**КОНТЕНТ**

**(ДӘРІС ТЕЗИСІ)**

«Клиникалық психологияға кіріспе» пәні бойынша

**Мамандық:** 5М050300 Психология

Құдайбергенова С.Қ.

Адилова Э.Т.

Кредиттер саны: 3

Оқу түрі: күндізгі

Білім беру тілі: қазақша

**Алматы, 2017**

**ДӘРІС ТЕЗИСІ**

**Тақырып 1: Қазіргі медициналық психология пәні мен салалары. Клиникалық психологтың қызмет салалары.**

“Клиникалық психология” терминi kline (төсек, аурухана кереуетi) деген грек сөзiнен тараған. Қазiргi пс-да “клиникалық” және “медициналық” терминдерi синоним ретiнде қолданылады. Бiрақ медиктер бiлiмнiң бұл саласын “медициналық психология”, ал психологтар “клиникалық пс.” деп атайтынын есте сақтаған жөн.

 **Клиникалық (медициналық) психология** – түрлi аурулардан зардап шегетiн адамдардың психологиялық ерекшелiктерiн, психикалық ауытқулардың диагностикасын жасау әдiстерi мен методтарын, психологиялық феномендер мен психопатологиялық симтомдар және синдромдарды дифференциялауды, пациентке көмектесудiң психокоррекциялық және психотерапевтiк әдiстерiн, сонымен қатар психосоматикалық және соматопсихикалық өзара ықпалдың теориялық аспектiлерiн зерттейтiн ғылым.

 Бүгiнгi күнде клиникалық пс-ға қатынасы бар көптеген пәндер бар: патопсихология, психопатология, нейропсихология, девианттық мiнез-құлық психологиясы, психиатрия, неврозология, психосоматикалық медицина және т.б. Айтылған әр пәннiң мазмұнында медициналық және психологиялық бiлiм бар. Бiрақ олардың бәрiнiң клиникаға қатынасы бар болғандықтан, олардың бәрiн клиникалық пс-ң құрамды бөлiктерi деп есептеуге болады.

Клиникалық пс-ң келесi салаларын ажыратуға болады:

*патопсихология* – психикалық дамудың, психикалық iс-әрекеттiң ауытқуын психологиялық әдiстермен зерттейтiн клиникалық психологияның саласы, дәрiгер ауруды көрсе, психолог ең бiрiншi науқастың тұлғасын көруi қажет, тұлға психикасының сақталған жақтарын байқау қажет;

*нейропсихология* бас миының зақымдану ошағын психологиялық әдiстермен зерттейдi, бұл ең жас саланың бiрi болып табылады, 30-40 жылдардан бастап нейрохирургияның ашылуымен байланысты дамыған, ми жұмысыныдағы ауытқу бастың зақымданған орталығына байланысты түрлi сипатта болуы мүмкiн;

*психосоматика* (soma - дене) соматикалық факторлардың психикаға және керiсiнше, психикалық факторлардың соматикаға ықпалын зерттейтiн сала, мысалы, бронхиальная астма, язва, т.б. адамның психологиялық ерекшелiктерi аурудың даму барысына ықпал жасайды (мысалы, асқазан жарасы алаңдауы жоғары адамдарда жиi кездеседi, жүрек ауруын бастықтардың ауруы деп атайды, себебi жауапкершiлiгi жоғары адамдарда жиi кездеседi);

*деонтология* пациент пен дәрiгердiң арасындағы қарым-қатынас психологиясы;

*психогигиена, психопрофилактика* – психикалық аурулардың алдын алу жолдары.

Клин-қ пс. туыс пәндермен тығыз байланыста, әсiресе, психиатриямен және патопсихологиямен. Клин-қ пс. мен психиатрияның ғылыми және практикалық ортақ iзденiстерiнiң сферасы болып диагностикалық процесс табылады. Психопатологиялық симптомдар мен синдромдарды олардың психологиялық антонимдерi – адамның жеке дара психологиялық ерекшелiктерiн суреттейтiн күнделiктi сарымды өмiр феномендерiн бiлмей анықтау мүмкiн емес.

Клиникалық психологтың жұмыс бағыты:

диагностика – (мысалы, ойлаудың ауытқуы, төмендеуi, ол шизофренияның сипатына қатысты болуы мүмкiн);

экспертизаның бiрнеше түрi:

а) соттық-психологиялық-психиатриялық экпертиза (сотталушының психикасында ауытқудың бар-жоғын айқындау, соған байланысты жауапқа тартылуы шешiледi);

б) дәрiгерлiк-еңбек экспертизасы (ВТЭК) психоневрологиялық аурулар бойынша;

в) психологиялық-медициналық-педагогикалық экспертиза – мектеп жасындағы психикалық дамуындағы кешiгуi бар балалардың бiлiм алу орнын, оқу программасын анықтау бойынша эспертиза, әсiресе, есту, көру қабiлеттерiнiң жетiлмеуiне байланысты болады;

г) әскери-психиатриялық экспертиза - әскер қатарына жарамдығын тексеру.

психокоррекциялық психотерапевтiк жұмыс – коррекция, консультация.

патопсихологиялық зерттеу жүргiзу, бұл зерттеудiң нәтижесiнде қорытынды жазылады.

1-кезең. Дайындық кезеңi. Зерттеудiң себебiн бiлу үшiн емдеушi дәрiгермен әңгiмелесу, ауру тарихымен (анамнез – адамның туғаннан бергi тарихымен, тiптi дүниеге келгенге дейiнгi тарихымен танысу) танысу;

2-кезең. Психологиялық зерттеудi жүргiзу. Интервью, адам өз құжатына сәйкес өзi туралы деректердi әңгімелеуiмен танысу. Бұл кезең пациентпен сенiмдiлiктi орнату үшiн маңызды, бұл зерттеу барысында пациенттiң мәдени, интеллектуалдық деңгейi анықталады. Зерттеу барысындағы барлық материалдар жазбаша түрде тiркелуi қажет, себебi мұнда байқау әдiсi де қолданылады.

3-кезең. Қорытынды жазу. Зерттеу барысында протокол жазылуы қажет. Қорытындыға зерттелушiнiң таным процестерiнiң сипатталуы, тұлғалық ерекшелiктерi (эмоциялық сферасы, мотивациялық сфера ерекшелiктерi, қарым-қатынас, темперамент, мiнез ерекшелiктерi) сипатталуы тиiс.

Қорытындыда психолог психика ауытқуының құрылымын жазуы тиiс.

**Тақырып 2. Қазіргі заман медициналық психологисының әдіснамалық және теориялық мәселелері.**

«Норма» және «патология» түсініктері.

Эндогендік және экзогендік себептер.

Медициналық психологиядағы психологиялық диагностика.

Психологиялық диагноз деңгейлері.

Психикалық бұзылулардың себептері түрлі болуы мүмкін. Барлық факторларды екі үлкен топқа ажыратуға болады: сыртқы (экзогендік) және ішкі (эндогендік).

Эндогендік факторлар:

Генетикалық бейімділік.

Дамудың құрсақ ішіндегі және ерте балалық шақтағы бұзылулары.

Иммунологиялық бұзылулар және зат алмасудың бұзылуы.

Қан айналымының бұзылу салдарынан болатын бас миының күйіне әсер ететін және сол себепті пайда болатын соматикалық аурулар (жүрек ауруы мен артериалдық гипертония кезінде болатын дисциркуляторлық энцефалопатия), аутоинтоксикациялар (бауыр мен бүйрек ауруының ауыр түрлері) немесе гормондық тұспалдың бұзылуы (гипотиреоз, гипертиреоз).

Экзогендік факторлар:

Интоксикациялар (алкоголизм, наркомания, токсикомания, өндірісте немесе тұрмыста зиян заттармен улану).

Бас миының жарақаттары.

Инфекциялық процестер (энцефалит, менингит).

Радиациялық әсерлер.

Кенет немесе созылмалы стресс.

Психологиялық диагноз – бұл психикалық ауру туралы немесе белгілі психикалы ауруға бейімділік туралы қорытынды емес. Қазіргі психодиагностикада психологиялық диагноз психикалық ауру туралы болжаммен байланысты емес. Ол кез келген сау адамға қойылуы да мүмкін және ол өзара байланысты психикалық қасиеттер – тұлғаның қабілтеттері, тән қасиеттері мен мотивтері – туралы сипаттама болуы мүмкін.

*Диагностикалық қорытынды*  - бұл байқалатын белгілерден жасырын беліглер деңгейіне ауысу.

*Психологиялық диагноз*  - адамның нақты күйін бағалау үшін, зерттеу міндеттерінің нәтижесінде берілетін нұсқаулар беру мақсатында тұлғаның жеке тұлғалық ерекшеліктерін анықтау және сипаттау бойынша берілетін қорытынды нәтиже.

2. Психологиялық диагноз қою деңгейлері

Психодиагностикалық зерттеулер тәжірибесінде психологиялық диагноздың үш деңгейі анықталады:

1) симптоматикалық, зерттеу мәліметтерін математикалық жолмен қңдеуге негізделеді;

2) этиологиялық – белгілі ерекшеліктерді (симптомдарды) ескереді және олардың пайда болу себептерін де қарастырады;

3) типологиялық –зерттелінушінің тұлғаның динамикалық бүртұтас құрылымының мәліметтерінің орыны мен маңызын анықтау.

Медициналық психологтың қызмет салалары:

Диагностика.

Психологиялық әсер ету әдіс-тәсілдері.

сараптама түрлері.

Реабилитация.

Профилактика (алдын алу жұмыстары).

**Тақырып 3. Патопсихология негіздері. Патопсихологиялық зерттеудің әдістері мен жүргізілу барысы.**

Патопсихологиялық зертеулер жүргізуде бірнеше кезеңді ажыратуға болады.

