

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ  
МИНИСТРЛІГІ

ҚАЙНАР АКАДЕМИЯСЫ

М. Еркинбекова



# Психосоматика негіздері

Оқу құралы

Алматы, 2020

---

ӘОЖ 615.832.9  
ББК 88.48

Рецензенттер:

Психология ғылымдарының докторы, профессор Перленбетов М.А.

Психология ғылымдарының кандидаты, профессор Аплашова А.Ж.

Психология ғылымдарының кандидаты, профессор Турдалиева Ш.Т.

**Еркинбекова М.А.**

Психосоматика негіздері: оқу құралы. «Қайнар» академиясы баспасы, 2020. - 50 б.

ISBN 978-5-89368-824-5

ӘОЖ 615.832.9

ББК 88.48

Психосоматика психологиядағы ғылыми бағыт, оның зерттеу саласы психологиялық, әлеуметтік және мәдени жағдайлар мен дене ауруларының себептері болып табылады. Жаңа ғылыми пән - денсаулық психологиясы адамның қауіпсіз және қауіпті әрекеттерін зерттейді.

Студенттерге ұсынылған оқулықта психосоматика мен денсаулық психологиясының теориялық мәселелері ұсынылған, олардың жетістіктері мен қарама-қайшылықтары талданады.

Оқу құралы ЖОО білімгерлеріне, оқытушыларына және жалпы қызығушылық танытатын жұртшылыққа арналады.

ISBN 978-5-89368-824-5 © «Қайнар» академиясы, 2020 ж.

---

## КІРІСПЕ

Бакалавриаттың «Психология» бағыты бойынша оқыту жоспарына «Психосоматика негіздері» пәнін енгізудің мақсаты психологиялық және психофизикалық денсаулық және аурудың теориялық тұжырымдамаларын, психосоматикалық бұзылыстардың пайда болу механизмдерін басшылыққа алатын күзіндетті түлек дайындау болып табылады. Пәнді оқып-үйренудің мақсаты студенттерге қазіргі клиникалық психологияның әлеуметтік маңызды салаларының бірі болып табылатын психосоматика саласындағы теориялық білім жүйесін беру, оларды «адамнан адамға» саласындағы кәсіби қызметке дайындау болып табылады.

Пәнді оқытудың мақсаты: теориялық қолданбалы білім жүйесімен таныстыру.

Оқу құралы ЖОО білімгерлеріне, оқытушыларына және жалпы қызығушылық танытатын жұртшылыққа арналады.

## ПСИХОСОМАТИКАНЫҢ ҒЫЛЫМИ-ӘДІСНАМАСЫ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

Психосоматика – бұл психологиялық факторлардың тән ауруларының пайда болуы мен ағымына әсерін зерттеумен айналысатын медициналық психологияның тарауы. Психосоматика ілімінің аясында жеке тұлғаның мінез-құлықтары, эмоциялық және психологиялық жай-күйінің белгілі бір самотикалық (тән) ауру арасындағы байланыс зерттеледі.

Ғылымның пайда болуы

Психикалық және соматикалық өзара тығыз байланыс бірнеше ғасырлар бойы Гиппократ және Аристотель заманынан бастап белгілі болып, зерттеліп келе жатыр. 1818 жылы Лейпцигтік неміс дәрігер Хайнрот «психосамотикалық» терминін енгізді. «Ұйқысыздықтың себебі – әдетте психикалық-самотикалық, алайда өмірдің әрбір саласының өзі-ақ жеткілікті түрде оның негізі бола алады» деген сөзді айтқан да сол. «Психосамотика» термині жалпыға ортақ дәрігерлік лексиконға тек жүздеген жылдар өткеннен кейін енді «Психосамотика» термині медицинада веналық психоаналитиктердің арқасында сіңісіп кетті, осы уақыттан бастап психосамотикалық медицина «медицинадағы қолданбалы психоанализ» ретінде белгіленді. Қырқыншы жылдары АҚШ қоныс аударған Дойч Фландерс Данбар, Франц Александер және т.б. әріптестерімен бірге психосамотикалық проблемаларға деген қызығушылық білдірді, ал 50-жылдардың соңына қарай американдық ғылыми әдебиеттерде психологтардың көзқарасымен жазылған соматикалық медицина туралы 5000 жуық мақала жарық көрді. Бұл бағытты дамытқандардың арасынан Адлер, Сонди сияқты атақты аналитиктерді атауға болады. Шындығын айт-қанда, психосамотикалық бағыт дербес медициналық пән болып табылмайды, бұл – ауруға алып келетін көптеген себептерді ескеретін амал. Осыдан барып адаммен тұтастай жұмыс жасауға мүмкіндік туғызатын әдістер мен техниканың көптүрлілігі туындайды. Психосамотикалық медицина өкілдерінің бағамдауы бойынша дамыған елдердегі бүкіл органикалық аурулардың 50%-ның психогендік сипаты бар. Егер бастапқы кезде психосамотикалық ауруларға белгілі бір сырқат тізімін қатыстырса, бүгінгі күні психосамотика кез келген аурудың пайда болу табиғатын түсіндіруге тырысады. Аурудың психосамотикада пайда болу механизмі адамның психикалық денінің саулығымен, оның ішкі жан дүниесінің тұрақтылық деңгейімен, жан мен тәннің үйлесуімен түсіндіріледі. Осы жағдайдағы емдеудің негізгі әдісі психотерапия, оның мақсаты науқастың өзі үшін жасырын оның эмоциялық сипаты және соматикалық аурулардың пайда болуы арасындағы байланысты анықтау болып табылады. Соңғы онжылдықтағы білім беру саласындағы реформалардың негізгі нәтижесі әр түрлі және көбінесе балама бағдарламалардың оқу орындарының білім беру жүйелерінде пайда болды.

Бұл бір жағынан, оқытудың мазмұны мен әдістерін едәуір жақсартты, ал екінші жағынан, білім беру процесіне инновацияларды енгізуге жағдай жасады. Алайда бұл процесс, көбінесе балалардың денсаулығына әсер ете бастады. Оқу бағдарламасына жаңа пәндерді жүйелі түрде енгізу нәтижесінде көп жұмыс істейтін балалар шаршайды және соның салдарынан жиі ауыра бастайды.

Сондықтан білім беру бағдарламаларын бағалаудың басты критерийі, белгілі бір бағдарламаның, баланың денсаулығын қамтамасыз етуі болып табылады.

Көптеген психологиялық зерттеулер көрсеткендей, көбінесе физикалық денсаулық тікелей психикалық сау баладан туындайды. Басқаша айтқанда, егер бала психологиялық жағынан жақсы және мықты болса, оның физикалық денсаулығы жақсы жаққа өзгереді. Адамның эмоционалды күйлері мен физикалық (соматикалық) денсаулығының нашарлауы арасында тығыз байланыстың болуы бұрыннан психосоматика саласында белгілі. Бұл білім: «Дені саудың-жаны сау» ретінде медицинаның классикалық формуласында көрсетілген.

Ауруларды зерттеудегі отандық медицина соматикалық және психикалық, ағзалар мен жеке тұлғалардың бірлігін олардың қатынастарының барлық күрделілігінде танудан басталады. Бұрын М.Я. сияқты ірі дәрігерлер психосоматикалық қатынастар мәселесіне назар аударған. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарин және т.б. Біздің уақытта бұл проблема өзекті болып қала береді. Психикалық және соматикалық бірліктің мәселесін қазіргі отандық зерттеушілер қарастырды: Г.В. Морозов және М.С. Лебединский, Ф.В. Бассин, Т.И. Царегородцев, В.В. Николаев және т.б.

Мысалы, Ф.В. Бассин аурудың дамуы мен оны жеңу проблемаларына психосоматикалық тәсіл жасады, ол ауруда адамның тұтастығын ескере отырып, патологиялық құбылыстарды қарастырумен сипатталады.

Өткен ғасырдағы дәрігерлердің және біздің замандастарымыздың көптеген еңбектерінде, біз науқастарда кездесетін психикадағы өзгерістердің сипаттамасын табамыз. Жоғарыда айтылғандардан зардап шеккендердің барлығы психосоматика мәселесі біздің уақытқа дейін, әлі де өзекті болып табылатындығын көрсетеді.

Медицинада психосоматикалық проблема жақында ғылыми мәртебеге ие болды. «Психосоматика» ұғымын 1818 жылы неміс психиатры И.Гейнрот енгізген. Ол соматикалық ауысуларды психосоматикалық деп атады, оның пайда болуы бастапқыда психоэмоционалды ауысулармен байланысты болды. Ал 1922 жылы М.Жакоби алғаш рет «соматопсихикалық» түсінігін қолданды. «Соматопсихикалық байланыстар» термині белгілі бір нейропсихиатриялық аурулардың пайда болуында дененің үстемдігін атап өту үшін енгізілді. Бірінші дүниежүзілік соғыстан кейін зерттеушілердің назарын физиологияның физиологиялық процестеріне, дененің функциялары мен соматикалық ауруларға әсер етуіне аударды. Зерттеу объектісі пациенттің жеке басы болды [Breutigam, Christian, Rad 1999: 3].

Психикалық (физикалық) және дене (соматикалық) құбылыстардың арасында тығыз байланыстың болуы психосоматикалық проблеманың пайда болуынан ұзақ уақыт бұрын ғылыми зерттеулердің ерекше саласы ретінде ашылды. Адам тәжірибесінің әртүрлі бағыттары осы байланысты, ең алдымен дін, педагогика және медицинаны көрсетті. Олардың әрқайсысы өз міндеттерін шеше отырып, адамның психикалық немесе физикалық жағдайын өзгерту үшін арнайы әдістерді, әсер ету әдістерін жасады.

Ғылыми медицинаның бастауында адамның және оның ауруының мәнін түсіндіруге екі көзқарасты бейнелейтін екі мектеп болды: Косс Гиппократ мектебі және Книдостың алғашқы анатомдарының мектебі. Госпократтық Косс мектебі көзқарасы бойынша ауру субъект пен шындықтың (динамикалық, гуморальдық-рухани, «психосоматикалық» тұжырымдама) байланысын бұзу ретінде түсіндірілді. Аурулардың себептерін түсіндіре отырып, ол адамның ерекше психологиялық ерекшелігін ескеруді ұсынады, ол сонымен қатар ауыр белгілерді тудырады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының зерттеуі бойынша, соматикалық дәрігерлер кабинетіне баратын барлық пациенттердің 38-ден 42% -ы психосоматикалық науқастар тобына жатады екен.

Психосоматика (грекше: psyche- жан, soma- дене) - психология мен психологияның (негізінен психогенді) әсерін зерттейтін медицина мен психологиядағы бағыт. Аталған ғылымның негізгі ережелеріне сәйкес психосоматикалық ауру функционалды өзгерістермен бірге жүретін реакцияның пайда болу факторларына негізделген.

1818 жылы Лейпцигтегі неміс дәрігері С.Г. Хайнрот «психосоматикалық» деген ұғымды енгізді. Ол: «Ұйқысыздықтың себептері әдетте психосоматикалық, алайда өмірдің әр саласы ол үшін жеткілікті негіз бола алады» деген сөздерді келтірді.

1822 жылы неміс психиатры М.Якоби «соматопсихика» ұғымын енгізді. Бұл «психосоматикалық» ұғымына қарама қайшы бола тұра сонымен бірге «психосоматикалық» сөзін толықтырды. «Психосоматикалық» термині жалпы медициналық лексиконға тек ғасыр өте енді.

«Психосоматикалық» термині ақыры медицинада Венаның психоаналитиктерінің арқасында пайда болды (Деутс, 1953), содан бері психосоматикалық медицина «медицинадағы қолданбалы психоанализ» ретінде белгіленді. Дойч, қырықыншы жылдары АҚШ-қа қоныс аударып, Фландерс Данбармен, Франц Александрмен және басқа да психосоматикалық проблемаларымен бірге, 50-жылдардың аяғында психикалық мамандардың көзімен американдық ғылыми әдебиеттерде соматикалық медицина туралы 5000-ға жуық мақалалар жарық көрді.

Осы бағытты жасағандардың қатарына А.Адлер, Л.Сонди сияқты белгілі сарапшыларды атауға болады. Ресейде И.П. Павлованың эксперименттік невроз әдісін дамытудағы мектептері осы бағытқа жақын келді.

«Психосоматика» сөзі күнделікті өмірде де, ғылыми әдебиеттерде де жиі қолданылатынына қарамастан, бүгінде бұл терминнің бірыңғай анықтамасы жоқ. Жалпы, оның мағынасы оған кіретін сөздерден (жан мен денеден) басталады. Бір жағынан, бұл термин психика мен дене функциялары арасындағы байланысты орнататын, ағза функциялары, психологиялық тәжірибе қалай әсер ететінін зерттейтін ғылыми бағытты білдіреді және практикада белгілі бір ауруларды тудыруы мүмкін. Екінші жағынан, «психосоматика» термині психикалық және физикалық факторлардың өзара әсерімен байланысты бірқатар құбылыстарды, оның ішінде бірқатар патологиялық бұзылуларды білдіреді. Үшіншіден, психосоматика арқылы олар психосоматикалық бұзылуларды емдеуге бағытталған медицинаның бағытын түсінеді («психосоматикалық медицина»).

Қазіргі уақытта психосоматика пәнаралық ғылыми сала болып табылады:

- ол ауруларды емдеуге қызмет етеді, демек, медицина аясында болып табылады.
- эмоциялардың физиологиялық процестерге әсерін зерттейді яғни физиологияның зерттеу объектісі болып табылады;
- психологияның бір саласы ретінде ол аурулармен байланысты мінез-құлық реакцияларын, физиологиялық функцияларға әсер ететін психологиялық механизмдерді зерттейді,
- психотерапия бөлімі ретінде дененің эмоционалды реакциясы мен мінез-құлқының деструктивті тәсілдерін, психосоматикалық бұзылыстардың таралуын, олардың мәдени дәстүрлермен байланысын және т.б. әлеуметтік ғылым ретінде өмір сүру жағдайларын зерттейді.

***Психосоматика мен денсаулық психологиясына тән зерттеу үлгілерін қарастырайық.***

**1. Қиылысу әдісі.** Бұл жағдайда психикалық және физикалық сипаттамалар бір уақытта өлшенеді. Бұл әдіс уақыттың аздығына байланысты тартымды, бірақ ол бізге себеп-салдарлық қатынастар туралы нақты ақпарат бере алмайды. Психологиялық факторлардың денсаулық жағдайына әсері статистикалық процедуралардың көмегімен анықталады. Жалпы, психологиядағы көптеген зерттеулер осы жолмен құрылымдалған. Алайда ауру адам психикасына үздіксіз әсер ете отырып, ұзақ уақыт бойына дамидынын есте ұстаған жөн. Сондықтан зерттеу кезеңінде пациенттің психологиялық сипаттамаларын немесе оған әсер ететін сыртқы факторларды аурудың мүмкін себептері туралы талқылауға тырысу дұрыс емес болып көрінеді.

**2. Лонгитюдті әдіс.** Зерттеудің бастапқы кезеңінде пәндерге әсер ететін психологиялық және әлеуметтік факторлар өлшенеді; жеке ерекшеліктері, денсаулық жағдайы, соның негізінде олар белгілі бір топтарға бөлінеді. Содан кейін бақылауды әдетте бірнеше маман жүргізеді. Белгілі бір уақыт өткеннен кейін әртүрлі топтарға жататын субъектілердің денсаулық жағдайы қайтадан зерттеледі және салыстырылады. Психосоматика саласындағы ең әйгілі бойлық зерттеулер «А» мінез-құлық типінің жүректің ишемиялық ауруы мен қатерлі ісік ауруының басталуындағы депрессияның рөліне арналды. Кесу әдісімен салыстырғанда бойлық әдіс өлшемдерді уақыт бойынша сұйылту арқылы соматикалық процестерге психикалық процестердің әсерін растауға мүмкіндік береді. Алайда, өтініш беру өте қиын. Заттарды ұзақ уақыт бақылап отыру

арқылы олардың денсаулығына көптеген факторлардың әсерін бақылау және бақылау қажет. Сонымен қатар, аурудың пайда болуы, сонымен бірге гипотетикалық байланысты жеке қасиеттер де сол себепті әрекет етуі мүмкін.

3. Тәжірибелік әдіс. Объективті тәсіл аясында себеп-салдарлық байланыстарды анықтаудың жалпыға танымал әдісі бола отырып, эксперименттік әдіс психосоматикалық қатынастарды толық зерттеуге мүмкіндік бермейді. Бұл жануарларға жүргізілген жағдайда психологиялық факторлар ретінде не жазылатындығы және зерттеу нәтижелерін адам ауруларын түсіндіруге қолдануға болатындығы белгісіз. Сонымен қатар, тәжірибелер, әдетте, ауруға алып келмеуі мүмкін ағзадағы процестердің қысқа мерзімді өзгерістерін көрсетеді. Тәжірибелер стресстің және дәрменсіздіктің денсаулыққа тигізетін әсерін қолдау үшін кеңінен танымал.

4. Тиімділікті бағалау. Бұл жағдайда, егер белгілі бір мәселені шешуге бағытталған осы немесе басқа психологиялық араласу нәтижелі болған болса (денсаулық жағдайы жақсарады, мінез-құлқы өзгереді), демек, бұл проблеманы этиологиялық фактор деп санауға болады. Психосоматика саласында Д.Шпигель мен басқа да авторлардың зерттеуі (Шпигель және басқалар, 1989) қатерлі ісікпен ауыратын науқастарда терапияның тиімділігін бағалауға арналған. Бұл әдіс қауіпсіз және қауіпті мінез-құлқы факторларын анықтау үшін де қолданылады. Мәселе араласудың тиімділігін түсіну керек, сонымен қатар араласудың нәтижесіне жанама факторлардың әсерін үнемі ескеру қажеттілігінде жатыр.

5. Көрнекі талдау - бұл құрылымдалған дискурс (мәтін немесе баяндау), онда кейіпкерлер мен оқиғалар сюжет түрінде ретпен байланысады (Marks және басқалар, 2000). Ауызша әңгіме, жазбаша оқиға және белгілі бір әрекеттер тізбегі (құрылымы) баяндау ретінде қарастырылуы мүмкін. Баяндаудың маңызды белгілері:

- ол арқылы жасалынатын және берілетін жеке мағына;
- оның аудиторияға әсері,
- аудиториядан алған әсерін;
- бір немесе бірнеше сюжеттік желінің болуы;
- өзін-өзі тану сезіміне әсер ету;
- оған негізделген іс-қимыл стратегиясы;
- эстетикалық сипаттамалары.

Көрнекі талдау көбінесе аурудың субъективті мағынасын зерттеу, емдеу процесін талдау немесе кез-келген дағдарыстық жағдайларды еңсеру үшін қолданылады (қараңыз: Клейнман, 1988; Маттингл, 1998).

6. Фокустық топтар. Бұл әдіс кез-келген әлеуметтік топқа тән идеяларды зерттеу қажет болған кезде қолданылады. Ол көбінесе денсаулық психологиясында, мысалы, аурудың алдын-алудың жаңа бағдарламаларын жасау кезінде қолданылады.

## **ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ ТӘСІЛ ЖӘНЕ АУРУҒА ЖЕКЕ ТҮЛҒАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТІҢ ҚАТЫНАСЫ**

Психосоматикалық бағыт өз алдына дербес медициналық дисциплина болып табылмайы, ол тек себептердің әртүрлілігін ескеретін тәсіл. Адамзат эволюциясы өзгерумен қатар оның қоршаған ортаға психикалық бейімділігі бұзыла бастады. Адам мен оның қоршаған ортасының өзгеруімен қатар жаңа психологиялық белгілер мен синдромдар пайда болды.

Эволюция барысында адам өзіне тән биологиялық қабілетерімен қатар күш, икемділік, қозғалғыштық, терморегуляция қабілеті, сезімдердің белгілі бір сипаттамаларын дамыта алды. Адамның мінез-құлқының ежелгі инстинктивті бағдарламалары аштық, суық және жаулар мен жыртқыштардың шабуылына қарсы тұруға көмектесті.

Адамзат тарихында көптеген заттар өзгерді, ендігі кезекте олардан генетикалық қорғаныс бағдарламалары емес, енді қоршаған ортаға бейімделу, адамның күшіне қарағанда, оның ақыл-ой қабілетіне аса көп байланысты болды.

Бұл кезеңде адамға оның қаруы емес, сөзі қауіпті болды. Олар енді денені қорғауға жұмылдыруға шақырылмады, олар көбінесе басылып, әлеуметтік контекстке еніп, уақыт өте келе бұрмаланып, өздерінің қожайыны ретінде танылуды доғарады және жаудың қаруындағы, сөзбен айтқанда, адам санасында жойқын процестерді тудыруы мүмкін.

Психосоматикалық тәсілдің негізінде пациент тек ауру тасымалдаушысы болудан бас тартқаннан кейін басталады және толығымен қарастырылады. Сонда психосоматикалық бағытты депрессивті медицинадан «сауығу» мүмкіндігі ретінде қарастырылуы мүмкін.

Қазіргі түсініктерге сәйкес психосоматикалық аурулар мен бұзылуларға мыналар жатады:

1. Конверсия белгілері (conversion - конверсия, бір күйден екінші күйге ауысу). Невротикалық конфликт, соматикалық жауап пен өңдеуді қайта қарастырады. Симптом символдық сипатқа ие, симптомдарды айқындау, қақтығысты шешуге әрекет ретінде түсінуге болады. Конверсия көріністері негізінен ерікті қозғалысқа және сезім мүшелеріне әсер етеді. Мысал ретінде истерикалық паралич пен парестезия, психогендік соқырлық және саңырау, құсу және ауырсыну құбылыстары жатады.

2. Функционалды синдромдар. Бұл топқа негізінен «проблемалық пациенттердің» басым көпшілігі жатады. Олар жүрек-тамыр жүйесіне, асқазан-ішек жолдарына, тірек-қимыл жүйесіне, тыныс алу жүйесіне немесе генитурарлық жүйеге әсер етуі мүмкін, жиі түсініксіз шағымдардың түрлі-түсті көрінісімен келген. Ф. Александр бұл дене көріністерін эмоционалды стресстің белгілері жоқ деп сипаттайды және оларды органикалық невроздармен белгіледі.

3. Психосоматоздар - бұл тар мағынадағы психосоматикалық аурулар. Олардың негізінде қақтығыстық тәжірибеге алғашқы дене реакциясы, морфологиялық тұрғыдан органдарға сәйкес өзгерістермен қатар патологиялық бұзылулармен анықталады. Органикалық өзгерістердің әсерінен болатын ауруларды нағыз психосоматикалық аурулар немесе психосоматоздар деп атауға болады.

Алғашында 7 психосоматоз («holy seven») бөліп көрсетті: бронх демікпесі, ойық жаралы колит, маңызды гипертония, нейродерматит, ревматоидты артрит және ұлтабар ішек жарасы. Кейін бұл тізім кеңейтілді - қатерлі ісік, жұқпалы және басқа аурулар психосоматикалық бұзылуларға жатқызылды.

Психосоматикалық бұзылулардың патогенезі өте күрделі және мыналармен анықталады:

- 1) соматикалық бұзылулар мен ақаулардың спецификалық емес тұқым қуалайтын және туа біткен ауыртпалығы,
- 2) психосоматикалық ауытқуларға тұқымқуалау бейімділігі
- 3) нейродинамикалық ауытқулармен
- 4) жеке қасиеттері бойынша ерекшелік.
- 5) психикалық-травматикалық оқиғалар кезінде психикалық және физикалық күй;
- 6) қолайсыз отбасылық және жарақаттанушылық оқиғалардың басқа да әлеуметтік факторлар.

Аталған факторлар психосоматикалық бұзылулардың пайда болуына қатысып қана қоймайды, сонымен бірге адамды психоэмоционалды күйзелістерге осал етеді, психологиялық және биологиялық қорғанысты қиындатады, соматикалық бұзылыстардың пайда болуын ауырлатады.

Психосоматикалық медицина өткен ғасырдың еншісінде, алайда, бұл медицинада жаңа тұжырымдаманың пайда болуы туралы емес, ежелгі медицина қағидаларын қайта жандандыру, ауруға ерекше жеке құбылыс ретінде қарау, белгілі бір аурудың ағзасы мен жанның адамы ретіндегі медицинасы туралы.



Қазіргі психосоматикалық медицинаның тарихы психоаналитикалық тұжырымдамадан басталады. З.Фрейд Д. Брейеромен бірге эмоцияны «психикалық жарақат» пен «басылған эмоцияның» конверсия арқылы соматикалық симптом ретінде көрінуі мүмкін екенін дәлелдеді.

Фрейд «соматикалық дайындық» - «ағзаны таңдау» үшін маңызды қажет физикалық фактор екенін атап өтті. Қорқыныш сезімі және тұрақты нейро-вегетативті-эндокриндік сезім түрінде көрінетін эмоционалды реакция психологиялық және соматикалық сфералардың байланыстырушы буыны болып табылады.

Қорқыныш сезімін толығымен дамыту мазасыздану, өзгерістер және сымды физиологиялық механизмдердің алдын алады, әдетте бұл физиологиялық құбылыстар мен олардың патогендік әсерлерін азайтады, және мүлдем жоймайды.

Психологиялық қорғаныспен қоршалмаған, бірақ соматизациялау арқылы эмоционалды тәжірибе болған кезде, ол сәйкес орган жүйесіне әсер етеді, зақымданудың функционалды кезеңі психосоматикалық аурудың деструктивті-морфологиялық жалпылауынан асып түседі. Осылайша, психикалық фактор зиянды әсер етеді.

