

Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті  
Философия және саясаттану факультеті  
Жалпы және қолданбалы психология кафедрасы

## **Медициналық психология**

**Дәріскер: психол.ғ.к., аға оқытушы Құдайбергенова С.Қ.**

2022-2023 оқу жылы

## Дәріс 8 Шизофрения. Эпилепсия.

1. Шизофренияның клиникалық-патопсихологиялық сипаттамасы
2. Эпилепсияның клиникалық-патопсихологиялық сипаттамасы
3. Созылмалы психикалық аурулар кезінде емдеу процесін және оңалтуды психологиялық сүйемелдеу

- Шизофрения-ойлаудың өзгеруін, перцептивті белсенділікті, аффективті-жеке қасиеттерді қамтитын түсініксіз этиологияның ұқсас психикалық бұзылулар тобы.

- Емдеусіз шизофрения прогрессивті немесе ұстаматәрізді ағыммен сипатталады, әдетте есте сақтау және бұрын алған білімдерімен психикалық функциялардың (ойлау, эмоциялар, психомоторика — жалпы мінез-құлық) бұзылуымен жеке тұлғаның өзгеруінің (ақаудың) бірдей көрінісімен аяқталады.

- Бұл психикалық бұзылыс біртұтас ауру ретінде ХІХ ғасырдың соңында анықталды. атақты неміс психиатры Э. Крепелин "ерте ақыл есі кемділік" деп аталады, яғни жас кезінде дамиды. Бұған дейін шизофренияның әртүрлі формалары тәуелсіз психикалық аурулар болып саналды. "Шизофрения" атауын 1920 жылдары швейцариялық психиатр Э.Блейлер берген, ол сонымен бірге оған тағайындалған психикалық бұзылулар шеңберін кеңейтті, бірақ емделусіз де қолайлы нәтиже алу мүмкіндігін көрсетті.

- Шизофрения эндогендік ауруларға жатады (эндо — ішкі, ішкі, экзо-сыртқы, сыртқы), яғни ішкі, аутохтонды, сыртқы әсерлерсіз дамиды.
- Шизофренияның клиникалық көріністері өте әртүрлі. Психиатрияда белгілі белгілер мен синдромдардың барлығы дерлік шизофренияда байқалады. Бірақ шизофрения көріністерінің әртүрлілігі мен полиморфтығына қарамастан, ол әрдайым барлық науқастарға және шизофренияның барлық түрлеріне тән, бірақ олардың ауырлық дәрежесінің әр түрлі деңгейіне ие. Олар "теріс" белгілер деп аталады, өйткені олар ауруға шалдыққан науқастың психикасына зиян келтіреді.

- Шизофренияда эмоционалды және ерікті салалар ең көп дәрежеде зардап шегеді. Эмоционалды төмендеу туыстарына және басқа жақын адамдарға эмоционалды суықтылықтың, қоршаған ортаға бей-жай қараудың, науқасқа тікелей қатысты нәрсеге немқұрайдылықтың, бұрынғы қызығушылықтары мен қызығушылықтарының жоғалуынан басталады. Қоршаған әлемге және басқалардың пікіріне немқұрайлылық киімде және күнделікті өмірде әдепсіздік пен ластықпен көрінуі мүмкін.

- Эмоционалды сфераның диссоциациясы болған кезде науқас қайғылы оқиғаға күледі және қуанышпен жылайды. Науқастар туыстарының қайғысына, жоғалтуға немқұрайлы қарап, бірақ тапталған гүл немесе ауру жануарды көріп қайғыруы мүмкін.
- Барлық эмоционалдық көріністер әлсірейді. Алдымен эмоцияның тегістелуі, күңгірттенуі, содан кейін эмоционалды топастық дамиды.



- Негативизм-бұл мағынасыз қарсылық, науқастың кез-келген әрекеттен, қозғалыстан немесе оны жүзеге асыруға қарсылықтан негізсіз бас тартуы. Сөйлеу негтивизмі мутизммен көрінеді-науқастың сөйлеу және оған бағытталған сөйлеуді түсіну қабілетін сақтай отырып, жауапты және стихиялық сөйлеумен науқаста көрінетін ерікті саланың бұзылуы.