 Бірінші кезеңді психологпен танысқанға дейін науқаспен клиницист жүргізеді және клиникалық есепті қалыптастырады. Науқаспен әңгімелесу алдында патопсихолог науқас тарихы материалдарымен танысады. Онда психологты қызықтыратын мәліметтер болмаса, қосымша анамнез жинауға мәжбүр етеді. Психолог үшін тек анамнез ғана емес ауру ағымының ерекшеліктері, лабараториялық зерттеулер нәтижелері (биохимиялық, серологиялық, электрофизиялогиялық) қызығушылық тудырады. Ауру тарихында науқастың психикалық статусы туралы жазбамен танысады және осы материалдарды психолог лабараториялық мәліметтермен салыстырады. Бұл өте маңызды: науқастың бөлімшедегі психикалық жағдайы дәрігер жазбасымен лабараториядағы оның тәртібі сәйкес келмеуі психологқа зерттеу басталғанда симуляция немесе зерттелінуші жағынан агровация деп ойлауға негіз болады. Сонымен кейде зерттелуші күнделікті жазбалар бойынша психомоториканың нақты қарқынын анықталады, лаборотория жағдайында сенсоматорлық реакцияларды кенет баяулығы көрініс береді.

 Науқастың жағдайы зерттеу жүргізу үшін өте маңызды. Эксперемент жүргізу алдында қандайда бір интеркуррентті соматикалық ауруы жоқ екеніне көз жеткізу керек. Зерттелу жүргізуге науқастың психотропты дәрілерді қабылдауы кедергі болады. Зерттеуді ұйқысыз түнде, физикалық күш түсуден аш немесе астан соң жүргізбеу керек. Қайталап зерттеу бірінші зерттеу жүргізген уақытта болғаны жөн. Ауру тарихы және науқас жағдайымен танысу зерттеушіге клиницист алдында қойылған сұрақты нақтылауға көмектеседі және зерттеудің алдын-ала жоспары әдісін таңдау, оларды қолдану кезегі белгіленеді.

Қортынды клиницист патопсихологиялық алдына қойған сұраққа жауап беруі керек.Патопсихогиялық эксперимент нәтижелері өзіндік маңызы бар,бірақ ол клиникалық жіктеуге ерекше көңіл бөлінеді.Патопсихологиялық эксперимент жүргізуде үш этапты бөледі:

Бірінші этап кез-келген науқасқа кез-келген психологиялық тесттер жүргізеді. Бұл негізінен зерттеудің бағытталулық этабы болып табылады. Зерттеуші психикалық процестерді темпі, көлемі туралы жалпы мәліметтер сипатталады.

Екінші этап патопсихолық зерттеуі бұзылудың психологиялық құрылымы өте үлкен мүмкіндіктер көрінуімен орындалатын психологиялық тесттерді іздеуге ауысады. Мұнда зерттелінуші назалогиялық арнайы эксперименттерді зерттеулер әдісін табуға ұмтылады.

Үшінші этап психологиялық тесттерді зерттеу кезінде қолданылған нәтежелерді қатар қою.

 Қорытынды формасы біртұтас болмауы мүмкін. Қортындыда зерттеуге байланысты науқастың тәртібі, оның зерттеу фактісіне қатынасы ерекшеліктері көрінеді. Міндетті түрде белгіленген тәртіптің компонеттері болып тіркеледі. Белгіленген тәртіп зерттеу кезінде алынған кейбір мәліметтерді күмәнді етіп көрсетеді. Кейбір жағдайды зерттеуді қайталау керек немесе арасына бірнеше күн салып жүргізу керек.

Қорытындыда зерттеу процесінде қолданылған әдістер тізімін және оған ұсынылған тапсырмалардың орындалған және орындалмаман фактісін тіркеумен ғана шектелмеу керек. Патопсихолог өзінің зерттелінушісінің психикалық ақауы құрлымынан патопсихологиялық синдромын іздейді.

Қорытынды сипаты зерттелінушінің алдына қойған мақсатына байланысты. Сонымен қайталанған процестер кезінде зерттеулерде науқасты емдеуде табылған нәтижелерді салыстыруға назар аударады.

Зейінді және сенсомоторлық реакцияларды зерттейтін әдістер.

1. Корректурная проба зейінді зерттеуге бағытталған. Осы арқылы зейіннің шоғырлануы мен тұрақтылығы анықталады. Авторы – Бурдон,1895 жыл. Зерттелінушіге бланк беріледі, ол осы бланкте зерттеуші тапсырмасымен бір немесе екі әріпті сызып отыруы қажет. Сау адамдар 6-8 минутта 15 қате жібереді.

2. Крепелиндік санау – Крепелин, 1895 ж. Жұмыс қабілеттілігі зерттелінеді. Зерттелінуші бағанада берілген сандарды ойша қосуы керек.

3. кері есеп – Крепелин – Зерттелінушінің санау операцияларын жасауы мен зейінін зерттеуге бағытталған. Зерттелінуші 100 немесе 200-ден сандарды алып ауызша айтуы керек. Сандарды айту арасындағы уақыт есептелінеді.

3. Жанама есте сақтау /Леонтьев бойынша/ Бұл әдісте есте сақтау мен қатар ойлау процесі де зерттелінеді. Зерттелінушіге 10-15 сөз оқылады, ол осыған сәйкес келетін суреттерді көрсетуі тиіс.

4. Векслер шкаласы бойынша есте сақтауды психометрикалық зерттеу. Тест 7 субтестен тұрады жеке және қоғамдық мәселелерді білуі, бағдарлануды бағалау, психикалық бақылау, логикалық есте сақтауды зерттеу, сандарды тура және кері жаңғырту, визуалды репродукция, жұп ассоциациялар. Соңында әрбір субтестің көрсеткіштері қосылып, абсолютті көрсеткіш қосылады.

5. Бентонның көру ретенциясының тесті. 10 геометриялық фигура белгіленген карточкалардан тұрады. Және бұл тесте сау адам мен ауру адам жіберетін өзіндік қателер бар. Органикалық қателерге барлық фигураларды бірдей салу мен үлкен фигураларды бірнеше фрагменттерге бөліп тастау жатады.

3. Ойлау процестерінің деңгейі мен барсысн зерттейтін әдістер.

1. Әңгімелерді түсіну. Әңгіменің сюжетін мағыналы түрде түсіну мен есте сақтау ерекшеліктерін зерттеуге бағытталған. Зерттелінушінің тыңдаған әңгімесін қайта жаңғырту барысында оның сөздік қоры, сөйлеу темпі, фразаларының құрылымы және ең маңыздысы оның әңгіменің жасырын мағынасын түсінуі есепке алынады.

3. Сюжетті суреттерді түсіну. Суреттерді сипаттау арқылы оның сөздік қоры, білімі, суреттегі жағдайларға өзіндік қатынасы мен сөйлеу темпі арқылы зерттелінушінің мағынаны түсінуі мен интеллектуалды деңгейі зерттелінеді.

**Тақырып 4. Психикалық дизонтогенез түсінігі. Аномалды психикалық дамуды анықтаушы факторлар.**

 Дезонтогенез түсінігі. «Дизонтегения» терминін алғаш рет 1927 жылы Швальбе қолдады. Ол дизонтогенияны ағза құрылымының құрсақ ішінде қалыптасуының қалыпты дамудан ауытқуы деп түсінді. Кейінірек ол кең мағынаға ие болды, яғни дизонтогения онтогенездегі ауытқулардың алуан түрлі формалары болып табылады.Бірақ біз мұнда ересек кезеңге дейінгі ағза туралы айтып отырмыз. Бәріміз білетіндей, ересек миға, кез-келген потологиялық әсер ету психикалық дамудың ауытқуына алып келуі мүмкін. Жалпы, ауытқудың көрініс табуы этиологияға, локолизацияға, таралу деңгейіне, пайда болу кезеңіне, әсер ету ұқсастығына, ауру баланы қоршаған әлеуметтік жағдайларға байланысты әр түрлі болып келеді.Отандық дефектологияда «дизонтогения» терминінің орнына аномальді даму қолданылды.

 Дизонтогенездің психикалық заңдылықтары.

Психикалық аурулардың клиникалық және патологиялық кваликациясының өзара қатынысы. Клиницистер психикалық ауытқуларды ауру тұрғысынан қарастырады. Олар үшін негізгі бірліктер ауру формалары, олардың этиологиясы, патогенез, симптомдар мен синдромдар. Ауытқуларды патофизиология жасынан зерттейді. Патопсихологтар клиникалық симптомдар арқылы қалыпты психологиялық іс-әрекет ауытқуларының механизмдерін қарастырады. Сондықтан да психологтар психологиялық процестердің қалыпты және потологиялық заңдылықтарын зерттейді.

Дизонтогенездің психологиялық параметрлері.

 Психологиялық ауытқуларды топтастыруда патопсихолог қалыпты онтогенез заңдары мен қалыпты және аномалды даму заңдылықтарына сүйенеді. Выготскийдің көрсетуінше, қалыпты және аномалды онтогенез үшін маңызды жағы - биологиялық және әлеуметтік –психологиялық дамудың өзара байланысы. Ауру биологиялық дамуда ауытқулар туғызса,ол әлеуметтік психологиялық дамуға кедергі жасайды. Бұл баланың білім алуына, тұлғалық қалыптасуына кері әсер етеді.

Бірінші параметр - Ауытқудың фунционалды локолизациясы.

Мұнда 2 дефект ажыратылады:

 1. Жеке - жеке функциялардың дефицитарлығы. Мысалы, сөйлеудің, көрудің жетіспеушілігі.

Жалпы - реттеуші жүйенің бұзылуымен байланысты. Мысалы, эмоционалды, интеллектуалды сфералардың бұзылуы немесе тіпті қалыптаспауы.

Екінші параметр - Бұзылудың пайда болу мезгілі.

 Аномалды даму жүйке жүйесінің қай кезде бұзылатынына баланысты.

Бұзылыс неғұрлым ерте болса, жетілмей қалу соғұрлым ауқымды болады.

Жүйке жүйесінің ауытқуы неғұрлым кеш пайда болса, психологиялық функция құрылымының бұзылысы соғұрлым байқалады.

0-3 және 11-15 жаста психологиялық ауытқулардың пайда болу мүмкіндігі үлкен, Себебі бұл кезеңдер сензитивті деп аталады.

Ал 4-11 жас аралығында түрлі зияндылықтарға қарсы тұру деңгейі төмендейді.

Жүйке жүйесінің бұзылуы неғұрлым күрделі болса, регрессияның ұзақ уақытқа сақталуы соғұрлым мүмкін болады, оның күйреуіне, яғни сол функцияның мүлдем жоғалуына алып келуі мүмкін.

Үшінші параметр – бірінші және екінші реттік дефектілердің өзара қатынасы.

Бірінші реттік дефект – биологиялық, екінші реттік дефект -әлеуметтік, 1 ретті дефектіге байланысты туады.

