысын зерттейді.Эксперименталды нейропсихология- мида болатын психофизииологиялық даму жолдарын зерттейді.Түрлері:Жеке  даму нейропсихологиясы-  қалыпты нейропсихология /қозғалыс бөлімі,   жеке-эмоционалдық./Кәрілік нейропсихология т.б. Нейропсихология басқа ғылымдармен байланысы: психология, неврология, нейроанатомия,  нейрохимия,  нейрофизиология,, биологиялық  психология.

А.Р. Лурия ми қыртысының күрделі әрекетінің жүйелі құрылысы және оның динамикалық, кезектікпен орналасу туралы қағидасын тұжырымдайды. Ол адамның психикалық әрекеттерін және танылатын процестерін зерттеудің тәсілдерін өңдеп жетілдіреді. Э.Г.Смерницкаяның жұмыстары балалық шақтағы нейропсихологиялық және диагностикалық проблемаларды зерттеуге арналған. Э.Г.Смерницкая мектепте оқытудың қиындықтарының негізінде оқу механизміне және де үлгермеушілікті коррекциялауға арналған әдістемелерді ұсынды. Онымен нейропсихологиялық әдістің нұсқалары анықталып, ол «Лурия 90» деп аталды. Бұл әдіс 4 субтесттен тұрады. Оның екеуі есту арқылы есте сақтау, ал қалған екеуі көру арқылы есте сақтауға бағытталған. Зерттеудің қорытындысы 14 шкаламен бағаланады. әр шкаланың нақты сандық мәні бар. Шкала бойынша бағаланғаннан кейін 3 көрсеткіш бойынша есептеу жүргізіледі: есту, көру және жиынтық ұпай арқылы. «Лурия 90» әдісі қорытындысы бойынша мектептегі оқыту жоғары нәтижелерге жеткендігі іс жүзінде дәлелденген. Нейропсихологиялық әдістерді қолдануда Лурия 1973 жылы аномалды балаларды зерттеуді ұсынды. Бірақ, күні бүгінге дейін кеңес дефектологиясында және арнайы  психологияда тесттер өте шектеулі түрде пайдаланылады. Кеңінен тараған психологиялық зерттеулер баланың өз еркімен таңдаған тапсырмаларын, оны есте сақтауы, байқауы, ойлауы және еңбек қабілетін анықтау кезінде ойлауы сапалы өзгерістерге ұшырайтынын көрсетті. Қалыпты және кемтар баланың дамуындағы негізгі зандылықтары туралы теориясы түзету жұмыстарының әдіснамалық негізі ретінде. Бұл жерде бала дамуындағы негізгі заңдылықтары мәселесінің негізінде биологиялық және әлеуметтік факторлардың ролін дүрыс түсіну қажет. Өйткені биологиялық теория ағзаның барлық қассиеттері дүниеге келгенге дейін дайын түрде қалыптасады, дейді. Бүл механистикалық теория қоршаған орта мен тәрбиелеудің ролін теріске шығарады. Бала дамуына әсер ететін педагогикалық ықпалдың маңызын бағаламайды. Л.С. Выготский дәлелдегендей дамуында кемістігі бар балалар өз онтегенезінде қалыпты балалар сияқты негізгі даму кезеңдерінен өтеді, бірақ өте баяу өтеді.**Орталық жүйке жүйесіне** немесе жүйке жүйесінің орталық  бөліміне филогенетикалық  жағынан  басталган – жұлын бөлігі, және ең жас, біртіндеп дамып келе жатқан – ми бөлігі жатады. Бұл  екі бөлімнің генетикалық,  морфологиялық  құрылысы мен қызметі бір-бірімен өте тығыз байланысты және біртұтас құрылым. Ең бастысы, ми мен психиканың  бір-бірімен байланысы, себебі мидың әр бөлігі өзіне байланысты тіршілік етеді. Мысалы: Сөйлеу процесі адам баласына ғана тән, өте күрделі жоғарғы психикалық қабілет және ол шартты рефлекс заңдарына байланысты. Сөйлеу қабілеті сөйлеу аппараттарын іске қосатын орталық және шеткі күрделі жүйке жүйелері арқылы іске асады. Сөйлеу аппараты орталық жүйке жүйесінің әр бөлігіне әр деңгейде орналасқан, бірақ барлығы жиылып бір іске жұмылған өз алдына дербес қабілетті жүйе болып саналады.

Орталық сөйлеу аппараты адамның миында орналасқан. Ол ми қыртысынан /көбінесе сол жақ мидың/, ми қыртысы астындағы ядролардан ми өзегі ядроларының, солардың жалғайтын жүйке жолдарынан және тыныс жолдары дауыс ауыз сөйлеу процесіне қатысты бар еттер мен сіңірлер нервтерінен тұрады.Адам сөйлеу үшін мидың әртүрлі бөлігі қатысады, дегенмен де ми қыртысының кейбір бөліктері басты роль атқарады. Олар ми қыртысының шеке, самай, төбе және шүйде бөліктері, әсіресе мидың сол жақ қыртысы. Ми қыртысының  шеке бөлігіне орналасқан /төменгі қыртысына/ Брок орталығы, адамның дауыс шығарып сөйлеу процестері осы орталықтың арқасында іске асады. Ал ми қыртыстарының самай бөлігіне, Вернике орталығына басқа адамның сөйлеген сөзін есітіп түсіну қабілетін іске асыратын орталық. Осыған байланысты адам басқа адамның сөйлеген сөзін есітіп, түсінеді. Ми қыртыстарының төбе бөлігі де естіген сөзді түсініп, адамның жазу жазып     және жазылған сөздерді шүйде бөлігіне орналасқан көру орталығы арқылы  көзбен көріп, түсінуге үлкен ықпал етеді. Сонымен қатар балаларда ересек   адамдардың сөйлеген кездегі оның бет-ауызының қимылын көзбен көріп,  бақылау арқылы сөйлеу қабілеті арта түседі. Ми қыртысы астындағы ядролар  адамның сөйлеген кездегі анық та, байсалды және әсерлі сөйлеуіне ықпалын  тигізеді. Жүйке жүйелері ми қыртыстарын сөйлеу органдарымен байланыстырады.  Сөйлеу аппаратының барлық органдары /ағзалар/ мидан шығатын жүйкелермен қамтамасыз етілген. Олардың ең бастылары: ҮІІ, ІХ,Х ХІ, және ХІІ қос жүйкелер.

Үшкіл жүйке адамның жағын ашып-жабуға қатысы бар еттерді, бет жүйкесі /ҮІІ- қос/ - бетті әртүрлі қимылға түсіретін еттерді, ерінді және ұртты қимылға түсіретін еттерді, тіл-жұтқыншақ /ІХ-қос/ жүйкесі мен жылжымалы жүйке /Х-қос/ дыбыс сіңірлері мен көмекей еттерін, жұтқыншақ пен таңдай еттерінің қимылдауларын қамтамасыз етеді. Қосымша жүйке /ХІ-/ мойын еттерінің, ал тіс асты нерві /ХІІ/- тілдің әртүрлі қимыл жасауын қамтамасыз етеді.

Осы жүйке жүйелері арқылы адамның миындағы сөйлеу орталықтары /Брока мен Вернике/ шетте жатқан сөйлеу аппаратының органдарымен тікелей байланысып, бір-біріне серпіндерін /импульстарын/ жіберіп отырады. Осылайша адамның сөйлеу қабілеті пайда болады.

       1910ж  көрнекті невропатолог Г.И. Россолиио, оның  пікірі бойынша,  жекелеген психикалық  функцияның субъектінің  психологиялық процесін (белгілеуге) анықтауға мүмкіндік  беретін сияқты  психологиялық эксперименттің жүйесін  жасады. Автордың пікірінше, мидың әртүрлі патологиялық жағдайы психодинамиканың  өзгеруі  белгілі бір типтік  процесін тудырды. Бұл әдістің негізінде туа  біткен  оқшауланған мүмкіндіктердің болуы  туралы эмперикалық психология концепциясы жатыр. Бұл жалған теория да солай,  психикалық қызметтің бұзылуын  талдауға жеңілдетілген сандық тәсіл сияқты,  клиникалық тәжірибенің  барабар сұраныстарын, әдістемелерді  қамтамасыз ете  алады, психологияның клиникалық міндеттерін  шешуге жақындатуға әрекет қылудың өзі, өз уақыты үшін  прогресивті болады.

**Тақырып: Қабылау қызметінің бұзылуы**

Психикалық ауруы бар адамарда қабылдау қызметінің бұзылуы әр түрлі болып келеді. И.М. Сеченов айтқандай – қабылдау актісі афференті және эфференті механизімнен тұрады И.М.Сеченовтың көзқарасы көптеген физиологтар мен психологтардың еңбегінің бастамасы болды. ( Р. Гранит, Е.К. Соколов, В.П. Зинченко, А.В. Запорожец, Я.А. Венгер ) қабылдау (көру) қабілеті адамның бұл өмірдегі бейімделуінің негізі екенін көрсетілген.

А.Н. Зиненконың, Ю.Б. Гиппнрейтердің теориясынан, адамның қабылдау қабілеті оның өмірлік қызметінің тапсырмасынан туып, ұштасатыны байқалады. Жалпы психологияда зерттеу үшін қабылдау (көру) қабілетін адамның психологиясындағы белсенділік және құштарлық спецификасында қарастыру керек.

С.Р. Рубенштейін болса адамның қабылдау қабілеті жалпыламалы және ол жеке тұлғаның бағытына тәуелді. Сонымен қабылдау қабілеті жалпылама мен мотивациялық негізінде перцептивті қызмет ретінде қарастыру керек. Соңғы жылдары шетел авторлары адамның қабылдау (көру) қабілеті оның жеке тұлғалық ерекшеліктеріне байланысты екенін көрсеткісі келеді. ( Д.Ж. Бруннер, Ш.А. Твиткин Сондықтан қабылдау (көру ) қабілеті - әр түрлі себептерден бұзылуы мүмкін.

**1 Агнозия:**

Агнозия деп ақыл- есі, сезімдері қалыпты болып, брақ  танымдық кабілеті бұзылғанды  айтады. Көз агнозиясына арналған көптеген еңбектер бар. 1889ж Харгоут  деген ғалым  өзінің клиникалық жұмысында бірінші рет **көру агнозияның** синдромы туралы  жазған. Онда ауырғанға дейін  латын, грек және неше түрлі шетелдік тілдер білетін өте жоғары білімді кісі болған.Ауырғаннан кейн оның   заттың түсіне, көлеміне толық көру- танымдық  қабілеті бұзылған. Ол өзінің ұйін, тұрған қаласын, әйелінің, өзінің бетін танымаған. Тіпті түсінде де  таныс еш нәрсе көрмей қойған, ал құлағында таныс бейнелер дыбыс ретінде естілген.Ол кісі тіпті әріптерді, оқуды да ұмытқан.

 **Зат агнозиясы**, ауру затты оның  бейнесін көре алмайды, ол  Лиссауэров

 « көңіл күй обьектісінң агнозиясы» деп аталады. Бұл топқа симультантты агнозия да Полвперттікі кіреді (ауру затты оның бейнесін көреді бірақ, не жағдай болып жатқанын түсінбейді).

б) Түс және шрифт агнозиясы

в) Аушақтық агнозия.

Психикалық ауытқулар бар аурулардың агнозиясына тоқталсақ. агнозиямен ауыратындар қабылдау обьектісінің біресе 1, біресе 1неше белгілерін синтезсіз айта бастаған: төбесінде қалпағы. Астында таяғы – бірақ не екенін білмеймін: келесі бір ауру кілтті дөңгелек стержень ретінде қарастырады. Ауру затты нақты түсіндірген мен оны атай алмайды. Бұл дәйектерді Кок, Камской, Соркин өз зерттеулерінде дәлелдеген, ең алдымен аурудың қабылдау (көру) қабілеті бұзылғандағы туралы сұрақ туындайды ( Гольтштейн айтқан Ш деген ауру  фигураларды көзбен көріп дөңгелекпен үшбұрышты ажырата алмаған, ол тек қол немесе басымен айналдыру арқылы таныған.

Кей бір аурулардың агностикалық құбылыстары басқаша болған. Олар форманы, конфигурацияны тахископия жариялағанда таныған. Олар затты танымай оның жобасын айтқан. Мысалы:  ауруға  суқұйғышты көрсеткенде ол бочкаға ұқсаған ыдыс одан ұзын тал шыққан, басында дөңгелегі бар деп айтқан, немесе келесі бір науқас ( тарақты көрсеткенде горизанталды сызық одан төмен қарай кішкентай жіңішке таяқшалары бар  деп айтқан. Кейде аурулар затты білмей оның суретін салалатын болған .

Мысал ретінде  Биренбаум ( 1935ж) қарастырған В деген ауру адамы.

43 ж. ауру мамандығы бойынша библиограф .Диагнозы: эпидемиялық энцефалит (доктор Кагановтың ауру тарихынан). 1932 ж ауырған, 1 аптаға созылған ұйқышылдық оның соңы ұйқысыздыққа алып келді. Сілекейі аға бастаған, сол жақ иығы ауырып  t0көтерілген. Галлюцинация пайда болған. Вентилятордың айналасында тышқандар жүгіріп жүрген, фигуралар еденде секіреген, билеп жүрген, адамдарға айналған. Осындай құбылыстан аурулар (науқастар) Боткинскии ауруханасына түскен.

Бірнеше уақыттан кейін ауру есін жоғалта бастайды, өз палатасын, төсек орнын табалмай қалады. 1933 ж ВИЭМ психиаторлық клиникасына ауыстырылды.

 Зерттеуге дейін науқастың психикалық статусы өзгереді. Науқас есі дұрыс кезде айналасына бейімделген. Даусы жіңішке. Басының ауырғандығынан көп жата береді. Анамнестикалық ақпаратты зорға дегенде береді. Сұраққа қатысы жоқ толық түсініктемелер бере бастайды. Аз оқиды – науқастың айтуы бойынша - өзінің тірі өлік сияқты. Сырттан ақ көңіл, эмоционалды болып көрінеді,   мінезі құбылмалы болған. Бұрынғы сүйген тірлігіне әуестігі  жоғалған. әдебиетті оқу, жұмысқа деген құштарлығы, адамдармен араласуы күрт өзгере түскен, ол бір тіпті кішкентай ортада шарасыз өмір сұргендей.

Бұл жерде науқастың эмоционалды біріңғайлық жаңылуына қызуғышылық тудырған.

Тәжірибелі – психологиялық зерттеудің нәтижесінде науқастың ойлау қызметінің қандай да бір ауытқуын көрсетпейді. Науқас инструкцияны дұрыс меңгерген, оқылған мәтіннің түсінігін дүрыс айтып берген, мақалдың мәнін түсінген тәжірибелік жағдайда байқалған оның белсенсіздігі және қызығушылығының жоқтығы. Сонымен қатар патопсихлогия затты тандаудағы ауытқуларды байқайды. Науқас көрсеткен заттың 40% танымаған. Суреттегі қозықұйрықты шөп үстіндісі – кристал деп атады. Суретті бірден емес әр бір деталын айтқаннан кейін таныды. Көру қабілеті тура пал ашу секілді: бұл не болуы мүмкін – плита, кір жуғыш па? Смертница картинасын көрсеткенде науқас бұл не қылған әйел, ол не ойлап отыр? Ол неде отыр. Бұл неғылған көлеңке? – дейді.

***Зерттеудің хаттамасынан бір неше мысал келтірейік. В деген – науқастың тәжірибелі психологиялық зерттеу сипаттамасы.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Көрсетілген сурет** |                       **Науқастың атауы (айтуы)** |
| Тіс щеткасы  | Тіс  жуатын щетка. Бұл не? Сары таяқша, мүмкін желбезек. |
| Пионер барабаны | Таяғаы бар құмыра. Тәжірибеші: мүмкін басқа нәрсе шығар? науқас: кастрюльге салатын бөлке ал таяқшаны (дөнгелек) дейді. Бұл қалпаққа да келеді бұл не? |
| Кнопка | Ішінде үшбұрыш, мүмкін протоплазмалы жасуша |
| Үкі | Үкі |
| Кітап | Бисерлі жазуы бар кітап. |
| Кеуірт | Жанатын свеча, бұл мүмкін елесс, бұл лампа ішіндегі кристал болуы мүмкін емес. |
| Екі барабан | Тура алғашқыдай бірақ екеу; бірі таныс екінішісі таныс емес. Тәжірибеші: кішкентайларлдың ойыншығы. Науқас: мүмкін столға арналған губка шығар? |
| Жазуға арналған үкі, қалам, кисточка | Таяқша, театырды тағыда немесе ұзын қыл қалам үкісімен бұл түсінікті свеча, кисточка |
| Пионер трубасы | Музыка құралы, флейта немесе труба, өсімдік, формасы бойынша сәбіз құйрығы,  білмеймін. |
| Ұшақ   | Бұл белгі (ұшқыштың құйрығын көрсетеді). Бұл балкон, бірақ неліктен бұл жерде екі аяқ және стрелка бар. |

Науқас тіпті дұрыс айтқанның өзінде, өз жаубына сенімді болуы үшін қосалқы көмек іздер еді. Ол сенімсіз, әрі күмәнмен жауап береді. Науқас кітапты бірден таныды бірақ күмәнданды: не кітап, не  төрт бұрышты затпа деп.

Төрт бұрыштың шеңгелі жоқ және мұнда бірдеңелер жазылған. Ия бұл кітап.

Бұдан көру қабылдау бұзылуы бар науқас геометриялық формаларды танып ,суретті құрылыс заңдылығымен толықтырды. Науқас суреттегі затты білмей оның формасын суреттеді. Мысалы: барабан, шкафтың суретін білмеген , ал олардың нақты формасын дәл айтты. Зерттеу барысында науқас анықталған заттарды таныған, бірақ олардың  моделін білуде қиналған (жалқаулықтан). Мысалы ұшақты , итті, жиһазды  танымаған. Науқас заттарды жақсы танитын моделдерді онша танымаған, оданда қиыны – суреттегі заттар. Науқас үшін ең қиыны схема түрінде салынған, контур түрінде келтірілген көріністер болған. Бұны жақсылап тексеру үшін тағы бір тәжірибе сериясын жүргізген. Науқасқа бір затты әртүрлі көріністе көрсеткен: а) пунктерді контурда б) қара силуэт ретінде в) немесе нақты құрал саймандармен пресс – папьеның қасына ручка, сия салынған. Науқас пунктердегі көріністі тіпті танымаған, силуэтті  әсте - әсте таныған, жақсы танығаны нақты көріністер болған.

***Зерттеу хаттамасынан мысал***.

|  |  |
| --- | --- |
| **Сурет ұсынылған** | **Науқастың түсініктемесі** |
| Шляпа (пунктерлі көрініс) | Мен не екенін өзім білмеймін жүзікке ұқсайды. Бұндай кең тас болуы мүмкін емес |
| Шляпа (қара силуэт) | Қозықұирық емес па? Негізі шляпаға ұқсайды, бірақ неліктен сызық бар. |
| Шляпа (түрлі – түсті нақты көрінісі) |  Бұл шляпаға ұқсайды. |
| Алма (пункт) | Білмеймін, өзі таныс, шар ма , бұл не? |
| Алма (силуэт) | Бұл түсініксіз зат |
| Қайтадан шляпа (контуры)көрсетіледі | Бұл шляпа емес, мүмкін шынымен шляпа шығар |
| Алма (контр) | Бұл алма |

Сонымен тәжірибе танымдылық сатысының әр түрлілігін көрсетті, ең соңғысы обьектінің нақтылығын айтқанда жақсарған. Науқас суреттің құрылысын біле тұра оны бір қандай да заттқа жатқыза алмайды. Бұған дәлел оның сұраулы сөйлем қоюында .

А.Р. Лурия көрсеткендей «көру процесінің қорытындысын қабылдап (көріп) жатқын затты табуға айналған. Науқас көзбен суретті қабылдай алмаған.

Оған дәлел: суреттегі көрінісін көрген науқас силуэттегі көрністі танымаған. Боялған суреттен қайшыны таныған науқастан тәжірибеші сұрайды: мен сізге бұл затты алдында көрсеттім бе? деп. Науқас ойланып таңқалған кейіпте «жоқ мен бұны бірінші рет көріп тұрмын дейді; а, сіз мен көрсеткен таяқшалар деп ойлап жатқан шығарсыз? Жоқ, бұл қайшы емес (науқас оны ойымен салады) бұл не болуы мүмкін ?мен білмеймін. Оған келесі сүретке өтуге мүмкіндік туса да онда сенімсіздік тұрады. Боялған шляпаны ол контурға қарап таныған. Не бұл, иа шляпа ма дейді . тәжірибешінің жауабынан: бұл неғылған сызық деп көлеңкесін көрсетеді. Кейінгі тәжірибеде оған осы суретті көрсеткенде, науқас сіз өткенде шляпа дегенсіз дейді.