- Шизофрениядағы ойлаудың бұзылуы формалды деп аталады, өйткені олар ойдың мазмұнына емес, ойлау процесінің өзіне қатысты. Ең алдымен, бұл қамтиды логикалық арасындағы байланысты ой-пікірлерімен бөлісті. Шизофренияның кейінгі кезеңдерінде логикалық байланыс тіпті бір сөйлемде де жоғалады. Ең ауыр жағдайларда, жыртылған ойлау байқалады, ол бір-бірімен байланысты емес сөйлемдердің үзінділерінен құралған кезде жыртылған сөйлеуде көрінеді. Аз анықталған жағдайларда ойлардың "тайып кетуі" байқалады — пациенттің өзі байқамайтын логикадан бір ойдан екінші ойға көшу.

- Резонерлік шизофрениядағы ойлаудың бұзылуы деп саналады. Дәлелдеу нысаны ерікті түрде немесе әңгімелесу барысында белгілі бір сұраққа жауап беру үшін таңдалады, науқас кішігірім себеппен дауыстап, өзіне сұрақтар қойып, оларға өз бетінше жауап бере алады, бір нәрсені дәлелдейді және өз заңдылықтарын орнатады, ал дәлелдер мен дәлелдер бір сөйлеммен жауап беруге болатын сұрақтың мағынасынан өте алыс болуы мүмкін.
- Ойлаудың бұзылуы маңызды емес белгілермен жүзеге асырылатын жалпылау процесінің бұрмалануында да көрінеді. Сондай-ақ, басқарылмайтын ой ағымы, кенеттен үзілістер немесе ойлардың үзілуі немесе қазіргі ой ағымына параллель екі бұзушылық болуы мүмкін.

- Шизофренияның келесі формалары бөлінеді: параноид, кататоникалық, гебефрениялық, кейінгі толықтырулармен (қарапайым, баяуағымды, циркулярлы және басқа формалар).
- Аурудың ағымының түріне байланысты шизофренияның үздіксіз-прогрессивті, пароксизмальды-прогрессивті, периодты және ерекше формалары бөлінеді.

- Ойлауды, қабылдауды, эмоционалды-сауық саланы, сондай-ақ шизофрениямен ауыратын науқастардың жеке басын патопсихологиялық зерттеу келесі әдістерді қолдану арқылы жүзеге асырылады: жіктеу, алып тастау, пиктограммалар, ассоциативті эксперимент, ұғымдарды анықтау, оқылған оқиғаның мағынасын түсіндіру, мақал-мәтелдерді түсіну, Роршах, Вартегг, ТАТ, ММРІ, визуалды бейнелерді тану, сандарды тану, ауруға деген көзқарас, функционалды сынақтар.

- Эпилепсия-орталық жүйке жүйесінің зақымдануынан туындаған созылмалы ауру, әртүрлі пароксизмальды күйлермен және жеке тұлғаның жиі өзгеруімен көрінеді. Қолайсыз ағымы эпилептикалық деменцияның бір түріне әкеледі. Ауру кез-келген жаста пайда болуы мүмкін, ерте жастан бастап (бірнеше ай) және қарттыққа дейін, бірақ негізінен эпилепсияның басталуы жас (20 жасқа дейін).

- Эпилепсияның ең тән симптомы-кенеттен пайда болатын конвульсиялық ұстамалар. Кейде ұстамалар қатарынан, бірінен соң бірі, олардың арасындағы кезеңде сананы түсіндірмей жүреді. Эпилептикалық статус деп аталатын бұл патологиялық жағдай өмірге қауіпті (мидың ісінуі және ісінуі, тыныс алу орталығының депрессиясы, асфиксия) және жедел медициналық көмекті қажет етеді.
- <https://www.youtube.com/watch?v=zub9pBJfA5Y>
- <https://www.youtube.com/watch?v=qPbTKfTDE-w>

- Эпилепсиямен ауыратын науқастардағы көңіл-күйдің бұзылуы көбінесе дисфория шабуылдарында көрінеді. Дисфория- ешқандай себепсіз пайда болатын қайғылы- зұлым көңіл-күй. Науқас мұңды, мұңды, бәріне наразы, агрессивті болуы мүмкін. Дисфория бірнеше сағатқа немесе күнге созылуы мүмкін және кенеттен пайда болған сияқты аяқталады.