Төртінші параметр - Аномальді системогенез барысындағы функциялар арасындағы өзара әрекеттесуі.

 Қалыпты онтогенез функциялары арасындағы қатынас түрлері:

 а) функциялардың уақытқа тәуелділігі -

алғашқы кезеңге тән 2 жасқа дейін ойлау мен сөйлеу бөлек дамиды да, кейін бірігіп, өзара әсерлесіп, дамудың жаңа формасына айналады.

б) ассоциативті - онтогенездің алғашқы кезеңдеріне тән. Түрлі әсерлер (впечатления) біртұтастыққа бірігеді.

 в) иерархиялық – заттық іс-әрекет пен қарым-қатынас негізінде қалыптасады. Бұл жерде жетекші және тұспалдық деңгейлер болады.

Дизонтогенез түрлері:

1) Психикалық жетлімей даму,

2) Кешіккен психикалық даму,

3) Зақымданған психикалық даму,

4) Дефицитарлық психикалық даму,

5) Бұрмаланған психикалық даму,

6) Дисгармониялық психикалық даму.

**Тақырып 5. Аномалды психикалық даму түрлері: олигофрения, кешіккен психикалық даму, дефицитарлық психикалық даму.**

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

Негізгі белгілері

Олигофренияның ең негізгі белгісі адамның танымдық әрекетінің, атап айтқанда, ойлау және сол ойды қорыту қабілетінің нашар дамуымен сипатталады. Сондай-ақ олигофрения кезінде адамның есі, назар аударуы, сөйлеуі, т.б. психика әрекеттерінде тежелу байқалады. Науқастардың көпшілігінде сезім органдарында, қимыл-қозғалысында, тіпті жекелеген мүшелерінде де ауытқулар (бойының өспеуі, дене бітімінің диспропорциясы, т.б.) болады.

Олигофрения түрлері

Ақыл-ой қабілетінің мешеулік дәрежесіне қарай олигофрения: идиотиялық олигофрения, имбециалдық олигофрения және дебильдік олигофрения деп бөлінеді.

Идиотиялық олигофрения (грек. іdіoteіa – надан) – олигофренияның ауыр түрі; ақыл-ойдың мүлдем дамымауы. Бұл жағдайда ойлау, сөйлеу қабілеті дамымайды; науқас міңгірлеген дыбыстар ғана шығарады, оларға айтылған сөздің мағынасын түсінбейді.

Имбециалдық (лат. іmbecіllus – ақыл-ойы әлсіз) олигофрения – олигофренияның орташа түрі; алдыңғы жағдаймен салыстырғанда, науқас қарапайым сөздерді анық айтып, аздап санай да біледі.

Дебильдік (лат. debіlіs – әлсіз) олигофрения – олигофренияның әлсіз түрі; орташа түріне қарағанда науқастың сөйлеу қабілеті біраз дамыған, бірақ сөз қоры аз, көбіне жаттап алған сөздерін айтады.

**Кешіккен психикалық даму**  олгофренияға қарағанда жиі кездеседі. Кешіккен психикалық даму-тұрақты психикалық жетілу емес, бұл психологиялық дамудың темпінің кешігуі. Ол мектепке барар алдында байқалады.Жалпы білімнің толық болмауы, ойлаудың жетілмеуі интеллектуалды мақсатқа бағытталуының аз болуы, ойын қызығушылықтары басым болуы интеллектуалді іс-әрекеттен тез шаршауда көрінеді. Олар этиологияға байланысты.

 Лебединский бойынша кешіккен психикалық дамудың варианттары:

1.Конституционалды происхожденияның кешіккен психикалық дамуы.

2.Сомотогенді происхожденияның кешіккен психикалық дамуы.

3.Психогенді кешіккен психикалық даму.

4.Церебралді-органикалық гендердің кешіккен психикалық дамуы.

 Кешіккен психикалық дамудың этимологиясы:

1.Конституционалді сипаттағы кешіккен психикалық дамуы дене құрылымымен байланысты. Мысалы, психикалық инфантилизм дене құрлымының инфантильді типі (мимикасымен моторикасы иілгіш болып келеді). Мұндай балалардың эмоцияналды сферасы өзінен кіші балалардың даму деңгейінде: эмоциялардың айқын болуы, эмоцияналды реакциялары жүріс-тұрысында басым көрінеді, ойын қызығушылықтары басым, сенгіш, толық дербес бола алмайды. Мұндай балалар ойыннан шаршамайды, жаңа бір нәрселер ойлап табады, бірақ интеллектуалды іс-әрекетке келгенде, тез шаршап қалады.Сондықтанда бір класта оқып жүргенде оларда интеллектуалды іс-әрекетке бағытталған тапсырмалармен қиындықтар туады, тәртіп ережелеріне бағынбайды. Осылайша эмоционалды сфераның артта қалуы әлеуметтік бейімделуді біршама қиындатады

 2.Сомотогенді сипаттағы кешіккен психикалық дамуы ұзақ созылмалы соматикалық хроникалықаурулармен байланысты. Хроникалық, физикалық және психоастения іс-әрекетінің белсенді формаларын тежейді, ұялшақтық, қорқақтық, өз күшіне сенбеушілікті тудырады. Бұл қасиеттер ауру және әлсіз балаға шектеулермен запреттер қоюданда болады. Гиперопеканың нәтежесінде жасанды инфантелизм пайда болады.

 3.Психогенді сипаттағы кешіккен психикалық дамуы тәрбиелеудің жағымсыз жағдайларымен байланысты.Психотравмалық факторлардың әсерінен балалардың жүйке-психикалық сферасында ауытқулар пайда болып, тұлғаның патологиялық дамуы болуы мүмкін. Мысалы, бала қараусыз қалса, психикалық тұрақсыздық. Өз эмоцияларымен әрекеттерін тоқтата алмайды, инпульсивті жауапкершілік жоқ.Гиперопека болса, эгоцентрикалық бағдарлар қалыптасады, ерік-жігер әрекеттерімен еңбекке қабілетсіздік болады. Бала қаталдықпен авторитарлық жағдайда өссе, тұлғаның невротикалық дамуы пайда болады:инициатива мен дербестік жоқ, қорқақтық және ұялшақтық.

 4.Церебралді-органикалық генездердің кешіккен психикалық дамуы-олгофренияның себептеріне ұқсас:құрсақ кезіндегі және босану потологиясы, инфекция, интоксикация, алғашқы 1 жыл ішіндегі нерв жүйесінің травмалары. Олигофрениядан ажырату үшін мыналарды ескеру қажет: 1 онтогенездің алғашқы этаптарындағы ЦНС-ның зақымдалуының күшіне байланысты; 2 зақымдануының уақыты (олигофрения алғашқы 3 айда пайда болса, кешіккен психикалық даму біраз кейін пайда болады, ми жүйелерінің диференцациясы кішкене жетілген кезде). Бала 3-4 жасында әртүрлі зияндарға ұшыраса (инфекция, травма), оның қалыптасқан дағдылары регреске ұшырап тұрақсыз болуы мүмкін.

**Тақырып 6. Аномалды психикалық даму түрлері: бұрмаланған психикалы даму, зақымданған психикалық даму, дисгармониялық психикалық даму.**

Бұрмаланған психикалық даму заңдылығын зерттеудің көрсеткіші дизонтогенездің ерте балалық аутизм синдромы болып табылады. Аутизм кезінде қоршаған ортамен қарым-қатынас мүлдем болмайды немесе төмендейді, “өз-өзіне кету”, өзінің ішкі әлеміне кету, оның мазмұны баланың интеллектісінің даму деңгейіне, баланың жасына, аурудың ағымының ерекшелігіне байланысты болады. Қарым-қатнастың болмауы немесе әлсіз болуы жақын адамдармен қатар өзінің құрбы-құрдастарына да байқалады. Аутистік бала үйде өзінің туысқандарымен немесе балалар қоғамында болса да өзін жалғыз отырғандай ұстайды: ол басқа жаққа қарап отырады, шақырса қарамайды, басқалардың әрекетіне мән бермейді. Ол жалғыз ойнайды немесе баланың “жанында”,кейде өз-өзімен сөйлеседі, көбінесе үндемейді. Мұндай балалар ойнау кезінде де стереотипті қозғалыстар және мимикалардың кедей жиынтығымен шектеледі.

 Бала көбінесе өзінің ішкі әлемін қоршаған ортадағылардан жасырады, көп жағдайларда өзбетінше ештеңе айтпайды, сұрақтарға жауап бермейді. Кей жағдайларда туысқандары қосымша белгілер арқылы, мысалы,кездейсоқ дыбыстар, кейде түсініксіз сөздер арқылы оның көңіл-күйі, фантазиясы, қорқыныштары жайында біле алады. Аутизм, контактіден қашу, бұл дегеніміз мұндай балалар жансыз заттарды жанды заттардан айыра алмайды, көбінесе олар жансыз заттарды жақсы қабылдайды, ал жанды заттарға онша жақын болмайды. Өзіне ғана мән береді, қоршаған орта жағдайларына эмоционалды резонанстың болмауы, жиі кездесетін туған туысқандарына деген салқындық және безразличие байқалады, оларда қорқыныштың, реніштің жоғарылылығы басым, резкий тонға деген сезімталдылық, қатты дауысқа, өзіне қатысты айтылған ескертулерге мән берумен сәйкес келеді. Аутистік балаларға қарапайым сенсорлы тітіркендіргіштерге деген гиперстезия тән:тактильді, температуралық, жарық, дыбыс. Күнделікті өмірдегі бояулар мұндай балаларға жаралаушы, жағымсыз болып көрінеді. Сондықтан дені сау балаларға қалыпты болып саналатын қоршаған орта аутистік бала үшін үнемі жағымсыз түйсіну және эмоционалды дискомфорт туғызатын қайнар көз болып есептеледі. Адамның бет-бейнесі әсіресе ең күшті тітіркендіргіш болып келеді, яғни көзқарастан қашу, тікелей көру контактісінен қашу. Бала өзінің ішкі әлеміне “кетеді”.

Аутистік баланың психикалық дамуына кедергі жасайтын негізгі қиындықтарға мыналар жатады:

-психикалық белсенділік дефициті

-психикалық инстинктивті –аффективті сфера бұзылыстарымен тығыз байланысты

-сенсориканың бұзылысы

-қозғалыс сферасының бұзылысы

-сөйлеудің бұзылысы

 **Дисгармониялық психикалық дамудың** көрсеткіш модельдері, ол, негізінде эмоционалды-ерік сфераның дизонтогенезі жататын, психопатиялар мен тұлғаның патологиялық дамуы, яғни психикалық дамудың аномалиялары болып саналады. Психопатия ол психиканың тұрақты дисгармониялық тұрпаты болып саналады.