Келтірілген көрсеткіштер бойынша қабылдау (көру) қабілеті бұзылуы адамның қамтылу функциясы мен шарттылығына байланысты. Егер тәжірибеші нақты затты көрсетуді ұсынса (шляпа немесе қайшы қайда екенін көрсетіңіз, науқас дұрыс таныған. Сонымен обьектіні нақты ортаға салу тануға көмектескен. Ал заттың атауы азрақ көмектескен. Сондықтан бұндай аурулар дементтік ауруларда нақты байқалған.

**3: Деменциядағы псевдоагнозия**

Клиникалық және тәжірибелі психологиялық көрсеткіштер көрсеткендей көру қабілеті бұзылған науқастарды зерттеу барысында органикалық типтегі деменцияның байқалынған ерекшелерді көрген науқастар силуэт пен пункттерді, суретті танымаған, оған тағы бір ерекшелік қосылды, олардың қабылдауы (көру) дифузиялық дифференциялды болмаған.

Бұл топтағы науқастардың көру қабілетінің бұзылуы сүретті көрсеткенде байқалынған. Деменциямен ауратындар сюжетті сүреттерді қатар қойғанда бірнеше сін танымаған. Сюжеттің мағынасын түсінбей, тіпті кейде сюжетті көрмей ондағы затты суреттей бастаған. Суреттің кейбір бөлігі бірігіп, фонмен араласып. заттардың көрінісінде көрінбей қалған. Г.В.Биренбаум айтқандай, науқас өзі зейін қойған затты бөлігінен ғана тани бастайды. Қозықұйрықты науқас қызанақ дейді, қалпағына қарап, ал егер зейіні аяғына түссе, онда қияр дейді. Сондықтан науқасқа суретті көрсетткенде бәрі бір: оны жартылай ма, бүтіндей ма.

Кейбір науқаста, агнозия көріністің құрлысымен формасында дамуын тапқан. Биренбаум 1948 ж. К деген науқас жайында айттқан – онда органикалық деменциямен қатар көру агнозиясі формаларды қабылдауда бұзылуы байқалынған. Үшбұрыш көрсеткенде: «Клин сияқты, бірақ атай алмаймын, үш клин көріп тұрмын, клин – үш клин шығар».

Төрт бұрыш көрсеткенде ол: «Маған бұны атау қиын (саусағымен көрсетіп) түзу сызық, түзу сызық, түзу сызық және тағы түзу сызық».   Бітпеген жартылай дөңгелекті көрсеткенде «бұл жерде қандайда бір ойық бар дейді». Мысалы – крест көрсеткенде науқас «қалай қарасаңда түзу сызық дейді». Көбіні науқас заттың формасын қабылдап, бірақ бірден оның құрылысын бұзған.

Биренбаум айтқандай, агнозиямен ауратын науқасты «оптикалық зейіні» бұзылған деуге болады. Мысалы: сұретті көргенде, дөңгелегі шығып кеткен арба жанындағы шаруаны көргенде науқас: мына дөңгелек, ал мынау еркек, атты көрсетіп :»мынау бір құс» - дейді. Тәжірибеші: «бұл ат қой десе» Науқас: атқа ұқсамайды дейді.  Бұл жерде тек мағыналы емес құрылыс компоненті де бұзылған. Арба мен дөңгелекті таныған науқас қорытынды шығара алмайды. Бұл ат жекелген арба деп сонымен қатар аттың құлағын көріп, бұл құс дейді. Науқас суреттің құрылысымен бөлшектерін дұрыс айтпағандықтан мағынасы да басқаша болады. Бұл ауытқу Пик айтқан «сенилді агнозияға ұқсайды. Науқас бөлек заттарды айтып оның жалпы мағынасын айта алмайды.

 Бұрын көрмеген суретті көрген науқас диффузиялық ойға беріліп суреттің анық түстері арқылы жаңылысады,  көп ойланбай көріп айта салу, ол диффузиялыққа жатады, оның құрылысы тез бұзылады, суреттің керек емес элементтрі ерекше болып сурет тануда адастырады. Дементті науқастарға көрсеткен титіпті суретті теріс қойса, олар танымаған. Мысалы: мысықтың суреті көрсетіледі, теріс қойғанда науқас:  ескерткіш дейді. Ал егер дұрыс қойса, енді тура ескерткіш ! Мысық. Бәтінке суреті керісінше қоқыс салғыш дейді, ал егер аударса тез таниды. Егер затты ұзақ татса деменциялды аурулар олардың көлемін ұмытып қалады.

Сонымен Биренбаум деменциялық науқастан байқағаны перцептивті қызметтің бұзылуы басты факторы болып табылады.

**4:  Көру (қабылдау) қабілетінің мотивациялық компонентінің бұзылуы.**

Басында айтып өткендей көру қабылдауды қызмет ретінде қарау оның әртүрлі мінездемелерінің шығуына септігін тигізеді және  олардың бұзылуына жауапты болып табылады. Жоғарыда сыртқы және ішкі анализаторлар қызметінің өзгеру жағдайы сезімнің алдануына, агнозияға алып келетінін жазғанбыз. Бұл мотивациялық компоненттің өзгеруі науқастың перцевтивті қызметінде қалай көрініс табарына тоқталар еді.

1946 ж С.Л. Рубенштейн жазғандай қабылдау жеке тұлғаның бұкіл өмірі көрінетіні жазған, жеке түлғаның өзгеруі перцептивті қызметтің өзгеруіне әкеледі.

Жеке тұлға компонентінің өзгеруі әр түрлі жолдармен жүзеге асады: а) қабылдау қабілеті процесінің бұзылу жолдары: б)қабылдау мотивінің функциясын өзгертіп арнай тәжірибелі қабылдау жасау.

Перцептивті қызметтегі жеке тұлға факторының маңызы туралы, мынандай синдромымен ауыратын науқастарды зерттеу барысында ашылған, олардың бақылау қабілеті бұзылған, олардың коррекциясы жоқ, іс - әрекеті шарт – пүрт болғанмен ерекшеленген.

Бұған біз 9 бапта толығымен тоқталамыз, ал бұл жерде бұл топтағы науқастардың қабылдау қабілетінің ерекшелігін көрсеткіміз келеді. Бесімді науқас 1940ж А.М. дубинкамен бірге сол жақ маңдай бөлігінен алған ауыр соққы салдарынан, заттарды әрең таныды. Екі суреттің маңызын айталмаған суретте екі бала шөп үйіндісінің жанында темекі шегіп тұр, екінші суретте олар жанған шөптің жанынан қашқаны суреттелген . бұл жерде екеуі отыр, екеуі қашып бара жатыр. Науқас ненің салдарынан болғанын әлі түсінген жоқ. Келесі бір науқас әйгілі Н.Я. Яроинконың «Барлық жерде өмір» деген туындысының маңызын түсінбеді. Мына жерде адам тұр, мына жерде шымшық ол оларға қарап тұр. Дәл сол сияқты науқас бір бірінің үстіне қойылған заттарды суреттен тани алмаған (В. Попелвейттер фигурасы).

Танудағы қиындық псевдоагностика екеніне дәлел «науқасқа зейін салып қара десең болды ол адекватты жауап беретін» А шынында да бұл тор ішінде сотталған кісі. Сонымен танудағы қиындық бұл науқастарда агностикалық күйзеліске емес, бұл науқастың іздеу процесіне белсенді қатысуының салдары, олар өз әрекеттерімен жауаптарын қорытындымен сараптай алмады. Неміс психиаторы А. Пиканның (1907) клиникалық қорытындылары бұл псевдогнозия екеніне дәлел. Пик «оперцептивті көңіл-күй соқырлығы» деп атаған. Қабылдау патологиясын бақылаған Пик науқасы бұндай патологиямен заттардың бөлігін байланыстыра алмайды. Тұтас бір бүтінде көреді. Бұны прогрессивті параны науқастарда байқағанбыз. Науқастар үшін соңында бір скомет беретін үзік суреттерді тану қиынға соғатын. Науқас бөлек картинканы айтумен шектелмейтін. Маңдай ми бөлігінің базальды бөлімі зақымданған науқасқа ормандағы қарсы алаңда қасқырдың баланы қулағаны жайында бес картинкадан тұратын серия береді. Бір суретте бала талдың төбесінде отырған астында қасқырлар жүрген көрініс. Суретке қараған науқас қарап бұны алма аламын деп талдың төбесіне шығып кеткен дейді. Тәжірибешілер тәжірибесінің науқасқа зейін салып қара деуінің арқасында сол сюжетті дұрыс айтады. Келтірілген көрсеткіштер гностикалық ауытқудың басты ролін өзін басқару қабілетінің бұзылуы атқаратынын дәлейдей түспек. Басқа сөзбен айтқанда псевдоагностикалық ауытқуға корекцияның мүмкін емес екендігі жауапты. Бұл науқастарда фигурамен көрініс өзгермейді. Рубиннің қайта оралу қалыпқа түсу фигурасында ұзақ уақыт көріністі көздеу фигурамен көріністің өзінен-өзі өзгеруіне процесіне әкелері анық. Науқастарда фигура және фон (көрініс) процесінің өзгеруі өздігінен болмайды. Дәл солай Роша тағы ұсынданда олар гипотез тулайды. Сонымен маңдай синдромымен ауыратын науқастардың псевдоагнозиясы жеке тұлғалық қабілетінің нақты бір формасының ауытқуы салдарынан тұратынын дәлелдейді.

Америка психологтары арасында жеке тұлға тезисі даму тапты. Бұған келесі тенденсияларды бөліпқарауға болады.

Бірінші қабылдау (көру) стимуляция сапасының объективті қарым-қатынасын анықтайтын және ішкі мативациялық факторды анықтайтын семктивті процессе ретінде қарастырады. Дж Брунер және Я Постмен аутохонды және дерективті қабылдау фактілерін айырады. Біріншісі адам сенсорикасын қабілетімен анықталады, нәтижесінде объект сапасы жайында түсінік қалыптасады. Дерективті қабылдау (көру) факторы адамның бұрынғы тәжірибесін, оның эмоционалдық жағдайын қажеттіліктерін көрсетеді. Авторлар ұсынған конгнетивті теорияда ішкі, дерективті фактордың қабылдау (көру) ролін гипотеза атқарады. Ол басқа авторлардың консепциясында күту, схема орнату роль атқарады т.б. Мысал ретінде Шофера және Мороридің тәжірибесіне келтіруге болады. Рубиннің әйгілі фигурасы такоскопия ретінде ұсынылған, ол екі шартты ойдан тұрады. Оның әрбірі фонда тұрған фигураның профилі ретінде көрінетін.

Тәжірибе ойын сияқты құрылған: тәжірибеге алынғандар бір жақты көргенде сыйлық алған, ал екінші жағын көргенде жазаланған. Соңында екі мағыналы фигураның ұсынғанда сипалаушы сияқы алатын жағын таңдаған.

Басқа бағыт, Т Фиткин ұсынған (138) адамның қабылдау (көру) қабілетімен оның жеке ұйымдастыруы қатынасы жайында сұрақ қояды. Бұл бағыт өкілдерінің ойынша сыналушылар әртүрлі перцептивті тапсырмасын орындау барысында қабылдау (көру) қабілетінің әдіс-тәсілдері байқалған. Сонымен тапсырманы орындау барысында персевтивті алаңның қандай да бір элементі дұрыс көруде, сыналушылар өз денесінің проприоцептивті сезінуін «есеп» нүкте ретінде алған, басқалары алаңда сырт көзбен бейімделген. Бұл көру қабылдау ерекшелігін Винкин алаңға тәуелді, тәуелсіз деп атаған. Автордың ойынша ол жеке тұлғаның нақты бір құрылысымен байланысты.

Үшінші бағытқа шетел авторларының еңбегін жатқызуға болады. Олардың ойынша қабылдау (көру) адамның сыртқы әлемге бейімделуін қамтамасыз етеді. Мұндай түсінік америкалық психологтардан жеке тұлға консепциясынан шыққан. Американдық психологтар жеке тұлға терминін энтегротивті жүйе, ол жеке тұдғаның іс-әрекетінің тұрақтылығын тұтастығын қамтамасыз етеді. Ол әрдайым сыртқы инстиктивті тосқауылдармен бұзылады немесе сыртқы әлем талабының салдарынан бұзылады. Бұл жағдай қорқыныштың нақты бір деңгейін тудырады. Олар күшейген сайын психологиялық қорғаныс механизмі іске қосылады, мақсаты тағатсыз қорқынышты жойып жеке тұлғаны жайдары қалпына келтіру. Зерттеушілердің назарын аударған перцептивті қорғанысқа тоқталайық. Перцептивті қорғаныс механизмінің әрекет етуі перцептивті материалдыңқұрылыс дәрежесіне байланысты. Анықталамған, белгісіз жағдай қарым – қатынас жағдайына бейімделу, қорқыныш деігейінің өсуіне әкеледі. Анықсыздықтан көтере алмау прецептивті қорғанысты шақырады.

Аздап келтірілген зерттеулердің басты жетіспеушілігі авторлардың элективті әдістемелік позициясы, олар гештальтпсихологиямен психоанализм түсінігінсинтездеуі ұмытылған. Бұл авторлар үшін жеке тұлғанаң көру агресивті тенденсиямен бекітіледі, қорқынышы дискомфорт сезімі. Психологиялық қорытындылардан шығатыны субъектінің қызмет маңыздылығы жеке тұлғаның белсенділіктегі басты формасы болып табылуында.

Психологиялық мотивацияның маңыздылық тудыру функциясы қабылдау (көру) процесінде роль атқарады. Монтьва және Квинчик еңбектері көрсеткендей, сыналушы үшін маңызы бар қосымша күш енгізу реакция (әсер ету) уақытына әртүрлі әсер етеді. Қабылдау қызметіне адам психикасының басты «құштарлық» мінездемесі кіреді. Міне сондықтан қабылдау процесі сыналушының қызметі қай бағытта қандай мотивпен қоздырылғанынан тыс, анық, науқас кей сау адамның прецептивті қызметінің құрылысы түрленуінің көруге болар еді.

Мотивациялық компонет ролін арнайы бір бағыттағы тәжірибелік зерттеуден анықтауға мүмкіндік туды. **Зерттеудің мақсаты:**

1. Тәжірибелік қызмет мотивациясына қабылдаудың тәуелділігін көрсету;
2. Мотивтің маңыздылық құру функциясының бұзылумен байланысты қабылдаудың ерекшеліктерін көрсету.

Тәжірибелік әдістеме келесідей. Сюжетті түсініксіз картиналармен күрделі сюжеттегі картиналар ұсынылды, мативациялық шарттарыда әртүрлі, біріншіден әртүрлі инструкциядан құралған, екіншіден әртүрлі деңгейдегі анықталмаған көрініс тәжірибеде қолданылмаған картинкалар әртүрлі күрделі жағдайларда көрініс алған (анасы баласын шомылдырып жатыр, уайымдаған бір топ әйелдер) түсініксіз объектілер (гүлдер, рормах дақтары т.б.) әртүрлі инструкциялар келесідей болған. А вариантындағы картинкада түсініксіз инструкция көрсетілген, В вариантында тәжірибеде көрсетілген ойдағы құрылысты зерттеу. В Варлонтонда сынаушыларды ескертеді. Зерттеудің мақсаты олардың ақыл-ой қызметімен анықтау болып табылатындығы жайында. Тапсырма мотивациясы секілді болу үшін тәжірибесі зерттеушілердің интелектілігін бағалауы жайында тапсырма көрсету керек. Әр вариантты әртүрлі сурет жиынтығы ұсынылған. Сонымен барлық үш вариантта да зерттеу мақсатында тапсырманы өзгергені олардың мотиві ғана. Персептивті материалдың анықсыздығы қоздырғыш ретінде шықты.

Тәжірибеге дені сау, элипсия, шизофреямен ауыратын науқастарда қатысты. Науқасы жайындағы тарихымен жалпы психологиялық зерттеу қорытындысы көрсеткендей, науқастың клиникалық картасында бірінші орынға жеке тұлғаның күйзелісі шыққан. Зерттеушілер арсында білім және жас айырмашылығы болмаған.

Зерттеушілердің (сыналушылардың) басым көпшілігі карточка картинаны ұсынғанда гипотезаны шығарады. Құрылыс картиналарын қабылдауда (көргенде) сыналушылар неге ұқсауы мүмкін екендігін анықтауға тырысады.

А вариантының шартында қабылдау (көру) процесі берілген тапсырма мотивациясына сай келмеген. Сонымен қатар сыналушылардың қызметі толығымен картинканың мағыналы интерпретациясына бағытталған және гипотеза ұсыну процесін жүзеге асырған.

Тәжірибелік тапсырма зерттеушілердегі бар қандай да бір мотивті өзектендіреді. Бұған экспертиза мотивін жатқызуға болады. Сыналушының жеке тұлғалығына бағытталғанда, ол барлық психологиялық зерттеуге жеке тұлғалық мағына береді. Бұл тәжірибелік жағдайдың ерекшелігін К Левин айтып өткен. Мотивті экспертизамен қатар сыналушылардың қызметі өзіндік көру мативімен оянған (СВМ)-(ӨКМ). Перцептивті материал қасиетін анықтай отырып (ӨКМ) қабылдау (көру) актісінде қатысады, ол бейімділік қызметін жандандырады.

Сонымен сыналушылардың қызметі екі мотивтің әсерімен анықталады – экспертиза мотиві және ӨКМ. Бұл мотивтер иерархиялық қатынаста: экспертиза қызметті жандандырып қана қоймай оған өзіндік мағына береді.

Өзіндік көру мотиві (ӨКМ) қосалқы бөлшек ролін атқарады. Екі мотивтің бірігіп әрекет етуі картинаның мағыналы интерпретациясын қамтамасыз етеді. Көп жағдайда экспертиза мотиві жеткіліксіз болып көрінетін. Қызмет мақсаты мағыналы интерпретацияның өзіндік жандандыру күші болмаған. Бұл құбылыс шизифрения науқастарында байқалған.

Сапалы Б. В варианттарынан алынған мотив кіріспесі қызметтің нақты бір бағытын жасаған.

Біріншіден тәжірибеге өзгеріс әкелді. Нәтижесінде сыналушылар тапсырмаға қызығушылық  танытты және тәжірибесінің бағасынада гипотеза құрылысында өзгерді олар ашық эмоцияға қанық болады. Картиналы сюжетті айтуда орталық орында салынған (көріністегі) бейнені ішкі дүниесін ашу болатын.

Эпилепсимен ауыратын науқастар үшін инструкцияның өзгеруі қызметі толығымен қайта құруға әкелді. Энтузмаземлан ауыратындар жұмысқа (тапсырманы орындауға) бірден кірісті. Гипотезалар эмоционалды бола бастайды. Өз жауаптарында науқастар картинканың интерпретациясын беріп қана қоймай персоналға қатысты ойымен бөлісуге тырысады. Бұл көбіне нақты бір роль беру арқылы жүзеге асады. Гипотезалар драмалық көрініске айнала бастайды. Тікелей сөйлесе әндету интонациясы, ритмизация жауапқа шексіз эмоция береді. Мысал ретінде науқас гипотезаның пртокол көшірмесін келтірейік.

Науқас Г-овЕК 1939ж туған  білімі бойынша зоотехник. Диагнозы: экилепсия жеке тұлғалық өзгерістермен. 1953ж алғаш рет қалтырап дірілдеп ауырғаннан бері науқас. Соңғы жылдары есте сақтау қабілеті нашарлап, тітіркенгіш болып кету байқалған. Сөйлеседі, зерттеуге қызығушылықпен қарайды, айтуынша ол әрдайым қиялдануды ұнатқан.

Көпірдегі анық емес фар светінің көрінісі бар карточканы ұсынғанда айтқаны: Кеш болып жатыр, серуендеуге шығып барам және тек ойлайтыным сүйіктімді күтіп аларда, біз саябаққа билеу үшін барамыз. Мен онымен кездесемін сүйкті орнымда, люстралар жарқыраған, саябақтан алыс емес жерде кездестік.

Кейбір өзгерістер шизифрения науқастарының қызметінде байқалаған. Алғашқы варианттармен салыстырғанда, кейбір науқастардың картинаның мағыналы бағытын ашуда көмектеседі. 30% науқаста бас тарту сақталған. Шизифрениялық науқастарда эмоциялық реакциясының комплексі анықталмаған.