- Дисфория кезеңінде алкогольге тоқтаусыз тарту пайда болуы мүмкін-дипсомания, мерзімді ішуге кету. Мұндай кезеңдерде пациенттер бәріне риза емес, ұнамсыз, көңілсіз және ашуланшақ, жиі әртүрлі гипохондриалық шағымдарды ұсынады, кейбір жағдайларда тіпті гипохондриалық сипаттағы алдамшы идеяларға айналады. Мұндай жағдайларда алдау пароксизмальды түрде пайда болады және дисфория кезеңі бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін созылады. Көбінесе қорқыныш қайғылы-зиянды көңіл-күйге араласады, кейде клиникалық көріністе басым болады. Эпилепсиямен ауыратын науқастарда көңіл — күйдің мерзімді бұзылулары эйфорияның шабуылдарында көрінеді-керемет, түсініксіз көңіл-күй.

- Аурудың ұзақ ағымымен науқастарда бұрын тән емес белгілер пайда болады, эпилептикалық мінез қалыптасады. Өзгеру сипатын бірте-бірте өсуде. Науқастардың мүдделері тарылуда. Олар неғұрлым эгоисттік. Ең алдымен, пациент өз денсаулығына және өзінің шағын мүдделеріне алаңдайды. Эпилептиктер нәзік, ұсақ, педантикалық болады. Олар басқа адамдарға сабақ бергенді ұнатады, әділеттілікті жақтайды, бірақ оны негізінен өзімшілдік мүдделері тұрғысынан түсінеді.

Коморбидные состояния

### Типы приступов\*

Фокальные    Генерализованные    Неуточненные

### Типы эпилепсии

Фокальная    Генерализованная    Комбинированная:  
генерализованная  
и фокальная    Неуточненная

### Эпилептические синдромы

### Этиология:

Структурная

Генетическая

Инфекционная

Метаболическая

Имунная

Неизвестная

- Жүктілікке байланысты туа пайда болатын: Құрсақішілік даму кезіндегі Гипоксия;
- Ми құрылымдарының жеткіліксіз қалыптасуы;
- Жүктілік кезіндегі жұқпалы аурулар;
- Босану кезінде алған жарақаттар.
- Жүре пайда болатын эпилепсия қолайсыз сыртқы жағдайлардың әсерінен пайда болады. Оның пайда болу себептері өте көп:
- Тұқымқуалаушылық
- Мидың кез-келген түрінің ісіктері;
- Инсульт;
- Бас сүйек-ми жарақаттары;
- Бірнеше склероздың дамуы;
- Ауыр инфекциялармен инфекция;
- Кейбір дәрі-дәрмектерді қабылдау;
- Алкогольді теріс пайдалану немесе есірткі қабылдау.

- а) - психикалық процестер қарқынының төмендеуінің жалпы баяулауы. Кәдімгі мінез-құлықта ол реакцияның жалпы баяулауында, мотор сферасының ыңғайсыздығында көрінеді.
- Экспериментте бұл келесідей көрінеді - жаңа тапсырмадағы баяу бағдарлау. Мысалы, адам әдетте Шульте кестесін 40-45 секундта орындайды., ал науқас 1 минутта, бір жарым минутта. Басқа үлгілерде де. Еркін бірлестіктерде сөздерді таңдау кезінде баяулау да байқалады
- - психикалық белсенділіктің инерттілігі. Инерция ауысу қиындықтарынан тұрады. Инерттіліктің ауырлық дәрежесі аурудың ауырлығына және ұзақтығына байланысты әр түрлі болуы мүмкін. Генуялық эпилепсия кезінде сарқылу байқалуы мүмкін. Симптоматикалық эпилепсиямен сарқылу байқалады.
- б) танымдық іс-әрекеттің бұзылуы.