Психопатиялардың этиологиясы - генетикалық, тұқымқуалаушылық факторлармен немесе онтогенездің алғашқы деңгейлерінде экзогенді жағымсыз әсерлермен байланысты.

Бала кездегі психопатиялар топтарының суреттеуіне келетін болсақ:орталық топты конституционалды психопатиялар құрайды, олар тұқымқуалаушылықпен беріледі. Оған шизоидті, циклоидті, эпилептоидті, астеникалық, истериялық психопатиялар кіреді.

**Шизоидты психопатиямен** ауратын балаға аутизм бітістері тән; құрбы балалармен болғаны көрі, ол фантазия әлемі мен жалғыз болуды таңдайды. Оның эмоционалды сферасы - өзіндік уайымдарға және қызығушылықтарға қатысты жоғары сезімталдық пен ранимость дизгармониялық үйлесімімен сипатталады, сонымен қатар оларда бала жасына сай жарқын жүзжіліктің жоқтығы, туыстары мен қоршаған адамдарға қатысты сыртқы қаталдығы байқалады. Бұндай балаларға психикалық дамудың асинхронизациясы ерте шақтық жастан тән. **Эпилептоидты психопатияларда** эпилепсияға тән тырысқақтық бұзылыстар, кемақылдық құбыластар жоқ. Оларда тек эмоционалды тұтқырлық, эмоциялары мен елугулерінің шиеленісі, көңіл-күйінің мотивталмаған өзгерістері ретінде көрінетін тұрақты мінез-құлық ерекшеліктері ғана байқалады. **Психопатияның циклоидты типінде -** төменделген субдепрессивті көңіл-күйден көтерінкі маникалды көңіл-күйге дейін мотивталмаған ауытқуы болады, ол балалық жаста сирек болжамдалады. Жиірек гипертимді варианты байқалады,яғни көтеріңкі қөңіл-күйдің басым болуы: қалжыңдаудың, ойнақтаудың, шектен асқан көп сөйлеу. Коллективте бұл балалар өзінің гиперактивтілігінен, шектеулерді тыңдамайтындықтан, орнында тұра алмайтығынан қиындық тудырады. **Психоастеникалық тұлғаларда** – алаңдаушылыққа, күмәншілдікке басымлылығы байқалады, балалалық жаста диагнозталады. 3-4 жастанақ бұл балаларда өзінің туысқандарының өмірімен денсаулығына деген қорқыныштары байқалады, кез-келген нәрсе алаңдаушылық үрейді туғызады,жаңа мен таныс емес қорқыныштарды тудырады, жабысқақ ойлар мен іс-әрекеттер басым болады. **Истериялық психопатиялар -** әрқашан да конституционалды сипаттамада болмайды, кейбір жағыдайларда қатты емес экзогенді жағымсыздықтардан болуы мүмкін. Егер жоғарыда айтылып кеткен психопатиялар көбінесе ерлерде кездессе, истериялық психопатия көбінесе әйел мен қыздарда көрінеді

**Тақырып 7. Психикалық аурулар туралы жалпы түсінік. Аффективті саланың бұзылулары.**

**Психикалық аурулар түсінігі және себептері.** Психикалық аурулар – бұл басым жағдайларда бас миының зақымдануымен байланысты адам ағзасының түрлі жүйелерінің қызметінің күрделі және түрлі бұзылуларының нәтижесі әсіресе, оның жоғары бөліктерінің зақымдануы психикалық функциялардың бұзылуының негізгі белгілері болып табылады, әсіресе сын мен әлеуметтік бейімделудің бұзылуына әкеліп соқтырады.

Бірқатар психикалық аурулардың пайда болуы мен дамуына тұқым қуалау факторы зор әсер етеді. Қазіргі кезде нақты клиникалық зерттеулер нәтижесінде анықталған патологиялық белгілердің нақты клиникалық суреттемесінде біршама ауруларға қатысты ғана айтылады және олар олигофрениялық топқа қатысты.

Психикалық аурулардың топтастырылуы:

1) эндогендік психикалық аурулар тобы, мұнда ішкі факторлардың әсері басым;

2) экзогендік факторлар тобы, мұнда сыртқы факторлардың әсері басым;

3) даму патологиясына байланысты күйлер (психопатиялар, олигофрениялар).

Эндогендік психикалық ауруларға шизофрения, маниакалды-депрессивтік психоз, эпилепсия және басқа ауралар жатады (Коновалов-Вилисон ауруы, Геттингтон хореясы, инволюциондық психоздар және т.б.).

Экзогендік психикалық ауруларға ми сифилисі кезіндегі прогрессивті сал ауруы, бас миының жарақаттану салдарынан немесе бас миының органикалық ауруларының салдарынан, интоксикациялар, инфекциялар салдарынан болатын психикалық жарақаттар (психогендік стрестік бұзылулар) жатады.

В. Н. Мясищев эмоциялардың келесі топтастырылуын ажыратады:

Эмоционалдық реакциялар, оларды болдыратын стимулдарға жауапты реакция;

Эмоционалдық күйлер, мұнда жүйкелік-психикалық тонустың тқмендеуі байқалады;

Эмоционалдық қатынастар (сезімдер), бұл эмоциялардың белгілі адамдармен, объектілермен немесе процестермен байланысты эмоциялардың таңдамалы және тығыз байланысты болуымен сипатталады.

Эмоциялардың бұзылуы түрлі психикалық ауруларға тән: невроз ауруына эмоцциялық-аффективті тітіркену реакциялары, негативтілік, қорқыныштар және т.б.б тән.

Эпилепсия кезінде дисфорияға бейімділік байқалады (қорқыныштар, үрей, көңіл-күйдің тқмендеуі, ашушадық).

**Тақырып 8. Шизофрения. Эпилепсия.**

Шизофрения – созылмалы процесті,этиологиясы жағынан айқындалмаған ауру. Шизофрения өршіген бағытқа ие болған кезде ойлаудың бұзылуының ұлғаюына, сезімдк әсерлер мен ерік көрінстерінің ұлғаюна енжар кемақылдылық күйге әкеледі.

Алайда аурудың даму кезнде тоқталуы мүмкін, сол кезде бұзыластардың орны толығып, бастапқы сатысында да байқалды.

Шизофрения- кездесетін психикалық аурулардың бірі.Сонымен брге бұл ауру көбіне жастық шақта кездеседі. Шизофрения басталатын жағдайлар 20-25 жас аралығында жиі байқалады. Демек, шизофрения – ұзаққа созылатын, жас, жұмысқа қабілет кезде жиі кездесетін ауру. Оның әлеуметтк маңызы зор арқлы айқындалады.

Симптомдар. Өз дамуында шизофрения бірнеше сатыдан өтеді. Оның барысында бірнеше түр бар. Шизофрения әрбір сатысы мен түрне симтоматиканың кейбір ерекшеліктері тән болып келед. Сондықтан да ең алдымен шизофренияның ең бір жалпы және тән болатын көріністерін сипаттаймыз. Ауруға психика бірлігін, бүтіндігінің бұзылуы және психикалық қызметтің сыртқы тітіркендіргшке сәйкес келмеу тән. Мұның өзі аурудың мінез- құлқын да байқады. Ауру өмір жағдайлары мен қоршаған ортада өзін дұрыс емес қалыпта әрі түсініксіз ұстайды. Мысалы, мамандығы жағынан есепші бұрын биология мен медицина әсерлеріне қызықпайтын ауру медицина қоғамының мәселелеріне қызықпайтын ауру медицина қоғамының мәжілісіне келіп, сол жерде тірі денелердің пайда болуы жөніндегі мәселеде пікір таласына түскісі келді.

Аурудың ым – ісшарасы, өзін ұстауы да ерекше, түсініксіз бола түседі. Кейде белгілі бір қимылдар мен қозғалыстар бір күйде қайталана береді. Мінез – құлықтағы ерекшелік қаракеттің азаюына, еріктің жоюылуна әкеп соғады.

Ауру еш себепсіз сүйікті мамандығын тастап кетеді, сабаққа бармайды, таныстармен, достарымен араласпайды, үйінен шықпайды, күн ұзағына төсекте аунап, салдыр салақ күйінде жата береді. Аурудың мінез-құлқы шизофренияға тән тән болатын және оның бұрынғы өмір тәжірибесімен де, ағымдағы жағдайлармен де анықталмайды. Сыртқы орта тітіркендіргіштері кесдейсоқ, белгісіз әсер туғызады. Ауру өршіген сайын ортаның әсері біртіндеп тітіргендіргішітік қасиетті жоғалтады. Ауру қоршаған ортаға қызығушылығын жоғалтады. Онымен байланыс жасау қиындай түседі. Ол тұйық, түсініксіз, әрекетсіз, босаң болады. Психикалық бірліктің бұзылуы, психикалық байланыстардың ішкі тұтастықтарының кеселге шалдығыгу аурудың ойынан айқын көрінеді, осыған сейкес оның ауызша және жазбаша тілі де бұзылады.

Шизофрения заңды байланысты, ой агымының реттілігін жоғалтады. Аурудың сөз байлығында грамматикалық байланыстар біршама сақталған кезде қисындық, мағыналық байланыс жойылады. Көбіне аурудың пікірлері жартылай ишара, белгісіз метафора, екі жақты мән сипатина ие болады. Ауру айтатын ұғымдардың мазмұны әдеттен тыс, өзгермелі, қайшы болады. Көбіне дыбысталу жағынан үндес, тегі жағынан әр түрлі сөздер, терминдер мен ұғымдар ұштасып келіп, олар тұтасып, бір сөзге бірігеді. Шизофренияға тән бұзылыстар аурудың эмоциялық реакциясынан көрініс табады. Ауру рекциясы сыртқы жағдайларға да, аурудың әрекеттеріне де лайық болмайды. Шизофрениялық ауруға диагностика жасау үшін эмоционалды көрінулерді зерттеу қажет. Әдетте шизофрения үшін эмоциялық қасиеттің сәйкес келмеуі тітіркендіргіштер күшіне эмоциялық реакциялардың сай болмауынан болады. Ауру ауруханаға жатудан бас тартады. Сондықтан олар патопсихологиялық зерттеулерге немқұрайлы қарайды.