Соматикалық жүйенің өзгеруінде, қазіргі психосоматикада, ауру факторларының дамуын кешіктіруге мүмкіндік беретін бейімділігі ажыратылады. Аурудың дамуына серпін, өмірлік қиын жағдайлар болып табылады. Егер бүгінде біз психосоматикалық, биопсихоәлеуметтік ауру туралы айтатын болсақ, онда бұл тек «бейімділік - тұлғаның жағдайы» қатынасын көрсетеді.

Осылайша, психосоматикалық аурулардың себептерін қазіргі заманғы түсінуде олардың табиғатын түсіндіруде мультифактор факторы танылады. Соматикалық және психикалық, диспозициялар мен қоршаған ортаның әсері, қоршаған ортаның нақты жағдайы және оның субъективті өңдеуі, физиологиялық, психикалық және әлеуметтік әсерлері олардың жиынтығы мен компонентарлығында - осының бәрі психосоматикалық аурулардың өзара әсерлесуші факторлары ретінде айқындалады.

Психосоматикалық бұзылыстың негізі ретінде психологиялық қақтығыс идеясы психологиядағы психодинамикалық бағыт аясында жасалды.

XIX ғасырдың екінші жартысында жүргізілген гипноздық истерияға клиникалық-психологиялық талдау. психологиялық әсер ету механизмдерін зерттеу үшін ол аурудың дамуын тудырған жеке (эмоционалды конфликт) аясында танылмайтын психологиялық мазмұндағы клиникалық синдромның әсерінен соматикалық өзгерістерде тікелей көрініс табады деген болжамға алып келді.

3. Фрейдтің концепциясына сәйкес эмоция сана аймағынан шығарылады және осылайша жеткіліксіздіктен айырылады. Эмоциялар босатылған кездегі тұжырымдама бойынша олар созылмалы стресстің көзіне айналады және истерикалық белгілерді тудыруы мүмкін. Шешілмеген эмоционалды конфликттің энергиясы физикалық сфераға «ауысады» және символдық түрде көрінетін түрлену симптомдарының дамуына әкеледі. Эмоция депрессияға түсіп, бейсаналық жағымсыз сезімдерге ауысады. Алайда, әсерден туындаған энергетикалық стресс ешқайда жоғалмайды, (ішкі) жанжал энергетикалық резервуарға айналады, ал ауыр эмоционалды симптом, ауруды нәрлендіреді. Көрсетілген соматикалық азап пациентке басқалардың назарын аударады, бұл оның психикалық күйзелісін жеңілдетеді және травматикалық жағдаймен байланысты эмоционалды стрессті азайтады.

4. Фрейдтің конверсия тұжырымдамасы, истерия кезінде симптомдардың пайда болуын жеткілікті түрде түсіндіреді, бірақ бұл психикалық шамадан тыс жүктеме кезінде нақты соматикалық бұзылулардың пайда болу себептеріне қатысты емес.

1935 жылы Ф. Х. Данбар соматикалық бұзылулардың эмоционалды реакциялардың жекелеген түрлерімен байланысын зерттеу нәтижелерін жариялады, оған ерекше характеристикалық белгілері бар адамдар жүгінуді жөн көреді. Ол жанжалдың жеке тұлғада қалыптасқан белгілі бір соматикалық бұзылысқа бейімділігіне назар аударды.

1948 жылы Ф.Данбар тұлғалық профильдердің шоғырлануын аяқтады, онда ол проблемалық өмірлік жағдайларға эмоционалды реакциялар пациенттің жеке құрылымынан туындайтынын дәлелдей отырып, психологиялық жауапқа жаңа көзқараспен түсіндіреді.

Бұл тезистен дамымаған психологиялық қақтығыс нәтижесінде пайда болған әрбір соматикалық ауру белгілі бір сипатталған белгілер жиынтығымен және тұлғааралық өзара әрекеттесудің заңдылықтарымен байланысты деп қабылданды. Ол коронарлық, гипертониялық, аллергиялық және тұлғаның түрлеріне зиян келтіретінін анықтады.

Ф.Данбар дамудың психологиялық факторларының рөлін психосоматикалық бұзылулардың рөлін атқарды, алайда оның теориясы негізгі сұраққа жауап бере алмады:

Ф.Александр спецификалық психодинамикалық конфликттің теориясын ұсынды. Ол әр бір эмоционалды жағдай вегетативті бұзылулар мен аурулардың белгілі бір түріне тән деп санайтын нақты психодинамикалық қақтығысын көрсетті. Вегетативті невроз - бұл тұрақты немесе кезеңді түрде пайда болатын эмоционалды күйлер ұсынған теорияға ішкі ағзалардың физиологиялық реакциясы. Осылайша, вегетативті невроздың белгілері репрессияға ұшыраған сезімнің көрінісі емес, бірақ белгілі бір эмоционалды жағдайлардың физиологиялық сүйемелденуі.

Ф.Александр бақылауларының нәтижесінде «психогендік органикалық бұзылыс» ұғымын тұжырымдайды және осы бұзылулардың даму кезеңдерін анықтайды:

1. Автономдық функцияның эмоционалды басылуының созылмалы және (немесе) шамадан тыс сипаты «органикалық невроздың» пайда болуына әкеледі. (Ф.Александр осы тұжырымдамада ішкі ағзалардың функционалдық бұзылыстарын, қоздыру себептерін немесе ішінара жүйке импульсі болып табылады, олар эмоционалды процестердің нәтижесінде пайда болады).

2. Функционалды созылмалы ауру біртіндеп ұлпалардың өзгеруіне және органикалық сипаттағы қайтымсыз ауруға алып келеді.

Ф.Александр элеуметтік өмірдің күрделілігіне байланысты сыртқы әлеммен байланыс нәтижесінде күнделікті тіршілік процесінде пайда болатын эмоционалды қақтығыстар жайлы атап өкен. Өмір мен ауру проблемаларына психосоматикалық көзқарас адамның ішкі физиологиялық процестері мен элеуметтік қатынастарының синтезін жүзеге асырады. Науқастың өмірін мұқият талдау функционалдық бұзылуларға әкелетін өзгерістерге әкелмес бұрын ерте функционалдық бұзылулардың көздерін анықтауы мүмкін.

А.Радченко көптеген созылмалы бұзылыстарды аурудың келесі көздерін анықтайды:

1. Ішкі жанжал, яғни адамның саналы және бейсаналық бөлімдерінің жанжалдары, жекпе-жек олардың біреуінің екіншісін жойып жіберетін «жеңісіне» алып келеді. Бұл екі бөлік те таразы тәрізді, бір-біріне қарама-қайшылықты түрде ауысады.

2. Мотивация немесе шартты пайда Бұл өте маңызды себеп, себебі көбінесе бұл симптом пациент үшін пайдалы.

3. Екінші адамның ұсыныс әсері. Көбінесе балалар, сырттан көрген теріс көзқарастарға сәйкес келетін мінез-құлықты көрсете бастайды, кейіннен бұл мінез өзгеріске түссе де, автоматты түрде ересек кезеңге өтеді.

4. «Сөйлеудің органикалық элементтері». Физикалық тұрғыда айылған сөз ауырудың алғышарты болып табылуы мүмкін. Көбінесе адам өзін-өзі ауруға бағдарламалайды. Мұндай сөздерге: «жүрегім ауырады.., көрсем көзім шықсын..., аяғым баспас..» деген сияқты командалар саналы деңгейде қабылданады және нақты белгілерге айналуы мүмкін.

5. Идентификация, идеал, біреуге ұқсауға тырысу,. Бірақ үнемі басқаларға еліктеп, адамды өз денесінен ажырау сияқты. Әрдайым оғаш «аурада» өмір сүру арқылы ақырында осыдан зардап шегеді.

6. Өзін-өзі жазалау. Егер адам қандай-да бір әрекетті өз көзқарасы бойынша дұрыс жасамаса, және сол үшін өзін-өзі жазалауы көптеген травмалар мен соматикалық бұзылулардың жиі кездесетін себебі болып табылады.

7. Өткеннің ауыр, травматикалық тәжірибесі. Көбінесе бұл ерте жастағы психикалық жарақаттар.

Көп жағдайда психосоматикалық науқастарда өзінің сезімін, ішкі қарама-қайшылықты, уайымын жеткізу қиынға соғады. Олардың осы мақсаттарға арналған сөздік қоры ішкі сезімдерін білдіру қабілеті сияқты нашар.

Белгісіз сезім физиологиялық стрессті тудырады, соматикалық деңгейде өзгеруге әкеледі. Нормалар мен ережелерді қатаң сақтау шындықты сенсорлық түрде қайта құру мүмкіндігін алмастырады. Бұл адамдардың қоғамдық өмірі үшін жеткілікті, ауруды басу немесе адам саналы түрде жеңе алмау немесе бейсаналықпен жеңе алмау арасындағы тепе-теңдікті сақтауға тырысқанда адам жасайтын ымыраға байланысты. ауру көбінесе құндылықтар мен қауіптердің ауқымы болып табылады. Бұл жағдайда ауру бейімделу әдісіне айналады, оның көмегімен адам өзара әрекеттестікте тепе-теңдікті сақтай алады.

Д Энджел 1959 жылы «пациенттің бейімділігі» теориясы концепциясын ұсынды. Созылмалы ауыруы бар науқастардың анамнезінде жарақаттану оқиғаларының көп болатындығын ескере отырып, «биосоциалды қажеттіліктер» терминін «екінші пайдасын» білдіретін адам ретінде белгілеп, осы қажеттіліктерді жүзеге асыруға мүмкіндік берді. «Масочистік өзін-өзі елемей» деп аталатын, кейде өзін-өзі бүлдіретін мінез-құлықтың қанағаттанбаған созылмалы ауыруы бар, басқалардың барлық талаптарын өзіне зиян келтіруді қалауымен туындаған кейде мұндай науқастардың ерекшелігі ретінде қарастырылады.

А.М. Васютин психосоматозда екінші реттік пайда алудың 4 нұсқасын атайды:

1. «Өзгелерге қарсы семсер». Бұл жағдайда ауру адам шабуыл арқылы өзі тәуелді адамдарды жазалайды немесе олардың мінез-құлқына наразылық білдіреді. Ол басқаларды жиі азап шегуге әкеледі, бірақ өзі одан да көп зардап шегеді,

2 «Өзіне қарсы семсер» Бұл опция көбінесе адам өзін моральдық себептермен жасай алмайтын кез-келген әрекеті үшін кінәлаған кезде көрінеді. Ал шабуыл дегеніміз - аурудың көмегімен өзін-өзі жазалау.

3. «Басқаларға қарсы қалқан». Бұл жағдайда ауыру ( әдетте ауру құбылыс ретінде) адамға өзін шынымен жасағысы келмейтін нәрсені жасау қажеттілігінен босатуға мүмкіндік береді.

4. «Өзіне қарсы қалқан». Бұл жағдайда ауру жеке қалаудың шектеуі ретінде қолданылады, бұл жеке құндылықтар масштабымен сәйкес келмейтін әрекеттерге әкелуі мүмкін.

И.Г Малкин-Пих аурудың себептері мен мағыналарының негізгі бес бағытын анықтайды. Кез-келген ауру:

- 1) жағымсыз жағдайдан немесе күрделі мәселені шешуге «рұқсат береді»;
- 2) қамқорлықты, сүйіспеншілікті, басқалардың назарын алуға мүмкіндік береді;
- 3) энергияны қайта бағыттау немесе жағдайды түсінуіңізді қайта қарау үшін «жағдай жасайды»;
- 4) тұлға ретінде қайта бағалауға немесе әдеттегі мінез-құлық стереотиптерін өзгертуге ынталандыруды қамтамасыз етеді;
- 5) басқалардың жоғары талаптарын қанағаттандыру қажеттілігін «болдырмайды».

Осылайша, ауру азап пен ауыруды білдіретіндігіне қарамастан, ол көбінесе адамда кездесетін кейбір мәселелерді шешуге көмектеседі.

## СОЗЫЛМАЛЫ СОМАТИКАЛЫҚ АУРУДЫҢ АДАМНЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУЫНЫҢ ТАБИҒАТЫНА ӘСЕРІ

Отандық медианада ауру адамның психологиясына әрдайым ерекше назар аударылған.

Клиникалық медицинасының басқа классиктері: М.Я.Мудро, З.П. Боткин, Г.А. Захаркин, Н.И. Пирогов аурудың емес, пациенттің емдеу принциптерін нақты дәлелдеді. Сеченовтың зерттеулері медициналық психологияның, демек пациенттің психологиясының қалыптасуында үлкен рөл атқарды.

Кейіннен кеңес кеңесшілері мен психологтары Р.А. Лурия, Е.А.Шевалев, Е.К. Краснушкин, В.И. Мящев, Л.Л. Рохлин осы мәселелерді зерттеуде үлкен үлес қосты және соған қарамастан пациенттің психологиясының көптеген сұрақтары қазіргі уақытта өзекті болып қала береді.

Кейде маман дәрігердің назары аурудың көріністеріне аударылады, пациенттің өзіндік ерекшелігі жеткіліксіз бағаланады. Біз пациенттің психологиясын аурудың субъективті көрінісі, оның идеяны интрапсихологиялық өңдеуі ретінде түсінеміз, басқаша айтқанда, бұл пациенттің соматикалық қайғы-қасіретін, оған деген көзқарасын және оның нәтижесіне, отбасына, туыстарына, әлеуметтік және еңбек қызметіне, қоршаған ортаға баға беру. Науқастың психологиясында дәрігер үшін ең бастысы - ауруға деген көзқарас, бүкіл организмнің және оның реакциясының ерекшеліктері.

Соматикалық және психологиялық құбылыстар сапалық жағынан әр түрлі болса да, нақты адамның әртүрлі жақтары болып табылады және мұндай проблеманы зерттеуде осы жақтарды бір-бірінен бөліп жару түбегейлі дұрыс емес болып көрінеді.

Бұл жайында өткен ғасырдың 30-жылдарында кеңес клиника Р.А. Лурия «Аурудың және ятрогенді аурудың ішкі көрінісі» еңбегінде көрсеткен. Оның соматикалық кітабының біртұтастығын қазіргі заманғы отандық зерттеушілер П.В.Бассин: Г.В. Морозов, Г.И. Царегородцев және басқалар дәлелдеген.

Ф.В.Бассин психосоматика мәселесіне көп көңіл бөлді. Ол аурудың дамуы мен оны еңсеру проблемасында психосоматикалық тәсілді дамытты, ол адамның ауруда тұтастығын ескере отырып, патологиялық құбылыстарды қарастырумен сипатталады. Жедел созылмалы соматикалық ауру адам дамуының бүкіл әлеуметтік жағдайын айтарлықтай өзгертеді. Ол өзінің іс-әрекетін жалпы психологиялық мүмкіндіктерінің деңгейін өзгертеді, адамның өмірдегі объективті орнын, сол арқылы оның өмірдің барлық жағдайларына қатысты «ішкі позициясын» өзгертеді.

Соматикалық пациенттің тағы бір маңыздылығы - адамның психикалық ұйымның қалыптасқан белгілері бар жағдайды дамытудың әлеуметтік жағдайының жаңа өмірлік құрамдас бөлігіне кіруі: алдын-ала танылмайтын танымдық қабілеттердің белгілі бір деңгейі, мотивациялық жеке құрылым, адамның мүмкіндіктері мен үміттерін бағалаудың белгіленген деңгейі.

Ауру адам өмірінің барлық болашағын, мінезін өзгерте алады. оның болашақ бағдары. Пациенттермен жұмыс тәжірибесі көрсеткендей, олар үшін болашақ көбінесе белгісіз болады, нақты құрылымын жоғалтады, ал кейбір жағдайларда ол қазіргі жоспарлар мен үміттерге сәйкес келмейтін жағдайы нашар науқастың алдында жүреді.

Соматикалық ауру жағдайындағы әлеуметтік даму жағдайын талдаудың тағы бір бағыты - аурудың әлеуметтік салдарын, адамның кәсіби және отбасылық жағдайын зерттеу. Кәдімгі кәсіби қызметтен мәжбүрлеп бас тарту, осының бәрі науқастың психикалық келбетін түбегейлі өзгертеді.

Сонымен, дамудың жаңа әлеуметтік жағдайы пациенттің белсенді ішкі «жұмысының» тақырыбына айналады, оның нәтижесінде адамның жаңа ішкі позициясы қалыптасады, оның мазмұны мен динамикасы тұлға құрылымындағы негізгі семантикалық өзгерістерді көрсетеді.

Дамудың жаңа әлеуметтік жағдайы адамда тағдыр үшін жағымды психологиялық неоплазмалардың (компенсаторлық бейімделу көріністері түрінде), сондай-ақ бүкіл психикалық келбеттің нашарлауы мен нашарлауына, әлеммен байланысының таралуына және т.б. тенденциясы бар жағымсыз психикалық белгілерге айналуы мүмкін. Соңғысы науқастың невротикалық, психологиялық немесе патогендік дамуы туралы медициналық әдебиеттерде.

«Дамудың әлеуметтік жағдайын» өзгерту туралы сөз болғанда, әр дене кемістігі тек қана соматикалық ауруға шалдыққан жасөспірімге байланысты жіктеліп қана қоймайды, ол адамның дүниеге деген көзқарасын өзгертеді, бірақ, ең алдымен, адамдармен қарым-қатынасқа әсер етеді. Органикалық ақау немесе орынсыздық мінез-құлықтың әлеуметтік ауытқуы ретінде көрінеді».

Осылайша, науқастың психикасындағы өзгерістерді зерттеу үшін ауру жағдайындағы әлеуметтік даму жағдайын қарастыру қажет. Оның негізгі компоненттері: психиканың преморбидті ерекшеліктері; аурудың негізгі әлеуметтік салдары, науқастың ішкі жағдайының жағдайға байланысты өзгеруі.

Соматикалық аурудың адамның психикалық саласына әсері туралы бүгінде не белгілі?

Соматикалық түрде жиынтыққа медициналық психологияда ең өзекті мәселе аурудың ішкі көрінісі болып қала береді, оны Р.А. Лурия екі негізгі деңгейді анықтады: сенситивті яғни сезіну мен түйсіну және ауру адамның өз жағдайын бақылау ойлары.

Р.А.Лурия зияткерлік деңгей, патологиялық процестердің жүруіне үлкен әсер етеді деп санайды. В.Николаева аурудың ішкі көрінісінің төрт деңгейін анықтады:

1. Сенситивті деңгей- сезімтал деңгейі
2. Эмоционалды деңгей - бұл ауруға дегенәртүрлі белгі беру.
- 3.Интеллектуалды деңгей-пациенттің ауру туралы ой көріністері
- 4.Мотивациялық деңгей-өз ауруына деген қатынас.

А.Р. Конечный мен М.Бухал «Медицинадағы психология» (Прага, 1974) еңбегінде келесі деңгейлерді бөледі:

1. Сенситивті деңгей - жергілікті ауырсыну, бұзылулар.
2. Эмоционалды-эмоционалды көңіл күй.
3. Жігерлі-Ауырсынуды жеңуге деген күш-жігер.
4. Ауруды рационалды, ақпараттық - бағалау.

Аурудың ішкі көрінісінің көптеген құрылымдарының ішінде Т.Н. Резникова және В.М.Смирнов ұсынған құрылым маңызды. Олар аурудың ішкі көрінісін нейрофизиологиялық жағынан зерттеп, «аурудың церебральды ақпараттық өрісі» (АЦАӨ) тұжырымдамасын ұсынды, ол осы ауруға қатысты барлық ақпарат негізінде қалыптасады. Бірақ АЦАӨ-нің негізінде «аурудың ақпараттық өрісінің психологиялық аймағы» құрылады, ол екі блоктан тұрады:

1. Сенсорлық-эмоционалды блок, оның қалыптасуы аурудан туындаған әсерлер мен тәжірибелердің әсерінен пайда болады.

2. Науқастың аурудың белгілерін түсіндіру үшін жасайтын түсініктері бар логикалық блок.

Сонымен қатар, авторлар аурудың ішкі көрінісінің толық моделі аурудың логикалық, семантикалық және эмоционалды қарым-қатынас жүйесі жасалынған кезде жасалады деп атап көрсетеді.

В.Е. Каганның бұл проблемаға көзқарасы да қызықты. Ол «денсаулықтың ішкі көрінісі» туралы жаңа тұжырымдаманы енгізеді, сондықтан аурудың ішкі көрінісі «ауру» ұғымымен ғана емес, сонымен бірге «денсаулық» ұғымымен де байланысты.

В.Е. Каган «денсаулық» деген «аурудың» керісінше екенін айтады, бірақ бұл физиологиялық, статистикалық және жеке нормалардан ауытқудың көрсеткіші.

Жеке адамның нормасы - қандай-да бір жолмен, денсаулықтың қазіргі жағдайымен не байланысты екенін біледі. Адам өзін ауру деп санайды, тек оның жай-күйі туралы тәжірибесі оның «денсаулығының ішкі көрінісіне» сәйкес келмейтін болса, және, керісінше, денсаулық туралы идеялар патологиялық жағдайлардың кең спектрін қабылдауы мүмкін».

Жоғарыда айтылғандар жағдайды толығырақ қарастыруға мүмкіндік береді, сонымен қатар денсаулық мәдениеті мен денсаулықтың жеке ішкі көрінісі мәселесін шешуге болады. Аурудың ішкі көрінісінің ерекшелігі - бұл ауруға деген реакциялардың түрлерін қамтиды, әр түрлі авторлар бұл реакциялардың жіктелуін өзінше ажыратады:

1. Қалыпты реакция - яғни науқастың жағдайына немесе ауру туралы оған не айтылғанына сәйкес келеді.

2. Немқұрайлы реакция - науқас аурудың маңыздылығын ескермеуі

3. Жоққа шығару реакциясы - науқас өз ауруына назар аудармауы.

4. Ипохондриялы реакция - науқас өзін ауырумын деп есептейді және толық назарында ұстайды.

5. Нозофобиялы реакция - науқас аурудан қорқып, әртүрлі дәрігерлерге бірнеше рет қаралуы.

6. Нозофильді реакция - ауруды қабылдаған сезімде, өзін тыныштандыру.

А.В. Квасенко, Ю.Г.Зубарев «Науқастың психологиясы» еңбегінде реакцияның төрт түрін ажыратып көрсетеді:

1. Нормосоматогноз – науқастың өз жағдайын дұрыс бағалау.

2. Гипероматогнозия - аурудың белгілерінің маңыздылығын асыра бағалау.

3. Гипосоматогнозия - аурудың қиындығын бағаламау.

4. Диссоматогнозды - аурудың болуын теріске шығару.

Жоғарыда келтірілген жауаптардан басқа, олар депрессиялық, фобикалық, истерикалық, гипохондриакальды белгілер байқалатын патологиялық түрді ажыратады. Аурудың реакцияларының мұндай әртүрлілігі аурудың ішкі көрінісін қалыптастыру көптеген факторларға байланысты болатындығын болжайды.

В.В. Николаев пациенттің алдын-ала ойдан шығарылған жеке басының маңыздылығын және оның өмірлік жағдайының өзектілігін көрсетеді. А.Р. Конечный, М. Букал аурудың табиғаты туралы, аурудың пайда болу жағдайлары туралы және алдын-ала қауіпті тұлға туралы (жасы, сезімталдық деңгейі, құндылық темпераменті, әлеуметтік мәртебесі) туралы айтады. В.А. Ташлыков «Сауығу процесінің психологиясы» еңбегінде аурудың ішкі көрінісін қалыптастыру жетекші және ішкі жүйелерге, сондай-ақ өтемақыны қорғаудың тетіктеріне байланысты деп айтады.

Осылайша, аурудың ішкі көрінісін қалыптастыру, адамның орналасқан ішкі және сыртқы жүйелерінің барлық аймақтарына байланысты деп айта аламыз. Ол әртүрлі деңгейлерден тұрады және каузальды көріністерге ие, олардың арасында эмоционалды деңгей мен оның көріністеріне ерекше орын беріледі.

Ауру пайда болған кезде науқастың жеке басы өзгереді. Ауру алдыңғы өмірлік мақсаттарға қол жеткізуге кедергі ретінде сипатталады, және осы кезеңде денсаулықты сақтау - бұл әдеттегі әрекетті жалғастырудың қажетті әдісі.

Пациенттерде ұзақ уақыт емделу кезінде күтілетін нәтижелер моделінің сәйкес еместігі байқалады. Сондай-ақ мүдделердің тарылуы және ауыр жағдайға толықтай көшу бар. Науқастар ашуланшақ, жанжалға айналады, әртүрлі медициналық манипуляцияларға теріс қатынаса бастайды, және олардың айналасындағылардың бәрі емдеу процесіне көмектесе ме, жоқ па деген тұрғыдан бағалана бастайды.

Әрине, бұл мінез-құлықтың ауырлығына науқастың жеке ерекшеліктері әсер етеді, бірақ, дегенмен, мұндай реакциялар пациенттердің көпшілігінде байқалуы мүмкін. Эмоционалды деңгейдің өзгеруі, әрине, адамның психикалық дамуына әсер етеді. «Мұндай қайта құрылымдаудың алғашқы белгісі - бұл сапалы эмоционалды жағдайдың пайда болуы.» Көшбасшылық - өмірді сақтауға себеп. Кез-келген соматикалық ауру - бұл

адамның психикалық жарақаты. Жасөспірім, ересек адам сияқты, оның ауруының ауырлығын біле алады, аурудың ауырлығы соғұрлым нақты болады, және одан қорқу пайда болады.

Жасөспірімдерде созылмалы ауру жағдайында (кіші балалармен салыстырғанда) гипохондриалы реакцияға дайындық бар, невротикалық бұзылулар, истерикалық және гистериформалық бұзылулар пайда болады. Әдетте, баланың созылмалы аурулары патологиялық тұлғаның қалыптасуымен бірге жүреді.