- Танымдық іс-әрекеттің барлық түрлерінің төмендеуі:- жадтың бұзылуы: әдетте өрескел емес. Генуялық эпилепсиямен әдетте өрескел бұзылулар болмайды.
- Сөздерді есте сақтау-есте сақталатын материал көлемінің баяу жинақталуы. Бұл жадында сақталған әңгіме болуы мүмкін рұқсаттама бөлігінде сюжет. Сондай-ақ, материалды жанама есте сақтаудың бұзылуы бар. Медиация қалыпты жағдайдағыдай есте сақтауды жақсартпайды, бірақ оны бұзады. Эпилепсиямен ауыратын науқастар-жанама есте сақтау арқылы егжей-тегжейлі тоқылған. Шекті егжей-тегжей байқалады. Мысалы, сіз көңілді мерекені есте сақтауыңыз керек. Олар үстел, жеңіл тағамдар, сусындар, адамдар тартады... Негізгі мақсат - есте сақтау, мақсатты ауыстыру - сурет салу. Егжей-тегжейлі шатасулар басталады.
- Психикалық белсенділіктің жалпы инерттілігі. Жанама байланысты экономикалық емес пайдалану. Артық болу жақсартуға әкелмейді.

- - зейін ерекшеліктері:
- 1. зейін көлемінің тарылуы 2. зейінді ауыстырудағы қиындықтар (әдеттегіден гөрі зейінді ауыстыру үшін көп күш қажет).
- - сөйлеу ерекшеліктері, ерекшеліктері:
- 1. инерттіліктің бірігуі мен ес бұзушылықтары. Сөйлеу қарқынының баяулауы, амнестикалық құлдырау пайда болады (сөздерді ұмытып кетеді). Сөйлеуде азайтатын жұрнақтар көп. Олигофазия-қарқынның баяулауы және сөйлеу жадының бұзылуы.

- - ойлаудың бұзылуы:
- 1. жалпылау деңгейін төмендету түріндегі ойлаудың операциялық жағын бұзу. Науқаста заттар мен құбылыстардың маңызды белгілерін бөлуде қиындықтар бар, бұл белгіні нақты жағдайға ауыстыру. Мақал-мәтелдердің бейнелі мағынасын түсінудегі қиындықтар.
- 2. егжей-тегжейлі, пайымдауды нақтылау үрдісі. Науқас егжей-тегжейлі детальдарда тұрып қалады.
- Ойлаудың мотивациялық жағын бұзу-резонерлік түрінде. Резонерство әрқашан көп сөзді, аффективті жан-жақты болды. Науқас-моралист, бәрін өмір сүруге үйретеді. Бұл резонерлықтың компенсаторлық сипатына ие. Тапсырманы орындаудағы қиындық немесе пациент өзін-өзі бағалауды арттыруға және басқа адамнан тануға тырысқанда.



## Психикалық науқас отбасымен жұмыс: ауруға дұрыс қарым-қатынасты қалыптастыру

1. [Құрметпен қарым-қатынас](#)
2. [Тыныштық, айқындылық және ашықтық принципі.](#)
3. [Дәйектілік және болжамдық принципі. Күтілетін нақты шеңберлер, ережелер мен шектер](#)
4. [Ол ауырғанын Есте сақта!](#)
5. [Егер туыстарыңыз ауыр болса, контактілерді шектеңіз](#)
6. [Оң көңіл-күй, тіпті сәтсіздіктің сақталу мүмкіндігі](#)
7. [Оң өзгерістер мен нақты ескертулерді мадақтау](#)
8. [Нақтылық принципі мақсаттарды трансформациялау: ұзақ мерзімді – қысқа мерзімді бірқатар тұрақты көмек пен ұзақ мерзімді мақсаттарға қатысты сұрақтарға қолдау көрсету, жауап беріңіз-білмеймін. Сіздің туысыңыздың ауруы сіздің өміріңізді хаосқа айналдыруға жол бермеңіз. Белсенді болыңыз. Емес вовлекайте сіздің қызмет, науқас адам.](#)

## 8 Дәріс әдебиеттері

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб, 2010
2. Блейхер В.М, Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. Москва-Воронеж, 2006
3. Соловьева С.Л. Медицинская психология. Конспект лекций. М.-СПб, 2004
4. Пушкина Т. Медицинская психология
5. Зейгарник Б В Патопсихология

**Интернет-ресурсы:**

<http://www.azps.ru>

<http://www.koob.ru/>

<http://www.psychology.ru>

<http://www.flogiston.ru>

<http://www.twirpx.com>