# **Эпилепсия**

Эпилепсия гректің “epilepsia” деген сөзінен шыққан.Ол “кенеттен құлау” деген мағынаны білдіреді. Египетте бұл ауруды “лунная болезнь” деп, ал орыстар “Подучая” деп, ал қазақтар “талма” деп атайды. Эпилепсияның алғашқы сатыларының өзінде психикалық процесстер ептілігінің өзгеруінен білінеді. Психикалық процесстер ептілігінің бұзылуы бір объектіден екінші объектіге қосу сынағында жеңіл табылады.

Эпилепсиямен ауыратындардың ойлауының инерттілігі, жабысқақтығы сөздік экспериментте анық көрінеді. Бұған дәлел латентті периодтардың ұлғаюы, жиі болатын эхолалиялық реакциялар, бір жауапты бірнеше рет қайталау. Тітіркендіргіш-сөздерге аурулар көп жағдайларда стереотиптік сөздермен жауап қайтарады немесе өзінің күнделікті тұрмыстағы сөздерін айтады,кейде жауап реакциялары ретінде берілген заттың түсін көрсететін сын есімді қолданады.

 Эпилепсиямен ауыратындарды антоним сөздерді табу әдісімен зерттеу кезінде олардың берілген сөзге антоним табу үшін “емес” сөзін қоюмен шектелетіні байқалған. Көп жағдайларда сөздік реакциялар ауру адамның затқа деген қатынасын көрсетеді,мыс: қала-жақсы көрем , нан-дәмді т.б. Ассоциациалану бұл ерекшеліктері аурулардың тұлғалық өзгерістерін көрсетеді,эпилепсиямен ауыратындарға тән эгоцентризм.

Жалпы эпилепсияда ұстаманың екі түрі болады.

 1.Үлкен ұстама. Бұнда ауру адамда ұстамадан бұрын басы ауырып, көңіл-күйі төмендейді, яғни “аура” болады. Аура-бұл ұстаманың алдында болатын сезімдер. Мыс: шеңберлерді көреді, біртүрлі дыбыстарды естиді, иісті сезінеді,қызарып терлейді,жүрек соғуы жиілейді-ұстаманың алдында.

Аурадан кейін **тоникалық кезең** басталады. Ауру адам толығымен есінен танып,барлық бұлшықеттері тоникалық түрде болады.Ауру адам тұрған жерінде құлап жарақаттануы немесе еріксіз түрде зәр шығаруы мүмкін. Бұл кезең 0,5-1 мин созылады.

Бұдан кейін **клоникалық кезең** болады. Бұл кезеңде ауру адам денесін соққылап, дірілдей бастайды. Аузынан қан аралас көбік ағады. Клоникалық кезең 2-3 мин созылады. Ұстамадан кейін кейбір адамдар бірден тұрып кетеді, ал кейбірін ұйқы қысып, әлсірейді. Аурудың есінде аурадан басқа ештеңе қалмайды.

2.Кіші ұстама-1-2 мин созылады. Бұнда адам есінен айырылады,бірақ құламайды.Бұл ұстамада **абсанс** болады. Ол- сананың қысқа мерзімге жойылуы.

**Тақырып 9. Балалар мен ересектер невроздары.**

Невроз аурулары психогенияның ең көп тараған түрі болып табылады. Невроздар невроздық реакциялар: 1) неврастения; 2) истерия; 3) жабысқақ күйлердің неврозы болып бөлінеді.

Невроздық күйлердің аралас көріністерінің де болуы мүмкін. Мұндай жағдайларда белгілі бір невроздың диагнозы клиникалық жағынан басым жетекші синдромға қойылады.

**Неврастения** адамға психикалық-жарақаттық факторлар ықпал еткенде, бірақ үлкен күшпен емес, ұзаққа созылатын жағдайда, кейде бірнеше жыл бойына әсер еткенде болады.

Неврастения ауруы негізінен 20- дан 40 жасқа дейінгі адамдарда кездеседі. Әйелдерге қарағанда еркектер жиі ауырады. Бұған тән симптом ашушаңдық болып табылады. Неврастениямен ауырған адам толқи бастап, бұрын өзі назар аудармаған ұсақ- түйектерді өз бойынан таба бастайды. Көшедегі шу, біреудің қатты әңгімелескені, күлгені, кенет шыққан дыбыс, тіпті маңайдағылардың біреуінің түрі де – осының бәрі тітіркенуді туғызады. Ауру өзін ұстай алмайды, ашуланады, маңайдағыларға айқайлайды немесе жылап – сықтайды. Бұл жағдайда әсерлену күші өте үлкен болмайды. Ашулану күйі сабасына түсу күйімен ауысады.

**Истерия** жедел, сондай – ақ азды – көпті әсер етуші әр түрлі психикалық тұрғыдан жарақаттаушы факторларлардың ықпал етуімен пайда болады. Истериялық невроз патолагиялық сипаттағы белгілері бар адамдарда тез пайда болады. Невроз түріндегі истерия белгілі бір жарақатты жағдайда реакция ретінде бұған дейін ешқандай истериялық белгісі болмаған адамда пайда болуы мүмкін. Истериялық невроз жастық шақта, бірақ көбінесе, әйелдерде жиі кездеседі. Бірақ бұл аурумен еркектер де аз ауырмайды.

Истерияның негізгі белгілерінің бірі – үлкен сенгіштік пен аурудың өзін - өзі сендіруі. Осыдан келіп, симптоматикасындағы әдеттен тыс алуан түрліліктің болуы шығады.

Алуан түрлі истериялық симптомдардың бәрін аурулардың мынадай топтары байқалатын схемаға бөлуге болады: 1) қимылдық кесел; 2)сенсорлық бұзылыстар мен сезімталдықтың бұзылуы; 3)вегетациялық бұзылыстар; 4) психикалық кеслдер.

Ауру клиникасында бұл кеселдердің нағыз алуан түрде ұштасып келуі кездеседі.

**Қимылдық бұзылыстар.** Истериялық талма, сол сияқты әр алуан түрдегі сал, парез, гиперкинез және басқалар түрінде көрінеді.

Тірек – қимыл аппараты толық сақталғанның өзінде жүре алмауы мүмкін.

Жүре алмайтын ауру төсекте жатып, аяғын қимылдата алады, аяғымен кез келген қозғалыс туғыза алады.Бірақ аяғынан тұруы мұң екен, босаңсып кетіп, қасыңдағы адамның қолдарына сүйеніп қалады, сөйтіп, өз аяғымен тұра алмайды. Кейде жүре алмайтын ауру мүлде тұрмастан төсекте бірнеше жыл өткізеді.

Истериялық афонияның негізіне дауыс байланыстарының сал болуы жатады. Истерияға әр түрлі селкілдеген қимыл ретіндегі гиперкинездер тән болып келеді.

**Сенсорлық бұзылыстар немесе сезімталдықтың бұзылуы.** Психикалық жарақат салдарынан истериялық соқырлылық, меңіреулік, иіс, дәм сезімінің жоғалуы сияқты кез келген бұзылыстар пайда болуы мүмкін.

Истериялық ауырсынулар дененің әр түрлі бөліктерінде бас ауруы, ішкі ағзалардағы әр түрлі аурулар түрінде тұрақты орын алады да қарқындылығы жағынан да,сондай – ақ ұзақтығы жағынан да әр түрлі болып келеді.

**Вегетативтік бұзылыстар.** Истерия кезінде тамақтың қысылып қалуы, өңештен астың жүрмеуі, ауа жетіспеушілікті сезіну, зәр жіберудің тежелуі, тегіс бұлшық еттің түйілуіне байланысты іш жүрмеу мен басқа да кеселдер кездеседі. Асқазан жолдарының қандай да бір болмасын ауруына ішкі бас сүйек қысымының жоғарлануына байланыссыз, бірақ қақпаның түйілуіне қатысты болатын истериялық құсу да байқалады. Мұндай құсу ас қабылдаған кез келген сәтте басталуы мүмкін, кейде асты көрген кезде де құсады, бірақ соған қарамастан әдетте шарщау сезімі мен жүдеуді туғызбайды.

**Психикалық бұзылыстар.** Бұл бұзылыстар алуан түрлі және сан қилы болып келеді. Реактивті күйге байланысты психоздардан басқа психогенді амнезия да кездеседі. Бұл жағдайда жарақатты оқиғаның әсерімен аурудың өсінен сол оқиғаға байланысты барлық көріністер шығып қалады. Кейде ауру белгілі бір көріністі, қандай да болмасын оқиғаны уақытша ғана емес, сондай – ақ бүкіл өмірі бойында ұмытып қалады. Мысалы, психиатриялық ауруханада жеткізілген бір ауру қолайсыз бір оқиғадан кейін өзі жөнінде барлығын, соның ішінде өзінің аты – жөні және жасын ұмытып қалған. Истериялық психогенді истерия әдетте ұзаққа созылмайды және жадының толвқ қалпына келуімен аяқталады.

**Жабысқақ құбылыстар неврозы.** Егер неврастения мен истерияның дербес нозологиялық бірлік екендігін көптеген зерттеушілер мойындаса, жабысқақ күйлер неврозының нозологиялық бірлігі турасында пікір таластары көп. Кейбір авторлар жабысқақ неврозында нозологиялық бірлік мүлде жоқ, жабысқақ күйлер синдромы бар деп санайды.

Сонымен бірге клиникалық және байқау жолдарымен невроздың жабысқақ күйлеріндегі бірқатар елеулі ерекшеліктерін анықтайтын ерекшеліктер аңғарылуда.

**Тақырып 10. Сана мен таным процестерінің бұзылуы.**

Сананың бұзылуы жеткілікті зеттелмеген салаға жатады. Психологияда сана сөйлеумен байланысты мидың іс-әрекетті бағыттайты фукнциясы ретінде қарастырылады. Сананың құрамына адамның қоршаған орта және өзі туралы білім жүйесі енеді, оның ішінде адамның өзінің жеке даралығы мен тұлғалық қасиеттері жайындағы білім бар, ол адамның қоғамдық қарым-қатынас жүйесіндегі орнын сезінуі.