Ұзақ уақытқа созылатын соматикалық ауру балалардағы жалпы және психикалық дамудың кешеуілдеу көзі болып табылады. Көбінесе жалпы психикалық тонусын төмендететін тұрақты астения эмоционалды-еріктік саланың бұзылуына әкеледі.

## **ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ АНЫҚТАМАСЫ ЖӘНЕ ЖІКТЕЛУІ**

Психосоматикалық қатынастар мәселесі қазіргі медицинаның ең күрделі мәселелерінің бірі болып табылады, дегенмен психика мен соматика арасындағы тығыз байланыс бірнеше ғасырлар бойы Гиппократ пен Аристотель дәуірінен бері байқалып, зерттелген. 1818 жылы Лейпцигтегі неміс дәрігері Дж. Гейнрот «психосоматикалық» деген ұғымды қолданды. Оған қатысты сөздер: «Ұйқысыздықтың себептері әдетте психикалық-соматикалық болып табылады, алайда өмірдің әр саласы оған жеткілікті себеп болуы мүмкін». «Психосоматика» термині жалпы қабылданған медициналық лексиконға бір ғасырдан кейін енген.

Психосоматикалық бұзылыс - пайда болуы мен дамуы негізінен нейропсихикалық факторлармен, өткір немесе созылмалы психологиялық жарақат тәжірибесімен, адамның эмоционалды реакциясының ерекшеліктерімен байланысты ішкі ағзалар мен жүйелердің дисфункциясы.

Ең көп таралған түсіндіруде психосоматикалық бұзылулар психикалық факторлардың пайда болуында да, олардың жай-күйінде де соматикалық (физикалық) азаптың жоғарылауы немесе азаюын білумен сипатталады. Осылайша, қолданыстағы физикалық ауруды психосоматикалық деп жіктеу критерийі уақыт өте келе осы физикалық бұзылыстың пайда болуымен немесе шиеленісуімен байланысты болатын қоршаған ортадан психологиялық маңызды ынталандырудың болуы болып табылады. Психосоматикалық бұзылулар туралы бұл түсінік кең деп саналады, өйткені олардың құрамына ішкі жүйелер мен жүйелер функциясының барлық бұзылыстары кіреді, олардың пайда болуы мен дамуы нейропсихикалық факторлармен, өткір немесе созылмалы психологиялық жарақат тәжірибесімен немесе адамның қоршаған ортаға жеке және эмоционалды әсер ету ерекшеліктерімен тығыз байланысты.

Қатаң түрде айтсақ, психосоматикалық бағыт тәуелсіз медициналық тәртіп емес - бұл аурудың пайда болуына себеп болатын әр түрлі себептерді ескеретін тәсіл. Демек, адаммен толықтай жұмыс істеуге мүмкіндік беретін әртүрлі әдістер мен әдістер. Дәрігердің жұмысында тұтастық идеясының жоғалуына әкелген медициналық мамандықтар мен адамға деген көзқарастардың бір-бірінен алшақтығы болды. Бұл проблеманың себептері бар, ең алдымен - медициналық ғылымдағы талдау әдісі. Қазіргі уақытта медицинада 10 мың симптомдар мен нозологиялық нысандар сипатталған, адам ауруларын сәтті жеңу үшін үш жүзден астам медициналық мамандықтар бар.

Адам эволюциясы процесінде оның психикасының қоршаған ортаға бейімделуінің әмбебап механизмі біртіндеп бұзылды. Адам мен оның қоршаған ортасының психологиясының өзгеруімен қатар жаңа психологиялық симптомдар мен синдромдар пайда болды және қолданыстағы психологиялық белгілер мен синдромдар көбейді. Эволюция барысында адам биологиялық түр ретінде өзіне тән сезім органдарының белгілі бір сипаттамаларын, икемділігін, қозғалғыштығын, терморегуляция қабілеттілігін алды.

Адамның мінез-құлқының ежелгі инстинктивті бағдарламалары аштық, суық, жаулар мен жыртқыштардың шабуылына қарсы тұруға көмектесті.

Адамзат тарихының дамуымен генетикалық қорғау бағдарламалары жоқ жүктемелер өзгерді, ал қазір қоршаған ортаға бейімделу адамның ақыл-ой қабілетіне оның бұлшықеттерінің күшіне, сүйектер мен сіңірлердің күшіне және жүгіру жылдамдығына байланысты болады. Бұл жаудың қаруы емес, қауіпті болды, бірақ сөз. Бастапқыда денені қорғаныс үшін жұмылдыруға арналған адамның эмоциясы қазір жиі басылып, әлеуметтік контекстке еніп, уақыт өте келе бұрмаланып, өздерінің қожайыны ретінде танылуды доғарады және денеде жойқын процестер тудыруы мүмкін (Радченко, 2002).

Психосоматикалық тәсіл пациент тек ауру органның тіреушісі болудан бас тартқан кезде басталады және толығымен қарастырылады. Сонда психосоматикалық бағыт иесіздендірілген медицинадан «сауығу» мүмкіндігі ретінде қарастырылуы мүмкін.

Заманауи тұжырымдамаларға сәйкес келесі бұзылулар психосоматикалық аурулар мен бұзылулар деп аталады.

1. Айырбастау белгілері. Невротикалық қақтығыс екінші соматикалық жауап пен өндеуді алады. Симптом символдық сипатқа ие, белгілерді демонстрацияны қақтығысты шешуге әрекет ретінде түсінуге болады. Айырбастау көріністері негізінен ерікті моторика мен сезім мүшелеріне әсер етеді. Мысалдар - истерикалық паралич және парестезия, психогендік соқырлық және саңырау, құсу, ауырсыну құбылыстары.

2. Функционалды синдромдар. Бұл топқа жүрек-қантамыр жүйесіне, асқазан-ішек жолдарына, тірек-қимыл жүйесіне, тыныс алу жүйесіне немесе генитурия жүйесіне әсер етуі мүмкін жиі түсініксіз шағымдардың кездесетін «проблемалық емделушілердің» басым көпшілігі кіреді. Дәрігердің осы симптоматологияға дәрменсіздігі, басқалармен қатар, осы шағымдарды білдіретін әртүрлі тұжырымдамалармен түсіндіріледі. Көбінесе мұндай пациенттерде белгілі бір органдардың немесе жүйелердің функционалды бұзылыстары бар; кез-келген органикалық өзгерістер анықталмайды. Айырбастау симптомдарынан айырмашылығы, жеке симптом дене қызметінің бұзылуының спецификалық емес салдары бола отырып, ерекше мағынаға ие болмайды. Александр бұл дене көріністерін белгілері жоқ эмоционалдық стресстің сүйемелдеу белгілері ретінде сипаттап, оларды органның невроздары деп атады.

3. Психосоматоз - тар мағынадағы психосоматикалық аурулар. Олар ең алдымен ағзадағы морфологиялық тұрғыдан қалыптасқан өзгерістермен және патологиялық бұзылулармен байланысты жанжал тәжірибесіне дене реакциясына негізделген. Сәйкес бейімділік орган таңдауға әсер етуі мүмкін. Органикалық өзгерістерге байланысты ауруларды әдетте нағыз психосоматикалық аурулар немесе психосоматоз деп атайды. Бастапқыда жеті психосоматоз («қасиетті жеті») бөлінді: бронх демікпесі, ойық жаралы колит, маңызды гипертензия, нейродерматит, ревматоидты артрит, ұлтабар, гипертиреоз.

Кейінірек бұл тізім кеңейтілді - психосоматикалық бұзылуларға қатерлі ісік, жұқпалы және басқа да аурулар кіреді.

4. Эмоционалды және жеке реакцияның және мінез-құлықтың ерекшеліктерімен байланысты психосоматикалық бұзылулар - жарақат алу үрдісі және өзін-өзі бұзатын мінез-құлықтың басқа түрлері (алкоголизм, нашақорлық, темекі шегу, семіздікпен ауырып қалу және т.б.). Бұл бұзылулар адамның мінез-құлқынан және оның тәжірибесінен туындайтын, мінез-құлыққа әкелетін белгілі бір көзқарастан туындайды, нәтижесінде денсаулық жағдайы бұзылады. Мысалы, жарақатқа бейімділік қасиеттері дәлдікке, мұқияттыққа қарама-қайшы келетін адамдарға тән. Азық-түлік тұтынудың артуы беделдің, әлеуметтік жағдайдың немесе ауыстырудың, наразылықтың орнын толтырудың көрсеткіші деп түсінуге болады.

Психиканың әсері адамның кез-келген ауруына жол береді және мүмкін, сондықтан психосоматикалық медицина ешқашан тек психосоматозды зерттеумен шектелмеген. Медициналық практиканың принципі ретінде психосоматикалық тәсіл кез-келген соматикалық аурулардың пайда болуы мен жүруіне және осы факторларды ескере отырып



пациенттерді психотерапевтикалық емдеуге психоэмоционалдық факторлардың әсерін егжей-тегжейлі зерттеуден тұрады. Алайда медицинадағы психосоматикалық бағыт туралы қазіргі заманғы түсінік психологиялық механизмдер мен аурудың пайда болу және жүру факторларын зерттеуден, психикалық стресс факторының табиғаты мен белгілі бір мүшелер мен жүйелердің зақымдануы арасындағы байланысты іздеуден тұрады.

«Психосоматика» сөзі күнделікті өмірде де, ғылыми әдебиеттерде де жиі қолданылатынына қарамастан, бүгінде бұл терминнің бірде-бір анықтамасы жоқ. Жалпы, оның мағынасы оның құрамына кіретін сөздерден (жан мен денеден) туындайды. Бір жағынан, бұл термин психика мен дене функцияларының арақатынасын белгілейтін ғылыми бағытты білдіреді, психологиялық тәжірибенің ағза функциясына қалай әсер ететінін, тәжірибе белгілі бір ауруларды тудыруы мүмкін екендігін зерттейді. Екінші жағынан, «психосоматика» термині психикалық және дененің өзара әсерімен байланысты бірқатар құбылыстарды, соның ішінде бірқатар патологиялық бұзылуларды білдіреді. Үшіншіден, психосоматика психосоматикалық бұзылуларды емдеуге бағытталған медицинаның бағыты ретінде түсініледі («психосоматикалық медицина»).

Физикалық және психикалық алшақтықты жоюға ұмтылатын ғылым ретінде психосоматикалық медицинаны құру барысында психосоматикалық аурудың қатаң бір сызықты моделі құрылды. Кейіннен бұл аурудың көп факторлы ашық моделіне әкелген физикалық және психоэмоционалдық факторлардың өзара әрекеттесуінде кез-келген аурудың пайда болу мүмкіндігі туралы идеямен алмастырылды. Осы жағдайға байланысты интегралды психосоматикалық тәсіл психосоматикалық бұзылулардың тар шеңберінің проблемасын алмастырды.

Психосоматикалық бұзылулардың патогенезі өте күрделі анықталады:

- спецификалық емес тұқым қуалайтын және туа біткен ауыртпалық соматикалық бұзылулар және т.б. ақаулар;
- психосоматикалық бұзылуларға тұқым қуалайтын бейімділік;
- нейродинамикалық ауысулар (орталық жүйке жүйесінің бұзылуы);
- жеке сипаттамалары;
- жарақаттану оқиғалары кезіндегі психикалық және физикалық жай-күй;
- қолайсыз отбасы және басқа да әлеуметтік факторлардың фондары;
- жарақаттану оқиғаларының ерекшеліктері.

Аталған факторлар психосоматикалық бұзылулардың пайда болуына қатысып қана қоймайды, сонымен бірге адамды психоэмоционалды стресстен осал етеді, психологиялық және биологиялық қорғауға кедергі келтіреді, басталуды жеңілдетеді және соматикалық бұзылыстардың ағымын нашарлатады.

Ұзақ және тұрақты алаңдаушылық, нейро-вегетативті-эндокриндік өзгерістер және қорқыныш сезімі түрінде көрінетін эмоционалды реакция психологиялық және соматикалық сфералар арасындағы байланыс болып табылады. Қорқыныш сезімінің толық дамуына қорғаныш физиологиялық механизмдер кедергі жасайды, бірақ әдетте олар бұл физиологиялық құбылыстар мен олардың патогендік әсерлерін толығымен жоюдың орнына, азайтады. Бұл процесті тежеу деп санауға болады, яғни психомоторлы және ауызша мазасыздық немесе дұшпандық сезімдер орталық жүйке жүйесінен келетін ынталандырғыштар вегетативті жүйке жүйесі арқылы соматикалық құрылымдарға бөлініп, демек, әртүрлі патологиялық өзгерістерге әкелетін жағдай. орган жүйелері.

Психологиялық қорғаныспен қоршалмаған, бірақ соматтандырылған, тиісті орган жүйесіне әсер ететін эмоционалды тәжірибе болған кезде зақымданудың функционалды кезеңі соматикалық жүйеде деструктивті-морфологиялық өзгерістерге ауысады, психосоматикалық аурудың жалпылануы жүреді. Осылайша, психикалық фактор зиянды әсер етеді.

Психосоматикалық ауруларға денсаулығына зиян келтіретін, этиопатогенезі тәжірибенің шынайы соматизациясы, яғни психикалық қорғаусыз соматизация болып табылатын денсаулық бұзылыстары жатады.

Қазіргі психосоматикада бейімділік, аурудың дамуына жол беретін және кешіктіретін факторлар ажыратылған. Бейімділік - туа біткен (мысалы, генетикалық анықталған) және белгілі бір жағдайларда мүмкін органикалық немесе невротикалық ауру түрінде болатын дайындық. Мұндай аурудың дамуына түрткі болып өмірлік қиын жағдайлар табылады. Егер невротикалық немесе соматикалық аурулар байқалса, онда олар өздерінің заңдылықтарына сәйкес дамиды, алайда олар қоршаған орта факторларымен тығыз байланысты. Созылмалы аурулардағы аурудың дамуына ықпал ететін факторлардың маңызы жақында ғана белгілі болды. Кез-келген жағдайда, психосоматикалық және невротикалық ауруларды диагностикалау үшін оның пайда болуының ситуациялық сипатын түсіну қажет. Психосоматикалық бұзылулардың болуы туралы мәлімдеме негізгі диагнозды теріске шығаруға әкелмейді. Егер бүгінде олар психосоматикалық, биопсихоәлеуметтік ауру туралы сөйлесе, онда бұл тек бейімділік - тұлға - жағдайдың байланысын көрсетеді.

Өзінің қоршаған ортамен үйлесімді қарым-қатынаста болған адам аурудың алдын алып, соматикалық және психикалық күйзелістерге төтеп бере алады. Алайда, өмірде жеке өмірге қатысты проблемалар кездеседі, олар белгілі бір өмірлік жағдайларда жағымсыз сезімдер мен өз-өзіне күмән тудырады. Эмоционалды депрессианы көрсеткен пациенттердің психосоматикалық ауыртпалығы олардың жағдайын дұрыс бағалай және сипаттай алмайды.

Осылайша, психосоматикалық аурулардың патогенезін қазіргі түсінуде олардың табиғатын түсіндіруде көп факторлылық танылады. Соматикалық және психикалық арақатынас, яғни бейімділік пен қоршаған ортаның әсері, қоршаған ортаның нақты жағдайы және оны субъективті өңдеу, физиологиялық, психикалық және әлеуметтік әсерлер олардың жиынтығы мен компоненттілігі - мұның бәрі бір-бірімен өзара әрекеттесетін психосоматикалық аурулардың факторлары ретінде маңызды.

## **МЕДИЦИНАДАҒЫ ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ ТӘСІЛ. ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ**

Психосоматикалық бұзылуларды жеке психологиялық әдістермен емдеу жеткілікті жақсы нәтиже бермейді, оны оны емдеудің жалғыз әдісі ретінде қолдануға болмайды. Соның салдарынан дәрігерлер психосоматикалық медицина ұғымдарының дұрыстығына күмәндана бастады. Алайда көпшілік созылмалы және ауыр стресс бірқатар соматикалық аурулардың дамуында маңызды этиологиялық рөл атқарады деп санайды.

Ажырасу немесе жұбайының қайтыс болуы сияқты типтік стресстің әсерінен басқа, бірқатар мамандар әртүрлі қақтығыстар әртүрлі ауруларды тудыратындықтан, әртүрлі адамдар әртүрлі психосоматикалық ауруларға бейім екенін мойындайды. Отандық психоневрологияда В.Н. Мящев (1960) терапиядағы нақты қақтығыстарға талдау ұсынады, өйткені кейбір адамдар «өздеріне невроз бере алмайды», ал психосоматикалық ауру адам үшін «одан да беделді» болуы мүмкін. Әлеуметтік фактормен байланысты бейсаналық «қосқыш» бар. Зақымдалған органның симптомын таңдау белгілі бір органдар мен жүйелердің белгілі бір функционалдық жеткіліксіздігінің (туа біткен немесе сатып алынған) «дайындығы» факторымен анықталады.

Қазіргі уақытта психосоматикалық медицинада психосоматикалық бұзылыстардың көп себепті (көп себепті) идеялары барған сайын салмақ жинауда. Зорлық-зомбылықты түсіндіру және түсіндіру үшін физиологиялық мәліметтер көбірек пайдаланылуда, психосоматикалық медицинадағы зерттеулердің «депсихологизациясы» өсуде. Алайда, биомедициналық жұмыстардың көбеюіне қарамастан, бұл саладағы психологиялық проблемалар айқын бола бермейді. Психосоматикалық медицинадағы көптеген субъективті құбылыстарды психологиялық және психоаналитикалық түсіндіруді де

ауыстыру қиын. Бұл денсаулық пен аурудың интегративті модельдерін жасауға тырысумен байланысты. Олар барлық аурулардың көп факторлы шығу тегі бар деп жариялайды. Аурудың қоздырғыш факторлары күрделі өзара әрекеттесуде және генетикалық, бактериялық, иммундық, тамақтану, психологиялық, мінез-құлық және әлеуметтік әсер етуі мүмкін.

Соңғы жылдары ең таралған - психосоматикалық бұзылулардың тар шеңберін кезкелген ауруға психосоматикалық тәсіл проблемасымен алмастыру қажеттілігі туралы пікір. Кең мағынада, бұл тәсіл, Д.Н. Исаев (1996), денсаулық пен аурудың ішкі көрінісі, конверсия, соматогендік, соматоформды және соматикалық психикалық және гипохондриалы бұзылыстарды қамтиды. Бұған жеке адамның ауруға, өлуге, өлуге, отбасынан бөлінуге реакциясы, ауруды модельдеу мәселелері және жасанды түрдегі бұзылулар, соның ішінде Мунчаусен синдромдары (хирургияға немесе басқа да ауыр медициналық әсерлерге алып келетін пациенттердің ауруын модельдеу) және Полле (ашытқы болған Мунчаусен синдромы) жатады. - баланы анасына немесе оған қамқоршы адам жасанды түрде ауруға шалдықтырады.

**Психосоматикалық аурудың даму нұсқалары.** Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровски (1981) психосоматикалық ауруларды дамытудың бірқатар нұсқаларын анықтайды, олардың ішінен төмендегілерді бөліп көрсету керек.

1. Жағдайлық (бастапқы психогендік) нұсқа - этиологиялық факторлардың арасында алдыңғы қатарда психологиялық қолайсыз өмір сүру жағдайларының ұзақ мерзімді әсері болып табылады, бұл тіпті қорғаныс резервінің (жеке және биологиялық) дамыған мүмкіндіктері әртүрлі соматикалық жүйелерде органикалық патологияның пайда болуынан қорғай алмайды.

2. Жеке нұсқа - патологияның қалыптасуының негізгі шарты психологиялық тұрғыдан өзгерген, психологиялық реакцияның созылмалы, гипертрофияланған және бұрмаланған түрін, созылмалы эмоционалдық стрессті қалыптастыруды тудырады.

Соңғы нұсқа, сонымен қатар, жеке күйге келтіретін белгілі бір патологиялық әдеттер (ауруды басу, маскүнемдік және т.б.) арқылы аурудың дамуын қамтиды.

Осылайша, «психогенді» терминін психосоматикалық ауруларға біржақты қолдануға болмайды. Психосоматикалық ауруларда психогендік фактор жүреді, бірақ физиологиялық факторлармен кешенді түрде болады. Соматикалық жүйелердің белгілі бір қасиеттерімен (конституциясы, тұқым қуалаушылығы, жасы, жынысы, алдыңғы аурулардың табиғаты және ағзаның реттеуші және атқарушы механизмдерінің белгілі бір кемшілігі) жеке тұлғалық белгілердің жиынтығы психосоматикалық ауру деп атайтын осы немесе басқа аурудың құрылымын нақты жасайды.

**Психосоматикалық ауруларды емдеу принциптері.** Психогендік және патофизиологиялық факторлардың үлесі аурудың әртүрлі кезеңдерінде гетерогенді болып табылады, бұл психосоматикалық патологиядағы терапиялық тактиканың ерекшеліктерін де анықтайды.

Психосоматикалық аурудың бірінші кезеңінде психогендік фактор мен тұлғаның бұзылыстары басым болады, аурудың кезеңінде психотерапиялық емдеу әдістерінің жетекші рөлін анықтайтын бейсаналық психологиялық қақтығыс болады. Сіз патогенетикалық психотерапияны қолдана аласыз, мысық пациенттің көзқарасы мен көзқарастары жүйесін қайта құруға, психологиялық қорғаныс механизмдерінің жұмысын оңтайландыруға бағытталған.

Психосоматикалық аурудың екінші сатысында функционалды және соматикалық бұзылулар күшейе түседі, азаптау жүйелерінде патологиялық қызметтің «қатал шеңберлері» қалыптасады, ал бұзылу күндері ауырлайды. Психотерапиялық күштер аз әсер етеді, есірткінің бұзылыстарын белсенді түрде түзету қажет.

Психосоматикалық аурудың үшінші сатысында соматикалық бұзылулар басым болады («органикалық» кезең). Терапияда негізінен дәрі-дәрмектер мен симптоматикалық

психотерапия қолданылады (оның ішінде «тәжірибе шкаласын» түзету, аурудың ішкі көрінісін түзету).

Психосоматикалық аурудың барлық кезеңдерінде, сондай-ақ сау адамдардағы психосоматикалық реакциялардың алдын-алу мақсатында стресстен босатудың және стрессті жеңілдетудің әртүрлі әдістері кең танымал болды. Осындай релаксация әдісінің бірі - 1932 жылы неміс психиатры Йоханнес Гейнрих Шульц ұсынған аутогендік жаттығу. Бұл әдістің мәні бұлшықет релаксациясын ерікті түрде енгізу және осыған байланысты адамның денсаулығы туралы позитивті пікірлерді гипноз формулалары түрінде жүзеге асыруда жатыр. Шульцтің еңбегі бұлшықеттерді едәуір релаксациялай отырып, өзін-өзі гипноздау арқылы дененің әртүрлі, соның ішінде еріксіз енгізілетін сананың ерекше күйін туғызатындығын дәлелдейді.

## НЕГІЗГІ ОРГАНИКАЛЫҚ ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ДАМУ МЕХАНИЗМІ

**Гипертониялық ауру.** Соңғы онжылдықтардағы зерттеулер көрсеткендей, қан қысымының жоғарылауы, мысалы, безгекке ұқсайтын спецификалық емес биологиялық сигнал болып табылады. Бұл сигналдың әртүрлі себептері болуы мүмкін. Маңызды гипертензия кезінде аурудың туа біткен бейімділігі болады.

Ерекше стресстің теориялары тұрғысынан тұқым қуалаушылық гипертензиясы бар пациенттерге агрессивті импульстер арасындағы ішкі қақтығыс, жоғары әлеуметтік мақсаттарға жету ниеті, әлеуметтік өмірдің жоғары стандарттары және маңызды адамдарға байланысты қажеттілік тән.

Жоғары қан қысымы бар адамдар әдетте сырттан тыныш, бірақ көптеген шағымдары бар және жиі импульсивті. Олар ашуланшақ сезімдерін білдірмесе де, олар ашу-ызаны тудыруы мүмкін. Олардың мінез-құлқы әдетте оңтайлы да, теріс де әсерін алуға бейімді, әлеуметтік сәттілікке бағдарланған, бейімделгіш, үйлесімді деп сипатталады.

Осылайша, гипертензиясы бар пациенттердің жеке басына тән агрессивті тенденцияларды басу (репрессия) үрдісі стресстік әсердің жинақталуына және созылмалы болуына ықпал етеді. Мұндай адамдар стресстік жағдайларға, әсіресе өмір стереотиптерінің өзгеру түріне нашар бейімделеді.

Гипертонияның кешенді терапиясында гипертонияға қарсы препараттармен қатар, тірек және мінез-құлық психотерапиясы кеңінен қолданылады. Автогендік жаттығулар және релаксацияның басқа әдістері, сонымен қатар биофезекологиялық байланыс (BFB) жақсы әсер етеді. Пациенттің өмірдің әртүрлі салаларына қатынасындағы дұрыс емес позицияларды өзгертуге бағытталған психотерапия әдістерін қолдануға болады. Осы мақсаттарда жиі қолданылатын топтық психотерапия.

**Стенокардия және миокард инфарктісі.** Жүректің ишемиялық ауруы (ИHD) бар адамдардың зерттеуі бизнесті жүргізуге асығыс, шыдамсыздық, уақыттың жетіспеушілігі және берілген тапсырма үшін жоғары жауапкершілікпен сипатталатынын көрсетті. Олардың өз-өзіне күмәндануы, эмоционалды қабілеті бар, оларға «жұмысқа бару» тән, өйткені олар үшін басқа нәрсеге уақыт жетпейді.

Жүректің ишемиялық ауруын емдеуде әртүрлі арнайы препараттар қолданылады, психологиялық реакцияларды әлсірететін транквилизаторлар тағайындалады. Психотерапия қалпына келтіруге деген сенімді қолдауға, стрессті, мәжбүрлеу мен шиеленісті жеңілдетуге бағытталған. Психотерапияның принциптері гипертонияға ұқсас.