В вариантының қорытындысы көрсеткендей, сау сыналушылардың қызметі перцептивті қызметтің ашық шешімін қабылдайды. Көріністің ақпараттық элементін іздеу басталады. Дені сау зерттеушінің карточкасынан мысал келтірейік, онда уайымдаған бір топ әйелдер суреттелген.

Бірінші көзге түсетіні – бұл әйелдің беті мүмкін ана шығар. Оған бала ұмтылуда, оның түрі әйелдердікіне, анасына ұқсайды. Оң жағында егде әйел, мүмкін ана. Ол бірдеңені айтып жұбатуда. Баланың арқасында дақ... қан? Адамдар не үшін уайымдап жатқанын түсінуге болады... Неге бірінші аналарда балалармен бірге әйелдер тұр еркектер емес. Егер бұл соқтығыс болса неге әйелдер мен балалар арасында. Сонымен қатар баланың басы әйелдің иығында тұрбұл ой есепке алынбайды. Мүмкін бұл адамдардың ең құндылығын ашып қойған сәт болар. Мүмкін үйінен шығарып жатыр. Бір шетінен үй үшін бұлай қиналмайды (уайымдамайды). Мүмкін еркектерге бірдеңе болған шығар. Ия бұл вогзал еркектерді бір жаққа алып кетіп жатыр сондықтан әйелдердің түрі осындай.

Бұл науқастың ұзағына этаппен талқылаған процесінің нәтижесі. Бұл қорытынды эпилекциямен ауыратын науқастыкімен салыстыру қызығушылық тудырады. Науқастар тәжірибелік зерттеуге үлкен мағына аударды, тапсырмаға өзіндік азыл ес экспертизасы ретінде қарады. Картинканы көрсету көріністің қосалқыларды айтуға тартады. Сонымен ақпаратты элементтер астарында гипотеза құрылған болса, бөлшектер мағынасы жоқ ауыртпалыққа (ортақ жүкке) алып келеді.

Науқас О – В 1930 ж туған. Білімі 7 класс. Диагнозы: жеке тұлғаның өзгерісі мен травматикалық генезис эпилепсия. Психикалық статусы: сөзшең инертті, тез ашуланшақ.

Алдағы келтірілген суретте көрсеткеннен кейінгі науқастың жауабы.

Бұл суретте бірнеше адам бейнеленген. Сол жақта әйел тұр оның жанында тағы біреуі шашы қара, он қолын көкірегіне қойып жылап тұр. Оған көтерген бала жүгіріп келеді жүбатқысы келетін секілді. Баланың арқасында сәби ұстаған әйел немесе ол бірдеңеде отыр, оған жақындап оң қолымен құшақтап алады. Сол жақ бұрышта тағы екі әйел тұр т.б.

Бұл келтірілген мысал картинканың интерпретациялық мағынасының бөлек фрагменттерге айналғанын көрсетед. Кейбір жағдайда бұл гипотезаның жылжуына кедергі келтіреді.

Шизофрения науқастарында қызмет түрі басқаша. Зерттеудің «интелектуалды» бағытына қарамай, науқастар тапсымаға қызығушылық танытады, тәжірибеші бағасына әсер етеді. Науқастың қызметі бұрмаланып, іздену белсенділігінің жоқтығын көрсетеді. Науқастардың айтуы аз эмоциялы, көбіне картинканың сюжетін немесе заттық мағынасын талқылайды. Қандайда бір жайсыз жағдай адам ойланып қалады.

А Б В ваианттарының зерттеу қорытындылары мотивацияның өзгеруі әр түрлі қызмет құрлысымен негізделетінін, және сонымен қатар қабылдау (көру) процесінің орнымен мағынасы ауысатынын құруға мүмкіндік берді мағыналы мативті енгіздіру, әр түрлі птологиядағы жаңа мативциялық құрылысты құрады.

5**:  Сезімнің алдануы**

Галлюцинация (елес). Көңіл-күйдің бұзылуынан көбіне галлюцинация байқалынады. Психатрияда галлюцинацияны өтірік көру дейді. Науқас жоқ заттарды көріп, ешкім айтпаған дыбыстарды естиді, жоқ иістерді сезеді.

Галлюцинация әртүрлі моделде болуы мүмкін. Е.Эскироль галлюцинацияны – адамның бірдеңені сезетіні жайында сенімді болған, бірақ ол сыртқы әлемде болмаған жағдай деген. В.А. Гиляровскии Эскирольдың бұл анықтамасы бойынша, галлюцинация ешқандай қоздырғышсыз болады деген клиникалық түсініктемеге негізделінеді. Қоздырғыштың бар болуы немесе жоқтығы сезімнің алдануын галлюцинацияға жатқызады. Галлюцинацияның мағынасы әртүрлі: олар неитралды болуы мүмкін, науқас оған жай ғана әсер етеді. Галлюцинация имперактивті болуы мүмкін: науқасқа бір үн бірдеңені істе деп бұйрық береді. Мысалы бір науқасқа үн (дауыс) киімдерді жандыр деп бұйрық берген, екінші бір науқасқа ақшаларды таста деген; дауыстар өте қорқынышты болады: олар тіпті өлтір деген бұйрық береді. Дауыстың әсерінен науқастар не бұйрық етілсе соны орындаған (киімдерді жаққан, ақшаларды лақтырып тастаған).

Науқастар галлюцинациялық бейнеге шынайы қараған. Науқастардың іс-әрекеті жалған көрумен байқалынған: көбіне науқастар галлюцинация екенін жоққа шығарады, бірақ олардың іс-әрекеті білдіріп қояды. Дәрігермен сөйлесіп отырған науқас бірден дауысқа жауап береді. Кедергі келтірме, көрмей тұрсыңба мен бос емеспін дейді. Кейбіреулері қолында жүрген тышқандарды қуа бастайды. Иісті сезу галлюцинациямен ауырғанда, науқас тамақ ішуден бас тартады: бензин, керосин сасып тұр деп.

Науқас галлюцинациялық бейнені шынайы бейнеден ажырата алмайды. Галлюцинациямен ауыратын науқас галлюцинациялық бейнені нақты орнын айта алады. Ол бұл бейне оң жақта тұр «машина терезе алдында тұр» деп айтады. Галлюцинациялық бейне сезіммен боялған: науқас дауыс тембірін еркек немесе әйел екенін ажырата алады, ашық, тұйық түстер, үлкен немесе кішкентай жануарларды көреді. Бұл ашық сезімталдық галлюцинациялық бейне мен шынайы өмірдегі зат бейнесін біріктіріп адастырады. Галлюцинациялық қалыпқа адамдар өз еркімен келмейді және өз еркімен кете алмайды, ол тылсым бір күш.

Галлюцинациялық бейне өзін басқарудың жоқтығынан туады. Науқасты галлюцинациялық бейненің жоқ екендігіне сендіріп болмайды. Науқас дәрігерге сіз қалайша көрмей тұрсыз, оң жақ бұрышта құлақтары тікірейіп ит тұр ғой деп сенімді айтады және сіз қалайша естімей тұрсыз, маған бір темекі шегетін еркектің дауысы (қолыңды көтер) деп айтып жатыр ғой дейді. Галлюцинациянтты сендіру қиын ол тек жалпы жағдай түзелгенде ғана жақсарады.

Галлюцинация жайында өз еліміздің және шетел психологтары көптеген еңбек жазған. Бірақ бұл жұмыстардың бәрінде Ю.Ф. Поляков айтқандай психикалық қызметтің соңғы қорытындысының нәтижесі жазылған; ол бұл өнімді шығаратын процесс жайында ештеңе айтылмаған  және қарастырылмаған.

Психологтарды қатты қызықтыратыны сезімнің алдануы. Қандай да бір сыртқы объектісі болмаған заттың бейнесі елестеуі мүмкін бе? Психологиялық және әдістемелік маңызы бар қиындыққа С.Я. Рубенштеиннің тәжірибелік зерттеуі арналған, оған төменде толығымен тоқталамыз.

Галлюцинация механизмі жайында сұрақтар қайта-қайта қойылады. Кейбір авторлар галлюцинацияны рецепторлардың бұзылуы салдарынан туатын өнім дейді; кейбірі ОШШ бұзылуы салдарынан галлюцинация туады деді; ал кейбірі көрініс интенсификациясынан галлюцинация механизмін көрді. Ең соңғысына жақын болған Е.А. Поповтың концепциясы, ол галлюцинацияның тежегіштік теориясын ұсынған.

Бұл теорияға И.М. Павловтың галлюцинация гипностикалық парадоксальды  фаза туады деуі негіз болды. Шынында да науқаста тенигистік жағдайдың бар болуын кеменикалық фактілер дәлелдейді. Анық болғаны галлюцинациялық бейне ұйқыға кеткенде, оянғанда күшнен түседі екен, бір жағынан кофейн, фенамин дәрілері галлюцинацияны әлсіздендіреді. Сонымен қатар егер бром қабылдаса галлюцинациялық қабілетті  күшейеді.

Парадоксальды фаза барысында әлсіз қоздырғыштар күшейгендіктен Поповтың ойынша елес шынай зат болып көрінеді.

Бірақ Рубинштейін байқағандай галлоидтық фазаны күшейту ешқандай нәтиже бермейді. өйткені рефлекторлы процестен тыс мынандай көрініс болуы мүмкін емес. Диалектика материалдық теория психикалық қызметті шындықтың көрінісі ретінде қарастырады. Адамның сансыз қызмет формасы түрлі шынайы қоздырғыштардың салдарынан болатынын автор анық көрсеткен галлюцинациялық обьект арасындағы байланысты түзу мүмкін болмағандықтан онгың жоқтығын дәлелдемейді. Рубинштейннің айтуы бойынша обьекті мен көрініс арасында қиын бір байланыс бар, бірақ әр бір психикалық актінің алғашқы салдары сыртқы қоздырғыштардан болады, оған анализатор қызметінің бұзылуыда кіреді. өз гипотезасын дәлелдеу үшін Рубинштейн келесі әдісті қарастырады. Науқастарға магниттік лентасына жазылған (су дыбысы, қағаз үні) ұсынылды.

Сау адамдар оны тез ажырата білді бірақ науқас немесе бұрын галлюцинациямен ауырған ажырата алмайды. Бір науқас қағаздың шықырлағанын естігенде, сен жамансың деген дыбысты естігенін Рубинштейн жазады. Кейбіреуі жылаған дыбыс естиді: бұрын теңізші болған науқас теңіздің үнін естиді. Науқастардың іс-әрекеті қимылы үнді өтірік қабылдауда жауапты болады. Қорыта келе Рубинштейн галлюцинацияның қалыптасуына дыбысты дұрыс таңдай алмағандықтан, танымағандықтан фотогенетикалық деңгейде тұратынын айтады.

Сезімнің алдануы сау адамда голлюцинацияның тууына әкеледі. Әдебиетте галлюцинацияның тууы туралы жазылған:

1. Сенсорлық деффициттен (жетіспеушіліктен)
2. Нашар көріп, нашар естігендер (бірақ соқыр-кереңдерде меңіреу де емес.

Бұл дәйектер жақсы естіп жақсы көруде қиналдыратын жағдай голлюцинацияның тууына себеп екенін дәлелдейді. Көзбен көрудегі галлюцинация генезінде сенестофатия, оптиковестибуляторлы, хро-прио және интерорекцеция бұзылуы рол атқарады. Абрамович бір науқас жайында жазған оның басы үлкейіп, оң көзі үлкейіп бара жатқан сияқты болып көрінген; көз голлюцинациясы туғанын білдіреді.

Сонымен қиын фотогенез голлюцинациясы кезінде ішкі және сыртқы анализатор қызметінің өзгеруі үлкен роль атқарады. Рубинштейн өз тәжірибесінде галлюцинация ішкі және сыртқы қоздырғыштар болмай сезімнің алдануын жоққа шығарып еңбегін реттеді.

Рубинштейннің тәжірибелік қорытындысы уақытысында Бехтерев жүргізген тәжірибеге сай келеді. Есту галлюцинациясының ауыратын науқастарға Бехтерев монотонды үндік қоздырғыш қолданған нәтижесінде алғаны:

1. Галлюцинация осы проекциясын қоздырғыш жаңаға қарай ауыстырып тұрған;
2. Қоздырғыштар кейде галлюцинациялық құбылыстарды қоздырған ;
3. Науқастар шынайы қоздырғыштарды көре де ести де алмаған. Бұның бәрі Рубинштейн айтқан сезімнің алдану фотогенезіне алып келеді.

Бұл жағдай өте маңызды, өйткені қызметтің нашарлауын дәлелдейді. Міне сондықтан, психопотологиялық құбылыстың қорытындысы жалпы психология пайдалы болуы мүмкін, психопотологиялық өзгеріс процесі көрсеткендей, бұл процестерге қызмет формасы ретінде қарау керек.

**Псевдогаллюцинация психологияда аса көп қызығушылық тудыратын галлюцинация ол псевдогаллюцинация**. Ол алғаш рет орыс психиаторы Кондинский және француз психиаторы Киераисбомен толық жазылған «псевдоголлюцинация кітабында Кондинский псевдоголлюцинацияның шынайы айырмашылығын жазады, сонымен қатар есте сақтау қабілетімен ойдан шығару туралы да: бас миының сенсорлық бөлігін қоздыру нәтижесінде санадағы тірі әрі сезімтар бейнелер шынайы галлюцинациялық бейнеден айырмашылығы бар, бірақ соңғысының объективті түрі жоқ, бірақ субъективті ретінде саналады, сонымен қатар бір жаңа аномальды, шынайы естеліктермен фантазиядан күшті.

Псевдогаллюцинацияның галлюцинациядан айырмашылығы ол ішкі үнмен жүзеге асуы, науқас құлағының ішімен естігендей болады. Науқас үшін галлюцинацияның өзі шындық болса, ал псевдогаллюцинация субъективті құбылыс ретінде дайындайды, науқас оған әртүрлі қарайды. Сонымен қатар Кондинский жазған науқас Лошков псевдогаллюцинациялық арыстаннан қорыққан жоқ. Оның аяғының тигенін сезседе оны денесімен емес рухани жан дүниесімен көрген. Науқастың айтуы бойынша, егер арыстан шынайы галлюцинация кезінде келгенде ол қорқып қашып кетер едім дейді.

Галлюцинация секілді псевдогаллюцинация әртүрлі сезімдік жағдайда болуы мүмкін: тактилді, кинестетикалық, дәм сезгіш секілді болуы мүмкін. Псевдогаллюцинация науқасқа тәуелді емес: олар өздігінен санадан кете қоймайды. Бұл кезде ойшыл, қиялшыл адамдар еске алып отыратындай, өзіндік белсенділік, қызметі жоғалады. Көбіне псевдогаллюцинация мәжбүрлік сияқты болады, оларды біреу жасаған: науқас оған суретті зорлықпен көрсетіп жатқанын айтып шағымданады, тілімен әрекет етеді өзі айтқысы келмеген сөздерді айтады, қол, аяқ бүкіл денесімен біреу басқарып отырғандай. Деперсонализация бастамада өзініңкі өзгеніңкі болып көрінеді.

М.М. Элгазина бір науқас жайында жазған, ол тура өзінің ойын біреу алып орнына басқа біреудің ойын қосқандай. Ол тағы бір науқас жайында жазады. Оның шынайы галлюцинациясы псевдогаллюцинациямен сәйкес ұштасады: ол шынайы дауыспен басының ішіндегі дауысты естиді: оған жаман ойлар салады, ол өз ойын басқара алмай қалады; оған жаман жүрісті бұйырады – ол қолын созып жүреді, бүкір кейіпте.

Псевдогаллюцинацияның бұл түрі синдром деп аталады дейді Кондинский. Кондинский синдромның басты радикалы – ой жеке тұлғаның ойының өзіне бағынбауы бұл синдромның үш түрі бар:

1. идеаторлы – ойының ашықтығы, мәжбүрлік, науқаста өз ойын есту псевдогаллюцинациясы туады. Жағымсыз «іштей анық сезім туады»
2. сенсорлық сезіну
3. моторлы – іс-әрекетінің істелуі.

Бұл синдром толығымен зерттелген. Псевдогаллюцинацияны түсіндіру үшін А.А. Меграбиянның гностикалық сезім, оның күйзеліске түсуін түсіндіре алады. А.А. Меграбиянның айтуынша бұл күрделі психопатологиялық құбылыстың астарында өз психикалық жағдайын бөтенсу, өзіне деген сезімінің бұзылуы жатыр.

 Псевдогаллюцинацияны психологтар аз зерттеген. Сонымен қатар бұл симптомды зерттеу санамен өзін-өзін тануда үлкен үлес қосар еді. Тек Кимушевтың жұмысын көрсетуге болады. Кондинский синдроммен ауыратын науқастарды зерттеуден Клерамбо үлес қосқан. Автор гностикалық сезімнің патологиялық гипотезасын, синдромның негізі болып табылады. Өзі қабылдау қабілетінің бұзылуын тәжірибеде дәлелдей түседі. Тәжірибе барысында бұл ауруды жүзеге асыратын жағдайлар анықталды. Ойлау жұмыстардың қысыммен орындалуы, мұнда қиындығы мен қателігі науқастың өзіне білінеді.

**6:   Сананың  бұзылуы.**

Сананың  бұзылуы  көбірек  қарастырылған  сұрақтардың  бірі.  Психиатрия  кітаптарында   сананың  бұзылуы  туралы  әртүрлі  түсініктер  жазылғаныменен  ол  қиындыққа  соқтығысады.  Бұған  себеп  психиатриядағы  сана  түсінігі  философияға  психологиялық  түсініктерге  жүктелмейді.

Сана  әр  түрлі  аспектіде  қаралуы  мүмкін.  Философияда  оның  маңызы  зор,  шынайы  мен   материалды  бір – біріне  кері  қою  жоспарында  қолданылады.

Сана  түсінігі – адамның,  өмірлік,  әлеуметтік  тұрғыда  шынайы  қарастырылған  көрінісі  (түрі).  Марксизм  адам  санасының  тууын  (пайда  болуын)  маймылдың  адамға  айналудағы  еңбек  процесі  мен  байланыстырады.  Еңбекте  және  шынай  әңгімелесуде  өзіндік  ой  (сана)  пайда  болды,  оның  қоршаған  ортамен  қоғамдық  (әлеуметтік)  өмірмен  байланысты  екенін түсінді,  қоғамдық  қарым – қатынас  жүйесіндегі  өз  орнын  түсінді.  Адам  санасы  объективті  әлемді  көрсетіп  қана  қоймай,  оны  жүзеге  асырады.

Психологияда  сана  түсінігін  шешуде  өзіміздің  ғалымдар  марксисті – лениндік  философияға  жүгінген.  Сана  жоғарғы  ми  функциясының  сөзбен  байланысы  ретінде  қарастырылған.

Психологияда  сана  түсінігіне  Рубенштейн  басты  назар  аударған.  Сана  бұл,  “субъектінің  объектілік  шындығын  мойындау”  процесі  объектінің  субъектіге  қарсы  келу  білімі  деп  айтқан.  Сана  мен  қызмет  байланысына  Леонтьев  та  аса  назар  аударған.  Санасы  “субъективті  өнім  ретінде,  қоғамдық  қарым – қатынастағы  зат  әлеміндегі  адам  қызметінің  ерекшеленген  түрі  ретінде” – түсінуге  болады.  Өнімде  көрініс  емес  қызмет  есептеледі,  объектив  ретіндегі  заттай  мағына.

Сана  тек  қоршаған  орта  жайлы  емес,  өзі  жайлы  да  білімді  енгіздіреді – өзінің жеке тұлғалық   қасиеті  жайлы  Леонтьев,  “өзіндік  сана”   терминін  өзінің  жеке  тұлғалық  қасиетін  мойындау  мағынасында  қолданған.  Өзіндік  сана  және  өзіндік  “мен”  санасы  қоғамдық  қарым – қатынас   жүйесіндегі  мойындау  және  басқа  ештеңені  меңземейді.

Сана  түсінігі  психиатрияда  философия  және  психология  мағынасымен  сай  келмейді.  Ол  жұмысшы  болып  табылады.  Психиатр  Снежневский  айтқандай  егер  санаға  философиялық  тұрғыда  қарасақ,  онда  біз  әрбір  психикалық  ауруларда  жеке  көрінісі  миымызда  бұзылады  деп  айтуымыз  керек.  Сондықтан  клиницистер  бұл  терминді  нақты  бір  ауытқу  формаларында  қолданады.