К.Ясперстың енгізген сақтаулы сана мен қарауытқан сана түсініктері сананың бұзылуларын топтастырудың негізіне алынды:

1. уақыт, орын мен жағдайдағы бағдарды жоғалту,

2. қоршаған ортаны толық қабылдаудың болмауы;

3. ойлау байланыссыздығының түрлі дәрежелері;

4. болып жатқан жағдайлар мен субъективті ауырсыну құбылыстарын еске түсірудің қиындығы.

Қарауытқан сана күйін анықтау үшін осы белгілердің шешуші маңызын анықтау керек. Бір немесе бірнеше белгілердің болуы сананың қарауытқанын білдіреді.

*Сананың есеңгіреген күйі.* Орталық жүйке жүйесінің бұзылуы, инфекциялық аурулар, улану, бассүйек жарақаттанулары кезінде жиі кездестін сананың бұзылу синдромы болып табылады. Есеңгіреу кезінде барлық сыртқы әсерлердің шегінің күрт жоғарылауы және баламалау (ассоциация) қабілетінің бұзылуы болады. Науқастар сұраққа ұйқылы-ояу жауап бергендей болады, сұрақтардың күрделі мағынасын түсінбейді. Қозғалыстары баяулайды, үндемеушілік пен қоршаған ортаға қызықпаушылық байқалады. Тез қалғып кетеді. Қоршаған ортада бағдарлану төмендейді немесе тіпті болмайды. Сананың есеңгіреу күйі бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін созылуы мүмкін.

*Сананың делириозды күйі*. Есеңгіреуден айрықша күй. Ортада бағдарлану мұнда да бұзылған, бірақ ол әлсіз емес, әлсін-әлсін болатын бейнелі көріністер мен еске түсірулер болады. Бағдардың қарапайым жоғалуы емес, уақыт пен кеңістіктегі жалған бағдарлануы болады.

*Сананың онейроидты (ұйқылы) күйі*. Мұнда нақты орта бейнелеуі мен санада пайда болатын фантастикалық құбылыстардың бейнелі көріністері араласып келеді. Науқастар басқа планеталарға саяхат жасап, «Марс тұрғындарының» арасына барып келеді. Кейде науқастың қиялы тоқтауы мүмкін, бірақ өзіне байқаусыз басқа қиялдар пайда болады. Егер делирия кезінде кейбір көріністер мен жағдайлар еске түсетін болса, онейроид кезінде науқастардың есінде ештеме болмайды, олар тек өздерінің қиялдарының мазмұнын еске түсіре алады.

*Сананың қарауытқан күйі*. Кенеттен пайда болып, қысқа уақытқа кененттен жойылады, сондықтан оны транзиторлы, яғни өтпелі деп те атайды. Сананың қарауытқан күй ұстамасы ұйқымен аяқталады. Негізгі белгісі – қарауытқан күйден кейін *амнезия* болады. Сананың қарауыту күйі туралы естелік болмайды. Олардың үйреншікті әрекеттер жасау мүмкіндіктері сақталады. Галлюцинациялар мен сандырақ идеялар болады. Олар сандырақтың ықпалында қауіпті әрекеттерге баруы мүмкін.

Сандырақсыз, галлюцинациясыз және эмоцияның өзгеруісіз болатын сананың қарауытқан күйін «амбулаториялық автоматизм» деп атайды. Мұндай бұзылуы бар науқастар үйден бір мақсатпен шығып, кенеттен, өзі үшін де түсікісіз басқа жақтан шығуы мүмкін. Осындай саяхат кезінде олар көшеден өтіп, транпортта жүре алады, сырттай терең ойда жүрген адам сияқты болады.

*Жалған деменция*. Сананың қарауытқан күйінің бір түрі болып табылады. Ол орталық жүйке жүйесінің деструктивтік өзгерістерінде және реактивті күйлерде болады. Мұнда пікірдің бұзылуы мен интеллектуалды-мнестикалық бұзылыстар болады. Науқастар заттардың атын ұмытып, бағдарды жоғалтады, сыртқы әсерлерді қиын қабылдайды. Жаңа байланыстардың пайда болуы қиындайды, жалған қабылдаулар мен тұрақсыз галлюцинациялар, қозғалыс тынышсыздығы пайда болады.

Бұл сананың бұзылуының негізгі түрлері. Шын мәнісінде клиникада сананың бұзылуының түрлері өте көп.

Сонымен қатар клиникада өзін өзі танудың ерекше түрі – деперсонализация байқалады.

*Деперсонализация.* Өзінің ойларын, аффектілерін, «Мен» түсінігін бөтен сияқты сезінеді, оларды бөтен адамдікі сияқты қабылдайды. Деперсонализацияның жеке көрінісі болып «дене кестесінің» бұзылуы табылады, яғни өзінің денесінің негізгі қасиеттері мен қызмет әдістерінің санадағы бейнеленуінің бұзылуы. Мұндай бұзылулар шизофрения, эпилепсия аурулары кезінде және бассүйек жарақаттарынан кейін болуы мүмкін.

**Тақырып 11. Тұлға аномалиялары.**

Созылмалы алкоголизм жіктелуі (А.А. Портнов және Н.Н. Пятницкой 1971)

1-кезең — невротикалық Психикалық тәуелділік Толеранттылықтың артуы Палимпсест Масаюдың паталогиялық формалары

2-кезең — наркоманиялық: Физикалық тәуелділік (абстинентті синдром) Толерантылық платосы Салынып ішу психоздар

3-кезең — энцефалопатиялық. Толеранттықтың төмендеуі Еске сақтаудың бұзылуы Тұлғалық деградация Суррогаттарды қабылдау Бастапқы (невростениялық) саты.  Бастапқы симптомы — қорғаныс рефлексінің жойылуы: спирттік ішімдіктерді шамадан тыс қабылдағанда жүрек айну, құсу сияқты белгілердің болмауы.

Алкогольге төзімділік өзгереді: күшейе түседі, қабылданған алкоголь мөлшері көбейе береді Палимпсест — есте сақтау қабілетінің бұзылу симптомы байқалуы мүмкін, ауру адам алкогольдік масаю кезіндегі біраз оқиғаларды, ұсақ-түйектерді есіне түсіре алмауы мүмкін. Аурулардың кейбіреуінде алкогольдік масаю кезінде мінезі өзгереді: олар ызақор, жабысқақ, тез ренжігіш, жоқтан өзгеге күдікшіл болады.

Астениялық синдром  Оның негізгі көріністері: әлсіздік, денсалдық, тез қажығыштық, ес пен ынтаның бұзылуы, интеллектуалдық үрдістердің жойылуы және бастың ауыруы. Бұл көріністер қосылып жұмыс істеу қабілетінің әлсіреуіне әкеледі. Ұйқы бұзылады. Аурулар көпке дейін ұйықтай алмайды, қайта-қайта оянады, түстерді көп көреді, көрген түстері көбіне қорқынышты болады. Ұйықтап тұрған соң да сергектік сезілмейді. Тез ашулану, сіркесі су көтермеу, айналадағылармен конфликтілерге келу сияқты белгілер байқалады Спирттік ішімдіктердің тәуліктік дозасы-күшті шарап — 1 литр, арақ-400-500 мл.

Алкоголизмнің бастапқы сатысының ұзақтығы 1-6 жыл және ол алкогольді қабылдаудың интенсивтілігіне байланысты. Соматоневротикалық бұзылыстар байқалады: вегетотамырлық дистония Эзофогит  гастрит колит бауыр функциясының бұзылуы гепатиттің алғашқы көріністері панкреатит. 2 кезең (наркоманиялық).  Компульсивті тәуелділік Толеранттылық өсуі максимумға жетеді (плато толерантности) Алкогольді сандық бағалаудың толық жойылуы Абстинентті синдром Жалған салынып ішу (пседозапои) Өмірдегі басты мотив- алкоголь табу Алкоголизмнің ортаңғы сатысы (абстинентті). Алкогольге деген патологиялық құмарлықпен анықталады. Құмарлық көбіне жеңілмейді, күштеу белгісі байқалады. Ауру ішуге деген құмарлығымен күреспейді, сезіміне бағынады.

Психикалық, неврологиялық және соматикалық бұзылыстармен анықталады. Синдром көбіне алкогольдің жаңа дозасын қабылдағанда бәсеңдейді немесе жойылады. Психикалық бұзылыстар. Қөңіл-күй төмендейді, қайғы басады, науқас адам тітіркенгіш, кейде ызалы, күдікшіл келеді, себепсіз қорқыныштар мазалайды, өз-өзін кінәлау ойлары пайда болады. Ұйқысы мазасыз, әлсін-әлсін оянып, дұрыс тыныға алмайды. Вазовегетативті бұзылыстар. Тахикардия,гипертензия,ауыз қуысының құрғауы ,бас айналу,тәбеттің жоғалуы,айқын әлсіздік.

Неврологиялық бұзылыстар. Олардың жиі кездесетіні аяқ-қолдың, бастың, тілдің треморы, әсіресе, саусақтардың треморы айкын көрінеді. Ромберг позасында дұрыс тұра алмайды. Беттің және қаңқаның бұлшық еттерінің жекелеген фибриллярлы тартылуы мүмкін. Екі жақтан да сіңір рефлекстерінің бірдей жоғарылауы байқалады. Беттің, алақанның гипергидрозы, терінің сұрлануы, беттің, әсіресе танаудың қызаруы, склера тамырларының кеңеюі білінеді. Ортаңғы сатыда алкогольге төзімділік жоғарылайды және өзінің шегіне жетіп, жылдар бойы өзгермей тұрады. Алкоголизмнің бұл сатысында жедел алкогольдік психоздар жиі кездеседі. Алкоголизмнің ортаңғы сатысы орта есеппен 3-5 жылға дейін созылады Арақтың тәуліктік дозасы 1,5-2 литрге жетеді.

3 кезең (энцефалопатиялық).  Тұрақты сомато-неврологиялық бұзылыстар Толеранттылықтың төмендеуі (кейде толығымен жоғалуы интолеранттылық) Шынайы салынып ішу Абстинентті синдром алкоголь қабылдағаннан соң 1-2 сағатта дамиды.

Алкогольді психоз Алкоголизмнің 2-ші және 3-ші стадиясында пайда болатын, экзогенді , эндоформды және психоорганикалық сипаттағы жедел, созылыңқы және созылмалы психотикалық бұзылыстар.