**Бронх демікпесі.** Оның пайда болуында жеке тұлғаның истерикалық белгілері, гипохондриаздың жоғарылауы және мазасыздық маңызды. Бронх демікпесінің белгілері науқастың нәзіктікке деген қажеттілігі мен одан қорқу арасындағы ішкі қақтығыстың символдық көрінісі, сондай-ақ «қабылдау және беру» мәселесін шешудегі сәйкессіздік.

Көбінесе мұндай пациенттердің отбасыларында ата-аналар балаларының бастамасын бақылауға және жолын кесуге тырысады, стихиялық эмоционалды көріністерге тыйым салады, өйткені мұндай отбасында олардың шынайы сезімдерін көрсетуге әдепсіз болып саналады. Р. Александрдың айтуы бойынша, бронх демікпесінің ұстамалары астматикада тәуелділіктің ессіз қажеттілігінің бұзылуымен, ал балаларда - анадан (немесе оны ауыстыратын адамнан) қорғау мен сүйіспеншілікке деген қажеттіліктің пайда болуымен дамиды.

Бронх демікпесін емдеу күрделі - терапевт, аллерголог және психотерапевт. Емдеуде психотерапияның көптеген түрлері қолданылады - жеке, топтық, мінез-құлық, гипноз. Терапия кезінде астма ауруымен ауыратын науқастың дәрігерге тәуелділігінен арылудың, шабуылды өздігінен жеңілдету, релаксация техникасын және тыныс алудың әртүрлі жаттығуларын игерудің маңызы зор.

**Асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы.** Асқазанның ойық жарасы ауруы спецификалық емес стресстен туындауы мүмкін, бұл асқазанның гиперактивтілігін және пепсиннің гиперсекрециясын тудырады, нәтижесінде ойық жара пайда болады. Нақты теорияларды жақтаушылар бірінші кезекте ойық жаралы тұлғада көрінетін тәуелділіктің созылмалы құлдырауында бейсаналық сипаттағы бейсаналық қақтығыстың қалыптасуын алға тартты. Күтім мен сүйіспеншілікке деген қажеттілік асқазан сөлінің гиперсекрециясы бар созылмалы бейсаналық аштықты тудырады, бұл генетикалық жараларға бейім адамдар үшін әсіресе қауіпті.

Ойық жара ауруының әртүрлі типологиялары (профильдері) жасалды. Атап айтқанда, манифестті мінез-құлыққа қатысты әдебиеттерде ойық жара ауруының пассивті және гиперактивті түрлерін ажыратады. Пассивті ойық жара түрі субдепрессивті көңіл-күй фонына бейім және тәуелділікте өзінің қажеттіліктерін тікелей білдіреді. Бұл жарақаттың шабуылы осы саналы немесе саналы қажеттіліктер тәуелділіктен бас тартқан кезде пайда болады деп саналады. Гиперактивті ойық жара түрімен тәуелділікті қалау өте күшті, бірақ пациенттер оны қабылдамайды. Гиперактивті түрі тыныш және сәттілікке бағытталған. Оның саналы көзқарасы келесідей: Мен сәтті, белсенді, нәтижелі және тәуелсізмін. Сонымен бірге, біз бейсаналық жағынан сүйіспеншілікке, тәуелділікке және көмекке деген өте күшті қажеттіліктің қарама-қарсы қатынасын табамыз.

Психотерапия пациенттің тәуелділігіне байланысты жанжалға назар аударады. Егер жараның пассивті түрі дәрігермен қарым-қатынаста қорғауды қажет етсе, онда гиперактивті тип үшін басқа тактика қажет: тәуелсіздікке деген ұмтылыс пен бір мезгілде пассивті тәуелділіктің қажеттілігі арасындағы қосарланғандықты ескеру қажет. Пассивті тип үшін, атап айтқанда, терапияның қолдаушы түрі қолайлы, яғни психотерапиялық қолдау және мінез-құлықты мұқият басқару. Сонымен бірге пациент дәрігердің теріс бағалауынан қорықпай, тәуелділікке деген қажеттілігін білдіре алуы керек. Мәселені ұтымды талқылау арқылы жанжалды сөзбен айтуға тырысу ішкі күйзелісті азайтуға көмектеседі. Алайда, аурудың өткір кезеңінде жанжалмен жұмыс ертерек деп саналады, алдымен мінез-құлық пен өмірдегі қажетті өзгерістерді талқылауға назар аударған дұрыс. Био күшейту және релаксация әдістері пайдалы. Кешенді терапияға диета және арнайы дәрі-дәрмектер кіреді.

**Ойық жаралы колит.** Созылмалы қабыну және тоқ ішектің жаралары бар адамдарда тұлғаның компульсивті белгілері басым. Бұл науқастар тәртіпті, ұқыпты, ұқыпты және ашуланшақтықты өте ұстамды етеді. Р. Александр мұндай адамдар үшін басты сәт олардың тәуелділікке деген сұранысы деп санайды. Тәуелділік объектісіне деген агрессивті тенденциялар санасыз кінә мен мазасыздықты тудырады, олар қанды диареямен «жеңілдейді». Науқастардың 60% -ында күйзеліске дейін объектінің нақты немесе елестетілген жоғалу тәжірибесі бар депрессиялық өмір жағдайлары келеді. Науқастар көбінесе сезімдер туралы аз сөйлейтін отбасылардан шығады. Пациенттердің өзін-өзі бағалауы төмен және өз сәтсіздіктеріне өте сезімтал. Негізгі фигурамен

байланысты жоғалтуды пациенттер саналы түрде өз өмірлеріне қауіп төндіреді. Науқастарда агрессияның саналы тәжірибесі және тиісті мінез-құлық жоқ.

Ауыру кезінде қолдау көрсететін психотерапия және тиісті дәрі-дәрмектер тағайындалады. Созылмалы латентті курста психотерапияның неғұрлым түсіндірмелі түрлері көрсетілген. Дәрігер пациентті шыдамдылықпен тыңдап, оны белсенді және автономды болуға ынталандыруы өте маңызды.

**Гипертиреоз.** Ауру көбінесе аурудың отбасылық бейімділігімен сипатталатын күшті тәжірибеден тұрады. Мотор және ішкі тыныштық, қозу және тітіркену - қалқанша без гормондарының секрециясының жоғарылауы. Жеке деңгейде біз пациенттерде үнемі белсенділік пен өз міндеттерін асыра орындауға дайын боламыз. Олар жеке кемелдену сезімін береді, бірақ бұл барлық жағдайларға сәйкес келмейді және тек қорқыныш пен әлсіздіктерін жасырады. Психодинамикалық теорияға сәйкес, балалық шақта бұл пациенттер аналарына қатты тәуелді болды, сондықтан олар махаббатты жоғалту қаупіне төтеп бере алмады. Баланың нашақорлыққа деген құштарлығы ерте өзін-өзі растауға әкеледі. Емдеу үшін транквилизаторлар мен қолдаушы психотерапия қажет.

**Қант диабеті.** Бұл ауруға қатысты, қант диабетінің дамуы тамақ ішу арқылы өтелетін ішкі қақтығыстардың ықпал етуі туралы дәлелдемелер бар. Мұнда символдық психологиялық формула пайда болады: тамақ махаббатқа тең. Бұл ұйқы безіндегі Лангерхан аралдарының секреторлық белсенділігін әлсірететін тұрақты гипергликемияға әкеледі. Сонымен қатар, тағамды махаббатпен сәйкестендіру нәтижесінде аштық сезімі жойылады. Аштық жағдайы тамақ ісуге қарамастан жоғарылайды. Қант диабеті бар науқастың метаболизміне сәйкес келетін «аш» метаболизмі қалыптасады. Г.Селенің пікірінше, қант диабетіне бейсаналық қорқыныш ықпал етеді, гипергликемиямен тұрақты стресстің пайда болуына әкеледі, бұл «ұшу-күрес» реакцияларында табиғи. Мұндағы қант диабеті бастапқы гипергликемиядан дами алады, өйткені психологиялық стрессті нақты сезіну мүмкін емес. Гипогликемиялық күйдің психикалық көріністері сан алуан - сананың делирациялық типтегі бұзылыстары, деперсонализация және дереализация құбылыстары, галлюцинаторлық-параноидтық эпизодтар, эйфория. Көбінесе қабылдаудың әртүрлі бұзылулары болады: бұлыңғырлық немесе әлемді түсіну (сары және көк реңктердің басым болуы), дене схемасының бұзылуы, уақыттың өзгеруі және т.б. (Бенедек синдромы). Гипогликемия науқастардың танымдық қабілеттеріне теріс әсер етеді.

Қант диабетін емдеуде диета және антигипергликемиялық препараттарды, ең алдымен инсулинді қолданудың маңызы зор. Қант диабетімен ауыратын науқастарға стресске қарсы және мінез-құлық психотерапиялық әдістері, ішкі қақтығыстарды түзету ұсынылады.

Сонымен, денсаулық ауруының жалғасында орналасқан психосоматикалық бұзылулар диагноз қоюда қиындық тудырады. Осы себептерге байланысты, «қиын науқастар» деп аталатын, психикасы, ішкі аурулар мен неврология клиникаларының қиылысында орналасқан пациенттер бірнеше ай немесе тіпті жылдар бойы психопатологиялық диагностикада, психофармакотерапияда жеткілікті білімі мен тәжірибесі жоқ терапевтерден түсіністік пен тиімді көмек таба алмайды. және психотерапия. Бұл «медициналық лабиринт» деп аталатын пациенттердің негізгі тобы.

Маман мәселені түсіну және белгілерді анықтауды қажет етеді, ең бастысы, оны шешудің жолын табады.

Тәжірибе көрсетіп отырғандай, дәрігердің жұмысындағы психотерапия адамның жеке басын түзетуді, сондай-ақ тиісті органның морфологиясы мен функциясының бұзылуын қамтамасыз ететін әдістер қолданылған кезде тиімді болады. Мұндай емдеу шаблондарын (схемаларын) құру үшін психотерапия туралы тек қана немесе дәрі-дәрмектермен емдеу туралы білім жеткіліксіз. Олардың бірлігі қажет.

## ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАР

Психосоматика – медициналық психологияның бір саласы, әртүрлі психологиялық факторлардың арқасында пайда болатын соматикалық ауруларды зерттейді. Гиппократ – психика+сома «Всякое расстройство психики сомы является следствием диспропорции и нарушения равновесия между психикой и сомой» (Платон и Аристотель) 19 ғ. бас кезінде психика мен сома арақасындағы байланыс көп зерттелік, бір-біріне қарама-қарсы екі бағыт қалыптасты: психосоматика.

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

Психосоматикалық белгілерге байланысты теориялар:

- ✓ ағзалардың бұзылуға бейім болуы.(конститутциялық тұқымқуалаушылық),
- ✓ перинаталды 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 модельдері бар:

- ✓ психофизиология,
- ✓ психодинамика,
- ✓ жүйелі-теориялық,
- ✓ социопсихосоматикалық.

Психосоматикалық бұзылуларды үш топқа бөлеміз:

- ✓ конверсионды симптомдар,
- ✓ функционалды симптомдар (органикалық неврозы),
- ✓ психосоматикалық аурулар немесе ағзалық психосоматоздар.

Психосоматикалық аурулар дегеніміз өткір және созылмалы сипаттағы психотравматикалық уайымдар: бронхты 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 өзгерістерге 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 қозғалыс т.б бұзылулары.

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

Вегетивті 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:

1. депрессивті-астеникалық
1. психоастеникалық(фобия, жабысқақ ойлар)
2. гипохондриялық (өзбетінше болжау әртүрлі мамандарға қаралу) истериялық
3. эйфория-анозогнозиялық (ауруын мойындамау, денсаулығына зиян келтіру)

Ата-аналарының негативті қарым-қатынасы мен тәрбиенің қатаң әдістері жасөспірімдердің мінез-қылық девианттылығына реакцияларын, тұқымқуалаушылық пен байланыстылығын ғалымдар дәлелдеген.

Синдром Клайнфельтера (ХХУ) және У-хромосомасы ықпалдарын зерттеу жүргізілуде. Қылмыскерлер мен агрессивті психопаттардың көпшілігі мутациялық жағдайға ұшыраған, У-хромосомасы артық, бұл жағдайды «хроиосомы-убийцы». ХУУ – ХХУбалаларында ақыл-ой кемістігі, интеллект төмендеуі, төменгі әлеуметтік адаптациялануы (бейімделуі), агрессивті мінез-құлық байқалады.

Көптеген психикалық бұзылулар қалыпты жағдайдан патологиялық жағдайларға өтуге әсер етеді. Қобалжу мен көңіл-күйдің бұзылуы мен депрессия психиканың эмоционалды экстремалды көрінісі. Стресс- адамда қандай да бір күшті сыртқы әсерлердің ықпалынан туындайтын қысым күйі. Стресс дегеніміз- организмнің өзіне қойылған кез-келген қалыпқа қайтарған спецификалық емес жауабы.

Г.Селье адамның күнделікті өмірінде стрестің екі түрін бөліп көрсетті: эустресс және дистресс; эустресс жағымды эффектілігімен үйлестік болса, ал дистресс әркез жағымсыз, ол организмге зиянды.Стрестен қашуға болмайды, бұл мүмкін де емес . Тіпті ұйқыдағы адам біршама стресс сезінеді: жүрек қанды айдап жатса, ішек иамақты қорытып, ал дем алу бұлшық еттері кеуде клеткасының қозғалысын қамтамасыз етеді. Тіпті мидың өзі түс көру кезінде толық дем алмай, жұмыс атқарып жатады.

Стрестен толық бостандық өлім деген сөз. Сельенің гипотезасы бойынша депривация (тітіркендіргіштердің жоқтығы) және шектен тыс тітіркендір бірдей мөлшерде стрестің өсуіне , тіпті дистреске жеп соғады. Сондықтан, стрестен қашудан гөрі, оны қалай жағымды пайдалануды ойлауымыз керек Сельенің айтуынша: «Өз өміріміздің мәнді болуы үшін бз өз алдымызға күрделі және ұзақ уақыттық міндет қоюымыз қажет. Біз оған жету қысымды жұмысты қажетт ететін мақсатқа ұмтылуға тиіспіз. Мұндай мақсаттың жоқтығы – асқазан жарасын, инфаркт, гипертонияны тудыратын, ең мықты стрестердің бірі».

Қазіргі өркениетті қоғамда адамдардың белгілі бір бөлігінде стрессор мен стрессорлық реакция арасындағы қатынас бұзылған. Мұндай бұзылулар егер олар ұзақ уақыт бойы әсер ететін болса, адамның денсаулығына зор нұқсан келтіріп, ауыр науқастарға әкеп соқтығады.

Шектен тыс стресс көптеген аурулардың пайда болуы мен дамуына әкеледі .Стресс тек қана психикалық қызметтің бұзылуына емес, кез-келген аурудың себебіне айналуы мүмкін

## **ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУДАҒЫ ЖАС ЕРЕКШЕЛІКТЕР**

Жас ерекшелік дағдарысы кезінде құрылымдық, физиологиялық және психикалық тепе-теңдік бұзылады. Дәл осындай кезеңдерде психикалық зақымданулардың туындауына қауіп-қатер арта түседі. Олар спецификалық жас кезеңдік психопатологиялық күйлермен көрінеді. Бұндай синдромдарға-невропатия синдромы, балалық аутизм,



гипердинамикалық, патологиялық қорқыныштар, дисморфомания, жүйкелік анорексия, психикалық инфантилизм, гебоидтілік синдромдары жатады.

Невропатия синдромы - «конституционалды» синдромы немесе туа біткен баланың «кейігіштігі», шамамен 3 жастағы кезеңде пайда болады. Ол висцеро вегетативті функциялардың жетілмегендігімен сипатталады. Ең алғаш түс көрудің, тәбеттің бұзылуынан, диспепсикалық құбылыстар, дене қызуының ауытқуы, тахикардия, тахипноэ, демікпе, аллергиялық реакцияларға бейімділіктен, метеотроптылық, жоғары жүйке-психикалық қозғыштықпен сәйкес келетін тамақтану жағдайының өзгеруіне сезімталдық, сыртқы тітіркендіргіштерге реакциясы аффективті-респираторлық ұстамалар түрінде, қыңырлық, қорқақтықпен көрініс береді.

Бұл синдромның алғашқы көріністерін нәрестілік кезеңде соматовегетативті зақымданулар түрінде дагностикалауға болады; олар яғни, түс көрудің инверсиясы, жиі құсу, дене қызуы субфебриалдыға дейін ауытқуы, гипергидроза. Жас өскен сайын біртіндеп 1-ші орынға психогенді және экзогенді әсер етудің салдары ретінде эмоционалды-гиперэстетикалық зақымданудың элементтері шыға бастайды. Жиі және ұзақ жылау байқалады. Ең кең таралғаны «оралма» деп аталатын симптом болып табылады. Психогенді тітіркендіргіштерге реніш және ашу-ыза, айғаймен байланысты наразылық реакциясы пайда болса, ол аффективті –респираторлық талмаға әкеп соғады, яғни: тыныс шығарудың жоғарысында көмей бұлшықетінде тоникалық қысым пайда болады, дем алуда кідіріс болады, беті бозарады, соңынан акроцианоз білінеді. Тіпті сананың қысқа мерзімді өшуі және жеке клоникалық тырысқақтар болуы мүмкін. Ұзақтығы 10 секундқа дейін созылады. Терең дем алумен аяқталады. Невропатия синдромында балалар жоғарланған жалпы және вегетативті қозғыштыққа бейім келеді.

Невропатия синдромы- көбінесе разидуальді-органикалық жүйке-психикалық зақымданулар және невротикалық реакциялар кезінде кездеседі. Жас өзгерген сайын оның көріністері басылуы мүмкін, бірақ одан да күрделі невротиклық және неврозтәріздес синдромдардың дамуына қолайлы тірек болады. Балалық кезеңдегі шизофренияда, ереже бойынша невропатия синдромы психикалық процесстердің диссоциациясымен үйлестіріледі.

Балалық аутизм синдромы (ерте балалық аутизм, Каннер)- психофизикалық дизонтогенездің нұсқасы (асинхрония). Дисгармониялы психикалық дамумен көрінеді. Бұнда бір психикалық функциялар мен қасиеттердің озық дамуы және басқаларының артта қалып дамуының үйлестігі байқалады. Балалық аутизм ерте кезеңде көрінеді: туғаннан бастап психиканың дамуы диспропорционалды бұзылған, ол коммуникативті қылық-әрекеттің бұзылуымен сипатталады. Қыздарға қарағанда ұл балаларда бұндай зақымданулар 3-4 есе жиі кездеседі. Балалық аутизмге тән спецификалық психикалық зақымданулар баланың психикалық дамуының шамасына қарай пайда болады, дамиды және тасымалданады.

Басты симптомдары - өмірінің басынан бастап адамдармен қарым-қатынас орнатуда айқын қиындық туады; эмоционалды әсер етудің әлсіздігі; стереотипті және аутистикалық сипаттағы ойындар; жағдайлардың өзгерісіне және жаңалыққа деген қорқыныш (неофобия). Міндетті симптомдар- қорқыныш (фобиялар), түс көру мен тамақтанудың бұзылуы. Қосымша симптомдар- жақсы механикалық ес, агрессивті және аутоагрессивті қылық-әрекет. Балалық аутизмде ақыл-ой дамуының кез-келген деңгейі кездесуі мүмкін. Бұл синдром мына жағдайларды қамтиды:

1. Шектетілу – бұл кемістік, яғни қарым-қатынас қажеттілігінің толықтай болмауы, жалғыздыққа деген белсенді ұмтылысы, телефоннан қорқыныш (қоңыраудан, әңгімелесуден).

2. Коммуникативті қасиеттердің бұзылуымен сәйкес келетін сөйлеу дағдысының озық дамуы жиі кездеседі:

- «автономды сөйлеудің» жақсырақ дамуы- яғни, өз-өзімен сөйлесу, өзіне 3-ші жақтан сөйлеу, т.б.;

- сұрақ қоюға бейім, бірақ жауап қайтаруға бейім емес;
- жақсы ес, әсіресе ритмикалық информацияға (музыка, өлеңдер, тақпақтар), өлеңдер мен әуендердің айтылуы жаман емес, бірақ өтініштер мен тапсырмаларға жауап ретінде емес, қандай да бір ішкі заңдылықтарына байланысты;
- таңдаулы стереотипті қолданулар (көбінесе орынсыз) немесе қиын жеке сөздер мен сөз тіркестерін айта салуы («электрофикация», «квант», т.б.) немесе бірнеше рет сұрақтарды қайталуы («өмір дегеніміз не?»);
- сөз дағдысының патологиялық формалары: эхолия, фонография- бұрын естігендерін сөзбе-сөз қайталауы, неологизмдер, өзіне қатысты есімдіктер мен етістіктерді 2-ші және 3-ші жақта қолдануы.

**3.** Өзінің сөзін кеңістікке, өз-өзіне үндеуі, оның монологтігі, табиғи емес модулирленуі.

**4.** Эмоционалды әсерленудің әлсіздігі («эмоционалды блокада»). Эмпатиясы мен құштарлығы жақындарына деген симбиотикалық тәуелділікпен алмастырылған, бірақ олар шын мәнінде оларға талғаусыздықпен, немқұрайлықпен қарайды.

**5.** Протодиэкрисис- адамдарды, басқа да жанды және жансыз объектілерді саралай алмауы.

**6.** Көру және есту тітіркендіргіштеріне, стимулдарға, қаратуларға реакциясының жетіспеушілігі; бұнда бала алғашқыда өзін керең және соқыр сияқты көрсетеді, бірақ біраз уақыт аралығынан кейін стимул қабылданған және дұрыс бағаланған екендігіне көз жеткізетін жауап көрсетіледі.

**7.** Тепе-теңдік синдромы- тұрақтылықты, жағдайдың бірқалыптылығы мен бір типтілігін сақтап қалуға ұстаным, жаңаға деген қорқыныш (неофобия), басқа киім ауыстыруға қарсылық іс-әрекет көрсету, т.б.

**8.** Қозғалыс стереотиптерге бейім қылық-әрекеттердің бірқалыптылығы (секіру, тербелу, қолын айландыру, т.б.)

**9.** Моторлы дағдының қалыптасуының бұзылуы немесе кешігуі, қозғалыстың епсіздігі, ебдейсіздік, бірлескен қозғалыстың болмауы (Мысалы, жүріп келе жатқанда қолдың қозғалуы), стереотипті – регрессивті қозғалысқа бейімділігі (тізбекпен жүру, баспалдақпен көтеріліп, түскендегі қиындықтар), өзін-өзі күту дағдыларын меңгеруде қиындықтар туады.

**10.** Тазалық дағдыларын бұзуы- кіші және үлкен дәретін күндіз де, түнде де ұстай алмауы.

**11.** Патологиялық үйреншікті іс-әрекеттер: яктация, онихофагия, саусақтарын сору, т. б.

Микроэлементтік ортаға бейімделуінің қиындықтары мынаған әкеп соғады, яғни орта оған эмоционалды дискомфорттың, қауіп-қатердің және эмоционалдық қысымның қайнар көзіне айналады. Осының әсерінен жылдар бойы сақталатын «қорқыныштар» пайда болады. Бала шындықтан алшақтатылып қалыптасады, әлем онымен толықтай емес, жеке аффективте маңызды белгілер негізінде қабылданады. Қылық-әрекеті, қызығушылығы, белсенділігі – «қолайлы» стереотипті сипатта болады. Ал бұл өз алдына күнделікті өмірде қатаң тәртіп орнатуға талпынысы және оны өзгертуге түрліше қарсыласуы (неофобия) көрінеді. Бұдан үлкен жаста балалық аутизм жағдайында инициативаның, творчествоның жетіспеушілігі байқалады. Балалық аутизм синдромы мына жағдайларда кездеседі: Каннер ауруында, ерте балалық аутизмнің ядерлы нұсқасы ретінде; психикалық процесстердің диссоциациясы түріндегі ерекшеліктерге ие бала кездегі шизофренияда; Аспергер синдромында.

#### Гипердинамикалық синдром

Гипердинамикалық синдром- психомоторлы шегіндірілген тежелу синдромы, 3-7 жас аралығында пайда болады және тым қозғалмалықпен, тұрақсыздықпен, адаптацияның бұзылуына әкеп соғатын шашыраңқылықпен сипатталады. Басты симптомдар: тежелудің әлсіздігі, бір орында отыра алмаушылық, жоғары қозғыштық. Міндетті симптомдар:

зейіннің тұрақсыздығы, алаңдаушылық, іс-әрекет мақсаттылығының бұзылуының түрлі деңгейлері. Қосымша симптомдар: түрлі гиперкинездер, импульсивті іс-әрекеттер, инфантилизмнің, моторлы және психикалық дамудың кешігуі байқалады. Аталған синдром қыздарға қарағанда, ұл балаларда жиі кездеседі. Бұл синдромның алғашқы белгілері мектеп жасына дейінгі кезеңде көрінеді, бірақ мектепке барғанға дейін оларды қалыпты жағдайдан ажырату қиынға түседі. Мектепке дейінгі кезеңдегі балаларда гипербелсенділіктің тек ең шеткі деңгейі ғана диагнозға әкелуі керек. Шектен тыс белсенділік әлсіз сараланған қылық-әрекетке, зейіннің бұзылуына және тапсырманы орындауда табандылықтың болмауына әкеп соғады.

Гипердинамикалық синдром көбінесе резидуальді- органикалық жүйке-психикалық ауруларда кездеседі. Конституционалды зақымданулар бұл құбылыстың генезінде шешуші рөл атқарады деп есептеледі, бірақ спецификалық этиология туралы мәліметтер әлі күнге дейін жоқ. Баладағы гипербелсенді әрекеттің өткір бастамасы реактивті күй-жағдайдың кейбір түрлерінде, маникальді бұзылуларда, шизофрения және неврологиялық патологияда кездесуі мүмкін. Гипердинамикалық синдромның салдарынан психикалық дамудың артта қалуы мүмкін.