Бұл  көзқараспен  Рубенштейн  де  келіседі,  оның  айтуынша  психикалық  бұзылумен  сана  бұзылуы  арасында  спецификалық  белгілер  бар.

Снежневскийдің  сана  туралы  бұл  түсінігі  неміс  психиаторы  Ясперстің  көз – қарасымен  бағаланады,  ал  сананы  әртүрлі  психикалық  феномендер  болып  жатқан  көрініс  ретінде  қарастырады.  Көңіл – күй  бұзылу  салдарынан  сана  психикалық  қызметке  тәуелсіз  бұзылуы  мүмкін  және  керісінше  де  болуы  мүмкін.  Ауру  тарихында  мынадай  сөйлемдерді  кездестіруге  болады,  науқас  саналы  түрде  болымсыз  нәрселерді  айтады,  саналы  түрде  ойлау  қабілеті  бұзылады  т.б. Сананың  анықтығымен  тұмандануын  Ясперс  енгізген.  Ясперстің  соңынан  сана  тұмандануының  критериясы  ретінде:

* уақыт,  мекен,  жағдайдағы  бейімсіздік;
* қоршағанды  анық  қабылдаудың  (көрудің)  жоқтығы;
* айдың  әртүрлі  дәрежедегі  байланыспауы;
* субъекті  құбылыс  ауруы  мен  болып  жатқан  жағдайды  еске  түсіруде – қиналу  алынады.

Сана  тұмандануын  анықтауда  атап  өтілген  барлық  белгілердің  шешуші  маңызы  бар.  Бір  немесе  бірнеше  белгілердің  болуы  сана  тұмандаунына  дәлел  емес  (Тиляровский,  Снежневский).

Сананың  естіместей  жағдайы,  кеңінен  таралған  сана  бұзылуының  синдромы  болып  сананың  естілместей  жағдайда  болу  синдромы,  ол  көбіне  ОЖЖ  бұзылуында  инфекциялық  ауруларда, улануда  кездеседі.

Сананың  естілместей  жағдайда  болуы  сыртқы  қоздырғыштарға  кедергі  сияқты  болады.  Науқас  сұраққа  зорға  жауап  береді,  күрделі,  қиын  сұрақтарды  түсінбейді.  Қимылында  жайбырақаттық,  сөйлеместік,  қоршаған  ортаға  қатысы,  жоқтығы  байқалады.  Науқасқа  бәрібір  болады.  Ұйқысы  тез  келеді.  Қоршаған  ортаға бейімділігі  байқалмайды.  Бұл  жағдайда  1  мин  бірнеше  сағатқа  созылады.

Сананың  делериозды тұмандануы.  Бұл  жағдайдың  айырмашылығы  тез  байқалады.  Қоршаған  ортаға  бейімденудің  бұзылуы  бұдада  байқалады,  бірақ  ол  әлсіздіктен  болады.  Бейімсіздік  қана  емес  уақыттағы  жалған  бейімділік  туады.

Сананың   делериозды  жағдайында  иллюзия,  галлюцинация  байқалады.  Меңіреу  науқастарға  қарағанда  делерия  науқастары  сөзшең  болады.  Делерия  өскен  сайын  сезім  алдануы  көрініске  сай  болып  қалады: мимика  бақылап  отырған  көрермен  сияқты  болады.  Түрі  қорқып  немесе  қуанып  тұрғандай  болады, мимика  біресе  қорқынышты,  біресе  қызығушылықты  білдіреді.  Көбіне  делерия  жағдайында  науқастар  қозып  тұрады.  Ереже  бойынша  делерия  түнге  қарай  күшейеді.  Делериозды  жағдай  көбінесе  бас миының  жарақат  алған,  инфекция  алған  науқастарда  байқалады  (кездеседі).

Сананың  онероидты  (түс  көру)  жағдайы.  Алғаш  рет  Мейэр  Гросс  шынайы  өмірмен  санадағы  қияли  көріністердің  қосындысын  жазған.  Науқастар  планетаралық  саясат  жасайды,  Марс  тұрғындарының  арасында  болады.  Көбіне  ауқымды  қияли  көріністер  көреді:  науқастар  “қала  өніміне  қатысқанын,  зәулім  мұнаралардың  құлағанын”,  метроның  істен  шыққанын  т.б.  көреді.

Кейде  науқас  өз  қиялын  тоқтата  алады,  бірақ   көп  уақыт  өтпей  оынң  санасында,  өзіне  байқалмастан  осы  сияқты  қиялдар  тағы  да  туа  бастайды,  өзі  көрген  естіген,  оқыған  тәжірибелердің  басқаша  құрылуы  арқылы.

Бір  уақытта  науқас  психиаторлық  клиникадамын  және  онымен  дәрігердің  сөйлесіп  жатқанын  айтады.  Шынайы  және  қияли  болмыстың  барлығы  байқалады.  Ясперс  бұл  жағдайды  жаза  отырып,  шынайы  өмірдің  бөлек  жағдайлары  қияли  фрагменттерге  беймделетінін  айтқан,  бұл  жағдайда  сананың  түбегейлі  ауытқуынан  болады  деген.  Науқас  бейімсіздік  танытып  қана  қоймай,  қоршаған  орта  жайлы  қияли  интерпретация  тудырады.

Егер  делерия  кезіндегі  науқас  шынайы  өмірден  бөлек  бір  элементтерді  айтса,  анероид  науқастары  шынайы  жағдайда  не  болып  жатқанын  түсінбейді,  ести  алмайды.

Сананың  қараңғылық  жағдайы.  Бұл  синдром  ғайыптан  туып,  ұзаққа  созылмай  тез  тоқтап  қалады.  Сондықтан  оны  транзиторлы  келуші  деп  атайды.  Сананың  қараңғылық  жағдайы  терең  ұйқылы  аяқталады.  Белгілері  амнезия.  Естеліктер  толығымен  жоғалады.  Бұндай  жағдайда  науқастар  әдеттеліп  қалған  жағдайын  істей  береді.  Мысалы,  науқастың  көзіне  пышақ  түссе  ол  кесе  турай бастайды,  ол  әрекеті  бойынша  іс - әрекет   жасайды – оған  бәрі  бір  нан  ба,  қағаз  ба,  адамның  қолы  ма  айырмашылығы   жоқ.  Бұндай  жағдайда  галюцинацияда  байқалады.  Бұндай  жағдайда  науқас  қауіпті  іс – әрекеттер  де  жасауы  мүмкін.

Галлюцинациясыз,  эмоциялық  өзгеріссіз  өткен  қараңғылық  жағдайы  “амбулаториялық  автоматизм”  деп  аталады.  Бұндай   ауытқумен  ауыратын  науқастар,  үйден  қандай  да  бір  мақсатпен  шығып  белгісіз  себептермен  қаланың  басқа  бұрышынан  табылады.  Санасыз  бұндай  саяхатқа  олар  (науқастар)  жолдан  өтіп  көлікке  де  отыра  береді.

Сананың  қараңғылық  жағдайы қысқа  болуы  мүмкін, ол  absence  (жоқ)  деп  аталады.

Псевдодеменция.  Сананың  қараңғылық  жағдайының  бір  түрі  псевдодеменция  болып  табылады.  Бұл  ОЖЖ  ауыр  деструктивті  өзгерісінен  тууы  мүмкін.  Науқас  заттың  атын  ұмытады,  бейімсіз  болады,  сыртқы  қоздырғыштарды  зорға  қабылдайды.  Жаңа  байланыс  құру  қиын,  қозғалыстағы  тұрақсыз  галлюцинация,  иллюзиялық  жалған  көрулерді  айтуға болады.

Науқас  өте  көңілшең,  ақкөңіл  болады.  Көбіне  кішкентайларды  еске  түсіреді.  Ақылды  науқас,  аяғыңда  қанша  саусағың  бар  десе,  нәскиін  шешіп  санайды.  Біз  сананың  бұзылуындағы  кейбір  формаларына  тоқталдық.  Шын  мәнінде  бұл  көрініс  клиникада  әртүрлі,  бірақ  біздің  мақсатымыз  клиникада  жазылатын  (байқалатын)  сана  бұзылуымен  оқырмандарды  таныстыру  еді.

Әр  түрлі  сана  бұзылуымен  қатар  клиникада  өзін  танудағы  бұзылу  формасы – деперсонализация  да  байқалады.

**Деперсонализация.**  Бұл  өз  ойының  іс – әрекетінің  өзіндік  “менің”  өзгерулерден  қабылдау.  Көбіне  бұл  дене  схемасының  бұзылуынан  болады.  Ол  біздің  санамызда  өз  дене  мүшеміздің  қалыптасуындағы  көрініс  бұзылулары.

Заманауи  зерттеуші  Меграбен    деперсонализация  қиындығын  ерекше  гностикалық  сезім  ауытқысы  мен  байланыстырады.

Меграбен  бойынша  гностикалық  сезім  келесі  қасиетті  байқайды:

1. Нақты – сезім  формасында,  зат  пен  сөз  білімін  талқылайды;
2. Мен  деген  бізді  психологиялық  сезімділік  қасиеттілігін  қамтамасыз  етеді;
3. Қандай  да  бір  түстегі  эмоциялық  ырғақ  кіреді.

Патология  жағдайында  гностикалық  сезім  рай  тану  және  өзін  тануда  ерекше  сезіледі.  Гностикалық  сезімнің  бұзылуы  өзін  тану  ауытқысына  ғана  емес,   жеке  тұлға  өзгеруіне  де  әкеледі.  Бұл  Белозерцева   диссертазациясында  сенімді  көрсетілген.  Бехтерев  мектебінің  жұмыс  материалдарында  автор  айтқандай  науқас  ми  қызметінің  өзгеруі  жаңа  субъект  қызметін – өзіндік  көру  (қабылдау)  қызметін  тудырады.  Бұл  қызмет  адам  үшін  маңызды  орын  алды.  Науқастар  бұрынғы  істерін  тастап  ештеңе  ойламайды.

Бехтерев  келтірген  көптеген  ауру  тарихында  өзіндік  қабылдау  қорытындыларына  ұмытылу  науқастық  сандырақ  жағдайға  жеткізеді.  Оларға  әсер  етіп  жатқан  дүшпанды  іздеу  барысында  науқас  қоршаған  ортаны  бақылайды,  олармен  қарым – қатынасын  қорытындылайды,  ұсынылып  жатқан  гипностикалық жағдайдан  босау  мақсатында  шынай  әрекеттер  жасайды  және  тағы  да  өз  жағдайымен  “дұшпан”  әрекетін  қорытындылайды.

Осы  қызмет  барысында  және  адамдар  мен  шынайы  қарым – қатынаста  сандырақ  психикалық  сферада  жаңаша  түсінікпен  әсер  етуде.

Белозерцеваның  қорытындысы,  егер  сау  адамда  өзінің  сезінуі  жеке  мінездемесіне  қатыс  болмаса  науқас  адам  оны  алдыңғы  жоспарға  қояды.  Жеке  тұлғаға  тәуелсіз  адам  қалайды  ма  оны,  қаламайды  ма  оны  мағыналы  болып  қалады.  Басты  мотивтің  мақсатқа  жылжуы  байқалады  (болады).  Сау  субъектіге  тән  ағза  жағдайының  қызметіне  байланысты  үзілу  бұзылады.  Патология  жағдайында  биология  басқа  рай  атқарады.

Бұл  әрине  ауру  биологиялық   ретінде  иерархия  мотивімен  жеке  тұлға  қызметін  қайта  құруда  детерминациялайды.  Өзіндік  қабылдау  қызметінің  мотиві  мүмкін  еместі  (ерекшелікті)  мойындау  өзінің  психикалық  сезінуінің  өзгеруімен  туады.

Ауру  жеке  тұлғаға  бірден  емес  оның,  адамның  әлеуметтік  дамудың  меңгеру  қызметі  арқылы  тарайды  (әрекет  етеді).

Жеке  тұлғаның  потенциялық  өзгерістері  өзіндік  санасы  қалыпты  дамуда  жүзеге  асады  антогенездегідей,  субъектінің  практикалық  қызметінде,  оның  шынай  қарым – қатынасының  қайта  құрылуында – бұл  жағдайда  өз  жағдайының  сандырақтық  интерпретациямен  жүзеге

**7: Нейропсихологиядағы патопсихологияның зерттеу құрлымының (құрудың) принциптері.**

Нейропсихологиядағы патопсихология   эксперимент әдісін қолданады. Потопсихологиялық зерттеу тәсілдері, олар негізделетін  жалпы психологиялық  принципті (негізді) теориялық  мақсаттарға байланысты болады.Сондықтан психологиялық зерттеудің  нақты  жолдарын  таңдап  алу тек  әдістемелік  қана емес, сонымен  бірге  методологиялық  сипатта да  болады. Патопсихологиялық эксперименттің  ерекшеліктерін  түсіну  үшін   жалпы психологияның  зерттеу әдістеріне  бірнеше  сөзбен тоқталып  өту  қажет.Эксперимент әдісі психологиядағы  танымның жалғыз жолы болып табылады. Ол психологияның  даму  шамасы бойынша дәл ғылым ретінде және  оның  жалпы тиориялық  ережелерімен байланысы ретінде басым болды. 1910ж  көрнекті невропатолог Г.И. Россолиио, оның  пікірі бойынша,  жекелеген психикалық  функцияның субъектінің  психологиялық процесін (белгілеугее) анықтауға мүмкіндік  беретін сияқты  психологиялық эксперименттің жүйесін  жасады. Автордың пікірінше, мидың әртүрлі патологиялық жағдайы  психодинамиканың  өзгеруі  белгілі бір типтік  процесін тудырды. Бұл әдістің негізінде туа  біткен  оқшауланған мүмкіндіктердің. болуы  туралы эмперикалық психология концепциясы жатыр.Бұл жалған теория да солай,  психикалық қызметтің бұзылуын  талдауға жеңілдетілген сандық тәсіл сияқты,  клиникалық тәжірибенің  барабар сұраныстарын,әдістемелерді  қамтамасыз ете  алады, психологияны клиникалық міндеттерді  шешуге жақындатуға әрекет қылудың өзі, өз уақыты үшін  прогресивті болады.

Жекелеген психикалық функцияларды сандық өлшеу әдісі,басында ақыл-ой мүмкіншілігін  анықтау деңгейіне бағытталған – Бин-Силонның тест зерттеуде көрінуге қол  жеткізді.Оның тест  зертеуі,  баланың ақыл-ой мүмкіндікті фатальды  бөлінген  тұқымқуалаушылық факторлармен  бөлінген деңгейде  оқу мен тәрбиелеу деңгейіне тәуелді болады. Әрбір балаға  белгілі бір, көп немесе азырақ тұрақты жасқа  сай  интелектуалды коэффицент (LQ) тән.

Ұзақ уақыт бойы емханаларда Вундтың  психологияға сүйенген (негізделген) әдіс психикасының процестерді сандық өлшеу әдісі үстемдік етті. Туа  біткен  мүмкіндіктер сияқты, тек даму  кезінде ғана өзгеретін психологиялық  процестерге көзқарас, өлшеу психологиясын  құру мүмкіндігі  туралы идеяға алып келеді. Психикалық  процестерді  эксперименттік  зерттеу оның тек сандық сипатын белгілеуге, дәлірек айтқанда, жекелеген психикалық  мүмкіндіктерді өлшеуге  алып келеді.

Туа біткен мүмкіндіктерін  сандық  өлшеу принципі психиатриялық және  неврологиялық  емханаларда зерттеудің  психологиялық әдістері  негізіне  жатқызылды.Қандайда бір (фукциялардың) құлауын зерттеу оның  қалыпты стандарттан сандық ауытқу деңгейін  белгілеуге болады.

Сандық  өлшеу әдісі қазіргі уақытқа дейін шетелгі көптеген  клиникалық психологияның еңбегінде негізгі болып қалады. Ауруларды экспериментальды –психикалық  зерттеуге арналған   соңғы жылдары жарияланған көптеген  монографиялармен  мақалаларда есептеп шығаруға дейін осыған ұқсас тесттік зертеулер өткізіледі.

Ауруларды  функцияналды өлшеуге бағытталған  әдістер мен зерттеу  кезінде ақыл-ой қызметінің  ерекшеліктерінде бұзылудың сапалы емес жағыда талдау клиникалық міндеттерді шешу кезінде соншалықты қажетті, орнын  толтыру  мүмкіндігі де  ескеріле алмайды.

Кеңес патопсихологиядағы эксперименттік –психологиялық зертеу принциптеріне тоқталайық. Материалистік пихологияның психикалық процестер туа біткен (мүмкіндіктер) қабілеттер болып табылмайды. Олар өмір бойы қалыптасатын іс – әрекет (қызымет) түрлері болып табылады, деген ережесі психологиялық эксперименттің психикалық  бұзылыстарды  іс – әрекеттің бұзылуы ретінде зерттеу  мүмкіндігін беруді талап етеді.Ол психиканың  құлауының әртүрлі формаларын сапалы  талдауға, бұзылған қызметтердің механизімін ашуға және  оны қалпына  келтіру мүмкіндіктеріне бағыталуы тиіс.Егер әңгіме таным процестерінің бұзылуы туралы болатын болса, онда эксперименттік тәсілдер, аударудың өмір  тішілік әрекеті процесінде қалыптасқан ойлау операцияларының қалай құлайтынын жаңа байланыс табу процесі қалай өзгеретінін,ескі, бұрынға байланыс  тәжірибелерде құрылған жүйелерді пайдалану мүмкіндігінің қандай формада бұрмаланатынын көрсетуі тиіс.Бұдан шығатыны барлық психикалық процесс белгілі динамика мен бағытты меңгерген,  эксперименттік зерттеуді ол  осы параметрлердің  сақталғандығын немесе  бұзылғанын көрсететіндей етіп, жасау керек.Демек, эксперимент нәтижесі тек сандық емес, психика құлауының  сапалы сипатын беру тиіс.

 Патопсихологиялық белгісі әртүрлі механизимдермен  байланысты болуы,ол әртүрлі жағдайдың индикаторы болуы мүмкін.Мысалы,  жанама естің бұзылуы немесе  тарылулардың тұрақсыздығы  аурудың бұзылған  ақыл–ой жұмысқа  қабілеттілігінің  салдарынан  пайда болуы мүмкін  (бұның әртүрлі органикалық  генездің  астения кезінде орны бар), ол мақсатқа бағытталған мотивацияның  бұзылуымен  шартты   болуы мүмкін (Мысалык, мидың  маңдай  бөлігі бұзылған  кезде), ол іс-әрекеттің  автоматтандырылуының бұзылуының  көрінісі болуы мүмкін( мидың қан тамырларының  өзгерісі кезінде эпилепсия кезінде).

Бұзылу сипаты  патогномикалық болып табылмайды, яғни сол немесе  басқа ауруға тән;ол бар болғаны олар үшін типтік болып табылады және  біртұтас патопсихологиялық  зерттеудің  мәліметтерімен  комтексті түрде бағалауы тиіс.

Патопсихологиялық  эксперименттердің тек ауруларды ойлау операциясын  ғана өзекті етуі тиіс емес, сонымен бірге жеке қарым – қатынасты да өзекті етуі тиіс екендігін  атап өту керек.1936ж В.Н.Мясшцев  бұл мәселені өзінің  «жеке тұлғаның еңбекке қабілеттілігі және  ауруы» деген мақалада қозғады. Ол психикалық және  психопатологиялық  құбылыстың  адамның оның мотиві мен мақсаттарының  жұмысқа  қарым–қатынасын, өзіне–өзінің қарым–қатынасын, өзіне талап қою,  еңбек  нәтижесі және т.б. негізінде түсінікті болуы мүмкін екендігін көрсетеді.Психологиялық көрінулерге мұндай  тәсіл, В. Н.Мясшцев   айтқандай, біліммен  жеке тұлға психологиясын зертеуді талап етеді.

Ең алдымен, мынаны атап өту керек, эксперимент жағдайында аурулардың мінез–құлықын өзі бақылауы ауруды  емханада  бақылаудан сапалы  ерекшеленеді.Мәселе мынада, емханадағы психологиялық зерттеу жағдайын, ереже бойынша, аурулар олардың ақыл – ой  мүмкіндігін зерттеп реттеп қабылдайды.Сондықтан эксперимент  ситуацияларының өзі  оған белгілі қарым – қатынасты актуализация (өзекті) етуге алып келеді:Мысалы, кейбір аурулар, оларды есте сақтау қабілетінің нашар екендігі білініп  қалуынан  сақтана отырып, өздерің сөзді нашар ести  сақтайтынын айтады.Басқа жағдайларда  есептеу операциясын орындау қажеттігі арифметиканы  үнемі ұнатпағанын айтып ілікпе сөзді тудырады.Сондықтан, ауру тапсырманы қабылдағанан кейін оның жеке мақсатарының  барабарлығы немесе барабар еместігі  туралы растауы мүмкін.