**Тақырып 12. Нейропсихология пәні мен салалары.**

Клиникалық нейропсихология саласына А.Р.Лурия мен оның шәкірттері үлкен үлес қосқан. Олар мидың сол жақ жартышар зақымдануында болатын, мидың медиабазальды бөліктері зақымданғанда болатын және орта сызықта орналасқан терең қыртыс асты зақымдануында болатын синдромдардың сипатын берген. Олар Л.С.Выготскийдің мәдениеттік-тарихи концепциясына сүйене отырып, әлемде бірінші болып нейропсихологияның жаңа түсінігін берген.

А.Р.Лурия жаңа теориялық және түсініктеме аппаратын ұсынған. Ол нейропсихологияға «нейропсихологиялық симптом», «нейропсихологиялық синдром», «нейропсихологиялық фактор» деген түсініктерді енгізді. Бір функцияның зақымдануында қай тізбегінің зақымдауына байланысты түрлі синдромдар байқалуы мүмкін екенін алғашқы болып Лурия ашқан. Бұл зақымдануды сапалы түрде анықтауға мүмкіндік берді. Нейропсихологиялық фактор бойынша ми құрылымының синдром құраушы зақымдануы бір психикалық функцияның зақымдануына ғана емес, сол сәйкес бөліктің қызметінің жалпы зақымдануына әкеліп соқтырады.

Психологиялық бағытталған физиологияны дамыту А.Р.Лурияның ойынша маңызды мәселе, яғни психофизиология. Ол қарапайым сенсорлық пен моторлық актілер емес, саналы түрде бағытталатын психикалық іс-әрекеттің күрделі формалары. Ол психикалық процестерді қарапайым түрде физиологиялық тұрғыдан қарастырудан сақ болу керек деп ескерткен, соған байланысты бас миының ошақты зақымдануының психофизиологиясын дамыту керектігін айтқан.

Лурияның айтуынша, жоғары психикалық функциялардың негізгі үш сипаттамасы бар:

олар әлеуметтік факторлардың ықпалымен өмір сүру барысыда қалыптасады;

олар өзінің психикалық құрылымымен анықталады (әсіресе, сөйлеу жүйесінің көмегімен);

олар ерәікті түрде жүзеге асырылады.

Лурия жоғары *психикалық функциялардың жүйелік динамикалық ошақтану теориясын* ұсынған. Ерте жастағы мидың белгілі бір бөліктерінің зақымдануы жүйелі түрде одан бірқатар жоғары және соған сүйене отырып дамитын қыртыстарға әсер етеді. Сонымен қатар сол бөліктердің ересек жастағы зақымдануы одан төмен қыртыс бөліктеріне әсер етеді. Яғни ерте жаста кейін дамитын функцияларға, ал ересек кезде бұрын дамыған функцияларға әсер етеді.

Лурия бас миының жұмысының психикалық процестердің субстраты ретіндегі жалпы құрылымдық-функционалдық моделін ұсынды. Ол ғылыми әдебиетке мидың үш блогының концепциясы деген атпен енгізілді. Осы концепцияға сәйкес толығымен миды үлкен үш блокқа бөледі:

Энергетикалық, кез келген психикалық іс-әрекеттің белсенді компоненттерін қамтамасыз ететін процестеріне жауапты,

Ақпараттық, сырттан келетін ақпараттты қабылдау және өңдеу процестеріне, іс-әрекеттің ақпараттық компоненттеріне, соған байланысты сыртқы және ішкі кеңістікте бағытталу үшін жауапты;

Бағыттаушы, психикалық іс-әрекеттің бөлек түрлерін басқару процестеріне, жалпы мінез-құлықты бағдарлауға жауапты.

Бірінші блокқа орта сызықта орналасқан ми құрылымдары жатады.

Екінші блок – негізгі үш анализаторлық жүйеге енетін ми құрылымдары (олар көру, есту және терілік-кинестетикалық).

Үшінші блок – мидың алдыңғы жағында ораласқан ми құрылымдары, яғни мидың маңдай бөліктеріне жауапты.

Дені сау адамның психикалық іс-әрекетінің кез келген түрі мидың осы барлық үш блоктарының қатысуымен орындалады, олардың әрқайсысы психикалық іс-әрекеттің өзіне қатысты қызметін орындайды. Бұл концепцияға сәйкес психикалық іс-әрекеттің зақымдауының негізгі үш түрі ажыратылатыны айқындалады. Бірақ әр бөліктің ішіндегі түрлі варианттар тағы да анықталады.

**Тақырып 13. Негізгі нейропсихологиялық синдромдар.**

Нейропсихологияда “синдром” термині екі мағынады қолданылады. Бірінші мағынасы бойынша “нейропсихологиялық синдром” – бас мидың локалдық зақымдануы салдарынан пайда болатын жоғары психикалық қызметтердің бұзылыстарының заңдылық қосындысы.

Екінші мағынасы бойынша “синдром” термині – белгілі қызметтің дөрекі көрінетін бұзылысы. А.Р.Лурияның еңбектерінде “синдром” термині бірінші мағынасында қолданылады.

Нейропсихологиялық синдромдардың топтастырылуы миды зақымдалан бөлігін анықтауға, яғна топикалық принципке негізделгін. Осыған байланысты нейропсихологиялық синдромдар келесі топтарға бөлінеді:

1. үлкен ми қыртыстарының зақымдану синдромдары;

2. зақымдану синдромдары “жақын орналасқан қыртыс астысының” зақымдануы синдромдары;

3. мидың терең құрылымдырының зақымдану синдромдары.

**Апраксияларда зақымдану орталықтарын локализациялану мәселелесі.**Әртүрлі заттармен жасалатын еріктік қозғалыстар мен әрекеттердің бұзылуы*апраксиялар* деп аталады.

А. Р. Лурия апркасиялардың келесі итоптастырылуын өндеген:

*Кинестетикалық апраксия***–**апраксияның бұл формасында науқастар өздеренің қозғалыстарын дұрыс басқара алмайды,.

*Кеңістіктік апраксия (апрактоагнозия)***–** апраксияның бұл формасының негізінде көру-кеңістік синтездің бұзылуы жатыр.

*Кинетикалық апраксия***–** апраксияның бұл формасында қозғалыстық актілердің уақыт бойында ұйымдасуы бұзылады.

*Реттеушілік апраксия –*апраксияның бұл формасында қозғалыстарды саналы түрде орындау, моторлық шаблонбдар мен таптаурындарды ауырбастау мүмкіндігінің болмауы байқалады.

**Тақырып 14. Медициналық психология саласы ретіндегі психосоматиканың пәні мен міндеттер. Соматикалық және психологиялық факторлардың өзара байланысы.**

Психосоматика түсінігін 1918 жылы **И.Хайнрот** енгізген, ал 10 жылдан кейін **К.Якоби** алғаш «психосоматика» қолданды.

Психосоматика – соматикалық аурулардың психогенезін зерттеу. Кез келген сыртқы ықпалдар сенсорлық жүйеге әсер ете отырып, организмнің жауап беру реакциясын (қысымын) туғызады. Физиология тілінде нейро-вегативті эндокриндік арқылы соматикалық өзгерістерге ұшырайды.

Қазіргі уақытта зерттеулер психосоматика ғылым ретінде қалыптаусына себеп болған үш ғылыми бағытты атайды. Бұл психоанализ, кортиковерцеральді патология және Кенон мобилизация концепциясы. Мұнда Ганс Селенің стресс мәселесі туралы зерттегенін жатқызуға болады. Сонымен қатар, **В.Райх, А.Лоуэн, Б.Д.Корсаковский** жұмыстарында психосоматикалық қатынас туралы, психосоматикалық өзарабайланыс туралы, психосоматикалық бірлік туралы айтылған.

Психосоматикалық белгілерге байланысты теориялар:

ағзалардың бұзылуға бейім болуы.(конститутциялық тұқымқуалаушылық)

пренеталды және өмірінің алғашқы жылдарындағы контитутционалдық бейімділік

функционалды органдарындағы белгілер, жеке адамның өте кешірек кезеңіндегі өзгерістер

ағзаның әртүрлі жарақаттар мен инфекциялардан кейінгі әлсіреу

психологиялық стресс кезіндегі ағзаның белсенділігінен

жеке адам жүйесіндегі ағзаның белгілік маңызы

психологиялық дамудың кешеуілдеуі нәтижесіндегі ағзаның функциясы

Психосоматикалық бұзылулардың қалыптасуына байланысты бірнеше модельдерібар:

психофизиология

психодинамика

жүйелі-теориялық

социопсихосоматикалық

Психосоматиалық бұзылуларды үш топқа бөлеміз:

конверсионды симптомдар

функционалды симптомдар (органикалық неврозы)

психосоматикалық аурулар немесе ағзалық психосомотоздар

*Психосоматикалық аурулар дегеніміз* өткір және созылмалы сипаттағы психотравматикалық уайымдар: брохты астма, гипертония, стенокардия, язвенный калит және т.б. Негізгі себебі – стресс. Психикалық стресс фактор аффективті қысымға әкеледі, нейроэндокриндік және вегетивті жоғарғы жүйке мөлшерден тыс белсендіреді, ал осы белсенділік ішкі ағзалар мен қан жүйесіндегі өзгерістерге әкеледі. Алған кезде болғанмен, қайта-қайта қайталануы органикалық өзгерістереге*функционалды сипатта* дейін әкеледі. *Конверсионды симптомдар* – невротикалық дау-дамайлар екінші соматикалық жауап (амнезия, тряс). *Функционалдық симптомдар – ағзалық невроздар*: симптомдар, синдромдар, жүрек-тамыр, асқазан-ішек, тыныс алу, зәр шығару және қозғлыс т.б бұзылулары.

Жүрек-тамыр жүйелері бұзылуындағы тән белгі «жүрек неврозы» немесе вегативті-тамыр дистониясы. Жүрек неврозы немесе функционалды бұзылуына жүрек қысымы бұзылуынан болатын тахикардия, жүрек жүрек соғысының жиілеуі, тартылуы, қысқа аритмиялар жатады.

Вегативті жүйке жүйесі симптоматикалық және парасимптоматикалық болып бөлінеді және симптомдары әртүрлі болады: *симпатикотоникалық және вагоинсулярлық.* *Симпатикотоникалық түрінде* адамның терісі құрғақ, бозғыл, аяқ-қолдары суық, температурасы тұрақсыз, тахикардияға бейімділік, бұлшықет дірілі, артериялық давление (қысым) жоғарлауы, жүрек айналасындағы жағымсыз жағдай байқалады. *Ваготониялық түрінде* – денесі суық, дымқыл, терісі бозғыл, артериялық гипертония, тыныс алу аритмиясы, естен тануға жақын, салмақ қосылу байқалады.