Балалық патологиялық қорқыныш синдромы - психологиялық және ситуациялық дәлелсіз пайда болатын және шектен тыс интенсивтілік пен ұзақтылықпен көрінетін, тудырған себептің күші мен мағынасына сай келмейтін түрлі (механизміне, пайда болу уақытына және белгілерінің ерекшеліктеріне байланысты) қорқыныштармен сипатталатын синдром. Балалық патологиялық қорқыныш синдромын онтогенетикалық байланысты психопатологиялық күй-жағдайға жатқызады. Олар ерте жастан түрлі психикалық аурулар кезінде пайда болуы мүмкін, бірақ психопатологиялық айқындылық ереже бойынша мектепке дейінгі кезеңнің соңында, 6-7 жастан бастап байқалады. Ол мүмкін балада өзіндік сананың қалыптаса бастауымен және субъективті күйзелістерді өзіндік бағалауға қабілеттілігінің пайда болуымен байланысты. Қорқыныштың 5 түрлі формасын атап көрсетеді: жабысқақ, асыра бағалы, сандырақ, түнгі, сараланбаған.

Жабысқақ қорқыныштар- аурудың тілегіне тәулсіз, оның еркіне қарсы, шартсыз түрде пайда болады. Алғашқы қорқынышпен және оған сын қатынаспен байланысты. Ауырсыну қорқынышымен (нозофобия), өткір заттардан, биіктен, жабық бөлмелерден қорқудан (клаустрофобия), жұқтырудан, ластанудан қорқудан (мизофобия), ұялу (эрейтофобия) және т.б.-рдан көрінеді. Невроз кезінде, бас миының органикалық аурулары кезінде, шизофренияда кездеседі.

Асыра бағалы қорқыныштар- аурудың санасында оның дәлелденгеніне, оның мазмұнының шындығына сендірушілік басым болады. Қорқыныш аффектісінің күшімен және айқындылығымен, оны жеңіп шығуға әрекетінің жоқтығымен сипатталады. Мектепке дейінгі кезеңде жануарлардан (мысалы, иттерден), фильмдер мен ертегілер кейіпкерлерінен (жалмауыз кемпір) немесе үлкендермен ойлап табылған «тәрбиелік қорқыту» мақсатындағы образдардан қорқу басым болады. Мектепке дейінгі кезеңде балаларға қараңғыдан, жалғыздықтан қорқу, туыстарының айрылудан, олардың өмір және денсулығы үшін қорқу, мектепке барудан қорқулар тән.

Невротикалық зақымдануларда кездеседі және шизофренияда сирек кездеседі.

Сандырақ қорқыныштар- психотравмалық жағдайлардан (аутохтонды) тәуелсіз пайда болады және коррекцияға келмейді. Ол күйзеліспен, елендеумен, қоршаған адамдардан күдіктену, өзіне және жақындарына қауіптену сезімімен бірге жүреді. Психотикалық деңгейлегі (елестетушілік) басқа симптомдармен үйлесуі және психомоторлы алаңдаушылық эпизоды мен соматовегетативті зақымданулармен бірге жүруі мүмкін. Шизофренияда кездеседі, бас миының экзогенді-органикалық ауруларының эпизоды және психогенді зақымданулар кезінде сирек кездеседі.

Түнгі қорқыныштар- түс көру кезінде оянғаннан пайда болады. Осы кезде балалар қорықаннан дірілдейді, айғайлайды, өзінен бірдеңкені қуады, олардың бет әлпетінде қорқыныш байқалады. Әдетте таңертең амнезия жағдайы байқалады- яғни, балалардың

есінде түнгі қорқыныш ұстамалары жайлы мүлде ештеңе жоқ болады. Психогенді зақымданулар кезінде, түрлі невроттардес күй-жағдайларда кездеседі.

Сараланбаған қорқыныштар- заттық емес, соматовегетативті диэнцефальді криз кезінде белгіленеді. Дисморфомания синдромы- өзінде қандай да бір ойлап табылған немесе жоғары бағаланған сырт келбеті немесе функциясының физикалық деффектісі бар екеніне сендіруде көрінетін қарапайым синдром. Бұл синдром онтогенетикалық маңызға ие және жасөспірімдік кезеңдерде жиі кездеседі. Басты симптомдары: өзінің физикалық деффектісіне (мұрын, құлақ формасының, кеуде бездерінің өлшемі, толықтығы немесе арықтығына, аяғының формасына және т.б.) асыра бағалы және сандырақ сендірушілік, - косметикалық дисморфомания немесе денеден шығатын жағымсыз иістер (ішкі газдардың, ауыздан шығатын иістер, т.б.), -парфюмерлі дисморфомания. «Кемтарлығын» түсіндіруде көбінесе «тағдырды» немесе туған-туыстарын кінәлайды. Міндетті симптомдар- гипотимді-кернеулі эффект (көңіл-күй фоны), кейде жеткілікті деңгейдегі айқын депрессия, сенситивті ойлар, «айна симптомы»- яғни, өзіне шамадан тыс ұзақ және зейін қойып айнаға қарауы (өзінің «кемтарлығын», деффектісін айқындайтын қосымша ерекшеліктерді іздеу) немесе айнаға қараудан мүлде бас тарту. «Фотосурет исимптомы»- яғни, қосымша жарақаттық жағдайдан қашу мақсатында фотосуреттерін жойып жіберу; физикалық деффектісін ресми, өз бетімен дәстүрлі емес медицинаның көмегімен коррекциялау мақсатындағы аутодеструктивті қылық-әрекет; қашу қылық-әрекеті (қарым-қатынастан).

Қосымша симптомдар- кататимді сипаттағы иіс сезу галлюцинациясы, синестопатия, деперсонализациялы-дереализациялық зақымданулар. Дисморфоманияға диссимуляцияға бейімділік сай келеді, ол мынадай сипатқа ие: психиатрмен әңгімелесуде арыз-шағымдары жасырын болады, ал хирург немесе косметологтармен сөйлескенде ашық айтады. Дисморфомания көбінесе монотемалы. Дисморфоманиялық күйзелістер мен ойлар сандырақ әрекеттерге әкеп соғады: ауру адамдар «деффектісін» маскировкалауда түрлі тәсілдерді қолданады, оны жасыруға тырысады, қарым-қатынастан қашады. Бұнда дисморфоманикалық ойлар 1-ші орында болмайды, ал қоршаған ортадан қашу қажеттілігі тұрады, себебі «кемтарлық» ортақ күлкіге таңқалуға әкеп соғады. Кейде суицидалық мақсаттар да кездеседі. Сонымен дисморфоманияның патогномикалық синдромы симптомдар триадасы болып табылады, яғни: физикалық кемшіліктер ойлары, қарым-қатынас ойлары және жабыраңқы көңіл-күй.

Дисморфофобия- психотикалық деңгейдегі зақымданудың жеңіл түрі болып табылады. Қандай да бір физикалық кемістігіне баланысты невротикалық сипаттағы жабысқақ қорқыныштар. Дисморфомания синдромы- жасөспірімдік кезеңге тән реакциялар түрінде (көбіне қыздарда), мінез акцентуациясы және психопатия кезінде; реактивті дисморфомания түрінде, шизофрения кезінде (параноидті немесе қатерлі) кездесуі мүмкін. Рудиментарлы дисморфофобия дені сау жасөспірімдерде өтпелі реакция түрінде кездеседі.

Жүйке анорексия синдромы- дене массасын азайтуға және тамақтан сандық және сапалық бас тартуға шамадан тыс ұмтылуымен сипатталатын синдром. Көбінесе жасөспірім қыздарда немесе жас әйелдерде кездеседі, ал ұл балалармен үлкен жастағы әйелдерде сирек кездеседі. Басты симптом: дене массасының артықтығына сандырақ сенушілік. Міндетті симптомдар: дене массасын азайтуға бағытталған қылық-әрекеттер-тамақтануда шектеулер немесе мүлде бас тарту, арнайы физикалық ауыртпалықтар, дәрі-дәрмектер қабылдау және т.б. Қосымша симптомдар: сенситивті ойлар, анорексия немесе булимия, соматоэндокриндік зақымданулар.

Жүйке анорексия негізінде «толықтыққа» байланысты дисморфоманиялық ойлар жатыр. Алғашқы этаптарында тәбет ұзаққа дейін сақталады, ал тағамнан бас тарту артық тамақтану ұстамаларымен эпизодты бұзылады (жүйкелік булимия). Бұл өз алдына, күй-жағдайдың жақсаруы жайлы жалған әсер тудыруы мүмкін, бірақ соңынан соматикалық асқынуларға әкеп соғатын алғашқы артық тамақтану сипаты бекітіледі. Диссимуляцияға

беімділік байқалады, яғни: оңаша тамақтануға ұмтылу, оны байқатпай жойып жіберу, т.б. Бұндай пациенттер тағамдардың каллориялық деңгейімен толық танысады. «Салмақпен күресу» түрлі қосымша әдістермен жүзеге асырылады:

- физикалық жаттығулармен айналысу;
- дәрі-дәрмектерді қолдану, клизмалар;
- құсықты жасанды жолмен жүзеге асыру.

Жоғарыда аталған «салмақпен күресу» әдістерін таңдау пациенттің преморбидті ерекшелігіне байланысты болады. Мысалы, истероидті тұлғаларға дәрі-дәрмек, клизмаларды қолдану тән болса, психастениктерге- тағамға шектеулер қою және физикалық жаттығулармен айналысу тән. Жүйкелік анорексия синромы өзінің дамуында 3 этаптан өтеді: дисморфоманикалық, аноретикалық және кахектикалық. Жүйкелік анорексия пубертантты кезеңдегі психогенді ауруларында да және шизофренияда да кездесуі мүмкін.

Психикалық инфантилизм синдромы- психикалық жетілмегендік. Ол психиканың пісіп-жетілу тепмпінің бұзылуынан және тұлға әсерленуінің эмоционалды- еріктік қасиеттері мен формаларының дамуының артта қалуынан көрінеді. Психикалық инфантилизм белгілеріне мыналар жатады: жалтақтаушылық, жоғары айбындылық, аңқаулық, мотивациялық сферада ойын қызығушылығы мен гедонизмнің басым болуы, қанағаттануға ұмтылыс, немқұрайдылық, болжам функцияларын атқарудағы қиындықтары, жауапкершілік сезімінің жетілмеуі, қиындықтарды жеңуде қабілетсіздігі. Бұлардың барлығы моториканың жетілмеуімен, ұсақ мануальді іс-әрекеттерді орындағанда қиындықтармен (жазуы) үйлесіп келеді. Психикалық инфантилизмнің алғашқы белгілері кіші мектеп және жасөспірімдік кезеңде байқалады. Психикалық инфантилизмнің 2 нұсқасы атап көрсетіледі: қарапайым және күрделі (асқынған).

Гебоидтілік синдром- жасөспірімдік кезеңде пайда болатын психикалық зақымдану (қалыптасып келе жатқан тұлға патологиясы). Гебоидті синдром негізінде пубертантты криздің психологиялық қасиеттері мен психопатологиялық білімнің клиникалық аяқталмағандығының үйлесімділігі жатыр. Ол жасөспірімдік кезеңнің спецификалық синдромы болып табылады. Гебоидтіліктегі барлық көріністер патологиялық сипатқа ие. Гебоидті көріністер психопатологиялыққа қарағанда тереңірек болады.

Басты симптомдар- патологиялық құштарлық, стереотипиялардың көріністері. Бұл бұзылулардың негізінде эмоция (аффект) мен еріктің өзгерісі жатыр. Бүгінгі күнге дейін гебоидті синдромның көріністерін қандай зақымдануларға (негативті немесе позитивті) жатқызуы жайлы сұраққа ешқандай әдістеме жоқ. Гебоидті синдром- жасөспірімдік созылмалы шизофрения шеңберінде қарастырылады. Пубертантты криздің патологиялық нұсқасы ретінде кездесуі мүмкін және қалыптасып келе жатқан психопатия структурасына енуі мүмкін

## ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАР

Психикалық аурулардың шығу себептері әртүрлі. Медициналық және психикалық ғылыми зерттеулердің қорытындысы бойынша стресс адамның психикасына әр түрлі әсер етіп, әртүрлі психикалық өзгерістерге әкеледі. Психикалық аурулар тұқымқуалайтын және жүре пайда болатын екі топқа бөлінеді. Тұқымқуалайтын ауруларға: олигофрения, шизофрения, эпилепсия, маникальды-депрессивті психоз және т.б. Жүре пайда болатын психикалық аурулар көптеген себептерге байланысты: дұрыс тамақтанбау, интоксикациялық жағдайлардың ықпалы, заталмасу процестерінің бұзылуы, экологиялық жағымсыз жағдайлар, қанның резус факторы және т.б.

Қазіргі психогенетика ғылымының жетістіктеріне сүйене отырып, хромосомалық аурулардың шығу себептерін хромосомалық факторлар негізінде анықтауға болады: хромосома жиынтығының артық не кем болуына байланысты көптеген ауытқулар.

Клайнфельтер синдромы (XXY) және У-хромосомасы ықпалдарына жүргізілген зерттеулердің нәтижесінде қылмыскерлер мен агрессивті психопаттардың көпшілігі мутациялық жағдайға ұшыраған, У-хромосомасы артық жағдайды «хромосомы-убийцы», ал ХУУ – ХХУ хромосомалары бар балалардың ақыл-ой кемістігі, интеллект төмендеуі, төменгі әлеуметтік адаптациялануы (бейімделуі) және агрессивті мінез-құлық байқалады.

Еркектерде болатын Клайнфельтер ауруында, керісінше хромосома саны 47 (XXV) Клетка ядросында қалыпты жағдайда еркектерде кездеспейтін жыныстық хроматин болады. Мұндай еркектер әйел пішіндес, екіншісі жыныстық белгісі нашар дамыған, бойлары биік болады. Оларда психиканың бұзылуы кейде шизофрениядағыдан, не басқа аурудан ажыратылмайды. Кейбір тұқым қуалайтын ауруларда фермент жүйелерінің биохимиялық өзгерулері болады. Бұған фенилкетонурия жатады. Қалыпты жағдайда фенилаланин амин қышқылының ыдырауы төмендегідей болады\ Фенилаланин->тирозин ->тироксин ->адреналин ->норареналин->меланин. Бұл тізбек фенилаланин->тирозин кезеңінде бұзылады. Организмде фенилаланин жиналып, басқа жолмен пирожүзім қышқылына дейін ыдырайды. Бұл қышқыл жаңа туған сәбидің зәрінде жиналады. Фенилкетонурияда ақыл кемістігі дамуының алдын алу үшін бұл кемістікті жоятын гидролизаттарды \берлафен\ береді. Кейде дені сау адамдарда фенилаланиннің ыдырауы бұзылып, оның зердегі мөлшері жоғары болады.

Ал психикалық аурулардың жүре пайда болатын түрлерінің шығу себептеріне *стресстің-жан күйзелісінің* ықпалы ерекше. Стрестің күрделі формасы психикалық жарақаттар немесе *психогения* -деп аталатын жағымсыз психикалық әсерлер салдарынан пайда болатын әр алуан аурулы күйлерді туғызады. Психогения бір сәттік күшті жарақаттық салдарынан немесе біршама әлсіз, бірақ ұзаққа созылған психикалық жарақаттық салдарынан пайда болады: Оның пайда болуына соматикалық күйдің алдын ала өзгеруі, ағзаның бұрынғы болған аурулардан әлсіреуі, ұйықтамаушылық, қан жоғалтпаушылық және басқа жағдайлардың үлкен маңызы бар. Психогения принципті түрде толығынан кері қайтатын аурулы күй болып табылады. Сондықтан, егер басқа бір қосымша зияндылық болмаса, қандай бір уақыт өткеннен соң жарақатты жағдай өтіп кетісімен жойылып кетеді. Психогенияның бірыңғай жіктемесі әлі күнге дейін жоқ. Мұның өзі оның күрделілігімен, аралас көріністерінің болуы, психогенияға деген бірыңғай көрінісінің болмауымен ғана емес, сондай - ақ психогенияға принципті түрде тән кері қайтатын дамудың кейде білінбеуінен, соған орай аурудың белгілі дәрежеде ұзақ дамуының орын алатындығымен түсіндіріледі.

Психогенияны көбіне реактивтік күй реактивтік психоздар, немесе невроздар деп екі үлкен топқа бөлінеді. *Реактивтік күй, психогенді немесе реактивті психоздар*. Белгілі болған сан алуан түрлі реактивтік психоздардан реакциялардың мынадай типтерін бөліп көрсетуге болады: 1) Шоқты психогенді реакция; 2) истериялық психотиялық реакция (истериялық психоздар); 3) реактивтік психогенді сарыуайымшылдық; 4) реактивтік психогенді сандырақ тәріздес күй. Реактивтік күйлердің аталған түрлерінің арасында берік шек жоқ. Олардың аралас күйлері, сол сияқты реактивтік психоздың бір түрінің басқасына алмасуы болады.

*Шоқты психогенді реакциялар* Мұны да кейде невроздар, аффектілі-шоқты реакциялар, эмоциогенді невроздар деп атайды. Күтпеген жерден айтылған өте күшті күйзелістерден, ауыр жағдайлардан, өмірге қауіп төндіретін жағдайлардан, бір сөзбен айтқанда, әсері жағынан адамға сезімдік шок тудыра алатын жайлардан пайда болады. Сезімдік шокқа жер сілкіну, көлік апаты, сұмдық көрініс, көп адамдар тұратын үйлердегі өрт және: басқалары жатады. Психогенді шоқтық реакциялар әдетте реактивтік ступор немесе реактивтік қозу қимылы арқылы пайда болады. Реактивті психогенді ступор кенеттен пайда болған қимылдай алмаушылық әсерінен білінеді.

Адам өлім қаупіне қарамастан орнынан қозғалмайды, бір де қимыл жасай алмайды, бір де сөзді айтуға күші келмейді. Мұның кейінгісі *мутизм* деп аталады. Реактивті ступор әдетте ұзаққа созылады да, бірнеше минуттан бір сағатқа дейін болады. Содан кейін барып,

адам басқа турлі әсерге ауысады. Оқта-санда шоктық реакцияда көбіне сезімдік салз зардап шегеді, сөйтіп, сезімдік жағынан сал болу деп аталатын күй басталады. Барлық сезім бір сәтке семіп қалғандай болады да, маңайдағы өтіп жатқанға сезімдік жағынан жауап бермейді. Сонымен бірге оның ойлау қабілеті толығынан дерлік сақталады, адам бәрін көреді, бәрін байқайды, бірақ көбіне өлім қаупіне қарамастан осының бәрін сырттай бақылап тұрғандай болады.

Реактивті психогенді қозу кенеттен пайда болған абыр-сабыр, мәнсіз қимылдық мазасыздықпен спатталады. Адам шырқ үйіріліп, көптеген қажетсіз қимылдар жасайды, қолдарын мақсатсыз сілтеп, айқайлайды, көмек тілеп, жалбарынады. Сол сәтте құрылу жолын көре алмай, көмек сұрап, жалбарынады. Кейде ешбір мақсатсыз жүгіре жөнеліп, көбіне жаңа қауіп туатын жаққа қарай ұмтылады. Егер бірнеше адам осындай психогендік қозуға ұлыраса, мұндай құбылыс үрейге бой алдыру деп аталады. Реактивті қозу да ступор сияқты сананың алжасу күйі және одан кейін болатын амнезиямен бірге жүреді. Шоктық реакцияға аяқ асты, ағыл-тегіл терлеу, мазамыздану тән болады.

*Истериялық психоздар (истериялық психотикалық реакциялар)* Реактивтік күйдің түрлері әр алуан болады. Олардың клиникасы да алуан түрлі болып келеді. Бірақ әдетте истериялық психоздың үш түрі бөліп қарастырылады: 1) жалған кемшілік; 2) пуэрилизм; 3) сананың истериялық алжасуы. Жалған кемшілік мынадан білінеді: адам кенеттен ақымақтанып қалғандай болады, ең бір қарапайым сұрақтарға өте бір қисынсыз жауаптар береді. Жалған кемшілік екі түрге — сарыуайымшылдық және абыржушылық болып бөлінеді. Сарыуайымшылдық түрінде ауру тежелген, босаң болып келеді, көп жатады, өзіне қарамайды. Жанама сөз симптомы мүлдай ауруларда көбіне теріс жауаптар түрінде байқалады. Абыржушылық түрде ауру мазасыз, әбігершіл келеді, бір орында отырмайды, билейді, секектейді, қисандайды, көп сөйлеп, жылдам жауап қайтарады. Жалған кемшіліктің басқа бір түрі *Ганзер синдромы* деп аталады. Ганзер өзі сипаттаған психозды «ерекше истериялық алжасу күйі» деп атаған.

*Пуэрилизм* мінез-құлықта балаға тән сипаттың болуы кездескендіктен осылай аталалы. Ауру психикалық жарақатқа жауап қайтарғанда инфантидді мінез-құлық түрінде ауруға сәйкес реакция жасайды. Соның салдарынан ол баланың даусымен сөйлей бастайды, өзінің анасына жіберуді, жәбірлемеуін, қолына алып, көтеруін, ойыншық сыйлап, конфет беруін сұрайды, қыңырлық жасап, балаларша ағайлары мен апайларына ренжиді. Пуэрилизм клиникалық көріністе басым болғанымен, оның ішінде жалған кемшіндікпен немесе сарыуайымшылдық күймен ұлттасып келеді.

*Реактивтік (психогендік) сарыуайымшылдық* — жабырқаңқы күй, үлкен бақытсыздыққа, аса күйзелісті айырылуға, үмітін, үзілуіне байланысты болатын адамның әдеттегі реакциясы. Сондықтан да қайғыға болатын әдеттегі реакция мен соған байланысты туындайтын аурулы күйдің шегін ажырату айрықша қиын. Мұндағы айырмашылық — реакция дәрежесіне, оның күшіне және басқа күйзелістерден үстем болуына байланысты болсын, үнемі мұқият жасала бермейді. Аурудың еңсесі түскен, жабыраңқы келеді.

Реактивті сарыуайымшылдықтағы науқас көбіне өз-өзін өлтіруге әрекеттенетіндіктен ең бір қатал бақылауды қажет етеді. Реактивтік сарыуайымшылдықтың барысы оны туғызған жарақатқа байланысты болып, апталар мен айларға созылуы мүмкін, бірақ сарыуайымшылдық басқа аурулармен қабаттасып, асқынып кетпесе, әдетте толық сауығумен аяқталады.

*Реактивтік (психогенді) сандырақтың пайда болуы* жеке бас ерекшелігіде, оның ішінде күдікшілдік, үрейге бой алдырушылық немесе керісінше өзін-өзі асыра бағалау, өз менмендігінің шектен тыс осал және басқа қасиеттер себепші болады. Реактивтік параноидтың пайда болуына себепші болатын жағдайларға маңайдағылардан тұйықталып қалу, есітудің кілт нашарлауы немесе түсініксіз тілде сөйлейтін адамдардың ортасында болу сияқты себептер де жатады.

Психогенді параноидты сандырақтық құрылым көбіне параноидты психопаттарда болады. Бірақ қандай бір болмасын, мінез-күлық ерекшелігі бар адамдарда да кездесуі мүмкін. Көп жағдайда бұл - қызғаныш, аңду, қарым-қатынас — ойлап табушылық сандырағы болып келеді. Кей жағдайда басқа сйпаттағы сандырақтық сенім кездесетіндігін айта кету керек. Бұған өзін-өзі айыптау сандырағы, өте сирек кездесетін жадылап алу сандырағы жатады және т. б.

*Индукциялық сандырақ* мынадан көрінеді ауруға жақын адам оның сандырақ идеяларын бөлісе бастайды. Аурулық көзқарасты бойынша «жұқтыру» мына жағдайларға себепші болады: 1) тығыз қарым-қатынас, бірге өмір сүру, ауру адаммен үнемі байланысқа түсу; 2) ауырған адам, айталық, шизофрениямен ауырған болсын, үнемі үлкен беделге ие болған, оған деген шексіз сеніммен және аса күшті үйірсектіктен, оның үстіне, ол ақылдырақ әрі білімдірек болғандықтан, сайып келгенде, ауруыжайлы көзқарастарын бөліседі; 3) индукциялық сандырақтықта сенгіштік, шектелушілік, бірқатар жағдайларда кем ақылдықтың болуы; 4) ауру адамда кейбір сандыраққа ұқсас оның ойынша дұрыс сандырақ идеялардың баяу дамуы.

### ***Шизофрения және клиникалық көріністері***

Шизофрения тек психиатриядағы маңызды проблемалық ауру емес жалпы медициналық сырқат. Шизофрения ауруымен көбінесе жас адамдар ауырады. Сол себептен бұл ауруды айқындап танудың тәжірибелік маңызы зор. Шизофренияның басталу мерзімінің шегі жоқ. Ол бала кезде де, ересек кезде де болуы мүмкін. Шизофрения ұзақ мерзімді ауру. Көп уақытқа созылған аурулардың жартынан көбі шизофрения. Шизофрения жиі ақылдың кемістігімен аяқталатындықтан бұл қауіпті дерт болып саналады. Осы уақытқа дейін шизофренияның пайда болу себептері анық емес. Психиатриядағы көптеген өткір теориялық және тәжірибелік сұрақтар шизофрениямен байланысты. Шизофрения клиникасында әр түрлі формаларды жалпы байланыстырып тұратын бірнеше психикалық белгілер бар. Аурудың пайда болу тегі, оның бірнеше түрге бөлінуі жағынан көптеген пікірлер бар. Бірақ барлық психиатрлар шизофрениядағы негізгі клиникалық белгі ретінде бөлшектену бар екеніне күмәнданбайды. Бұл аурудың атын швейцар психиатры Э.Блейлер қойды. Бөлшектену белгісі төмендегідей болады. Қалыпты жағдайда барлық психикалық процестер өзара байланысты. Сезіну, қабылдау, ойлау, жүріс-тұрыс психиканың әр түрлі жақтары болып саналады.