Емханадағы психологиялық зерттеулердің  тағы бір ерекшелігін атап өту керек.Тапсырманы орындау процесінің өзі қандай да бір өзін–өзі бақылаудың болмай  қалмайтын сезімін тудырады аурулар өз есін өзі тексерген қызықты  екендігін жиі айтады.Аурудың жұмыс процесінде өз ақыл есінің жеткіліксіздігін алғаш рет мойындауы жиі болады.Фразалар: «Мен, өзімнің есім нашар деп ойланыппын»,Мен нашар түсінемін деп ойламаппын»- жиі болып табылады.

Мұндай  «ашудың» өз бетінше, ауру үшін күйзелудің қайнар көзі болып табылатыны белгілі (рас).Сондықтан аурудың мінез–құлқы мен  айтқандарын бақылау оның  жеке  көрінулерін талдаудың материалы болып табылады.

Жеке тұлғаның өзгеруін зерттеудің басқа әдістемелік жолы – бұл олардың  таным  процестерінің бұзылуын талдау арқылы жанама айқындау жолы.

Мидың маңдай бөлігі  жарақаттанған аурулар, оларда интелектуалды операцияларды салыстырмалы түрде сақталып қалғандығына қарамастан, бірнеше қарапайым тапсырмаларды  орындай алады.

Жеке адамды және оның  ауытқушылығын жанама зерттеу  жолы шексіз.

Э.А Явлахева зерттеулері тіпті қарапайым сурет сюжетін суреттеу сияқты қарапайым тапсырмалардың өзі, зерттеушінің  эмоциональды сферасының деңгейіне байланысты.Мұнымен, миының маңдай бөлігі зақымдалған балаларда суреттің  эмоциональды мазмұнына реакцялардың жеткіліксіздігі байқалды.

Л.В.Вукулованың зерттеулерінде олигофрен – балаға тән, әрекеттердің деңгейлерінің динамикасының өзіндік сипаты байқалды. Оқу жұмысының материалында (арифметика бойынша есептер сериясы,  тарих, география және әдебйет бойынша сұрақтар), сол сияқты қолдану кезде және эксперименттік әдістемесінен, олигофрен – балаларда талаптану әрекетінің не өте баяу болатыны, өте қиындықпен және ақырғы жағында, не болмаса мұлде болмайтыны көрсетілген. Бұл бағалы тапсырманы таңдау ойсыздықпен жиі сипатталады, алдыңғы тапсырмаларды ойдағыдай орандаған, орындамағанын келесі таңдауға әсер етпейді. Жұмыстағы сәттілік пен сәтсіздікке бірдей қарым – қаытнаста болады.

Яғни олар үшін бәрі-бір, еш уайым жоқ. Осы уақытта, олигофрен балалардың эксперименттік бағалауын өте сезімталдықпен қабылдайтыны, әсіресе теріс бағалауға, белгілі болды.

Патопсихологиялық эксперименттің тағы бір ерекшелігіне тоқталып өту қажет. Оның құрылымы тек өзгертілгеннің құрылымын байқауға мүмкіндік беріп қана қоймай, сонымен бірге аурудың психикалық қызметінің қалған сақталаған формаларын да ұсыну қажет. Мұндай тәсілдің қажеттігі бұзылған қызметтерін қалпына келтіру мәселесін шешу кезінде маңызды.

А.Р.Лурия, күрделі психикалық қызметтерді қалпына келтірудің табысты болуы, қалпына келтіру жұмыстарының психикалық қызметінің сақталған звеноларына қаншалықты сүйсінетініне байланысты екендігі туралы өз пікірін айтты: ол психикалық қызметтің бұзылған формасын қалпына келтіру функциональды жүйелерді қайта жасау типі бойынша өтуі тиіс деп атап көрсетті. Мұндай тәсілдердің жемістілігін көптеген кеңестік авторлар дәлелдеді.

Кеиіс функциясын қайта жасау (қалпына келтіру) сақталғанын дамытумен тығыз комплексте өтеді. Авторлар, қалпына келтіру жұмысының сақталып қалған білімін тірілтуге негізделуі тиіс деп сендірерлікпен көрсетті. Қалпына келтіру жұмысы кезінде (бұл жағдайда сөйлеуін қалпына келтіру) байланысының адамдық мақсаттарының барлық жүйесі өзектелуі тиіс.

Экспериментальды – психологиялық зерттеуді емханада жасау әдеттегі психологияылық тәжірбиеден тағы бір ерекшелігімен: көптүрлілігімен, қолданған әдістеменің санының көптігімен ерекшеленеді.

Психикалық жағынан жетілмей қалу немесе ауруы кезінде (баяу немесе бұрмаланаған болса да) бала әрі қарай дами береді.

Психикалық эксперимент ауру баланың психикалық процестердің құрылымын деңгйеін белгілеумен шектеліп қоймауы тиіс, ол ең алдымен баланың потенциалды мүмкіндіктерін анықтауы тиіс.

Бұл нұсқауды 30ж. Л.С.Выготский алғаш рет өзінің жақын даму аймағы туралы ережелерде айтылды.

Қазіргі уақытта балалар жасындағы патопсихологиялық патологиялық құбылыстарды түзету әдісі жасалуда. Бұл түзету жолын табу баланың тек жасқа сай ерекшеліктерін білуді ғана емес, сонымен бірге олардың ауытқушылықтарында, баланың психикалық даму барысын бақтауды да талап етеді. Осындай түзету әдісінің бірі ретінде  **ойын** алынады. Бұл түзету тәсілдері бір мерзімде диагностикалық мақсатқа  да қызмет етеді.

**8: Афазия. Нейропсихологиялық тұрғыдан  афазияның зерттелуі**

Афазия дегенмізі бас миының жайылмаған зақымына байланысты сөйлеу тілінің толық немесе жарым-жартылай жойылуы.

Афазияның пайда болу себебі мидың қан айналымының бұзылуынан /имешия, геморрогия/ зақымданудан, ісіктен, бас миының жұқпалы ауруларға шалдығуынан болады. Қан тамырларының бұзылу салдарынан болатын афазия көбінесе ересек адамдарда пайда болып қалыптасады. Бас ми қан тамырларының /аневризм/ кеңейтіп жарылуының, тамырлардағы қанның ұюынан /тромбоэмболий/ бітеліп қалуының, жүректің бұлшық еттерінің /ревматизм/ шаншып ауруынан кеселденуінің /порок/ және бас сүйегі мен мидың зақымаднудың нәтижесінде афазия жас өспірімдер мен жастарда жиі байқалады.

Афазия бас миының қан айналымының шамамен үштен бірі бұзылған жағдайда пайда болады және көбінесе қозғаушы /моторная/ афазиясы жиі байқалады. /Е.В.Шмидт, Т.А.Макинский, 1979; Э.СБейн 1964/. Балалардың афазиясы тек бас сүйегімен мидың зақымдануының, ісіктің пайда болуының немесе жұқпалы аурудан кейінгі асқынудың салдарынан ғана болады.

Афазия дегеніміз мидың өте қатты зақымдануының зардабынан сөйлеу тілі құрамының барлық бөліктерінің жүйесі бұзылған ақаулық. Афазиядағы сөйлеу тілі бұзылуының күрделігі зақымның орнына мысалы, ми қыртысы астындағы бөлігіне қан құйылған кезде болған зақым ошағы орналасқан жері сөйлеу тілінің өз еркімен қалыптасуына үміттенуге мүмкіндік береді /зақым ошағының көлеміне, сөйлеу тілі қызметінің сақталған элементтерінің қалдықтарының және функционалды ерекшеліктеріне байланысты/.

Афазияның кез- келген түрінің негізінде сөйлеу тілін түсінуінің, жазуының, оқуының, есептеунің өзіне тән өзгеше жүйелікпен бұзылуына әкеп соғатын динамикалық немесе конструкциялық машыққан немесе әдеттенген қимылдарды өте дұрыс, бұлжытпай орындауының /праксиса/, фонематикалық есіту қабілетінің, артикуляциялық аппаратының мақсаты бағытта қимылдау /апраксии/ қабілетінің /нейрофизиологиялық және нейропсихологиялық/ қайсы бірінің бастапқы бұзылуы жатады. Афазияның кезінде ауыз екі сөйлеу тілі, сөзді есінде сақтауы, фонематикалық есіту қабілеті, сөзді түсінуі, жазуы, оқуы, есептеуі сияқты сөйлеу тілі әрекетіндегі көріністердің әр түрлі деңгейдегі орындалуы ерекше жүйелікпен бұзылады. Афазияның кезіндегі сөйлеу тілін, бұзылуын анықтауға нейрофизиология қалай үлкен үлес қосса, нейропсихология мен лингвистика да сондай үлес қосады.

1861 жылы француздың П.Брока деген дәрігері афазиямен ауырған адамның бас миының үшінші маңдай қатпарының артқы бөлімін қамтитын сол жақ орта тұсындағы ми күре тамырын жұмсартып кеңейгенін көрсетті. Брока маңдай миының бөлімінде ауыз екі сөйлеу тілінің жинақталған орталығы барын дәлелдедім деп есептейді. 1874 жылы Верника 10 ауру адамның бас ми қабығының сол жағындағы самай бөлімінің зақымдануынан сөйлеу тілін түсінуінің бұзылуын және сөйлеу тілі мәнерллілгінің, оқуы мен жазуының өзгеше болып бұзылуын түсіндіріп жазды. Бұл оған сенсорлы /сөзге түсінбейтін/ афазияның дамуын жоғарғы самай қатпарының артқы жағының үштен бір бөлігінің жинақталған патологиялық ошағымен байланыстыруға негіз болды.

Неврология, лингвистика, психология, физиология ғалымдарының дамуына байланысты афазияны топтастырудың әртүрлі кездеседі. Соңғы уақытта А.Р.Лурияның афазияны нейропсихологиялық тұрғыдан топтастыруын ми қыртысының күрделі әрекетін ұйымдастыруға А.Р.Лурияның нейропсихологиялық тұрғыдан қарауы И.П.Павловтың, Н.А.Бернштейннің және П.К.Анохинаның әрекетті  жүйелікпен ұйымдастыру және «кері афференттік» туралы ашқан жаңалықтарының, сондай-ақ Л.С.Выготскидің, А.Н.Леонтьевтің және басқа психологтарының және психологиялық көзқарастарының жалғыс болып саналады. 1974 жылы А.Р. Лурия ми қыртысының күрделі әрекетінің жүйелі құрылысы және оның динамикалық, кезектікпен орналасу туралы қағидасын тұжырымдайды. Ол адамның психикалық әрекеттерін және танылатын процестерін зерттеудің тәсілдерін өңдеп жетілдіреді. А.Р.Лурияның ұсынған нейропсихологиялық тәсілі әр түрлі симптомдарды және синдромдарды, мидың кез-келген құрамы зақымданған кезде пайда болған сиптомдардың үйлесу заңдылықтарын тексеруге мүмкіндік береді. Бұл тәсілді қолданудың нәтижесінде афазияның қандай түрлеріне бар екенін біліп қана қоймай, сонымен бірге бас миының зақымданған жеріндегі дертті де анықтауға мүмкіндік береді. Олар афазияның кез-келген түрінде сөйлеу тілі әрекеттерінің бұзылатындығы дәлелдейді.

А.Р.Лурия афазияны бас миы қыртысының самай бөлігінің зақымдануынан пайда болатын акустико-гностикалық және акустикомнестикалық афазия, бастың төбе ми қыртысының ішкі бөлігінің зақымдануынан пайда болатын семантикалық және афференттік моторлы афазия, бас ми қыртысының қимыл алды және маңдай арты бөліктерінің зақымдануынан пайда болатын эфференттік моторлы афазия және динамикалық афазия деп алты түрге бөлінеді.

**Акустико-гностикалық сенсорлы афазия**. Сенсорлы афазияның алғашқы ретнемістің психиаторы Вернике сипатталады. Ол сенсорлы афазияның бас миының сол жақ жарты шарының артқы жағындағы үшінші жоғарғы самай қыртысынан зақымдануынан пайда болатынын көрсетті. Афазияның бұл түрініңерекшелігі естіген сөзді қабылдау түсінігі бұзылады. Афазияның бұл түріндегі түсінуінің бұзылуы себебі ұзақ уақытқа дейін түсініксіз болып келеді. Тек 20-ғасырдың 30жылдарында бұрынғы кеңес психологтары акустикалық агнозия фонематикалық есту қабілетінің бұзылуы себебінен пайда болатынын анықтады.

Акусто-гностикалық афазияда жазу тілі оқуына қарағанда қатты бұзылады, себебі ол фонематикалық есту қабілетінің жағдайына тікелей байланысты болады.

**Акустико-мнестикалық афазия** самай миының және артқы тұсындағы бөліктерінің зақымдануынан пайда болады. /А.Р. Лурия; 1969,1975; Л.С. Цветкова 1975/.

А.Р. Лурия есту қабілеті белгілерінің қатты тежелуінен есіткен сөзді жадында сақтауы төмендейді деп есептейді. Бұндай ақаулықтар сондай-ақ буындар мен сөздердің тізбектерін қайталағанда да байқалады.

Жекелеген сөздерді қайталау қабілетінің біршама сақталуы мен мағынасы бір-бірімен үйлеспейтін үш-төрт сөзді қайталау мүмкіншілігінің бұзылуынан /мысалы: қол-үй-аспан; қасық-төсек-мысық; арман-үй-құлақ және т.б./ араларындағы диссоцияция психикалық афазияға тән қасиет. Әдетте ауру адам өзіне тапсырылған сөздердің тізбектерін бергенде барлығын бірдей есінде сақтай алмайтындығын айтып, тек біреуін ғана қайталайды. Берілген сөздерді екінші қайтара мұқият таңдап алғанның өзінде тізбектің реттік қатарын сақтай алмайды немесе біреуін қалдырып айтпай кетеді.

Есіткен сөзді жадында сақтауының бұзылуы афазияның басқа түрлерінде де байқалады, бірақ бұл кемістік тек акустико-мнестикалық афазияның ғана негізгі ақаулығы болып саналады, өйткені онда фонематикалық есту қабілеті мен дыбыс шығаратын сөйлеу тілі мүшелерінің қызметі бұзылмаған. Аурудың айналасындағылармен қарым-қатынастағы сөйлесу белсенділігінің жақсы жетілгендігі байқалады.

**Семантикалық афазия** бас миының жарты шарының артқы төбе аймағындағы сөйлеу тілі жөнінен үстемділік /доминантты/ орталықтарының зақымдауынан пайда болады. Бас миының сол жақ жарты шарының артқы төбе бөлігі зақымдалған кезде сөйлеу тілінің синтагмалық құрылысының жатықтығы сақталады, сөздің дыбыстық құрамына керекті дыбысты іздестіруі ешқандай байқалмайды, естіген сөзді есінде сақтауы төмендейді немесе фонематикалық есту қабілеті бұзылмайды.

Семантикалық афазияда керекті сөзде немесе заттың атын өз бетімен іздестіріп табуда өзіне тән өзгешелігі бар амнестикалық қиыншылық байқалады, ауру адам лексикалық сөздердің септелу және жіктелу үлгісін /доминантты/орталықтарының зақымданунан пайда болады. Бас миының сол жақ жарты шарының артқы төбе бөлігі зақымдалған кезде сөйлеу тілінің синтагмалық құрылысының жатықтығы сақталады, сөздің дыбыстық құрамына керекті дыбысты іздестіруі ешқандай байқалмайды, естіген сөзді есінде сақтауы төмендейді немесе фонематикалық есту қабілеті бұзылмайды.

Семантикалық афазияда керекті сөзде немесе заттың атын өз бетімен іздестіріп табуда өзіне тән өзгешелігі бар амнестикалық қиыншылық байқалады, ауру адам лексикалық сөздердің септелу және жіктелу үлгісін /парадигмы/ табуда қиналғанда заттың іс-әрекетін және сапасын синтагматикалық әдіспен сипаттауға тырысады, демек сөзді басқа сөзбен алмастырмайды /вербальные парафазии/, бір сөздің орнына бүтін сөйлемді айтады: «Ия, әлгі жазатын нәрсе сол», «әлгі кесетін нәрсе сол» және т.б., ал бір жағынан афазияның бұл түрінде тілдің сөйлем құрылысын түсінбейтін өзіне тән ерекшелігі бар /имперссивный грамматизм/.

Септелгенде, жіктелгенде өзгерген сөздердің және қосымшалардың жалғануы арқылы туған жаңа сөздердің сөйлем құрамында әр түрлі септеулік шылаулармен тіркесіп сабақтасқандағы грамматикалық өзара байланыстарын және мағыналарын түсінудегі ауытқуын импрессивтік аграмматизм деп атайды.

Аурулар себеп-салдарға, уақытқа және кеңістікке байланысты есімше мен қосымша тіркерстерін көрсететін күрделі синтаксикалық байланыстарын бірден түсіне алмайды. Мысалы «мен асқанаға апайыммен сөйлескен соң кеттім» деген сөйлемнің мағынасын немесе «ылғал болды, сондықтан жаңбыр жауып тұр» деген сөйлемнің қисынсыздығын түсінбейді.

Семантикалық афазияда метефораны, мақал-мәтелдерді, қанатты сөздерді түсінуі мүлдем жойылады, олардың мағыналарының астарын түсінбейді, есептеу, санау қабілеті бұзылады.

**Афференттік моторлы афазия** бас ми қыртысының төбеден төменгі және тұрақты орталық бөлімдерінің қосымша аймағында орналасқан артқы орталық немесе Ролланд атқызының /борозда/   зақымдануынан пайда болады.

Афференттік моторлы афазияға тән ерекшелік ол күрделі буындардың құрамын таңдаудың қиындығы. Аурулар тұйық буындарды екі ашық буынға бөлшектейді, буындағы дауыссыздардың тіркесіп қатар келген жерін бөлшектейді, дауыссыз дыбыстарды түсіріп қалдырады.

Сондықтан да тон, жаз, мал, сөздерін «то-н», «жа-з», «ма-л» деп айтады.

Зақымданудың немесе инсульттің алғашқы кезеңіндегі афферентті афазияда сөйлеу тілін түсіну өрескел бұзылатындығы байқалады. Бірақ ол көпке созылмайды, инсульттан кейінгі бір немесе бірнеше тәуліктен кейін олардың ауыз екі сөйлеу тілін, жеке сөздердің мағынасын, жеңіл-желпі нұсқауларды түсініп орындауы қалпына келеді.

**Эфференттік моторлы афазия** түзу, уақытша ұйымдасқан қимыл бас ми қыртысының алдыңғы аймағында іске асырылады. Матасудың қатаң заңына бағынатын сөйлемдегі сөздердің, буындардың, дыбыстардың синтагматикалық /тұтас синтаксикалық ырғақ-мағыналық бірлігі/ тізбектелуі пайда болады. Мысалы: сабақ деген сөздегі дыбыстардың реттік қатары міндетті түрде тек солай тұруы керек.

Эфферентті моторлы афазия орталық ми тамырларының солжағындағы тармақтарының зақымдануынан пайда болады. ОЛ дағдыдағыдай бағдарламаның қимылын игеріп алуы мен еске түсіруінің қиындығын көрсеттетін кинестикалық ауытқуымен /апраксиямен/ қоса жүреді. Ми қимылы бөлімдерінің алдыңғы жағының зақымдануы дыбысқа, буынға және лексикалық орын ауыстыруына және персеверацияға /патологиялық қайталау/, қайталап айтуына еліктеп сөйлеуінің патологиялық енжерлығын туғызады. Сөйлеу мүшелерінің бір әрекеттен екіншісіне дер кезінде ауысуына мүмкіндігі болмауының салдарынан персеверациясында, буындардың, сөздердің еріксіз қайталануында қиналады, ал кейде оқуы, жазуы, ауызекі сөйлеу тілі толығымен орындалмайды.

Өрескел бұзылған эфферентті мотрлы афазияның алғашқы кезеңінде ми қан айналымы бұзылғаннан кейін өзінің сөйлеу тілі мүлде болмай қалуы мүмкін.

Афазияның бұл түріндегі сөйлеу мүшелері аппаратының жеке дыбыстарды қайталануында қиналмайды, Керісінше буындардың немесе дыбыстардың көп сериясына қайталауда қиналатындығы байқалады. Афазияның бұл түрінде мақалдарды, астарлы сөздерді, көп мағыналы сөздерді толық түсінбейтіндігі байқалады. Оқуы мен жазуында да айтарлықтай қиындықтар кездеседі. Мысалы, сөздер мен сөз тізбектерін тек буындап айтқанда ғана жазуы мүмкін. Бұл афазияның жеңіл түрінде оқу қабілеті сақталғанмен оның мазмұнын түсінуі қиындыққа соғады.