*Себептері:* қазіргі өркениеттілік, компьютеризация, автоматизация мен механизация, дұрыс тамақтанбау: синтетикалық, генно-инженерлік, химиялық құралдары бар өнімдерді пайдалану. Л.Л.Рахлин адамның ауруға қарым-қатынасын былайша топтастырған:

депрессивті-астеникалық

психоастеникалық(фобия, жабысқақ ойлар)

гипохондриялық (өзбетінше болжау әртүрлі мамандарға қаралу)

истериялық

эйфория-анозогнозиялық (ауруын мойындамау, денсаулығына зиян келтіру)

**Тақырып 15. Соматикалық аурулар клиникасындағы психологиялық мәселелер.**

Аурудың ішкі суреттемесі түсінігін А.Р.Лурия мен А.Гольдшейдер енгізген. АІК адамның өз ауруына қатынасы ретінде мүшелердің реалды және жалған зақымдануымен байланысты. АІК адамның ішкі немесе сыртқы диалогпен міндетті түрде байланысты болады. Бұл басқаға бағытталған қобалжу: өзін басқа сияқты сезінуі. АІК ауру ағымына тәуелсіз, яғни ол фантомды ауру түрінде көрінуі немесе медициналық симптом кезінде пайда болуы мүмкін. АІК аурудың өзіне тәуелді емес. АІК мен қатар ДІК деген түсінік бар. ДІК – адамның өз күшіне, өз дендаулығына ие адам ретінде өзіндік сезінуі. АІК – ДІК – нің бейнеленуі. Өздерінің күшіне сенетін адамдар аз ауырады.

Аурудың аутоклассикалық көрінісі. Бұл оның физиклық көңіл күйімен байланысты түйсіну мен қобалжу негізінде болады. Ауру көрінісінің екі деңгейі бар: 1) “сенситивті” – түйсінуге негізделген, 2) “интелектуалды” - өзінің физикалық жағдайын ойланудағы нәтижесі.

Аурудың ішкі көрінісі. Ауру бастан не кешті, қобалжыды соның бәрі – оның жалпы өз - өзін сезінуі, өз- өзін бақылауы, өзінің ауруы туралы ұсынысы; бұл қабылдау мен түйсіну, эмоция, аффект, конфликт, психикалық травма мен қобалжудың бірігуі.

Қобалжу – жалпы эмоционалды және сезгіштік фоны. Оның алты түрі бөлінген: депрессивті, ипохондриялық, фобиялық, дистимиялық, истероидты, эйфориялы – анозогнозиялық.

Бейімделу реакциясы - әртүрлі аурудың көрінуіне өзінің физикалық және психикалық мүмкіндіктерін шектеу. Компенсаторлы түр, спевдоаутикалық мінез реакциялар. Олар пациент тудыратын ауру концепциясын анықтайды.

Ауруға деген ұстанымы – бұл ауруға қатынасы бойынша тұлға реакциясы. Аурудың патогентикалық мәні бар симптомдарға ауру адамның маңызды ракциясы.

Ауруға қатынасы – ауруды сезіну, яғни ауру гнозисі; Маңызды белгілері: өзінің ауруын қабылдау оны бағалау, оның себебі бойынша қобалжу.

Николаев бойынша деңгейлері немесе компоненттері:

Ауру тудыратын сезімдер

Эмоционалды, симптомның әртүрлі аурумен байланысы.

Интеллектуалды немесе когнитивті, адамның өз ауруы туралы білуі, аурудың пайда болу себептерін ойлау.

Мотивациялық, науқастың өзінің ауруына қатынасы, ауру кезінде өмір сүру образы мен жүріс – тұрыстың өзгеруі.

АІК – сін анықтау:

Науқастың шағымдарын анықтау. Мысалы тез шаршау, ұйқының бұзылуы, мазасыздану.

Медициналық тексеру немесе бақылау, зерттеу, жақындарымен әңгімелесіп аурудың шын немесе жалған екендігін анықтау

Әңгімелесу арқылы аурудың немен байланысты екенін анықтау.

Созылмалы хроникалық аурудың кезеңдері:

Шок, стресс

Мойындамау

Аффективті тіл «неге тек мен?»

Депрессия

Адаптация

 АІК қартайған және жас адамдарда өзгеруі немесе тіпті бұзылуы мүмкін. Мысалы, неврорз кезінде АІК ығыстырылуы мүмкін. АІК басым болған кезде аурудың динамикалық бейнесі ығыстырылады немесе қалыптаспайы.

 Түрлері:

қалыпты (аурудан шығу жолдарын іздейді)

мойындамау (ауру факторын игноривание)

нозофобиялы (ауру туралы үрей жоғарылайды, бірақ өзі аурудың қауіпті – қауіпті емес туралы білмейді)

ипохондриялық (ауруды іздеуі)

нозофилді (ауру жауапкершіліктен құтқаратындықтан науқас қанағат алады)

улитарлы (аурудан моралды немесе материалды выгоды алу)

 **Хронологиялық ауру кезіндегі психикалық өмір динамикасы** – аурудың нәтижесінде пайда болатын өзгерулер психикалық механизмдердің басқасына әрекет етуіне әсер етеді.

 Тұлғалық өзгерістер:

Жетекші іс - әрекет мотивінің мазмұны өзгереді, жаңа мотив қалыптасады.

Жетекші мотив мазмұны одан төмен басқа мотив мазмұнымен ауысады.

Іс - әрекет қарапайым болады.

Мотивтер біріктіріледі.

Сыншылдық деңгейі бұзылады, өзіндік бақылау деңгейі төмендейді. Науқастың эмоционалды күйі мен жүріс – тұрысы өзгереді, қызығушылықтары өзгереді, қарым – қатынас реті өзгереді.

Аурудың түрлі кезеңдеріндегі коррекция мен реабилитацияның психологиялық жақтары. Бронхиалды астма. Оның көрінуіне тұлғаның истерикалық қасиеттері, ипохондриялықтың жоғарлауы, үрей маңызды мәнге ие болады. Б.астма синдромы ауру адамның қажеттіліктер арасындағы конфликтінің символикалық көрінуін, сонымен қатар «алу және беру» мәселесін шешуде қарсыластықты сипаттайды. Бұндай ауру бар отбасында ата – анасы балаларының талаптылығының басымдылығын бақылауға ұмтылады, олардың спонтанды эмоцияның көрінуіне тыйым салады (өздерінің шынайы сезімін көрсету ыңғайсыз деп санайды).

Туберкулездің жеңіл түрі. Көптеген авторлар психосоматикалық аурулар жасөспірім мен бозбала жаста көрінетін акцептуированность сияқты психосоматикалық ауру деп санайды. Олар қоршаған орта ортаның бағалауына жоғары сезімталдықпен ажыратылады.

Гипертониялық аурулар. Осы аурумен ауыратындар зерттеулерінде ішкі тұлғалық конфликт және басқаға тәуелді қажеттілік бақыланатындығын көрсетті, сонымен қатар үлкен әлеуметтік мақсатқа және әлеуметтік өмірде үлкен қалыпқа жетуге ұмтылыс болады. Бұл жағдай өмірлік стереотип өзгерген кезде көрінетін стресстік жағдайға аз беімделетін адамдарды созылмалы стресске әкеледі.

Жүрек ауруы немесе инфаркт. Бұл аурумен ауыратындарды зерттегенде оларға істі жүргізуде асығыстық, шыдамсыз, уақыт жетіспеушілік сезімі, тапсырылған іске жоғары жауапкершілік сезімі тән екендігін көрсетті.

Асқазан жарасы ауруы. Қазіргі күні бұл ауру бар тұлға түрі бөлінген және бұл аурудың созылмалыға айналуы мүмкін:

*А. «Тирандық пациент»* «Мені» әлсіз, сыртқы ортаға тәуелді болады. Пациент жиі алкогольдікке бейім келеді.

*Б. «Мінез – құлық неврозы»* ұдайы көңіл толмаушылық , брюзжит т.б. Бұл психопат адамның ұдайы агрестивтілік қысымды «тарқату» түрі.

 6.Қант диабеті. Бұл ауру туралы көрсеткіштер:1)тамақпен байланысты ішкі конфликт, 2)тамақты махаббатпен теңестіруде қарын ашу эмоциясын жою. Аштық күйі тамақ жеуден тәуелсіздікке әрекеттендіреді, 3)саналанбаған қорқыныштар жиі «қашу – күрес» сияқты реагирование әкеледі.

 Симптом (Курт Теппервайн бойынша):

 1.Белдегі ауру – жандық қобалжу, көңіл толмау, жауапкершілік көптігі,қарсыласудың төмендеуі, қорқыныш, кінәлі сезіну, антипатия, қайғы.

 2.Болезни предстательной железы – ішкі қысым белгілері: «Мен нағыз еркек сияқты бола алмаймын». «Мен үмітті ақтауға тырысуды тоқтатуым керек».

 3.Тырнақты тістелеу – шындығында таныс емес жүріс – тұрысқа ұмтылудағы ішкі қысым мен агрессия.

 4.Жоғары қан қысымы – жоғарланған динамизм, агрессия басымдылығы, ұстамды сезім, менменшілдік.

 5.Депрессия – «мені басып тұрады. Мен өз сезімімді көрсете алмаймын, бұл өмірде жоқпын».

 6.Тері бөртпесі - өзімен көп айналысуды талап етеді, көбіне өзін ығыстыруды талап етпейді

 7.Бұлшықеттік атрофия – іс - әрекет, тапсырма және мәселе шешуге қабілеттілігін жоғалту.

 8. Бақытсыздық жағдай – қорғанышын жоғалту, жолдан жаңылдыру, өз - өзіне ризашылықтың жетіспеуі.

 Әйелдер өздерінің ауруын нақты уақытта маңызды қарым – қатынаспен салыстырады және өздерінің қарым – қатынасын қобалжу арқылы бағалайды. Ерлерде – ауру алдындағы үрей, оған қатынасы өзіндік әрекет мүмкіндігін олардың қарым – қатынасына қарсы қояды.