Шизофренияда осы көрсетілген біртұтастық бұзылады, яғни психикалық қызметін тұтастығы, бірлігі бұзылады. Бұл әрине ауру адамның жүріс-тұрысынан білінеді. Басқаша айтқанда шындықпен байланыстан білінеді. Бірте-бірте ауру адамдар босаңсып, ынтасыз бола бастайды. Олар өздерінің әр түрлі әрекеттері басқа біреудің ықпалымен болатынын, айтады. Ауру адамдарға символдық ойлау өте тән нәрсе. Мысалы, ауру өзін бір шеңбердің ішіне сурет қылып салып, "өзім жасаған шеңбер ішінде қауіп мүлде жоқ" деп түсіндіреді. Егер ауру өзінің салған суретін жазбаша түсіндірмесе, оның не салғаны түсініксіз болар еді. Бұл шизофрениядағы символды суреттер. Кейде ауру адамда көрмей оның салған суреттері бойынша диагноз қоюға мүмкін. Шизофрениямен ауырған балалардың суреті қызық болады. Оларда сөйлеу нашар дамығандықтан суреттерінде символизм мен бөлшектену білінеді. Кейде аурулар өз ойларын кәдімгі сөздер арқылы бере алмай, жаңа сөздерді ойлап табады. Сонымен, жоғарыда айтылғандарды қорыта келе, шизофрениямен ауырған кезде ойлау мен эмоция бұзылып, психикалық қызметтің тұтастығы бөлшектенеді. Әуелгі кезде интеллект қызметінің бұзылуы формальды түрде дұрыс болады. Ауру адам өз жұмысын одан әрі атқара береді. Бірақ туыстары мен қызметтес адамдардың бақылауы және айтуы бойынша, психиканың бұзылуы нақтылы болғандықтан аурудың диагнозын қоюға болады.

Біздің елде шизофренияның түрлерге бөлінуі аурудың клиникалық ерекшеліктерімен өтуіне байланысты. Аурудың үш негізгі түрі бар: үнемі болатын, ұстамалы-прогредиентті және рекурентті. *Үнемі ағымды шизофрения* ағымды болады. Белгілерінің ерекшеліктеріне байланысты қатерлі, параноидты және жай ағымды түрлері



болады. *Ұстамалы прогрессивті шизофрения* бұл түрінде дерттің ағымы өзгерісті болады. Немістің “шуб” деген сөзі жылжудың, өзгерісті көрсетеді. Бұл дерттің қозуынан ауруда шизофренияға тән өшпейтін өзгеріс болады. *Рекурентті* (мерзімді) шизофренияның бұл түрінде ұстаманың соңынан ауру мүлде жазылып кетеді. Мұнда онейроидты кататониялық, депрессивті-параноидты және аффективті белгілер болады.

Шизофренияның қатерлі түрі жасөспірім кезінде басталып, үш негізгі бөліктен құралады: *психикалық өнімділіктің төмендеуі, эмоциональдық өзгерістердің пайда болуы және бұрмаланған пубертатты дағдарыстың құбылыстары*. Бұдан басқа мезгіл-мезгіл рудиментті сандырақ ойлар, жекеленген елестетушіліктер пайда болады. Ойлаудың бұзылуы, қиындауы, оқу үлгерімінің нашарлағаны байқалады.

Қазіргі көзқарас бойынша шизофрения тұқым қуалаушылық жағынан тез қабылданатын ауруларға жатады. Мұның айғағы ретінде шизофрениямен ауырған отбасында шизофрениялық психоз және адамның жеке басының өзгеруі жиі кездеседі. Шизофренияның пайда болуын биогендік аминдер мен олардың ферменттерінің, катехоламиндер, индоламин т.б. алмасуының бұзылуынан деген қағидалар бар. Қазіргі кезде шизофренияны емдеудің негізгі тәсілдері: антипсихотикалық, антидепрессивті, транквилизаторлы және стимуляциялық әрекетті психотроптық заттардың қолданылуы. Бұрын емдеудің естен тандыру әдістері аурудың ем қонбайтын түрлерінде кеңінен қолданылды. Емдеудің барлық биологиялық түрлері психотерапия және еңбек пен әлеуметтік бейімделу шараларымен қатар өткізіледі. Емдеудің барлық кезеңінде жеке адамның белсенділігін сақтап қалу негізгі принцип болып саналады. Әрбір ауырған адамды емдеуде өзіне тән шаралар қолданылуы

### ***Эпилепсия***

Эпилепсияның көрінуі балалық шақта байқалады: балаларда садисттік ойлар болады: жануарларды қинағанды ұнатады, әлсіздер мен көмексіздерді мазақтап күледі. Сондай-ақ олар өзіне деген заттарды: киімдерді, ойыншықтарды, мектеп заттарын ұқыптап және осы заттарға тиіскендерге ашуланып жағымсыз реакция көрсетеді.

Эпилептоидты жасөспірім өздерінің ызаларын түсіру үшін аффект жағдайы кенеттен болмай, ұзақ уақыт жалғасады және өз-өздеріне бірден келе алмайды. Аффект кезінде ерекше күш пайда болады. Оларда жыныстық қызығушылық қатты байқалады. Садисттік және мазохисттік түрінде көрінуі мүмкін. Алкоголді қолданған кезде тым ызалы болып төбелескіш келеді, сондай-ақ іс-әрекеттері мүлде есінде қалмайды. Олар алкогольге тым беріліп, асқынған түріне әкеледі. Олар азартты ойындарға беріліп, баюға деген құштарлығы артады.

Эпилептоидты тұлғалардың өз өздерін бағалау бір жақты: тиянақты, өз денсаулықтары алаңдатады, қызғаншақ болып келеді, өздерін комформды деп есептейді. Аффект жағдайында өз іс-әрекеттерін басқара алмай, криминальды жағдайға әкеп соғуы мүмкін. Олар көбінесе жағымсыз нәрселерге агрессиямен жауап береді. Истероидты типтің басты ерекшелігі-эгоцентризм, қоршаған адамдарды өздеріне қаратып алу, өзіне деген таңғалу, қызығушылық, құрмет көрсету байқалады. Қоршаған орта адамдарын өзіне қаратып алу үшін өтірік айтып және ойдан құрастыру истероидты типке тән. Истероидтың эмоциясы театрды ойнағандай жалған. Ал шын сезімдері жоқ.

Истероидты типтегі балалар көрермен залында тақпақ айтып, өлең айтқанды ұнатады. Жас өспірім кезде өздеріне назар аудару үшін алкогольді қолдануы, мінез құлқының өзгеруі байқалады.

Үйден қашу балалық шақтан болады. Истероидты балалар үйден қашқаннан кейін, оларды іздейтін жерге барады, милицияға хабар береді. Наркотик туралы көп естіп, өздерін наркоман ретінде көрсетеді. Бірақ тексерген кезде ол жалған болады. Ойдан құрау арқылы көптеген адамдарды алдайды. Ерекше байқалатыны деперсонализация және дерелазациялық уайымдау. Жағымсыз жағдай болғанда суйцидтық әрекеттерді демонстрациялайды. Истероидты акцентуация психикалық инфантилизммен сәйкестелініп келуі мүмкін. Құрдастарымен болған сәтсіздіктерді өзінің ата-анасына шығарады.

Эпилепсиялық жағдайларда талмалар мен тырысқақтар адам санасының бұзылуына және эмоцияның психикалық жағдайына өзгерістер әкеп отырады. Эпилепсияның шығу себептері әртүрлі. Генетикалық факторлар мен қатар эпилепсияның дамуына жүре пайда болатын факторлар да әсер етуі мүмкін. Жүре пайда болатын факторларға жүйке-жүйесінің аурулары, жарақаттар, инфекциялық және интоксикациялық әсерлер жатады. Эпилепсияның пайда болуына эмбриондық даму кезіндегі бас мидың зақымдануы және дүниеге келу кезіндегі жарақаттар маңызды рол атқарады. Эпилепсиялық жағдайдың дамуына және тырысқақтың талма құбылысының пайда болуына белоктық азоттық сулы тұздардың, қышқылдардың, зат алмасу процесінің бұзылуы әсер етеді. Ауру адамның миында еркін жүретін ацетин халиннің саны көбейіп жүйке импульстарымен нейрондағы қозудың жылдамдығын арттыру байқалады және гамма амина майлы қышқылдарының құрамы мида төмендеп жүйке импульстарының қызметін тежейді.

Эпилепсиялық тырысқақтар үлкен екі топқа бөлінеді: *үлкен және кіші* эпилепсиялық тырысқақтар. Үлкен эпилепсиялық тырысқақтар- аяқ астынан болуы мүмкін және бірнеше фазалардан болуы мүмкін. Ауру құлап, денесі мен қол аяқтары тартылады. Ауру адам жағымсыз дыбыстар шығарады, бет әлпеті көгеріп, көзі аларады. Тек желкесі мен аяғының табаны жерге тиеді. Бұл фазасы *тоникалық* деп аталады. Тоникалық фаза клоникалық фазаға ауысуы мүмкін. *Клоникалық* тырысқақтар 2-5 минут дейін созылады. Бұл фазада дене бет қол аяқ бұлшықеттері тартылады. Аузынан қан араласқан көбік ағады. Беті көгеріп ісінеді. Тырысқақтан кейін ауру адам 15-20 минут меңіреу қалпында болады. Одан кейін ұйқыға кетеді. Кіші эпилепсиялық тырысқақтың бірнеше формасы бар. *Абсанс*-ауру адамның қас қағым сәтте естен тануы, қимыл қозғалысының шектелуімен сипатталады. Ауру адам қай күйде, қай позада тұрса сол қалпында құлап қалады. Бұл форманың ұзақтығы 3-5 секунд. Егер абсанс жиі қайталанатын болса, ойлау процесінің төмендеуі, сөз дағдыларының баяулығы, есте сақтау қабілетінің бұзылуы байқалады.

### ***Невроздар және невротикалық бұзылулар***

*Невроз –жүйке жүйелік және психикалық бұзылу формаларының бірі.* Невроз - бұл жүйесінің шамадан тыс зорлануының нәтижесі, яғни жүйке әрекетіндегі олқылық. Невроздардың себептері әр түрлі: отбасындағы, мектептегі даулы жағдайлар, қорқу, жақын адамнан айырылу, қорқыныш сезімімен байланысты іс - әрекетті күштеніп орындау т.с.с. Невроздардың өту барысы түрліше көрініс береді. Бір формалары түрлі жағдайларға байланысты біртіндеп, жайлап дамиды. Отбасындағы, күнделікті өмірдегі қолайсыз жағдайлар, дұрыс тәрбиенің берілмеуі жүйке жүйесін шиелендіріп, невроздардың қалыптасуына мүмкіншілік тудырады. Ал кей жағдайларда невроз күшті түрде көрінуі мүмкін, яғни жүйке жүйесінің баланың өміріндегі келеңсіз жағдайларына реакциясы.

Мектепте күйгелек балалар мына қасиеттерімен сипатталады: қозуы тежелуге қарағанда басым, өте ширақ, сабақта тыныш отыра алмайды, балалардың мазасын алады, зейіндерін бір нәрсеге тұрақтата алмайды, қозғалғыш, шулап отырады, мұғалімнің берген сұрағына ойланбастан жауап қайтарады, сөз - сөйлемдері өте тез, шапшаң. Невроздың бірнеше формаларын ажыратуға болады.

Невроз - жанға жара салып, жүйкеге қатты әсер ететін оқиғаны бастан кешу кезінде бала психикасы оған төтеп бере алмаса, ол неврозға ұшырайды. Неврозбен ауырған бала оның психикасына жаман әсер ететін жағдайды қиналыспен қабылдайды. Балаларда байқалатын невротикалық белгілерге: қорқыныш неврозы жабықтыратын жай - күй неврозы, қуық ұстамау неврозы (энурез), тәбеті жоқтық, тілдік невроздар жатады.

*Қорқыныш неврозы:* Қорқыныш - кішкентай бала атаулыға тән нәрсе. Бала емусіздіктен, жазалау қаупінен, айқайдан қорқады. Мұны аурудың әдеттегі көрінісі деп емес, дені сау балалардың әдеттегі қорқынышы деп қабылдауымыз керек. Алайда баланы қорқыта беру, оған қоқан - лоқы көрсету бірте - бірте қорқынышты сипат алуы мүмкін. Бала бөгде адамдардан, қараңғыдан қорқа бастайды, бөлмеде жалғыз қала алмайды, басқа

адамдар арасында үрейленеді. Қорқыныш күйі басылуы да немесе қайтадан өрлеу де мүмкін. Баланы қорқынышты күйден құтқару үшін үлкен адамдар оның таяныш - тірексіз еместігіне, жақсы қарым - қатынаста өмір сүретініне сенімін арттыруы керек.

*Жабықтыратын жай* - күй неврозы. Мектеп өміріне бейімделудің қиын кезеңінде, яғни бала оған шамадан тыс күш түсетін жағдайға тап болған кезде ол мазасыздың, бұл жағдай біртіндеп қорқыныштық жабықтыратын жай - күйіне немесе сылбыр қозғалысқа ұласа бастайды. Қорқыныш жағдайында баланы қандай болмасын азапты ойлар билейді. Ол ғаламат күші бар белгілі бір рухтан, өлімнен, ақыр аяғында мұғалімге жауап бере алмай қалудан қорқуы мүмкін. Бұл жағдайда егер одан жауап беру талап етілсе, ол өзінің жүрегі алқымына тірелгені, бұлшық еттерінің құрысып - тырысуынан тынысы тарылып, суық терге малшыңғанын сезінер еді. Бала жауап беруден қорқады. Ол өзінің дене күйзелістерінен қорқады.

Сылбыр қозғалыстар неврозы тұйық қозғалыстар деп аталанып, пайдасы аз, мақсатсыз еліктеме қозғалыстардың пайда болуымен сипатталады. Бұл қозғалыстар теңселмелік, мұрнын ұқалау, бетін ұстау (қол тигізу, сипалау), бет - ауызды тыжырайту, қолды, иықты, мойынды белгілі бір дәрежеде қисандату, тырнақты тістелеу және т. б. болуы мүмкін. Мұндай сылбыр қимылдар баланы қымсынтатын үлкен адам көрінген кезде, сабаққа жауап беруге әрекеттегенде және т. б. жағдайларда көбірек байқалады. Сылбыр қозғалыстар кей кездері қорғаныш жоралғысы сипатына ие болады. Бала «бәле - жалаға» ұшырамауы үшін белгілі бір қозғалысты орындау керектігіне өзін сендіреді. Мысалы, ол ырғып - ырғып алады, бұдан оның көңіл - күйі сәл-пәл көтеріледі. Шамалы уақыттан кейін ол тағы да жан қинап секіргісі келеді. Невроз тудыратын мұндай жай - күйдің қапелімде қалпына келе қоюы қиын, сондықтан бала өзіне аяушылықпен қарауды тілейді.

*Қуық ұстамау неврозы.* Энурез - балаларда жиі кездесетін дерт. Бірақ мұның бәрін барлық уақытта бірдей невроз деуге болмайды Невротикалық түнгі қуық ұстамау - бұл бала психикасы зақымдануының нәтижесі. Қуық ұстамаудың өзі бала психикасын зақымдайтын фактор болып табылады. Балалар мен оған жақын емес үлкен адамдар оның «масқара» ісінің куәгері болып, оны ұялтып жазалаған кезде өзінің дәрменсіздігін сезініп, қатты күйзеледі. Бала дөрекі, ашуымен немесе жағымпаз, ұялшақ болып, өз - өзінен оқшауланып, томаға тұйық жүреді. Кейбір жағдайларда қуық ұстамау күндізгі уақыттағы өзіндік қорғаныш реакциясы ретінде көрінеді. Бала шалбарына жіберіп қоюы да мүмкін. Энурез емдеусіз-ақ өз-өзінен жайылғанымен, бала организмінде паталогиялық ауытқу зардабын қалдыруы мүмкін. Мұндай неврозға ұшыраған бала өзіне ілтипатты көзқарасты керек етеді.

*Тұтықпа* сөйлеу кезінде тілдің мүкістігінен сөздің жатық айтылмай, буын - буынға бөлініп айтылып, оларды қайталап айту кезінде қиындық келтіруі тұтықпа деп аталады. Тұтықпа бала сөзді тізбектеп тұтас айтуға тиісті болатын мектеп жасына дейінгі және мектеп жасындағы кішкентай кезде көбірек байқалады. Невротикалық тұтықпа көбіне баланың шошынуынан, тұрмыс қалпының өзгеруінен болады. Бұл ретте әлсіреген организмге, психикалық дамудың туа біткен ерекшеліктеріне, шамадан тыс күш түсуге сыртқы жағдай зардапты әсерін тигізеді. Тұтықпа көп жағдайда еліктеуден басталады. Тұтықпа бала тілінің мүкістігіне қатты күйзеледі. Ол біртіндеп адамдармен сөйлеуден, әсіресе өзі үшін бейтаныс адамдармен сөйлесуден қаша бастайды. Тұтығу қорқынышы әсіресе мектепте оқып жүрген кезде белең - алады. Бұл жағдай жеке бастың невротикалық дамуына апарып соғады.

Тұтықпа балалар, сондай-ақ, оларды тәрбиелейтін үлкен адамдардың айрықша ықылас бөлуін керек етеді. Олар үшін емдеп қалпына келтіру шараларының жүзеге асырылуы өте - мөте қажет-ақ. Бұл орайда мұғалім мен тәрбиеші де баламен араласу үшін қолайлы жағдай туғыза отырып, өз үлестерін қоса алады. Тұтықпадан сақтандыру үшін баланың сөздік тапсырмасын жеңілдету керек. Сонда ол есіткенін емін - еркін қайталап, жаттап алған өлеңдерін айтып бере алады. Сөздерді өз бетімен құрастыру қажеттігі жоқ

жерде бала тұтықпадан аз азап шегеді немесе мүлде тұтықтырады. Балаға күрделі лексикалық -грамматикалық орамдарды айтқызуға онша үйір болмаған жөн, өйткені сөз мағынасын ұқпау, айтылуы қиын сөздерді айтудан қымсыну, түптеп келгенде, тұтықпаға соқтырады. Егер тұтықпа белгілі бір тілдік даму ерекшеліктерінің негізінде пайда болатын болса, оны логопед жөндей алады. Ал егер ол невроз симптомы болып табылатын болса, онда оны емдеумен психоневрологтың айналысқаны жөн.

Невротикалық жай күй немесе невроздың өзі шаршау, қалтырау, у-шудан қажу және еңбекке қабілеттілікті жоғалту жағдайында пайда болады. Органың ықпалы невротикалық жай - күйдің немесе невроздың болу - болмауын айқындайды. Мектеп өміріне үйренудің қиын жағдайындағы невротикалық олқылық кез келген балада кездеседі, дегенмен бұл олқылықты мұғалім мен тәрбиешінің сөйлеу мәнері есебінен, олардың балаға ізгі қарым - қатынасы есебінен болдырмауға болады.

*Логоневроз* бұл жалпы невротикалық бұзылу мен сөйлеудің невротикалық бұзылуынан туады. Жалпы невротикалық бұзылуға жататындар: ұйқының, көңіл - күйдің, тәбеттің бұзылуы. Мұндай аурулардың ұйқысы бұзылады, ұйқы демалыс әкелмейді, керісінше көп түс көргеннен шаршап тұрады, көңіл күйлері, тәбеті төмен. Осындай бұзылудан сөйлеу қорқынышы (логофобия) пайда болады. *Логофобия* - бала сөйлеуге қорқады. Кейде сөйлеу қорқынышының күшті болғанын бір жағдайларда бала үндемей қалады, кей жағдайларда сыбырлап зорға сөйлейді. Сөйлеуден қорыққаннан балада тұлығы пайда болуы мүмкін.

*Тики* - (бұлшық еттер дірілі) мектеп жасындағы балаларда көп кездеседі. Тики - еріксіз өзінен - өзі көз қабығының беттің бұлшық еттерінің тартылып тұруы. Тики, көбінесе, баланың күні бойы ойнап, шаршаған кезінде байқалуы мүмкін: баланың беті жыбырлап, ерні діріл қағып, мұрын еті үлкейіп, ісініп, көздің жыпылықтауы байқалады. Тики ауруы да тұтықпа тәрізді жүйкесіне байланысты екені анықталған. Осы белгілерді байқаған ата - ана, тәрбиеші баланы бала психиатрына көрсетуі керек. Дәрігердің кеңесін бұлжытпай орындау, дәрі - дәрмені уақтылы қабылдау, күндіз баланы ұйықтату, басымен құлап қалмауын қадағалау, сабақты көп оқытпай, демалдырып барып оқыту т. с.с. ережелерді қатал пайдаланып отырса, бала аурудан айығып кетеді.

*Невроздар* - Невроздың себептері әр түрлі: отбасындағы, мектептегі даулы жағдайлар, қорқу, жақын адамнан айырылу, қорқыныш сезімімен байланысты іс - әрекетті күштегіп орындау т.с.с. Невроз - бұл жүйесінің шамадан тыс зорлануының нәтижесі, яғни жүйке әрекетіндегі олқылық. Невроздардың өту барысы түрліше көрініс береді. Бір формалары түрлі жағдайларға байланысты біртіндеп, жайлап дамиды. Отбасындағы, күнделікті өмірдегі қолайсыз жағдайлар, дұрыс тәрбиенің берілмеуі жүйке жүйесін шиелендіріп, невроздардың қалыптасуына мүмкіншілік тудырады. Ал кей жағдайларда невроз күшті түрде көрінуі мүмкін, яғни жүйке жүйесінің баланың өміріндегі келеңсіз жағдайларына реакциясы. Мектепте күйгелек балалар мына қасиеттерімен сипатталады: қозуы тежелуге қарағанда басым, өте ширақ, сабақта тыныш отыра алмайды, балалардың мазасын алады, зейіндерін бір нәрсеге тұрақтата алмайды, қозғалғыш, шулап отырады, мұғалімнің берген сұрағына ойланбастан жауап қайтарады, сөз - сөйлемдері өте тез, шапшаң. Невроздың бірнеше формаларын ажыратуға болады.

*Неврастения.* Бұл топқа қажып шаршаудың, тамаққа тоймаудың, организмнің физикалық әлсіздігінің нәтижесінде жүйке жүйесі әлсіреген балалар жатады. Бұл балалардың тамаққа тәбеті төмен, түрі боз, салғын, қимыл - қозғалыстарында сенімділік жоқ, көңіл - күйлері эп - сәтте өзгеріп тұрады, ашуланшақ, ызақор, қыңыр, мазасыз. Зейіндерін тоқтата алмайды, ақыл - ес үрдістері әлсіз, есте сақтаулары төмен, сабақты көпшілігі үлгермейді. Ауырсынған күш түсу психофизиологиялық баланың мүмкіндіктері. Ол қоршаған ортаның жоғары талаптарына сәйкес келу күшінде емес және ежелдік кез-келген қиындықтарға қарсы тура алмайды. Бұл көбінесе ата -аналары балаларын дұрыс қабылдай алмауы. Бала ата - аналарының неге оған қатал екенін түсіне алмайды. Бұл балада нервтік күш түсуге әкеледі. Захаровтың сөзі бойынша ата - аналары баласына

күніне 300-ге дейін ескертпелер айтады (приказ). Екінші себеп ата - аналары семьяда пайда болған басқа балаға көп көңіл бөледі де, ол алғашқы бала бақылаусыз қалады. "Үлкен балаға көп міндет жүктеледі. Ол бәрін өзі түсінуі керек" деп ойлайды. Осыдан зардап шегуші болса өзінің ата - аналары алдындағы беделінің төмендегенін түсінеді.

*Истерия* бұл топтағы балаларға тән ерекшеліктер: жоғары сезімталдық, әсерленгіштік, өзін сендіруге, қиялдауға бейімділік, эгоцентризм, айналадағы адамдардың назарын өзіне аудару ықыласы, көңіл аудармаған жағдайда балалар жағымсыз реакциялар көрсетуі мүмкін: дөрекілік, аффектілі түрде ыза болу, жылау т. б.

*Истериялық невроз.* Сыртқы көрінісі бәрімізге белгілі: бала еркелейді, истерика жасайды, жерге құлап, жерді ұрғылайды. Қалыпты жағдайды ерте жаста байқалатын патологиядан ажырату керек. Ата - аналары белгілі уақытқа дейін бостандық береді де, одан соң шектеу қояды, ал бала бұл өзгерісті бірден түсіне қоймайды. Көптеген ата — аналар балаларының және жанұясының денсаулығына көп көңіл бөледі. Бірақ, өкінішке орай көбі байқау және қателік тәсіліне жүгінеді, ең маңыздысы - олар сау баланы өсіруге талаптанады. Олар балалардың жүйке ауруының алдын алу және ауруларды болдырмау туралы ойланады. Ешкім өмірінің күрделі, тұрақсыз, стресске толы болуын қаламайды. Нақтылы жағдайда жаңа келешек ұрпақтың өмір сүруі мен өсуі тек физикалық, ең біріншіден психикалық сау адамға ғана жеңіл.