**Динамикалық афазия** ми сыңарларының сөйлеу тілінің маңдай арты бөлімінің сол жағындағы орталық үстемділік жүйесі зақымданған кезде пайда болады, немесе үшінші функционалды блок деп аталады. Ол блок сөйлеу тілі қызметінің белсенділігін, реттеуін және жоспарлауын қамтиды.

Афазияның бұл түріндегі сөйлеу тілінің негізгі ақаулығы сөзді қиналып айтатындығы, ал кейде емін-еркін белсенді сөйлеуге мүмкіндігі мүлде дұрыс айтылады, сөздерді және қысқа сөйлемдерді артикуляциясының қиындығынсыз қайталайды, бірақ сөйлеу тілінің қызмет қатынасы әйтсе де бұзылады. Өрескел бұзылуы тек сөйлеу тілінде ғана білініп қоймайды, сонымен бірге оның жалпы еріксіздігі де, ынжықтығы да байқалады және нағыз эхолалия, ал кейде эхопраксия да пайда болады, кейде әңгімелеуші адамның тек сөйлеген сөзін ғана емес, өзіне қойылған сұрақтарын да, тіпті жасаған қимылдарын да өзі аңғармай соған еліктеп қайталайды.

Динамикалық афазияның мәнерлі сөйлеуінің мүлде жоқтығынан бастап сөйлеу тілінің қатынсатық бұзылуынын кейбір дәрежесіне дейін коммуникативтік қызметінің бұзылу дәрежесенің әр түрлілігін сипаттайтын бірнеше түрлері болады. Динамикалық афазияның негізінде жекелеген қысқа сөйлемдерді құрастыру кезінде оны жоспарлауының қиындығы байқалатын сөйлейтін сөзінің іштен ойлап бағдарлануының бұзылуы жатады. Сөйлегенде сөздердің әрқашан сүйемелдеп тұрғанды науқастар өте керек етеді. Олардың сөйлеу тілдетінде синтаксикалық құрылысынан қарапайымдылығымен және дағдылы құрғақ еліктеу сөздермен көзге түседі, бұндай кезде аграмматизм байқалмайды.

Динамикалық афазияның негізгі бөлімі өз еркімен байланыстырып сөйлеуінің бұзылуы болады. Сюжетті бейнелі сурет бойынша әңгімелеу кезінде жекелеген және бір-бірімен байланысы жоқ оқиға үзінділері айтылады, ал мағынасының негізгі желісі көрсетілмейді. Мысалы, /міне ... мынада тауық ... және алтын жұмыртқалары болған ... ол оны өлтірді ... міне!/ /мысалдар А.Р. Лурия 1975/.

Динамикалық афазияда заттарды атаған кезде, әсіресе таныс адамдардың әкесінің немесе өзінің есімдерін, қалалардың, көшелердің  және тағы басқалардың аттарын атаған кезде жалған ұмытшақ бола бастау қиындығы /псевдоамиестические/ байқалады. Акустико- мнестикалық семантикалық афазияға шалдыққан науқастардан бұл афазияның түріне шалдыққан науқастардың айырмашылығы бұлар заттың атын атау үшін атқаратын қызметін фразиологиялық тұрғыда баяндап суреттемейді, сөздің бірінші буынына демеу беріп айтып жіберу оның іздеген сөздің  табудағы елқостығын сейілтіп тұйықтан шы ғып кетуіне т үрткі болуы мүмкін. Сөйлеу тілі барысының селқостығы салдарынан санды аяғынан бастап басына қарай қатарымен санап шығу тапсырмасын орындай алмай едәуір қиналады. Мысалы, 20-дан 1-ге дейін.

Маңдай миының сол жағы кең көлемде зақымданған кезде, ойлау ниетін және мінез құлқын, тәртібін бағдарлауы қатты бұзылады, айналасындағылармен ісі болмайтыны байқалады, өтінішін ешуақытта тұжырымдап айтпайды, сұрақтар қоймайды. Өз еркімен мүлде сөйлей алмауы мүмкін. Диалогикалық сөйлеу тілі өрескел бұзылған және сұрақтарды қайталау эхо лалиямен сипатталады.

Бұдан гөрі жеңілдеу жағдайда көбінесе әңгімелесушінің сұрақтарын эхолалияоап пайдаланады, ондай жағдайда сөздің грамматикалық құрылысының сыртқы көрінісін дұрыс келтіреді. Мысалы, «сіздер бүгін тамақтандыңыздар ма?» деген сұраққа: біздер бүгін тамақтандық деген жауап береді. Сөйлеу тілінде көп персеверация байқалады.Мысалы, науқастардың өздері қарындаш деген сөзді «әртүсті» деген сөздің көмегімен айтып, келесі көрсетілген заттарды /қасық, гүл/ алдыңғы айтқан сөзді жалғастырып, шай қарындаш, темір қарындаш дейді. /шай қасық, темір қасық деп айтудың орнына/.

Қимыл алды /премоторный/ жүйелерінің зақымдануы кезінде тек толық айтылатын сөзінің түпкі ойы ғана емес, сонымен бірге әңгімені оқығанда желісін түсінуге сөйлеу тілі құрылысының орамдылығы да бұзылады.

Динамикалық афазияның жеңіл түрінде біршама баяу қарқынмен, арасына үзіліс жасап айтылған қарапайым сөйлеу тілін түсіну сақталады, бірақ ұсынылған тапсырманы тездеткенде, бейнелі суреттерді адамның дене мүшелерін көрсеткенде персеверациясы және заттың тұрған орнына таба алмау қиындығы байқалуы мүмкін, сөздің мағынасына өгейсініп түсінбей қалатындығы пайда болады.

Динамикалық афазияда да эфферентті қозғаушы афазиядағы сияқты сөйлеген сөзді түсінуі бұзылатындығы біліндеі, күрделі сөйлемдердің мазмұнын түсінбейтіні, әсіресе түсінігіне жеңіл болу үшін сөйлемдердегі  сөздердің орындарын ауысытырып қоюды талап ететін инверсиялау қиындығы пайда болады.

Динамикалық афазияда оқуы мен жазуы сақталған және олар сөйлеуін қалпына келтіоу мақсатына қызмет етеді.

Динамикалық афазияда қарапайым санау-есептеу амалдары тіпті сөйлеу мәнері өрескел бұзылған кезде де сақталады, бірақ афазияның бұл түріне дұрыс шығару үшін жоспар құруды талап ететін арифметикалық сөз есептерді шығару күрт бұзылады. /А.Р.Лурия, Л.С.Цветков, 1966/.

Жарақаттанғанда немесе мидың қан айналымының бұзылуынан көршілес жатқан сөйлеу тілі аймағының немесе бірнеше ошақтарының зақымдануына байланысты, афферентті-эфферентті, динамикалық-эфференттік және сенсомоторлы афазиялардың барлық түрлері қосылған аурулар жиі кездеседі.

Афазияға шалдыққан кездегі мидың күрделі мидың қыртысының қызметін зерттеудің жалпы мазмұны төмендегідей жүргізіледі.

1. Сөйлеу тілі қатынасының жалпы қабілетін зерттеу сөйлеу тілінің толықтығын, күнделікті тұрмыста қолданатын сөйлеу тілін түсінуін, сөйлеу тілінің белсенділігінің дәрежесін анықтау мақсатымен аурумен әңгімелесу.

2. Сөйлеу тілін түсінуін зерттуе. Бір және көп бөлімді арнайы нұсқауларды өстіртіп айтады; заттарды іздеп табу тапсырылады; қысқа әңгімені есіту бойынша айтып береді; логико-грамматикалық құрылысты шешеді. Фонематикалық есіту қабілеті; естігенді жадында сақтауы; мақалдардың мағынасын түсінуі тексеріледі.

3. Сөйлеу мәнерін зерттеуге: машықтандырылыған сөйлеу тілі дыбыстарды, буындарды,  күрделілігі әр түрлі дәрежедегі сөздерді қайталау бейнелі суреттегі заттарды атауы, іс-әрекеттердің қимылдарын атауы, бейнелі суреттегі оқиға желісіне қысқа сөйлемдер және әңгіме құрастыруы, оқыған әңгімесін айтып беру жатады.

4. Оқуын, жазуын және есебін зерттеу.

5. Ауыздың /оральный/, кеңістіктің және динамикасының әдеттегі қозғаоуын /праксис/ зерттеу.

6. Акустикалық және оптикалық аңғаруын /гнозис/ зерттеу.

Ми қыртысының қызметін тексерудің қортындысын жинақтап афазияға шалдыққан аурудың сөйлеу тілінде жалпы сипаттама жасалады. Онда фонематикалық есту қабілеті, ингрессивтік аграмматизмі, тапсырманы орындағанда патологиялық қайталауы /персевератность/ жеке сөздерді және күрделі нұсқауларды түсінуі, фразиологиялық оралымдары, сөйлеу тілін естуінде жадыгда сақтауының ерекшелігі сияқты, сөйлеу тілін түсінуінің бұзылу дәрежесі сипатталады. Сөйлеу мәнерінің, патологиялық қайталауының /персеверация/, сөздік /вербальный/ және дыбыстық /литеральный/ парафазияның, жеке сөйлемді сөздерді, дыбыстарды қайталау мүмкіншілігінің, қарапайым және көп сериялы бейнелі суреттер бойынша қысқа сөйлем құрастыру және заттарды атау мүмкіншілігінің бұзылу дәрежелері белгіленіп көрсетіледі. Ішінен оқу, жазу, нұсқауларын орындау, өрескел бұзылған оқуында жеке сөздерді тану, қысқа сөйлемді, сөздерді, дыбыстарды жазу, өздігінен жазу мүмкіншілігі, дыбыстық /литеральный/ жеке сөздік /вербальный/ парафазия, сөйлемдегі әріптердің, буындардың және сөдердің түсіп қалуы және орын алмастыруы, патологиялық қайталауы /персеверация/ міндетті түрде көрсетіледі.

Аурудың математикалық амалдарын орындауын ондық сандардан өтіп санау мүмкіншілігін, оральдық артикуляторлық ауытқуларын /апраксия/, динамикалық немесе конструкциялық-кеңістік ауытқуын, акустикалық және оптикалық аңғаруының /гнозия/ сақталуын тексереді. Ауруды мұқият тексеруден өткізеді /сұрау, психологиялық байқау /тесты/. Жанжақты нейропсихологиялық /құрамы врач, психолог, логопед/ тексерудің нәтижесінде афазияның түрі және оның барлық қызметтерінің бұзылу дәрежелері туралы қорытынды жасалады.

Афазияны жою жөніндегі логопедия жұмысына жалпы дидактикалық негіздегі оқыту пайдаланылады /көрнектілігін, түсініктілігін, саналылыған және басқалар/, алайда осыған байланысты, сөйлеу тілі қызметін қалпына келтірудің үйрету жұмысын қалыптастырудан айырмашылығы бар, жаңа сөйлей бастаған балаға қарағанда сөйлейтін және жазатын ересек адамның миындағы қыртыстың күрделі қызметі біршама құрылған. /А.Р. Лурия, 1969, Л.С. Выготский, 1984/, педогогикалық түзету жұмысын жоспарлағанда негізі төмендегідей қағидаларды басшылыққа алған жөн.

1. Сөйлеу тілі қызметін қалпына келтірудегі педогогикалық түзету жұмысының тәсілдерін таңдау кезегіңе немесе сатыға байланысты. Инсульттан кейінгі алғашқы күндеріндегі жұмыс сөйлеу тілін қалпына келтіру барысында аурудың біршама енжарлықпен қатысуы арқылы жүргізеді. Сөйлеу тілі қызметінің тежелуін түзететін және алғашқы кезеңде қалпына келтірілген эфферентті моторлы афазиядағы кездесетін литеральды парафазия сияқты тілінің бұзылуынан алдын ала сақтандыру тәсілдерін пайдаланады. Сөйлеу тілі міндетін қалпына келтірудің ең соңғы кезеңінде ауруға тілін түзету жұмысының жолын және жоспарын түсіндіреді, тілін түзету жұмысына пайдалануға болатын көрнекі құрал беріледі.

 2. Педогогикалық түзету оқуының жүйесі не алғашқы бұзылған функцияларын қалпына келтіруге, не болмаса сөйлеу тілі қызметінің сақталған бөлімдерін қайта құруға мүмкіндік беретін жұмыс тәсілін таңдауды ұйғарады. Мысалы, сенсорлы афазиядағы фонематикалық есту қабілетін қалпына келтіру барысы сақталған оптикалық және кинестетикалық қабілеттерін пайдалану жолымен іске асырылады, ең бастысы, дыбыстығының жақындығы бойынша сөздерді мағынасына қарай ажырату /дифференциялау/.

3. Алғашқы нейропсихологиялық алғы шартының қандайы бұзылғанына қарамастан афазияның кез келген түріндегі сөйлеу тілінің: сөйлеу мәнері, түсінуі, оқуы және жазуы сияқты барлық жақтарымен жұмыс жүргізіледі.

4. Афазияның барлық түрлерінде сөйлеу тілінде өздігінен бақылауы дамытылады, сөйлеу тілінің қатынас қызметі қалыптасады. Тек аурудың өз қатесін түсінген жағдайда ғана сөйлеу тілін бақылау үшін, әңгімесін жоспарлау үшін, литеральды және сөздік /вербальный/ парафазияны түзету үшін жағдай туғызуға болады.

5. Афазияның барлық түрлеріндегі сөз түсінігін қалыптастыру үшін әр түрлі сөз тіркесиеріне қосып жаттықтыру жұмысы жүргізіледі.

6. Түзету жұмысының барысында әр түрлі сыртқы тіректі жан-жақты пайдаланады. Бұндай тірекке динамикалық афазияда өздігінен толық сөйлеуін қалыптастыруына мүмкіндік беретін сөйлемдердің жалпы нобайы және /фишка/ тәсілдері, афазияның басқа түрлерінде дыбыстардың артикуляциясын көрсетерін нобайын /схема/ таңдау жолы импрессивтік аграмматизмді жою үшін пайдаланатын жалпы нобайы жатады.

Сөйлеу тілі қызметінің бұзылуын қалпына келтірудің жетілдіру барысы /динамика/ зақымданған жерінің орнына және көлеміне, афазияның түріне, қалпына келтіруді бастап оқыту мерзіміне және аурудың преморбидниялық деңгейіне байланысты.

Бас миы қан тамырларының тромбоэмболия тамырлардың бітеліп қалуының қанның ұюы болған кездегіге немесе мидың зақымдануына қан құйылу салдарынан пайда болағн афазияларда аурудың сөйлеу тілі жақсы қалыптасады.

Мектеп жасындағы балалар мен ересектерге қарағанда 5-6 жастағы балалардың /көп жағдайларда зақымдануынан пайда болған/ афазиялық бұзылуы тезірек түзеледі.

Педогогикалық түзету жұмысы инсульттік /ми қан айналымының бұзылуынан талма ауруына шалдығуы/ немесе зақымданудың бірінші аптасының бірінші күнінен бастап дәрігердің рұқсатымен және оның бақылауымен жүргізіледі. Оқыту жұмысының ерте басталуы патологиялық симптомптардың белгілерін болдырмайды және мақсатқа лайықты жолмен қалыптастыруға бағыттайды. Психикалық қызметінің бұзылуын қалпына келтіруге ұзаққа созылған логопедиялық жұмыстың арқасында жетеді.

Афазияны түзетуде логопедиялық жұмысты жеке баламен де, топ балалармен де жүргізеді. Логопедиялық жұмыстың жеке баламен айналысатын түрі негізгі болып саналады, себебі тек осындай жұмыс қана аурудың сөйлеу тілінің ерекшелігін есепке жиі-жиі алып тұруды, оның өзімен тығыз байланысын қарым-қатынас жасап тұруды және де психотерапевтикалық ықпал жасауға мүмкіншілігін қамтамасыз етеді. Инсульттан кейінгі алғашқы кезеңдегі әрбір оқу жұмысының өткізетін уақытының ұзақтығы орта есеппен 10 минуттен 15 минутке дейін күніне 2 рет, ал одан кейінгі кезеңдерде 30 минуттен 40 минутке дейін аптасына кем дегенде 3 рет болады. Сөйлеу тілі бұзылуларының түрлері бір тектес және сөйлеу тілін қалпына келтіру сатысы бірдей болып келген балаларды топтап жүргізетін логопедиялық жұмыстың уақыт ұзақтығы 40-50 минут болады. Аурудың қиындығына байланысты логопед оның жеке басының ерекшелігін туыстарына айтып түсіндіру міндетті. Өзінің шамасына қарай үйіндегі тірлікке міндетті түрде араласып тұруын нақтылы мысалдармен түсіндіреді. Сөйлеу тілі қалпына келтіру жұмысы бойынша нұсқаулар беріледі.

**9. Еріктің бұзылуы.**

Қазіргі таңда Қазақстанда қоғамдық сананың өзгеруіне байланысты ауытқушы мінез-құлықтың әр түрлі формаларына деген қызығушылық артуда.Жалпы жүйелік дағдарыс тәуекел тобының үздіксіз өсуіне алып келеді,мұның салдарынан девиантты мінез-құлықтың әртүрлі түрлерінің көріну мүмкіндігі ұлғаяды және тұрғындардың әлеуметтік-бейімделмеген қатпары кеңеюде.Сөз жоқ,девианттылық мәселесі пәнаралық сипатқа ие және әлеуметтану,психология,медицина,биология, заңтану түйісінде орналасқан. О баста ол шет елдік және кеңестікәлеуметтік және криминологиялық еңбектерде (М. Вебер, Э. Дюргкгейм, Р. Мертон, Н. Смелзер, ЯМ. Гилинский, И.С. Кон, В.Т. Лисовский және т.б.) көрінді.Бұл құбылыстың психологиялық зерттеулері өзінің бастауларын психоанализден,бихевиоризмнен,гуманистік психологиядан және басқа бағыттардан алады.Отандық психология ғылымында да девианттылық мәселесіне ,әсіресе, «қиын» жасеспірімдерге байланысты біршама көңіл аударылған(А.А. Александрова, Я.Л. Коломинский, А.Е. Личко, В.В. Новиков, А.А. Реан, А.С. Макаренко, С.А. Беличева, Л.И. Божович, Ю.А. Клейберг және басқалар.). Жоғарыда аталған және басқа да зерттеушілермен девиантты жеке адамның психологиялық ерекшеліктері зерттелді.Бұл зерттеулер талдауы көрініс берген ерекшеліктерді 2 негізгі топқа бөлуге болады деген қорытынды шығаруға мүмкіндік береді:  әлеуметтік-психологиялық (баланың құрдастарымен, ата-аналарымен, мұғалімдерімен және т.б. тұлғааралық қарым-қатынасын, оның оқу және даму ортасындағы жағдайын,әлеуметтік-психологиялық әсер ету жағдайларындағы мінез-құлық ерекшеліктерін және сол сияқтыларды сипаттайды) және жекелік-тұлғалық (жасөспірімнің өзіне,мотивациялық сферасының ерекшелігіне,танымдық іс-әрекетіне және басқа жекелік сипаттамаларына деген қатынасы).Мұнда әлеуметтік-психологиялық және жекелік-тұлғалық факторлардың арасында айтарлықтай күрделі өзара байланыс бар:олар екі жақты себептік-салдарлық бірлескен қатынасқа ие. Бір топқа қатысты факторға жасалған ықпал екіншісінің де өзгеруіне алып келеді.Сол себептен де девиантты мінез-құлықтық генезисімен байланысты әлеуметтік-психологиялық фактор талдауы оның профилактикасының ары қарайғы әдістемелік міндеттерін шешу мақсатында өзекті болып табылады.Ауытқушы мінез-құлықтың коррекциясы оның алдын алумен салыстырғанда тиімділігі аз,бұл жерде айтып өтерлігі әлеуметтік-психологиялық фактор тәуекелін  ерте нейтрализациялау негізіндегі жасөспірімдердің девиантты мінез-құлқының профилактикасы мәселесі психологиялық ғылымдарда аз зерттелген.

**10.** **Нейропсихологиялық синдромдар.**

Кәмелетке  толмағандар  арасындағы   құқық  бұзушылардың   балалардың  қадағалаусыз  және  панасыз    қалуының  басты  себептерінің   бірі   тәрбие   жұмысының   дұрыс  жүргізілмеуінен  деп  есептеймін.