А.И.Захаровтың пікірі бойынша невроздардың бірнеше түрлері бар. Ол өзінің "Балалар невроздары" кітабында келесі түрлерін ажыратады: *қорқыныш неврозы* өлім қорқынышынан пайда болады. Ол көбінесе 5-6 жастағы барлық балаларда байқалады. Мұндай жағдайда егерде семьяда өмірге қуанышты эмоциональді атмосфера болса бала бұл жағдайды өзі шеше алады. Егер де бала бұрыннан тынымсыз болса, онда бұл алаңдаушылық өлім қаупін тез күшейтіп жіберуі, осыдан бұл қыздағы сияқты невротикалық қорқыныш пайда болады. (лифтіден қорқу, оттан, аурудан, машинадан қорқу). Мұның бәрі бір нәрсеге - қорқынышпен; бір жағдай болатын сияқты сезімінен білінеді. Бұған қоса анасынан қорқу, балаға үлкен әсер етеді.

*Жабысқақ жағдайлар неврозы.* Захаров суреттеуі бойынша үлкен мектеп жасында байқалады, бала қандай да бір іс - әрекет жасауға тырысады, ол өзіне қорғаныш элементі саналады. Бұл қорғаныш механизмі, тиктер, біркелкі қозғалыстар, немесе респираторлы көріністер (В.И.Горбузов пікірі бойынша). А.И.Захаров балалар неврозының себептерін, семья қатынасынан іздейді, яғни бұндай жағдайда мәселе жабулы шеңберге ұқсас: Ата - аналар өздерінің балалық шағынан қорқыныш мәселесін ала жүріп, оны өсіп келе жатқан баласының иығына артады. Осылай ұзақ жалғастыруға болады, бұл тізбекті ешкім үзіп немесе ойланбайынша ол жалғаса береді. Саналы ата - аналық міндетті орындау - сау балаларды өсіруге және өз семьясының мәселелерін шешуге мүмкіндік береді.

Ата - анасының махаббаты мен тірегімен өскен болса өз өмірінің кризистік кезеңдерінен өте алады. Захаров әсіресе бала туғанға дейінгі кезеңге көп көңіл бөледі. Бала семьяда қалаулы бала болса, соншалық семьядағы орны бөлек. Шын мәнінде мінсіз ата - аналардың болуын өлшем талап ете алмайды, барлық адамдар қателеседі, бірақ олардың көбінен құлылуға болады. Алдымен өз жеке мәселесін одан соң семьяның мәселесін шеше білу қажет. Мұндай шешемді дұрыс түсіну болашақта семьяда психикалық саз баланың өсуіне мүмкіндік береді.

## ПСИХИКАЛЫҚ ПРОЦЕСТЕРДІҢ ПАТОЛОГИЯСЫ

Адам психикасы – бүкіл материяның эволюциялық даму нәтижесі. Психика тіршілік дамуының белгілі бір сатысында тірі организм мен сыртқы ортаның өзара қатынасын білдіретін бейнелеудің айрықша түрі. Психиканың ең қарапайым түрі жәндіктерге тән, ал ең жоғары формасы адамның санасы. Сана – адамның қоғамдық тарихи дамуының жемісі. Психика сезім мүшелерінің бізді қоршаған сыртқы заттар мен құбылыстарға әсерленіп, тітіркенуінен пайда болады. Психика дегеніміз – үнемі болып

қозу мен тежелу сияқты физиологиялық процесстердің ми қабығында жасалуы. Сыртқы заттар мен құбылыстардың әсері мида түйсіну, қабылдау, елес тудырып, олар адамның алуан-алуан ойлау әрекеттері арқылы қортылады.

Сана – адамның материя дамуының белгілі бір сатысында пайда болған қасиеті. Енді психологиялық өзгерістер туралы айтпастан бұрын қалыпты жағдайда түйсік пен қабылдау не екеніне қысқаша тоқталайық. Психикалық қызметтің кейбір жақтарының бұзылуы көбінесе оның жалпы бұзылуына әкеліп соғады. Түйсік – адам танымының төменгі сатысы, заттардың жекелеген сапасы мен қасиетін бейнелейді. Қабылдау – күрделі процесс. Ол затты бүтіндей, тұтас және оның жекелеген қасиеттерінің қарым-қатынасын сипаттайды. Елестету – қабылдауды еске түсіру елестету түйсік пен қабылдау сияқты айналадағы объективті түрде бар дүниені бейнелейді. Философиялық тұрғыдан түйсік пен қабылдау айналаны танудың бірінші сатысы болып саналады. Материя философиялық тұрғыдан тану процессінің үш сатысы бар: Айналадағы ортаны тікелей тану мендей қарау арқылы (бұл сезіну мен қабылдау арқылы) қорытындылау, абстрактілі ойлау.

Психикалық процесстердің сапасын, жеке адамның ерекшеліктерін анықтау үшін арнаулы сынақтардың тесттердің пайдасы зор. Психикалық, тесттердің қорытындысы клиникалық практикада жиі қолданылады. Түрлі әдістер арқылы жүргізілген клиникалық - психологиялық текістердің әсерлі психологиялық әңгіменің, өмір мен ауру туралы анамнездік мәліметтермен салыстыру керек.Зейінді тексеруде біркелкі бейнелері бар кестелер қолданылады. Мысалы, қолдың қатысуынсыз кезекпен, түсі бірдей суреттерді сынау. Түзету әдістері б-ша бірден әріптермен цифрларды сызу керек. Жауапты бағалаған кезде тапсырманың орындалуының ұқыптылығы, жылдамдылығы,пациенттің шаршап, қажуы еске алынады. Бұл әдістер назар белсенділігін алаңсыз ойлау реакциясын тексеруге қолданылады.

Есті зерттеуде тексерушіге 10 сек. Ішінде кестедегі фигураларды көрсетіп,оларды есінде сақтау жүктеледі. Қалыпты жағдайда 5-6 фигура есте сақталады. Бұл әдіс арқылы көру есінің ерекшелігі анықталады. Естіген сандарды, сөздер мен сөйлемдерді жадында сақтау, анық және жай айтылған сандарды, сөздерді, сөйлемдерді ұқыпты таңдап,есте сақтау ұсынылады. Сау адамдар 10 сөздің 5-9 ын есте қалдыратыны анықталады. Есі жақсы адам мұны 3-4 қайталаған соң жаттап алады.

Пиктограмма – жанама есте сақтауды тексеруге арналған әдіс. Есте сақтау үшін сайланып алынған сөздерді пайдаланады. Тексерілушіге таза қағаз бен қарындаш беріп, «Есіңізді басқа әдіспен тексереміз. Айтылған сөздер мен сөйлемдерді есте сақтаңыз. Есте сақтау үшін әр сөздің орнына сурет салу керек, әріпті де, сөзді де жазбаңыз» - деген нұсқау айтылады.Бұл нұсқау бір рет айтылғанымен, ауру адамның сұрауы б-ша қайталанады. Мысалы:

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 1. Көңілді мейрам | 9. Айырылу    |
| 2. Ауыр жұмыс     | 10. Алдау     |
| 3. Кешкі ас       | 11. Жеңіс     |
| 4. Ауру           | 12. Ерлік     |
| 5. Қайғы          | 13. Дұшпандық |
| 6. Бақыт          | 14. Әлеттілік |
| 7. Махаббат       | 15. Күмән     |
| 8. Даму           | 16. Достық    |

Жылжымалы талдау үшін осы көрсетілген сөздердің мазмұн-маңызына қарап, тексерілуші олардың кезегін сақтауға тиіс. Жарты сағат өткен соң тексерілушіден суреттер б-ша сөздерді айтып,беруді өтіну керек. Пиктаграмма әдісі жеке адамның есін ғана емес, оның ойлау, қабылдау,эмоция ерекшеліктерін анықтауға да пайдаланылады. Тексерілуші тапсырманы орындаған соң, тексеруші оны сұрай отырып,оңай және қиындықпен келген түсіндіреді. Зерттеу 46 хромасоманың орнына 45 хромосома болатынын, жыныстық хроматиннің болмайтынын көрсетті (44 хр.) бұл әйелдерде екінші

жыныстық белгілер нашар дамығпн (аналық без оларда нашар дамыған, не мүлде жоқ), мойындары қысқа, оның екі жағында қанат тәрізді әжімі бар, шаштың өсу шекарасы төмен. Бұл белгілер ақылдың кемістігімен қатар болады.

### **Түйсік пен қабылдаудың бұзылуы.**

Түйсік пен қабылдау қоршаған ортаны танып білуде маңызды роль атқарады. *Түйсік*-заттар мен құбылыстардың жекеленген қасиеттерінің мида бейнеленуі және танымның алғашқы баспалдағы. *Қабылдау*- заттар мен құбылыстардың мида тұтастай бейнеленуі және түйсікке қарағанда әлдеқайда күрделі. Сана – адамның материя дамуының белгілі бір сатысында пайда болған қасиеті. Енді птологиялық өзгерістер туралы айтпастан бұрын қалыпты жағдайда түйсік пен қабылдау не екеніне қысқаша тоқталайық. Психикалық қызметтің кейбір жақтарының бұзылуы көбінесе оның жалпы бұзылуына әкеліп соғады. Түйсік – адам танымының төменгі сатысы, заттардың жекелеген сапасы мен қасиетін бейнелейді. Қабылдау – күрделі процесс. Ол затты бүтіндей, тұтас және оның жекелеген қасиеттерінің қарым-қатынасын сипаттайды. Елестету – қабылдауды еске түсіру елестету түйсік пен қабылдау сияқты айналадағы объективті түрде бар дүниені бейнелейді. Философиялық тұрғыдан түйсік пен қабылдау айналаны танудың бірінші сатысы болып саналады. Материя философиялық тұрғыдан тану процессінің үш сатысы бар: Айналадағы ортаны тікелей тану мендей қарау арқылы (бұл сезіну мен қабылдау арқылы) қорытындылау, абстрактілі ойлау

Физиологиялық тұрғыдан сезіну анализатор рецепторларын тітіркендіруден басталып, онан әрі ми қыртысындағы анализатор. Орталығы қозуының қортындысы ретінде пайда болады. Қабылдау кезінде бірнеше анализаторлар қатысады, шартты рефлекстік байланыстардың мәні зор. Түйсіктің зақымдануы көптеген себептерге байланысты, патологиялық көріністеріне: *Гиперестезия* – қалыпты жағдайдағы табиғи бейтарап тітіркендіргіштердің әдеттен тыс өткір және айқын қабылдауы. Бұл жағдайда күндізгі жарық соқыр қылады, кәдімгі дыбыстарға шыдау қиындап иістер өткір түрде қабылданады. *Гипостезия* – гиперестезияға қарама-қарсы құбылыс. Айналадағы ортаны анық емес, көмескі қабылдау. *Анестезия* – сезімталдықтың толық жойылуы. *Сенестопатиялар* – адам денесінің бір бөлігінен білінетінге әртүрлі, ұнамсыз, ауыр сезімдер. Осындай сезімдерді анықтау қиындыққа соқтырады. Аурудың сенімді түрдегі шағымына қарамастан олардың ішкі ағзаларында ешқандай өзгерістердің жоқ екенін объективті түрде жүргізілген зерттеулер көрсетеді.

Қабылдаудың бұзылуына сағым мен елестетушілік жатады. *Сағым* – айналадағы заттар мен құбылыстарды жалған және қате түрде қабылдау. Қиял жағдайында айналадағы заттар мен құбылыстар өзгерген түрде қабылданады. Мысалы, иттің үргені адамның жылағаны бір топ ағаш адам сияқты көрінеді. Сағым сау адамдарда болады. Оның пайда болуына қорқуы, күтуі, шаршауы, алаңғасарлығы әсер етеді. Түнде көшеде келе жатқанда бір түп ағаш пен бағана адам болып көрінеді. Мұндай сағымдарға аффектер әсер етеді. Сондықтан олар аффектігендік сағымдар деп саналады. Физикалық заңдылықтарға байланысты сағымдар пайда болады. Оларды физикалық сағымдар деп атайды. *Парейдолиялық сағымдар* – оның пайда болуына елестету мен фантазия әсер етеді. Қабырғаға жапсырылған түс қағазға қарағанда көз алдымызға таң қаларлық таулар, өзендер елестейді. Бірақ адамның санасында бұл тек түс қағаз екенін түсінеді. Сананың жеңіл түрде бұзылуы парейдориялық сағымдарды туғызады (жүкпалы аурулар көбінесе балаларда кездеседі.) *Вербальді сағымдар* – латын верба – сөз кейде аурулар айналадағы адамдардың сөздерін өзіне қатынасы бар бұрмаланған түрде естиді. Ауруға қатысы жоқ айтылған, әңгіме оның есімін атағандай, оған арнап жаман сөздер айтқандай болады. Мұндай сағымдар тек психикалық ауру адамдарда болады. Көңіл-күйдің өзгеруі және бұзылуы басқа да психикалық бұзылуларға байланысты сағымдар сау адамдарға қарағанда көбінесе психикалық ауруларға кездеседі. Мысалы, маскүнемдік, психоз жағдайында қабырғадағы сағат мүйізді шайтан орындықтың қабырғасы адам сияқты болып көрінеді.

*Метаморфозия* – заттың формасы мен көлемінің бұрмалануы. *Микропсия* – заттардың кішкене және алыста болып көрінуі.

Макропсия – заттардың үлкен және жақын болып көрінуі.

Танымдық процестерінің бұзылуынан адамдардың мінез-құлқы, қимыл – қозғалыстары да дөрекі көрінеді. Осыдан кейбір адамдар ұшырып, стресстік жағдайға дейін әкеледі. *Галлюцинациялар (елестетушілік)* – нақтылы объекті болмаған жағдайдағы қабылдау. Егер сағым айналадағы бар заттарды бұрмалай қабылдау болса, онда елестетушілік объектісіз, жалған қабылдау. Елестетушілік сезім мүшелеріне байланысты көрі, есту, жанасу, дәм сезу, иіс сезу сияқты бөлінеді. Көру елестетушілігі ауру әртүрлі заттарды, адамдарды бүтіндей не оларды бөлшекті түрде көреді. Көру елестетушілігі жиі сананың бұзылуында қатты және жылдам өтетін жұқпалы не улану психозында болады. Көрушілік айқын елестетушілік маскүнемдік психоз жағдайында болады. Айқын көрушілік елестетушілік игналяциялық тамақты булау, және дәрімен улануда болады. Есіту елестетушілігінде аурулар байланыс дыбыстарды ( атылған оқ, еңіреу, ынырану ды) естиді; болмаған сөздерді естиді.

Вербальді елестетушіліктер деп аталады және интерпретивті, императивті болып бөлінеді. - түсінік елестетушілігі дейді, көбінесе дауыстар аурудың әрекетіне *Интерпретивті*, сөзіне және ойына түсінік беруі мүмкін жиі дауыстар ауруға ұнамсыз әсер етіп, ажыратады. Егер дауыстар айлап, жылдап ұзақ уақыт және қиындықсыз әсер етсе, ауру бұған үйреніп жұмыс істеу қабілеті жоғалмауы мүмкін. *Императивті*- әйгілі не бұйрықты елестетушілік. Мұндай елестетушілік өте қауіпті. *Функциональды*- елестетушілік- дауыстар қандай болса да тітіркендіргіштер бар кезде пайда болуы мүмкін. Мысалы, ауруып жүріп келе жатқан кезде поездің дөңгелектерінен, сағат тілінен, толық жабылмаған краннан аққан тамшылардан пайда болған дауыстарды естиді.

Есту елестетушілігі, көру елестетушілігіне қарағанда жиі ұзақ ауру, жарқын сана кезінде болады. Мұндай елестетушіліктер және ұзаққа созылған интоксикациялық аурулар да маскүнемдік шизофрения, бас, миының органикалық зақымдану (энцефалит, ісіктер ) кезінде болады.

*Жанасу елестетушілігі*- дененің үстінен шыбын- шікей, құрт, жылан жылжығандай, мысықтың жанасуы кезінде пайда болады. *Иіс сезу елестетушілігі*- әр түрлі, жиі ұнамсыз иістерді сезінеді. Үйлеріне тұншықтырған газ, түтін жіберетіні өлесенін иісі, тамақтың шіріген иісі бар екені туралы айтады. *Дәм сезу елестетушілігі*- иіс сезу елестетушілігі мен қатар болады. Ұнамсыз иісті тағам мен суды сезінеді. *Гиетегі (висцеральдық) елестетушілік*- денесінің ішіндегі, жиі асқазандағы бөтен заттың *не тірі жәндіктің болуын сезінеді*. *Психогендік елестету*- қатты аффекті, ауыр психикалық зақым кезінде пайда болатын елестетушіліктер. *Гипногогиялық елестетушілік*- ұйықтар аралығындағы көз жұмылған не оянған кезінде пайда болады; (сау адамдарда да, жиі алкогольизм жағдайында болады) *Қарапайым елестетушілік* – тек көру, тек есту не жанару елестетушілік болу. *Күрделі не комплексті елестетушілік* – истериялық ауруына байланысты, психиканың зақымдану кезінде пайда болады, әр түрлі елестетушілік бір мезетте болуы. *Жалған елестетушілік*- псевдогаллюцинациялар- әр түрлі нәрселерді бастын ішінде, желкесінде, көздің ішінде көруі.

### ***Естің клиникалық көріністері***

Естің бұзылуы көптеген психикалық ауруларда кездесетін симптом. Ауру адамдардың көпшілігі естің бұзылуына шағымданады. Ларошфуко мынадай көзқарасты айтқан, адамдар жиі естің бұзылуына шағымданады, бірақ ешкім ойлаудың кемшілігіне шағымданбайды. Бұл шындығында рас. Аурулар өздерінің адекватты емес пікірлер, ойлауларының кемшіліктері туралы сирек айтады, ал есінде кемшілік бар екенін барлығы байқайды. Өйткені өзінің есте сақтауға қабілетсіз екенін мойындау жәбірлетірмейді, ешкім өзінің ойлау, мінез-құлық, сезімдеріне қатысты өзара сынды соншалықты жоғары көрсетпейді. Сонымен бірге естің бұзылуы шындығында мидың зақымдануы негізіндегі жиі симптом болып табылады.



Естің бұзылуы мәселесі әрқашан психотерапиялық және патопсихологиялық зерттеудің ортасында тұрады. Өйткені, 1-ден, естің мәселесі классикалық психологиялық әдебиеттерде зерттелген және 2-ден, мнестикалық бұзылулар жиі кездесетін синдром болып табылады.

Жалпы психологиядан білетініміздей, адамның барлық формадағы іс-әрекет ерекшеліктері – мақсатқа бағытталған, себептерін келтіру (дәлелдеу) бұлар еске қатысты.

Естің патологиясына арналған зерттеулерден келесі бағыттарды бөліп көрсетуге болады: **а) клиникалық бағыт** өкілдері (С.С. Корсаков, Р.Я. Голанд, Г.С. Жисмин және т.б.) мнестикалық бұзылудың қандай да бір көрінісін нақты сигналдармен, нозологиялық бірлікпен байланыстырды және алдарына олардың физиологиялық және психологиялық механизмдерін ашып көрсетуді мақсат етіп қойған жоқ; **б) психофизиологиялық және нейрнопсихологиялық бағыт** өкілдерінің (В.Пенфилд, В.Сковлл, Б.Милнер, Ж.Барбизе, А.Р.Лурия, Е.Н.Соколов және т.б.) еңбектерінде естің психофизиологиялық негізін іздеумен, білім қадағалау негізінде мәнінің өзгеруін зерттеуде нақты нерв құрылымы анықталады; **в) психологиялық бағыт** негізінен ес және оның бұзылуларын ұйымдастыру сұрақтары қарастырылады. Бір жағынан бұған шет елдің авторларының еңбектерін жоқтауға болады, психикалық бұзылулар кезінде есте сақтауды ұйымдастырудың болмауы, екінші жағынан отандық психологтардың пікірлері мнестикалық іс-әрекет және оның мотивациялық компоненттері мазмұны жағынан анализге ұшырайды (А.Н. Леонтьев, Г.В. Биренбаум, Р.М.Меерович және т.б.)

Естің патологиясын зерттеуде көбінесе ең алдымен маңызды : 1) олар мнестикалық іс-әрекет ағымдары нормада қандай құрылымдар, фактор қатысатынын анықтауға мүмкіндік береді. 2) олар психологиялық және психиатриялық түніктерді келісімге қабілеттендіреді, бұл екі білім арасындағы дисциплина аралық байланысты дамыту. 3) психика дамуы және құлдырауы арасындағы байланыс мәселесіне өз үлестерін қосты және Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, А.А. Смирнов, П.В. Зинченко зерттеулерінде ес процесін қалыптастыруда жүйелі көзқарастары мнестикалық іс-әрекеттің бұзылған бөлімдерін салыстыруға мүмкіндік берді. Эксперт сұрақтарды шешуде жиі мынадай жағдайлармен соқтығады. Ауру адамдар есінде кемістік бар, олар оған жұмыс жасауға кедергі келтіретінін айтып шағымданады, ал эксперименттің талаптарында ұқсас бұзылулар кездеспейді. Ал басқа жағдайларда, яғни ауру адамдар өздерінің міндеттерін орындайды және материалды есте сақтау талаптарын т. б., бірақ психологиялық зерттеу кезінде мнестикалық бұзылулары көрінуі байқалады. Естің бұзылуы негізінде әр түрлі факторлар жатыр. Оларды зерттеу нәтижесінде диагноз қоюға, синдром белгілеу үшін және практикада ауру адамдармен жұмысты қалыптастыру үшін пайдалы. Естің патологиясын зерттеуде аса маңызды келесі жағдайларды ескеру аса маңызды: а) мнестикалық іскерлікті ұйымдастыру мүмкіндігі (тікелей және жанама есте сақтау, ырықты және ырықсыз есте сақтау), б) естің мотивациялық компоненті, оның мақсатқа бағыты туралы сұрақ; в) оның уақытша сипаты туралы сұрақ (ұзақ уақыт және қысқа мерзімді есте сақтау)

*Корсаковский синдромы* - естің күрделі бұзылуы - корсаковский синдромы болып табылады. Алғаш рет оны белгілі отандық психиатр С.С. Корсаков түсіндірген: ауыр алкогольдік интоксикация кезінде пайда болатын бұл синдром бірнеше компоненттерден тұрады:

- а) болып жатқан оқиғадағы дәрекі естің бұзылуы;
- б) болып жатқан оқиғаға қатысты конфабуляция;
- в) орнында және уақытында дезориентировка.

Соңғы екі белгісі әлсіз көрінеді, ал біріншісі әрқашанда төтенше көрінеді және бұзылудың негізгі радикалын құрайды. Ауру адамдар, осыған ұқсас синдромы барлар жақында өткен оқиғаларды ұмытып қалады, бірақ көптеген жылдар бұрын болған оқиғаларды есіне түсіре алады. Сол сияқты ауру адам өзінің бала кезіндегі, мектептік өміріндегі болған оқиғаларды дұрыс айтып береді, бірақ он бүгін түскі тамағын ішті ме,

кеше оған туысқандары келіп кетті ме, бүгін онымен дәрігер іңгімелесті ме осыларды ол есіне түсіре алмайды. Егер ауру адамнан бүгін сені туысқандарың келіп халінді білді ме деген сұраққа, ол:-менің есімде жоқ, бірақ қалтамда папиростар бар-демек ,менің әйеліме келген- деп жауап береді . Мұндай ауру адамдар күніне бірнеше рет амандасады , бір сұрақты қайта-қайта қояды , бір өтінішпен бірнеше рет келеді, мезі (беймаза) адам әсерін көрсетеді.

*Амнестикалық дезориентировка*-естің бұзылуы жиі тек болып жатқан оқиғалармен ғана емес, сонымен қатар өткен оқиғалармен де таралады:ауру өткенді еске түсіре алмайы, қазіргімен шатастырады; олар оқиға хронологиясын араластырады. Уақыт өте бұндай естің бұзылуы гротескнгі мінезге әкеп соғады.

Эксперименталды – психологиялық зерттеуде ауру адамдардың есінің бұзылуы ақыл-ойының нашарлығы көрінеді (ауру тапсырманы ,талаптарды орындай және жағдайларды түсіне алмайды) көбінесе бұл шизофреник немесе неврозбен ауыратын адамдарда кездеседі. Естің бұзылуынан адамдардың мінезі де бұзылады.

### ***Сананың бұзылуы. Эмоциялардың патологиясы***

Объективті шындықтың субъективті бейнеленуін психика дейміз. Психиканың ең төменгі және ең жоғарғы сатылары бар. Ең жоғарғы сатысы сана. *Сана* – адамның материя дамуының белгілі бір сатысында пайда болған қасиеті, адам психикасының формасы.Сананың зақымдануы өте күрделі және психикалық бірліктердің,қасиеттердің барлығына ықпалын тигізеді. Әсіресе ақыл-ойдың дамуындағы кемістіктер. Ақыл-ойдың кемуі синдромологиялық ерекшелігіне байланысты келесі түрлерге бөлінеді:

*Қарапайым ақыл-ойдың кемуі:* интеллектуалды-мнистикалық функциялар мен әр түрлі дәрежеде көрінетін жеке бастын регрессия белгілер аймағында негативті бұзылулармен көрінеді.

*Психопатотаріз дес ақыл-ойдың кемуі:* тұлғаның айқын өзгерістері немесе мінездің жаңа анамальді жақтарының пайда болуы, ол патологиялық церебральді процеске байланысты дамымайды.

*Галлюцинаторлы-параноидты ақыл-ойдың кемуі:*-деменция белгілерімен бірге галлюцинация, сандырақ көрінеді, олар бас миының деструктивті зақымдалуының, негативті симптоматиканың көріну деңгейі мен құрылымының ерекшеліктерімен байланысты. Негативті бұзылулардың ұлғаюына байланысты өнімділік редуцияланады, фрагменттеледі және жоғалады.