Еліміздің   болашағы – білімді  ұрпақ.   Мың  өліп,  мың  тірілген  қазақ   халқы  ежелден – ақ,  өз  ұрпақтарының  болашағы   мен   тәрбиесіне   үлкен   жауапкершілікпен   қарап,    ерекше  көңіл  бөлген.

Тәрбие    халықтың   ғасырлар   бойы   жинақтап,    іріктеп   алған  озық   тәжірибесі   мен   ізгі  қасиеттерін   жас   ұрпақтың   бойына  сіңіру,    баланың   қоршаған  ортадағы   қарым-қатынасын,    дүниетанымын,   өмірге   деген   көз  қарасын   және  соған  сай   мінез – құлқын  қалыптастыру  болып  табылады.

Тәрбиенің   негізгі  мақсаты :  дені  сау ,  ұлттық  сана  сезімі  оянған, рухани  ойлау   дәрежесі   биік,   мәдениетті,   парасатты,   ар-ожданы  мол,  еңбекқор ,  іскер,    бойында   басқада   қасиеттер  қалыптасқан   адамды  тәрбиелеу.

Өскелең   ұрпақты   тәрбиелеу   жүйесі    қазіргі   заман   талабына    сай    өмірде   болып   жатқан  өзгерістерге   байланысты    жаңарып   отыруы  тиіс. Қазіргі   қоғам  жан – жақты  үйлесімді   жетілген   жаңа  адамды  тәрбиелеуді    талап  етіп  отыр.

Тәлім – тәрбиенің   мақсаты - баланың   жасы  мен  жеке  басының   ерекшелігін,   психикалық    процестерін  ескере   отырып,   салауатты   ұрпақты    тәрбиелеу.   Қоғамдық   тәрбие    халықтың   педагогикадан  бастау  алып,  ғылымда   дәлелденген   нәтижелерге   сүйенсе,   тәрбие   құралдары  мен   әдістері   дұрыс   таңдалып   жүргізілсе,    игілікті     тәрбиенің  негізі   қаланбақ.

Бала  тәрбиесін   жалпы  мынадай   үш   түрге  бөлуге  болады : рухани   тәрбие,  ата-ана  тәрбиесі,    стихиялы   тәрбие.

Жасөспірімдерге   берілетін    осы   үш   тәрбиенің   қазіргі    жағдайы   қандай?

1. **Рухани  тәрбие.** Кеңес  дәуіріндегі    комунистік   рухани   тәрбие   қазір   жоқ  екендігі  баршамызға  аян.   Оның  орнына   қазір   халықтың  педагогика   негіздерін   пайдалану  қолға   алынып    жатыр.

Жас  ұрпақ – иіліп  тұрған   көк   шыбық.    Оның  түзу  немесе    қисық   өсуі    бағбанның  дұрыс  күтіп,   бағуына  байланысты.    Сол  сияқты  баланың  болашағы  да   оның  ата-анасы  мен   ұстаздарынан  алған   тәрбиесінің   сапасына  тікелей   байланысты.  Жас   ұрпақтың   рухани   тәрбие  алуына  ұстаздардың   берері  мол.

  Оқушының  бос  уақытын  ата – анамен  бірлесе  отырып  тиімді   ұйымдастырылса,    оқушының    тұрмыс  қалпы  тек  қана   үйдің  материалдық   жағдайымен   шектеліп   қалмайды.   Мектепте  ауық – ауық белгілі    бір  модаға  байланысты  «эпидемиялар»   болып  тұрады.   Мысалы «Бригада»  фильміне  еліктеу.   Кейбір  оқушылар   (әсіресе , ересек)  сыныптарындағы,    құрбыларындағы     киім  тағы басқа және  сол  сияқты  заттар  болмағанына  налып,    кемісітіп  жатады.  Сондықтан,  көп жағдайларда  ата – аналармен  келіспеушілік  туады.

2.**Ата-ана  тәрбиесі.**  Қайтсек  күнімізді  көреміз  деп   базарда   тиын  санап  жүрген  ата-аналар   балаларының  тәрбиесіне   дұрыстап  көңіл  бөлуге  мүмкіндіктері   мүлде  аз.  Сабақтан  тыс  бос  уақыттарда   ата-ананың  бақылауынсыз  қалған   балалар   компьютер   клубында  немесе   сая  бақтарда  уақытын  өткізуде.   Бұл   жастарға  кері  әсерін   тигізуде .   Қазақстан  Республикасы  Ата  заңының  27  баптың 2 тармағында  «  балаларына  қамқорлық  жасау  және  оларды  тәрбиелеу – ата-ананың  табиғи   құқығы,  әрі  парызы»   делінсе,    Қазақстан  2030   бағдарламасында  «Әкелер  мен  аналардың    өз   балалары  алдындағы   жауапкершілігін   күнделікті  есте  ұстауға  тиіспіз...» делініп,    ұрпақ  тағдыры  мен  мемлекет  тағдыры   қатар   қойылған.

Баланың  өсу  процесінде   ата-анаға  деген  көз  қарасы   үш   бөлімнен   тұрады:

**Сәбилік  кезең.**   Бұл  кезеңде   сәби  ата-анасын  сөзсіз   жақсы  көріп,  айтқанын  бұлжытпай  орындауға  тырысады.

**Бозбалалық   кезең**. Бұл  кезеңде  бала  ата-анасының  бойынан,   айтқан  сөздерінен   кемшілік  тауып,   қарсы  шығып,   оның  айтқанын   істемеуге  тырысады.

**Үлкейіп  ақыл  тоқтатқан  кезең**.   Бұл   кезеңде    баласы  ата – анасын  мойындап,   сыйлап,   құрметтей  бастайды.

Атақты  педагог А.С. Макаренко   «бес  жасқа  дейін   тәрбие  көрмеген  баланы   қайта  тәрбиелеуге   тура  келеді,    бірақ  «қиын»  болады»   деп  айтқандай    бала  ең  алдымен  өз   ошақ  басына  қарап  өседі.    Баланың   бас  ұстазы  ата-ана  болып  саналады.    Отбасы  мүшелерінің  барлық  қылықтары ,    іс-әрекеті  балаға   бұлжымас    заң   тәрізді   әсер  етеді» (48.).

3.**Стихиалы   тәрбие.**  Жасөспірімдер  нені   үйреніп   жатыр ?  Компьютерлік  ойындар  мен  теледидардан,   бейне  таспалармен  интернеттен     қатыгездік  пен  эротикалық   фильмдер   көріп,    батыстан  келіп   жатқан   сорақы   тәрбиенің  ықпалынан   кері  әсер  алуда.   Шекара  асып  келе  жатқан   есірткінің  де  әсері  аз  болып   жатқан  жоқ.

**11.** **Психотерапия принциптері.**

Психотерапия грек тілінен аударғанда жанды емдеу деген ұғымды білдіреді. Ол ауырғанда адамға қайырымдылық мәселелермен мен шараларын қарастырады.Психотерапия негізі – логопедия (сөзбен әсер ету).

**Психологиялық факторлар**. Бұған баладағы психопатологиялар мен мінездегі кейбір қасиеттердің басым болуы т.б. жатады. Бұл ауытқушылықтар жүйелік-психикалық ауруларда, психопатияда, неврастенияда т.б. көрінеді. Акцентуациялық сипаттағы мінезді балалар өте ашушаң, дөрекі болады. Оларға міндетті түрде әлеуметтік-медициналық реабилитация, сонымен қоса, арнайы ұйымдастырылған тәрбиелік жұмыстар жүргізу керек.

Баланың әрбір даму сатысында, олардың психикалык қасиеттері, тұлғалық және мінездегі ерекшеліктері қалыптасып, дамып отырады. Бала даму барысында әлеуметтік ортаға бейімделуі немесе керісінше бейімделмей, жатсынып кетуі мүмкін.

Егер, балаға ата-ананың жылуы, махаббаты, ықыласы жетіспесе, онда, ол ата-анасынан шеттеніп кетеді. Шеттену – невротикалык реакциялар, қоршаған ортамен қатынастың бұзылуы, сезімдік (эмоциалық) тепе-теңсіздік және суықтық, ашуланшақтық, психикалық аурулар және психологиялық патологиялар сиякты жағымсыз мінез-құлықтың пайда болуына жол ашады. Егер, балада адамгершілік құндылықтар қалыптаспаса, онда, ол пайдакүнемдік, қанағатсыздық, зорлаушылық, дөрекілік т.б. сияқты жағымсыз қасиеттерге бейім тұрады.

3.      **Әлеуметтік-педагогикалық факторлар.** Олар мектептік, отбасылық, қоғамдық тәрбиедегі кемшіліктердің нәтижесінде, баланың жудағы үлгермеушілігіне байланысты. Мұндай балалар көбінесе мектепке дайыыдығы жоқ, үйге берілген оқу тапсырмаларына және бағаларға парықсыз қарайтындар. Бұның бәрі баланың оқудағы бейімсіздігін көрсетеді. Оқушының оқудағы бейімсіздігінің дезадаптация) қалыптасуы мынадай сатылардан өтеді:

•         оқудағы декомпенсация - баланың жалпы мектепке деген қызығушылығы жоғары, бірақ бір немесе бірнеше пәнді оқуда қиыншылықтарға тап болуынан;

•         мектептік бейімсіздік (дезадаптация) - бала сабаққа үлгермеуімен қатар, оның мінез-құлқы өзгеріп, мұғалімдермен, сыныптастарымен карым-қатынасы бұзылып, сабақтан қалуы көбейеді немесе мектептен біртіндеп қол үзе бастайды;

•         әлеуметтік бейімсіздік - баланың оқуға, мектепке, ұжымға деген қызығушылығы жойыла-ды, асоциалдық топтармен араласып, алкогольге, нашақорлыққа қызыға бастайды;

•         криминалдылық- кейбір отбасындағы әлеуметтік жағдайдың өте төмен болуы, балаларды да өз ортасындағы әлеуметтік теңсіздікке әкеледі, ал мектеп оқушысы, жасы жетпегендік-тен жұмыс істей алмайды, содан барып олар қылмысты іс-әрекеттрмен айналыса бас-тайды.

•         Баланың психоәлеуметтік дамуындағы ауытқушылыктардың негізгі факторы - ата-ана. Баланың бойындағы асоциалды мінез-құдықты қалыптастыратын отбасы қатынасының бірнеше жағымсыз стилдері бар:

•         дисгармонды стиль - бір жағынан ата-ана баланың барлық тілектерін орындайды, үлкен қамқорлық жасайды, екінші жағынан конфликті жағдайларға баланы итермелейді;

•         тұрақсыз, конфликті стиль - толық емес отбасындағы, ажырасу кезіндегі, ата-ана мен балалар бөлек тұрған жағдайдағы тәлім-тәрбиелік кемшіліктерден туындайды;

•         асоциалды стиль - ата-ананың арақ ішуі, нашақор заттарды пайдалануы, криминалды іс-әрекет, аморальді өмір сүру жағдайы, отбасылық қаттыгездік, зорлаушылық жатады.

Балаға көрсетілген қатыгездік қатынасқа жататындар: қинаушылық, физикалық, эмоционалды, жыныстық зорлык-зомбылық (қатыгездік үйде, далада, мектепте, балалар үйлерінде, ауруханада көрсетілуі мүмкін. Мұндай іс-әрекетке душар болған балалар қалыпты түрде даму көрмей, қоршаған ортаға бейімделе алмай қалады. Соның әсерінен, бала өзін жаман, керексізбін деп сезінеді. Баланың қатыгездікке жауап беру түрі баланың жасына, тұлғалық ерекшелігіне, әлеуметтік тәжірибесіне байланысты. Психикалық реакциялардан баска (қорқыныш, үрей, ұйқының бұзылуы, тәбеттің болмауы т.б.) балалардың мінез-құлқы да өзгереді: агрессия жоғарылайды, төбелескіш, өзіне сенімсіз, ұялшақ, өзіне деген бағасы өте төмен болады. Зерттеулерге қарағанда, зорлық-зомбылықты көп көрген балалар өскенде зорлаушы рөлінде болуды қалайды.

4.      **Әлеуметтік-экономикалық факторлар**. Әлеуметтің теңсіздігі, қоғамның кедей және бай болып бөлінуі, жұргтың кедейленуі, жұмыссыздык, инфляция, әлеуметтік кернеу, т.б.

5.      **Моралді-этикалық факторлар**. Қазіргі қоғамның адамгершілік қасиеттерінің деңгейі төмен болуы, рухани құндылықтардың бұзылуы.

Девиантты мінез-құлықты балаларды түзету күрделі әрі қиын әрі ұзақ процесс. Оны іске асыруда көп шыдамдылық пен белсенділік қажет. Қазіргі, осы саладағы әлеуметтік, педагогикалық талаптар мен жүзеге асырылып жатқан тәжірибелер негізінде, бұл саладағы тәрбие міндеттерін жүзеге асыруда мынадай шарттарды орындау қажеттігі туады:

•        балаға ілтипатпен, ізгі тілектестікпен қарау;

•        оның жағымды қасиеттеріне сүйену;

•        оның адамгершілік күшіне, потенциалды мүмкіндіктеріне сену;

•        оқушыларды салауатты өмір салтын қалыптастыру үшін жасалған жалпы білім беретін бағдарламаларды тиімді пайдалану;

•        салауатты өмір салтын қалыптастыруға, қауіпсіз тіршілік етуге бағытталған тәрбиелік бағдарламаларды ұштастыра пайдалану;

•        девиантты мінезге ие балалардың білім алуы мен бос уақытын пайдалы іс-әрекеттермен өткізу жолдарын қарастыратын жаңа кешенді бағдарламалар құру;

Қорыта айтқанды, девиантты мінез-құлықты балалармен тәрбиелік жұмыстарын жүргізуде римдік философ Сенеканың: «әрбір адам өмірінің тек кейбір жақтарын ойлап талдайды, бірақ ешкім жалпы өмір туралы ойланбайды» деген ой-пікіріне сүйене отырып, квиацияға коррекция жасаушы әрбір маман ұстаз, баланыңтек кейбір мінездік кемшіліктерін түзетіп қана қоймай, оларды, қоғамдық өмірдің талаптарымен ұштасқан дұрыс қарым-қатынас жолына қайтып әкеліп, ары қарай қалыптаса дамуына, әлеуметтенуіне көмектесуі қажет. Бұл педагогикалық іс-әрекеттер мазмұны, қоғам өмірінде бекіген адамгершілік қадір-қасиеттер мәнімен, талаптарымен тікелей байланыстыра, адамдар арасындағы қарым-катынастар (достық, жолдастық, туыстық, сүйіспен-шілік, махаббат т.б.) нормаларымен ұштастырыла жүзеге асырылғанда, балалар бойында девиант-ты мінез-құлықтың өріс алмауына және оларды мектеп қабырғасынан бастап әлеуметтендіруге мүмкідін жасалады.

Дене кемістігінің қай түрі болса да, мейлі ол соқыр, не саңырау, не туғаннан кем ақыл болса да, оның өмірге деген көзқарасы өзгеріп қана қоймай, айналасындағы адамдармен  де қарым- қатынас жасауын қиындатады. Дене кемістігі адамның әлеуметтік өмірдегі мінез құлқының ауытқуына әкеп соқтырады.

Бүгінгі таңда ақыл ойы кешеуілдеген балалар проблемасы өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Қазіргі уақытта біздің обылысымыз бойынша бір ғана Тараз қаласындағы көмекші мектеп интернатында 265- ке жуық балалар тәрбиеленуде. Бұлар тек тіркелгендер саны ғана.

Ақыл ойы кешеуілдеген балаға тек ауру жағынан қарау біздің теориямыз бен тәжірибемізді қауіпті теріс бағытқа бүрып жібереді. Ақыл есі кемдікті жан -жақты алып мұқият тексереміз. Жиі кездесетін ауру түрлерін анықтап, олардың қаншасының есту және сөйлеу, көру қабілетінің бұзылған, олигофрендер және т.б. өзге де кемістіктерін анықтап, олардың денсаулық деңгейін жете аңғара бермейміз.

Қанша айтқанымен, көмекші мектептегі баланы жалпы ортадан алып тастап, оқшау қалуға икемдеп, ақыл ойы кешеуілдеушілердің бөлектеніп тәрбиеленуіне ыңғайлану, оларды тар құрсауда қалдырады. Мұндай ортада олардың кемістігі неғұрлым айқынырақ сезіліп, мұңы көбейеді. Кемістік әлсіздік қана емес, сонымен қатар ол күш-қуат, қабілеттілік екендігін педагогтар, психологотар жете түсінетін болса, олардың жемісті жұмыс істеуіне даңғыл жол ашылатын болады.

Ақыл ойы кешеуілдеген балалардың психологиялық диагностикасы психология ғылымында жаңа сала болып табылады. Ол оқыту барысындағы жүйенің дамуынан, осы саладағы проблемаларды шешуден туындайды.

Туыла біткен және ерте шақта болған орталық жүйке жүйесінің зақымдануынан баланың дамуы, оның интеллектуалдық мүмкіндіктері шектеледі. Ақыл ойы кешеуілдеген балалардың дамуын психологиялық диагностика арқылы анықтайтын В. И.Лубовский негізгі үш мақсатты айрықша бөліп көрсетті:

1.      медициналық педагогикалық комиссияда баланы қарауда оның ең басты интеллектуалдық деңгейі туралы және психикалық дамуының туралы тексеру. Бұл оқыту мекемесін анықтауға және баланы оқыту әдістерін белгілеуге мүмкіндік береді;

2.     баланың жеке психологиялық ерекшеліктерін анықтау ;

3.     оқытудың құралдарын, әдістерін, мазмұнын анықтау үшін ақыл ойы кешеуілдеген баланың психодиагностикасының тәсілдерін талдау.

В. И . Лубовскийдің ойынша,бұл мақсаттарға жету үшін эксперименталды оқытудың басында және аяғында психикалық дамудың қандай да бір өлшемдері керек. Ол өлшемді тест әдістерімен орындаған дұрыс, баланың интеллектуалды деңгейінің дамуын анықтау медициналық - педагогикалық комиссияның кеңес беруші мамандары үшін қиындыққа түседі.1838 жылы француз психиаторы Жан Эскироль психикалық дамудағы ақыл есі кемдіктің ауыр формасын анықтады. Жан Итар ақыл ойында кешеуілдеуі бар балаларды оқыту мүмкін екендігін дәлелдеді. Ал Эдуард Сеган ақьш ойы кешеуілдеген балаларды зерттей отырып, диагностиканың принциптерін құрып, әйгілі «Сеган тақтасын» жасады. Бұл тәсіл күні бүгінге дейін диагностикалық-коррекциялық әдістеме ретінде пайдаланылып келеді.

Бине-Симоның белгілі тестінің пайда болуы ақыл ойы кешеуілдеген балаларды іріктеу мәселесіне байланысты. Бұл тестер бүкіл дүние жүзіне кеңінен тараған. Ол орыс тіліне 1911жылы аударылып, бейімделген. Бұл оқушыларға арналған ең алғашқы интеллектуалдық - қабілеттілік тесті. Бине тесті жоғарғы ақыл ой функциясының нормативті қабілетіне көңіл бөліп, ақыл ойды анықтауға тірек болып табылады. Бірақ Бине Симон тесті кезінде көптеген сынға ұшырап, нәтижесінде біршама мәндірек нұсқалар ұсынылды:

1.     Бине -Терман.

2.     Стенфорд Бине тестері.

Бұл интеллектуалдық тестердің топтарынан басқа, кеңірек тараған Векслер тесті болды. Оның бір қатар артықшылықтары бар: тапсырманың түрлігіне, ыңғайлы әдістер мен нәтижені қорытындылау, ол тек сандық түрде емес, сапалық түрде болады.

Кеңес Одағының 20-шы жылдарының басында дамуында кешеуілдеуі бар балаларды іріктеуге қолданылатын тестерге және тестілеу проблемасына қызығушылық арта түсті.

Енді интеллектуалды деңгейдің дамуын анықтауда баланың жалпы дамуындағы кідіріс тексерілетін болды. Осыдан кейін ауытқушылығы бар балалардың дамуының психодиагностикасына деген көзқарасқа өзгерістер енді; оны кешенді түрде тексеру ұйымдастырылды. Яғни баланы бірнеше мамандар зерттейді: невропатологтар, педагогтар, психологтар мен логопедтер, психиатор –дәрігерлер. Мұнда ең басты ролді психолог емес, баланың диагнозын анықтау арқылы кешеуілдеп дамудың сатыларын белгілеу – дәрігерге жүктеледі.

Психодиагностика тек нақты сапалы талдауға негізделген ғылым. Бұл ретте психологиялық зерттеулерді бірнеше рет дәлелдеген Кеңес Одағының психологтарының жұмыстарын атауға болады: Л.С.Выготский,  Б. В.Зейгарник,  А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейн және т. б.

Балалық шақтағы нейропсихологиялық және диагностикалық проблемаларды зерттеуге Э.Г.Смерницкаяның жұмыстары арналған. Э.Г.Смерницкая мектепте оқытудың қиындықтарының негізінде оқу механизіміне және де үлгермеушілікті коррекциялауға арналған әдістемелерді ұсынды.Онымен нейропсихологиялық әдістің нұсқалары анықталып, ол «Лурия 90» деп  аталды. Бұл әдіс 4 субтестен тұрады.Оның екеуі есту арқылы есте сақтау, ал қалған екеуі көру арқылы есте сақтауға бағытталған.

И. Ф. Макровскийдің ойынша нейропсихологиялық  әдістерді ақыл ойы кешеуілдеген балаларды тану кезінде клиникалық психологиялық жолмен кешенді түрде пайдалану тиімді. Бұл мәліметтер мынандай жағдайларды бағалауға әкеледі: есту, көру, қабылдау, сөйлеу, есте сақтау т. б. Бұл функциялар эксперименталды мектептегі дағдыларды қалыптастыруға (оқу, жазу, есептеу, т. б.) мүмкіндік береді.

Шауманның зерттеулерінің қорытындысы бойынша, басқа тілден аударылған тест сұрақтарына өте ерекше көңіл бөлу қажет, өйтпеген жағдайда тест зерттеу барысына кері әэсерін тигізуі мүмкін.Бірақ күні бүгінге дейін кеңес дефектологиясында және арнайы психологияда тестер өте шектеулі түрде пайдаланылды. Кеңінен тараған психологиялық зерттеулер баланың өз еркімен таңдаған тапсырмалары оның есте сақтау, байқауы, ойлауы және еңбек қабілетін анықтау кезінде ойлауы сапалы өзгерістерге ұшырайтынын көрсетті

Интеллект-кеңінен дамыған психологиялық түсінік, оның төңірегінде көптеген дау-дамай жүріп жатыр. Біраз уақыттан бері интеллект коэффициентіне (IQ ) маңызды көңіл бөлініп келеді. Ғалымдар арасында жаңа сұрақтар туындай түсуде. Өмірде қаншалықты (IQ) тұрақты? Интеллектуалдық  дамудың деңгейін көрсете ала ма? Мак Колл және басқалардың зерттеулерінде 10 өзгеруі денсаулыққа, эмоциялық жағдайға және тұлғаның өзгерістеріне, қоршаған ортаның факторларына байланысты екен.

Ғалымдар төменгі тестілік көрсекіш барлық уақытта баланың нашар қабілеті екендігін дәлелдемейтіндігін, яғни ол баланың өз қабілетін толық көрсете алмағандығынан да болуы мүмкіндігін тұжырымдайды. Олардың ойынша интерпретациялық тесті қолданыста пайда болатын қиыншылықтардың бірі осы. Сондықтан, егер бала тестің тапсырмасын орындай алмаса, ол тапсырманы шешуге қабілетсіз деп шектемеу керек, қорытындыны байқап шығаруға тиісті.Сиглер кейбір балалардың психологиясында «нәтижесі сәтсіз» болуы мүмкін деген үрей болады деген. Бұл қорқыныш тестілеудің қорытындысына әсер етеді.Осындай сәтсіздікке арналған максималды тестілеу құрылды. Мұнда орташа 10 көрсеткіші тұрақты стандартты тестілеуге қарағанда 6 пунктке жоғарылаған.

Осындай тестілеудің бірімен Махан психикалық кешеуілдеуі бар балалармен жұмыс істеді. Ол тестің және балдық жүйенің балаға, оның өміріне, жанұя мүшелеріне әсер етуі мүмкін деді. Қазіргі уақытта Америкада «оқытуға қабілетсіз балаларды» бірнеше тестпен анықтайды. Мысалы, Векслер тесті - жеке сұрақтар қою арқылы жүреді. Үлкендердің интеллект шкаласы қазіргі кезде жиі қолданылып жүрген тестердің бірі. Ол екі субтестен тұрады:

1.     жалпы категориялар пункті

2.     вербальды орындау

ол сөздік қорға, ұқсастық логикалық ажыратуға байланысты.

Вудкоктың тесті оқыту арқылы орындалады. Бендер тесті - XX ғасырдың 30 жылдарында шығарылған. Зерттелінушіге 9-жай сурет ұсынылады. Сол суретті ол көшіруге тиісті. Қорытынды-сы интерпретацияның негізінде қабылдаудың сапалылығы, көшірменің орындаудағы қателіктерін ескерту арқылы шығарылады. Бұл тест алғашында баланың даму деңгейін анықтауға арналған болатын.

Америкада табысы аз отбасында балаларға жүргізілген зерттеулер өздерінің жетістіктерімен тең мүмкіндік игере алмайтындығын көрсетті. Махан психикалық дамуы кешеуілдеген балалар диагностикасының нәтижесі интеллект емес, оқуға қажетті қабілеттің тапшылығы болып табылады деп қортындылады.

Зерттеу эксперимент жағдайында тәуелді және сыналушының жеке басының ерекшеліктеріне тәуелді. Мысалы, зейінсіз баланың есеп шығаруына көп уақыт жұмсалынады. Сондай -ақ, мінез-құлқына «әлсіздік»қорқақтық тудырады, нәтижесінде оған көмек қажет болады.

**12.** **Психологиялық күй-жағдайдың бұзылуы.**

Оқушылардың іс - әрекеттерінде, мінез – құлқында психо – эмоционалды тепе – теңдіктің бұзылуы, қызғаншақтық, тез ренжіп қалу, өктемдік көрсету,  дау – жанжалдарға берілігштік бүгінігі мектеп оқушыларындағы құбылыс  болып отыр. Бұл жағдаймен мұғалімдер оқу процесі барысында әр минут, сағат сайын кездеседі және бұл оқу процесіне, оның сапасына, оқушы мен мұғалімнің денсаулығына кері әсер ететіні де құпия емес. Соңғы уақытта психология саласында **созылмал ашу, өктемдік** деген терминдер пайда болды.

Сонымен оқушылардың көпшілігінде өктем мінездің пайда  болуының бір себебі ретінде теледидар арқылы таратылатын және басқа ақпараттар тасқыны мен түрлі мультфильмдерді, көңіл көтеруге арналған көптеген спорттық шоу бағдарламаларды, зорлық – зомбылықты насихаттайтын фильмдерді айтуға болады. Бұлар көрерменнің қанындағы агренариннің деңгейін көтеріп, өктем, өзіншіл, бұзылған тұлғалар  қалыптастыруға жол береді.

Мектеп жасындағы бала беріліп жатқан ақпараттың жағымды, жағымсыз жағын дұрыс бағалай алмайды, экранда берілген қалпында шындық ретінде қабылдайды. Көбіне жас бала күнделікті өмірде сол алған әсерін іске асырып жатады. Жалған деректерге, асырмалы эмоцияларға негізделген адамгершілікке жат ақпараттар оқушы санасында ұзақ уақыт қалып қояды да ол оның тұлға ретінде қалыптасуына, мінезіне өз әсерін тигізеді. Нәтижесінде біздің оқушыларымыз қоғамда қалыптасқан адамгершілік нормаларға қарсы заң бұзушылық әрекеттерге барып жатады. Мұның себептері айқын. *Біріншіден,* бала  бойында жинақталған өктем мінез дау – жанжалға жетелейді, *екіншіден,* өктем мінез арқылы өз қалағанына жетудің жолдары көз алдарында, *үшіншіден,* ұзақ уақыт бойы қабылданған ақпараттық әсер агрессия мен оған сай қимыл әрекетке итермелейді. Бұл жағдай соңғы 10 жылдан астам уақыт ішінде көрерменге ұсынылып отырған телевидео өнімдерінің ешқандай сұрыптаудан өтпегенінің салдарынан туындап отыр.

Мектеп оқушылары күн сайын оларды қабылап, өз іс - әрекетіне   ұстаным етіп отырғаны сонша, бұрыңғы кездегі жақсылыққа жетелейтін халық ертегілерінің негізінде құрылған мультфильмдер оларды мүлдем қызықтырмайды. Өйткені, ол кейіпкерлер қазіргілер сияқты агрессивті, импульсивті емес. Ал, олардың ұғымынша бас кейіпкер күшті, бәрін тас – талқан ете алатын болуы керек. Ал, ар – намыс мейірімділікке сүйенгендер  оларға   үлгі бола алмайды.Сонымен бірге оқушылардың өктем мінезінің қалыптасуына қоғамның әлеуметтік жай күйі де әсер етеді. Бұл жағдай жеке тұлғаның бір мезеттік жай күйі болып табылатын агрессияны оның тұлғасының құрамдас бөлігі агрессиялыққа алып келеді. Бұлардың бәрі қоғамдағы, мектептегі психологиялық жағдайдың нашарлауының бір белгісі болып табылады.

Өктем мінезділіктің жоғары деңгейіне мектеп ұжымдарының  ішіндегі психологиялық жағдайлар да себепкер. Ашушаң, жанжалшыл, төбелесшіл, өктем мінезді балалардың өзінің ғана емес, айналасындағылардың    да психо – эмоционалды күйін бұзып, нәтижесінде олардың бәрінің қанында адренариннің артатынын жүргізілген зерттеулер анық көрсетіп отыр. Ұдайы агрессиялық мінез – құлық таныту және соның нәтижесінде ортаның  да психо – эмоционалды жай күйінің нашар болуы оқушылардың функционалды жүйесін де нашарлатады. Сондықтан да кейінгі кезде 11 – 13 жастағы оқушылардан байқалып отырған гастрит, асқазан жарасы,  есте сақтау қабілетінің нашарлауы сияқты аурулардың көбейгені тектен – тек емес. Сондай – ақ, балалардың иммундық жүйесіне де көп  зақым келіп отыр. Мысалы, адам қауіптену сезімінде болған кезде қанға каркизол гармоны көп бөлінеді. Каркизол ағзадағы өзге гармондарға басымдылық көрсететін болғандықтан ағзаның толыққанды жұмыс      істеуге мүмкіндігі  нашарлайды. Кез – келген кикілжіңнен баланың   асқазанындағы қышқыл мен пепсиннің көлемі артады. Ал, бұл жағдай  жиі қайталанып, тұрақтылық сипатына ие болған жағдайда асқазанның қабырғаларында жара пайда болып, басқа да ауру түрлері дамиды. Оқушулардың өз бойындағы ашушаңдық пен өктемдіктен өзінің псхологиялық және физиологиялық денсаулығына қандай зиянын тигізетіндігін білуі керек. Сондықтан да теріс психикалық эмоциялардың денсаулыққа тигізетін жағымсыз әсерінің механизмін ашып көрсету қажет.

**13.** **Науқас психологиясы.**

Психопатия адамның психикалық қасиеттерінің қалыпта ашық және жасырын түрде ауытқуы. Бұл ауытқулар мінез – құлықта, іс - әрекетте, вельволды және вельволды емес қарым – қатынаста көрінеді.

Психикалық бұзылу акцентуация түрінде жас адамдарда келесі себептерден туады:    Психикалық бұзылуларға жиі себеп болатындар жастарға қоғам мен жоғары оқу орындары мен жоғары сыныпта қиындатылған оқу бағдарламасы сияқты олардың күші жетпейтін талаптар қояды. Ал, ол бұлардың саналы және санасыз түрде өз мінезінің кейбір бітістеріне наразылығын, көңлі тоймаушылығын тудырады. Егер мінездің туғаннан  бастап ауытқуына жағымсыз эмоциялық белгісі бар ауытқушылықты қайғыру жамалса, онда толық емес кешен қалыптасады және мұның   орнын жасанды түрде толтыру үшін ішімдікке, нашаға, агрессивті мінез – құлыққа деген қажеттілік туады. Әсірісе, өтпелі кезең жеткіншек пен жасөспірімдерді сыртқы ортаның қолайсыз ықпалдарына ерекше күйреуік етеді. Бұл кезде жасөспірім 2 – 3 аптаның ішінде – ақ толық нашақор болып шығады. Әсірісе, жыныстық жетілу, яғни кувертантты кезең акцентуация мен потологияның ерте жасырын кезеңінің тууына ерекше оңтайлы. Мұның жеке өзі – ақ психологиялық бұзылудың себебі бола алады. Сонымен ерте жыныстық өмір және сексуалды ұстамсыздық не адамгершілікке жат мінез – құлық, не импатенцияға әкелуі мүмкін. Ерте жыныстық өмір көптеген жастарды сексуалдық фрустрацияға әкеледі.

Әдебиеттерде **қиын бала** немесе **қиын адам** ұғымы жиі кездеседі. *Қиын деген ол нені білдіреді?* Кез – келген мінез – құлықтың баласы оны қандайда бір өлшеммен салыстырғанда айқындалады. Стандартсыз нормадан ауытқыған мінез – құлықты девиантты деп атайды. Девиантты мінез – құлықтың негізгі түрі бұл қылмыстық және қоғамға үлкен қауіп болып табылғанымен қылмыстық жауапкершілікке тартылмайтын мінез – құлық.

Девиантты мінез – құлық екі топқа бөлінеді:

1. Психологиялық денсаулығы, яғни адамдағы ашық немесе жасырын психо – потология көріністерінен нормадан ауытқыған мінез – құлық. Бұл топты, *біріншіден*, астен, шизоль, және басқа да психологиялық қалыпты емес адамдар құрайды. Ал, *екіншіден*, бұл топты мінездің бітіс асқынуы, яғни акцентуациялық мінез – құлық сияқты психологиялық ауытқудан зардап шегетін, бірақ қалыпты адамдар құрайды.
2. Жалпы адамый құндылықтар адамгершілік нормаларынан ауытқыған және жезөкшелік, нашақорлық, ішімдікке салынушылық және басқа да әлеуметтік – потологияның әр түрлі формасында көрініс береді.

Девиантты мінез – құлықтың түрі қылмыс және құқық бұзушылықтардан келеді. Егер бұл құқық бұзушылықтар аса маңызды емес, қоғамдық  қарым – қатынаста ұлкен зиян әкелмейтін болса да, онда олар еңбек және құқық нормаларына сай жазаланады. Сот органдарын және милиция секілді     құқық қорғау органдарынан девиантты мінез – құлықтыларды әкімшілік жауапкершілік айыппұлға тартса, психологиялық және медициналық қызметкерлер олармен әлеуметтік және психологиялық бейімделуі өлшемінің кеменін жүргізеді. Егер девиант қылмыс жасаса, ол соған сай жазасын алады. Міне сондықтан да қылмыс девиантты мінез – құлық салдары ретінде негізінде заң саласында қарастырылса, ал адамгершілік мінез – құлықтан ауытқу әлеуметтанудың, психологияниң, психиатрияның басқа да саласында қарастырылады.

Девиантты мінез – құлықтың негізгі субъектілеріне психикалық – потологияның жекелеген  мүшелерге   зардап  келтіруші  және   өзін -  өзі  өлімге   қиятындар жатады. Әлеуметтік патологияға нашақорлық, таксикомания, тұрмыстық   ішімдіке  салыну, шаскүнемдік, жөзекшелік, қаңғыбастық   және      тағы   басқа   құқық  бұзушылықтар   жатады. Сол  себеп  **психикалық   бұзылу  2 формада** көрініс   береді.

1.    Акцентуациялық   мінез - құлықтың  яғни  қалыпан  шектеулі  тыс  түрі Бұл адам мінез - құлқының өте қатты дамуы және адамның кейбір потологиялық ықпалдарға, әсерлерге әлсіздік танытуы. Мұндай өте айқындалған мінез – құлықта адамдар психологиялық, медициналық және құқық қорғау қызметтерінде жиі болады.

**14.** **Ем қонбайтын аурулар.**

Әрбір адам өзінің мамандығына байланысты жеке басындағы  қасиеттерін дамытуға мүмкіндік жасайды.

Жұмыс істеп жүрген мамандығына қарай адамның мінез-құлқы өзгеруі мүмкін. Дәрігерлер қызмет барысында өз мамандықтарын өзгертуі ықтимал.

Ауру адамға қатыгез, тұрпайы мінез көрсету, адам тағдырына бейқам қарау – дәрігерлік мамандыққа жат нәрсе.

Жалпы гигиенаның бір саласы психогигиена (гигиенос – ежелгі гректердің шипалы ; Емдік деген сөзі ) дегеніміз адамның психикалық денсаулығын сақтап, нығайтатын шаралар кешені.

Психогигиена айналадағы ортаның, әлеуметтік, өндірістік, тұрмыстық себептерін адам психикасына ететін әсер тексереді. Психогигиена турмыс , отбасы, неке бала емізетінәйеедер , жыныстық тәрбие гигиенасы т.б. қорғауға ықпал жасайды.

 Психопрофилактика психикалық аурулардың және невроздардың алдын алу, оларды бәсеңдету.

Психогигиенамен психопрофилактиканы ара жігін ажырату қиын. Психогигиена және психопрофилактика мәселелерімен дәріігерлердің бәрі де, оның

**15.** **Науқасқа клиникалық көмек көрсету әдістері.**

         Жеткіншек жасындағы балалардың ішінде ауытқулы мінез-құлқ көрсететіндер жиі кездесетіні олардың жас ерекшеліктерімен байланысты мәселе екені психологияда дәлелденген. Девиантты мінез көбіне баланың өз отбасындағы ата-анамен қарым-қатынасынада орын алған түсінбеушілікпен байланысты екені анықталды. Отбасында орын алған жайсыз психологиялық клиат ата-анамен олардың балалары арасындағы қарым-қатынасты шиеленістіреді және жеткіншек жасындағылардың интеллектуалдық және тұлғалық дамуына кері әсер етеді. Зерттеуге жеткіншек жасындағы 9«а» және 9«г» сынып оқушылары тартылды. Бұл оқушылардың отбасындағы жағдайлары балалар құжатын зерттеу және олармен жеке-дара әңгімелесу нәтижесінде анықталды. Біз дипломдық жұмыстың мәтінінде тек 9«а» сыныпта жүргізілген зерттеулер нәтижесін келтірдік.

Зерттеуге алынған балалардың отбасындағы жағдайлар ерекшеліктері келесідей болды: жалғыз басты ана; мектеп ережесін мақұлдамайтын ата-ана; өте бай болғандықтан өзгелерді месінбейтін ата-ана; кедей болғандықтан балаларына жағдай жасай алмайтын ата-ана. Бұлардың барлығы психологиялық қызмет көрсетуді талап ететін отбасы екендігі ешқандай күмән тудырмады. Сондықтан зерттеуді  А.Варга мен В.Столиннің «Ата-ананың балаға қатынасы» деп аталатын ата-ананың балаға қатынасын анықтайтын тест сауалнамасы, «Көңіл-күйді бағалау» тесті, «Жаныңыз жараланғыш па?» әдістемесі, «Әдемілігіңіз ішкі әлеміңізге сай ма?» әдістемесі пайдаланылды.

Бірінші кезеңде зерттеу А.Варга мен В.Столиннің ата-ананың балаға қатынасын анықтайтын тестімен жүргізілді.

**1. «Ата-ананың балаға қатынасы» әдістемесі**

Мақсаты: ата-аналардың өз балаларымен қатынасының ерекшеліктерін психодиагностикалауға арналған.

Орындау ережесі. Ата-аналарға тапсырмалар жазылған парақ таратылады. Олар әр тұжырымдаманы мұқият оқып, жауап парақтағы тұжырымдаманың номерінің тұсына «Иә» немесе «Жоқ» деп жауап береді.

Әдістеменің авторлары А.Я.Варга, В.В.Столин бұл әдістемені құрғанда ата-аналар өз балалармен қарым-қатынас жасау барысында олардың жеке тұлғалық ерекшеліктерін қабылдауы мен оның салдарынан орын алатын сезімін көрсететін мінез-құлық стереотиптерін анықтау жолдарын тапқан.

Әдістеме негізінде ата-аналардың балаларымен қатынас жасау ерекшеліктерін бес шкала бойынша бағалау қойылған:

1. «Қабылдау - шектету».

2. «Бірлестікте болу» (кооперация).

3. «Симбиоз».

4. «Өзімшілдікпен гиперәлеуметтендіру».

5. «Кішкентай қолапай» (олақ, ебедейсіз).

Әр қатынас типіне мінездемелер берілген. Олар тапсырмалардан соң берілген.