*Амнистикалық-парамнистикалық ақыл-ойдың кемуі:* симптомдары корсаков синдромына сәйкес келеді. Ол негативті және өнімді симптомдардың тұтастылығымен сипатталады, олардың өзара қатынасы әр түрлі болуы мүмкін.Соңғы этаптарында прогрессивті амнезия пайда болады.

*Паралитикалық ақыл-ойдың кемуі:* естің бұзылуы, паралитикалық конфабуляция, қатты интеллектуалды дефекттер және эйфория. Оның құрылымына сандырақ және тұлғасын қайта бағалаумен сипатталатын сандыраққа ұқсас сөздер. Психикалық әректің төмендеуі - бұл ақыл-ой кемістігінің бірден көзге түсетін жағы. Бұл синдром тек прогрессивті салда кездеседі. Басқа аурулар кезінде (мидың сифилисі, ми ісігі, травмалық аурулар, алкогольді энцефалопатия) оның аты өзгереді, ол псевдопаралитикалық деп аталады.

*Асемикалық ақыл-ойдың кемуі:*-деменция белгілері болады және афазия, агнозия, апраксия, алексия, аграфия, акалькулия симптомдары байқалады. *Психикалық маразм* - психикалық кемістіктің, негативті бұзылулардың ең ауыр түрі. Ол психикалық әрекеттің толық бұзылуымен, қоршаған адамдармен қарым-қатынасқа түсу мүкіндігінен айырылуымен,әректке итермелейтін түрткілер мен қызығушылықтың толық жоғалуымен ерекшеленеді. Проградиентті ақыл-ойы кем процесстерінің (терминалды ақыл-ойдың кемуі) соңғы сатысы маразм деп есептеледі. Физикалық күштің кемуі, трофикалық бұзылулар, ішкі органдардың дистрофиясы – бұл жалпы маразмның белгілері.

Негативті бұзылулар көп психикалық аурулар болған кезде байқалады. Әр нозологиялық формаға өзіне тән негативті симптоматиканың максималды жете алатын деңгейі болады. Маниакальді-депрессивті психозда психикалық әректің төмендеуі немесе «мен» өзгерісін субъективті ұғуы байқалады. Шизофрения өзінің дамуында психикалық кемістігінің тек жетінші деңгейіне дейін жетеді – тұлға регрессі, бірақта ол төменгі деңгелерде тоқтап қалуы мүмкін. Әдебиеттерде «шизофрениялық ақыл-ойдың кемуі», «шизофрениялық деменция» терминдері жиі кездеседі. Сын көзқарастың жоқтығы, интеллектуалды өнімсіздік, тұлға регрессі сияқты клиникалық белгілер қалпы глобарлы ақыл-ойдың кемістігімен ұқсас келеді.

Эпилепсия жағайындағы негативті бұзылулар тоғызыншы деңгейге дейін баруы мүмкін, мұнда эпилепсиялық деменция жақтары болады. Оның негізгі белгілеріне ойдың, жалпы психикалық процесстердің, инерттілігінің жылдамдығының азаюы, сөз қорының кедейленуі (олигофазия). Сөйлеген сөздерінің мағынасы терең емес, жарамсыз ассоциациялардан құрылған. Белгілі бір жағдайды талқылайды және одан назарын басқа жаққа аудару қиынға түседі. Естің бұзылуы – бұл эпилепсиялық ақыл-ой кемістігіне тән белгі. Оның құрылымына аффективті-тұлғалық өзгерістер кіреді: қызығушылықтары эгоисттік-утилитарлы қажеттіліктерге бағытталған. Жеке бас реакциясының эмоционалды-ерік аймағында полярлық көрінеді: тұрып қалумен бірге тез қозғыштық, тыныштықпен бірге ашушандық көрністері байқалады.

Бас миындағы ары қарай ұлғаймайтын органикалық зақымдар (жарақаттар, менингоэнцефалиттер, әр түрлі уланулар, странгуляциянды асфиксия), мұнда негативті бұзылуларға үлкен мүмкіндік бар: психикалық әректің төмендеуінен бастап тотальді ақыл-ой кемістігіне дейін. Бас миының прогресшіл органикалық аурулар мен деструкция: атрофикалық (сенильді және пересинильді деменция), дегенеративті процесстер (лейкодистрофия), көптеген тұқым қуалайтын энзопатиялар (гепатолентикулярлы дегенерация, амавротикалық идиотия және т.б.), ми қан тамырларының аурулары (церебральді атеросклероз және эндартериит), мидағы прогресшіл инфекциялар (прогресивті сал, ағымды энцефолит) осылардың барлығы психикалық маразмға әкелуі мүмкін (тоғызыншы деңгей).

### ***Ойлаудың клиникалық көріністері***

Ойлау - адамның миында заттар мен құбылыстардың бір-бірімен байланыс жағдайындағы жалпылыма бейнеленуі. Ойлаудың жоғарғы сатысы сөйлеумен тығыз байланысты. Сондықтан ойлаудың бұзылуы ауру адамның сөйлегенінен білінеді. Шындыққа сәйкес келмейтін, шындықтан алшақ, түзетуге болмайтын ойларды сандырақ ойлар (бредовые идеи) дейді. Сандырақтың пайда болуы негізінде ж.н қызметі бұзылуымен байланысты патологиялық механизм жатыр

Ойлаудың бұзылуы – кейде бірден, бақылаудың басында білінеді: сөйлеудің жылдамдауы не бәсеңдеуі. Деменция (олиг.басқа психикалық аурулардағы ақыл кемістігі) кезінде ойлау қисынсыз болады, сөйлегенін түсіну мүмкін емес: сөйлегені байланыссыз, жекеленген сөздермен құралады. Ауру жабысқақ құбылыстар туралы айтып, олардың аурумен байланысты екенін түсінеді. Ауруда мазмұны депрессивті сандырақ ойлар болса өзін-өзі жоққа шығару, кінәлау, сандырағы ипохондриялық сандырақ. Ол өз ойын бірден айтпайды. Мұндай жағдайда ауру адамның жүріс-тұрысын, ас пен дәрі қабылдауын бақылаған жөн. Назар, ес, ойлау, интелегентті зетртегенде психология тәсілдері қолданылады

Ойлаудың бұзылуы психикалық ауру кезіндегі аса жиі кездесетін симптомның бірі болып табылады. Ойлаудың бұзылуының клиникалық варианттары алуан түрлі. Олардың кейбіреулері басқа да аурулардың формаары үшін типті болып есептелінеді. Ойлаудың бұзылуы (клиникалық) психиатриялық клиникаларда кездесетін әр түрлі мінездемелер бар. Көптеген зерттеулердің негізінде ойлау патологиясының 3 түрін бөліп көрсетеміз:

- 1) ойлау операциялық жағының бұзылуы;

- 2) ойлаудың динамикасының бұзылуы;
- 3) ойлаудың мотивациялық компоненттерінің бұзылуы;

Мидың әр түрлі ауруларымен ауырған адамдардың ойлауын зерттеуде ойлаудың операциялық жағы бұзылуында әр түрлі формаларды қолданылатынын көрсетті; а) жинақтау көлемінің төмендеуі; б) жинақтау процесінің бұрмалануы (бұзылуы). *Қорыту көлемінің төмендеуі* - ойлаудың бұзылудың бұл түрінде аурулар пікірлері заттар мен құбылыстар туралы жанама елестетулері доминацияланады. Экспериментальды тапсырманы орындау кезінде түсінікті толық ашатын барлық мүмкін белгілерді таңдай алмайды. Қорыту процесін *бұрмалауда* басқа мінездемені қолдануы мүмкін. Экспериментальды тапсырманы шешу кезінде кездейсоқ белгілер, қасиеттер актуализацияланады. Мысалы ауру адам «заттарды класификациялау» тапсырманы орындауда, ол шанышқы, стол және күректі біріктіреді, оны « қатты» принципі бойынша.

Сонымен қатар ауру адам тапсырманы ұзақ уақыт орындай алмайды, шыдамсыздық көрсетеді. Ауру адам айтылған сөздің мағынасын түсінгенімен оны жеткізе алмайды. Ауру адамға берілген тапсырмалардағы сөздер оқылғанда, сол сөздің мағынасын өтіп кеткен жағдайлармен түсіндіреді. Сосын олар бір іс-әрекет түрінен екінші түріне тез ауыса алмайды. Яғни олардың интеллектуалды дамуы кешеуілдеп, баяу дамиды.

Ойлаудың мақсатқа бағытталуының бұзылуы жиі пайда болады, өйткені өзінің әрекетін үнемі бақыламайды және жіберілген қателерін түзмейді. Ойлау мен естің бұзылуы бас миының төбе бөлігіне зақым келгенде, ауыр соққы алғанда немесе бас миымызға суық тигенде пайда болады. Көбінесе бұл аурулар сыртқы әсерлердің нәтижесінен, оны қалай қабылдауына байланысты. Біз ауру адамдарға зерттеу жүргізу арқылы олардың қандай да бір зат немесе құбылыс туралы түсінік қалыптастырамыз және де басқа заттар мен құбылыстардан айырмашылығын ойлап табуға көмектесеміз. Ойлау мәселесі психология пәні сияқты біздің ғасырдың 20 жылдарында Вюрцбургтік психологиялық мектепте пайда болды.

Ойлаудың бұзылуынан ес, зейін және сөйлеуі де бұзылады. Ойлаудың бұзылуынан естің түрлері дамымайды, зейінін бір нәрсеге шоғырландыра алмайды, сөйлегенде ойланбай, ауызына не түссе соны айта салады. Танымдық процестерінің бұзылуынан адамдардың мінез-құлқы, қимыл-қозғалыстары да дөрекі көрінеді. Егер сағым мен елестетушілік сау адамдарда болса, ал сандырақ ойлар тек психозбен ауырғанда болады. Сандырақтың бірнеше түрлері бар:

а) *Қарым-қатынас сандырағы* ( бред отношения) – ауруларға айналадағы адамдар нашар қарайтын, оған күлетін , ол туралы сыбырласатын болып көрінеді.

б) *Әрекет сандырағы* ( бред воздействия) - өздеріне көзқарас, гипноз, электр тогы, радиотолқындар, белгісіз аспап, теледидар мен ғарыш толқындары арқылы әсер етеді деп санайды.

в) *нақтылы соңына түсу сандырағы* ( собственно бред преследования) – таныс емес адамдардың бақылайтынын, машинамен қуатынын айтып, шамның жарығымен шағылыстырып соқыр қылғысы келедідеп ойлайды.

г) *Кіналау сандырағы* (бред обвинения) – ауру өзін жұмыстан шығарады деп ойлап, еретсімен бас дәрігерге келіп, оның столына құжаттарын қойып тезінен жұмыстан шығаруын талап етеді.

д) *Кемістік пен тонау сандырағы* (бред ущерба и ограбления) – қартайған адамдардың қан тамыры зақымданған және басқа психоздарда болады.

е) *Қызғану сандырағы* (бред ревности) – соңына түсу сандырағының бір түрі әйелінің «күеуінің) опасыздығын дәлелдейтін жүйе қалыптасады.

ж) *Өзін-өзі қорлау сандырағы* ( бред самообвинения) – бір нәрсеге кіналымын деп санайды: айналадағыларға ауру жұқтырамыз деп санап, осы ойдан қорқып кісіліерге жуымай ауыздарын орамалмен жабады. Осы топтағы сандырақ ойларға гипохондриялық

сандырақ жатады – аурулар өздерін сифилис, туберкулез, СПИД сияқты жаман аурулармен ауырамыз деп санап, соматикалық сандыраққа жақын тұратын нақұрыс (одержимость) сандырағы бар - өздеріне сырттау күш енген (шайтан, бақа не жылан) деп санайды.

з) *Ұлылық сандырағы* (бред величия) – байлық, тектілік, тұлғалық, ойлап табушылық, сүйіспеншілік сандырақтары жатады. Ұлылық сандырағы ойларды айтатын аурулардың көңіл-күйі көтеріңкі болады. (Өздерін қорлау туралы, сандырақ айтатын аурулардың көңіл-күйі төмен жабырқау болады).

Сандырақтан басқа *жалықтыратын* (жабысқақ ойлар) – «навязчивые идеи» болады. Ойлар аз маңызды қисынсыз болады. Ауру ойларға сын көзімен қарап, құтылуға тырысады. Бірақ құтыла аламайды. Бір ой келіп кетіп санасына паналап, мазасын алады. Жабысқақ жағдайлар невроз бен психоздарда кездеседі. Ойлаудың бұзылуының – ассоциативті процестің бұзылуы – түрі бар, яғни ойлаудың өзгеруі жылдамдау және баяулау болуы мүмкін. Ойлаудың патологиялық баяулауында ойлардың пайда болуы мен өтуі қиындыққа соғады. Бұл жағдайда ауру қойылған сұраққа баяу, аз сөзбен жауап береді. Ойлау бұзылуының бұл түрі көңіл-күй төмендегенде жиі кездеседі. *Ойлаудың үзілуі* – аурудың сөйлем құрылымындағы логикалық байланыстың болмауы. *Ойлаудың қисынсыздығы* – аурудың сөзінде мән же грамматикалық байланыста болмайды. Ой алжасуында (сананың бұзылуында) жұқпалы аурулар кезінде болады. *Ойлаудың пресервациясы* – ұзақ уақыт бір ойдың басым болуы, Ауру бірінші сұраққа дұрыс жауап беріп, келесі сұрақтарға сол жауабын айта береді.

## ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ ҚАТЫНАСТАР

Психосоматикалық қатынастардың проблемасы психосоматика үшін басты орын алады. Бұл, бір жағынан, мәселенің принципиалды маңызды теориялық маңыздылығымен, көп салалы көзқарасты талап етсе, екінші жағынан, терапия және психологиялық оңалту саласындағы жетекші прагматикалық аспектімен байланысты. Психосоматикалық қарым-қатынас дегеніміз бірнеше өзара байланысты сұрақтарға жауап беруге мүмкіндік беретін әдіс: неге науқас белгілі бір психологиялық-травматикалық сәттердің аясында психологиялық-психикалық бұзылыстың белгілі бір түрін дамыта отырып, жеке психологиялық сипаттамалары мен психодинамикалық проблемалары бар науқасты белгілі бір уақытта неліктен жасайды.

Науқастың дамуының бүкіл әлеуметтік жағдайына диагноз қойылады, ол зерттеу уақытына сәйкес дамиды: науқастың өзі аурудың әсерінен өзгертін өзгермелі жеке қасиеттерімен (жеке тұлғалық бағдар, өзін-өзі бағалау жүйесі, жұмысқа деген көзқарас, аурудың ішкі көрінісі); әлеуметтік орта - әлеуметтік шеңбер, кәсіби команда. Дамудың әлеуметтік жағдайын диагностикалау психологтың пациенттің өзімен ғана емес, сонымен бірге оған жақын адамдармен, қажет болған жағдайда, еңбек ұжымының өкілдерімен де жұмыс жасауды қамтиды.

Диагностика барысында аурудың барысы мен пациенттің тағдыры үшін болжамды қолайлы және қолайсыз факторлар анықталады. Функционалды диагноз қою үшін көбінесе пациенттің психикалық өмірінің сипаттамасы қажет, оған психикадағы өзгерістердің құрылымы, сондай-ақ компенсаторлық ресурстардың негізі бола алатын психикалық белсенділіктің сипаттамаларын талдау кіреді.

Ауруға бейімделу кезінде пациент өзі тапқан ақаудың орнын толтырудың стихиялық әдістерін, сонымен қатар психологиялық қорғаныс механизмін талдауға және сипаттауға ерекше көңіл бөлінеді. Осылайша, психологиялық диагностика аурудың психологиялық синдромының жетекші ісіктерін анықтауға ғана емес, сонымен бірге адамның психикалық іс-әрекетінің бұзылмайтын механизмін - оның денсаулығының ішкі

көрінісін сапалы талдауға бағытталған. Ол үшін әртүрлі әдіс-тәсілдер қолданылады: аяқталмаған сөйлемдерді тестілеу, семантикалық дифференциал, сұхбат, ТАТ т.б.

Психосоматикалық есепті шешу жолдары. Адам рухани деп атауға болатын күштерді тарту арқылы денесінің тонусы мен жалпы жағдайына әсер ете алады. Позитивті идеяларды Л.Хей әйгілі «Өміріңізді, денеңізді сауықтырыңыз. Билік біздің қолымызда». Біз бала кезімізде өз нанымдарымызды қалыптастырамыз, содан кейін өмірге көшіп, біздің сенімімізге сәйкес келетін жағдайларды жасаймыз. Қуаттың бастапқы нүктесі әрқашан бар. Ең бастысы, не ойлайтынды және не сенетінді таңдау. Бұл ойлар мен сөздер біздің болашағымызды жасайды. Біздің күштіміз қазіргі сәтте.

Сіз жұмыс істеу керек жалғыз нәрсе - бұл ой, және сананы саналы түрде өзгертуге болады. Ой бізді жеңетін сезімді тудырады. Егер бізде ондай ой болмаса, онда сезім жоқ болар еді. Ашулану, басқаларды сынау, кінә мен қорқыныш біздің проблемаларымыз. Бұл сезімдер өз проблемалары үшін басқаларды кінәлайтын адамдарда пайда болады. Егер біз өзімізге болып жатқан жағдайға өзіміз жауап берсек, онда кінәлі ешкім жоқ екені белгілі болды. Біздің өмірімізде болып жатқанның бәрі ішкі ойларымыздың көрінісі.

Кінә әрдайым жазаны іздейді, ал жаза ауырады. Оны тудыратын қорқыныш пен шиеленіс жараларды, аяқтың ауырсынуын, тазаруды тудырады. Өткенге деген көзқарасымызды өзгертуге күшіміз бар. Өткен өмірден арылу үшін біз кешіруге дайын болуымыз керек. Л.Хей қарапайым тілмен, адам өзінің денсаулығы мен денесінің жауы да, одақтасы да бола алады.

Белгілі бір жағдайда психосоматикалық мәселені шешудің мысалы Д.Д. Голдбергтің «Эпилепсиямен қалай өмір сүру керек» атты еңбегінде адамның басқа адамдармен қарым-қатынасының сипаттамалары, оның көмекке жүгінуі және өзін-өзі емдеуі. Автор «ұстаманың түріне қарамастан эпилепсиямен өмір сүру оңай емес» деп жазады. Алайда, сіз өзіңіздің ауруыңыз туралы сабырлы болуды және ұстамаларды сәтті басқаруды үйренсеңіз, сіз өзіңізді құрбан ретінде сезінбейтін боласыз».

С.Звейгтің «Жүректің шыдамсыздығы» романынан оқуға болатын танымдық белсенділіктің, басқа адамдармен және өзімен қарым-қатынастағы өзгерістердің сипаттамасы психикалық өмірде болатын өзгерістердің мысалдары бола алады.

Психосоматикалық проблеманы талдағанда, психологиялық және медициналық тұрғыдан симптом мен синдром деген не деген күрделі сұрақ туындайды. Бүгінгі таңда олардың байланысы мен сәйкестігі туралы сұраққа біржақты жауап жоқ. Аурудың психологиялық себептері туралы көбірек айту үшін көптеген зерттеушілердің күш-жігерін қажет етеді.

Психосоматикадағы синдромология мәселелеріне жүгінбес бұрын психосоматикалық қатынастардың негізгі векторларын сипаттау керек, яғни координаталар жүйесін белгілеу керек, оның аясында әмбебап психосоматикалық синдромдарды қарастыру қажет. *Біріншіден, психосоматикалық қатынастардың екі негізгі негізгі векторы бар.*

Бірінші вектор - бұл соматикалық бұзылулардың адамның психикасына және денсаулығына әсері. Осы бағыт аясында екі тәуелсіз бөлімді бөлуге болады. Біріншісі - адам ағзасының соматикалық гомеостазын өзгертетін және орталық жүйке жүйесінің күйіне тікелей әсер ететін соматикалық аурулардың психикасына әсері (кейде соматогендік бұзылулар туралы ілімнің бұл бөлімі «соматопсихиатрия» деп аталады).

Соматикалық патологияның психикаға әсер етуінен болатын психикалық бұзылулар

Биологиялық механизмдерге әсері: Экзогендік типтегі психикалық бұзылулар (соматогения) ауыр соматикалық аурудың орталық жүйке жүйесіне әсеріне байланысты пайда болады (соңғысы органикалық фактор ретінде әрекет етеді).

Бұл жағдайларда соматикалық ауру орталық жүйке жүйесіне зиянды әсер ететін органикалық фактор ретінде әрекет етеді. Бұл жүйке жүйесіне биологиялық әсер ететін және нейрондардың зақымдануы мен өлуіне және органикалық психикалық

бұзылыстардың пайда болуына әкелетін ауыр соматикалық аурулар (тамырлы, эндокринді, жұқпалы). Соматогендік психикалық бұзылулар жеткілікті түрде егжей-тегжейлі зерттеліп, психиатриялық әдебиеттерде баяндалған, біз олар туралы толығырақ тоқталмаймыз.

Екінші бөлім - бұл адамның өзінің созылмалы немесе жедел соматикалық ауруына реакциясы. Әдетте, бұл пациенттердің өміріне қауіп төндіретін соматикалық бұзылулар, олардың әлеуметтік қызметі мен өмір сүру сапасын түбегейлі өзгертеді: қатерлі ісік, АИВ-инфекциясы және т.б.

#### 1.2. Психологиялық механизмдерге әсері:

Психогендік типтегі психикалық бұзылулар (нозогения) жеке адамның оның соматикалық ауруына реакциясына байланысты туындайды (соңғысы психогендік фактор ретінде әрекет етеді).

Жеке адамның ауруға реакциясы нәтижесінде психогендік бұзылулардың кең ауқымы қазіргі әдебиетте «нозогения» деп аталады. Жоғарыда айтылғандай, пациенттің психикасына әсер ететін ең күшті стресс факторларының бірі онкологиялық аурудың диагнозы, сондықтан біз бұл мысалда нозогендік бұзылуларды қарастырамыз. Шынында да, кез-келген дерлік аурудың қатерлі ісік сияқты айқын психологиялық әсері жоқ, тұрғындар арасында қатерлі ісіктер «кезеңді көрсетусіз өлім жазасы» синониміне ие, сондықтан қатерлі ісікпен ауыратын науқастарда психогендік реакциялардың кең ауқымы сипатталғандығы таңқаларлық емес, сонымен бірге жалпы динамикалық заңдылықтарға ие. Көрсетілген әсер ету тетіктері - соматогендік (органикалық фактор ретінде) соматикалық ауру және психогендік (психогендік фактор ретінде) соматикалық ауруды біріктіруге болады. Мысалы, онкологиялық аурудың бастапқы кезеңдерінде, диагнозды белгілеу сатысында науқаста дамиды психикалық бұзылулар тек қана психогендік (нозогендік) сипатқа ие, болашақта соматогендік әсерлер хирургиялық араласудың, жалпы анестезияның және химиотерапияның салдары түрінде қосыла алады. Аурудың өршуі немесе қайталануы жағдайында соматогендік әсер қатерлі ісік интоксикациясымен және пациенттердің қатты астеноуімен бірге болатын ісік метастазасына байланысты. Сонымен бірге, тіпті аурудың соңғы кезеңдерінде де, науқастардың осы санатындағы субъективті проблемалар тек психологиялық және психиатриялық сипатта болады. Психогендік және соматогендік факторлардың бір немесе басқа пропорциясын соматогендік және психогендік әсерлердің қабаттасуы болған жерде табуға болатындығын атап өткен жөн. Мысалы: хирургияның психосоматикалық аспектілері, гемодиализ, тамақтанудың бұзылуы және т.б. Онкологиялық аурулардағы психикалық (нозогендік) бұзылулар мәселелеріне қайта орала отырып, қатерлі ісік ауруы бар науқастардың психикалық денсаулығының жоғары деңгейі көптеген зерттеушілерде байқалады. Қатерлі ісікпен ауыратын науқастардың психопатологиясы шекаралық психикалық бұзылуларға негізделген. Онкологиялық патологиядағы невротикалық бұзылыстардың қалыптасуында жеке факторға стресс әсеріне қалай жауап беретінін анықтайтын жеке фактор да маңызды рөл атқарады. Соңғы отыз жыл ішінде бүкіл әлемде қатерлі ісік ауруларының әртүрлі психологиялық аспектілері, бірінші кезекте психиатриялық аурудың алдын-алу және пациенттердің осы контингентінде тиімді бейімделуді қалыптастыру аспектілері қызығушылық тудырды. Бұл мәселеге арналған тұрақты мерзімді басылымдар бар, олардың екеуін көрсетуге болады - Психоәлеуметтік онкология журналы және психо-онкология журналы. Дж. Холландтың анықтамасына сәйкес, психо-онкология онкологиялық аурудың екі психологиялық факторымен байланысты: аурудың барлық кезеңдеріндегі пациенттердің эмоционалды реакциясы, олардың отбасы мүшелері мен асыраушылары (психоәлеуметтік фактор), сонымен қатар психологиялық, мінез-құлық және әлеуметтік қатерлі ісік ауруынан болатын ауру мен өлімге әсер ететін факторлар (психобиологиялық фактор). Қатерлі ісікке шалдыққан науқастарға психоәлеуметтік араласудың тиімділігін растайтын көптеген ғылыми деректер алынды, бұл аурудың нәтижесін кейбір бағалаулармен расталады.

Психологиялық түзетуге көмектесетін немесе кедергі келтіретін факторлар қатерлі ісікпен ауыратын науқастың сапарының әр кезеңінде зерттелді және бағаланды - оған жағымсыз жаңалықтар берілген сәттен бастап, шешілмеген проблемаларды анықтауға көмектесіп, ақпарат берді, оған және оның отбасы мүшелеріне психологиялық қолдау көрсетті және тұрақты ремиссияға бейімделудің қиындықтарымен немесе паллиативтік көмекке байланысты дамып келе жатқан терең экзистенциалды дағдарыс мәселелерімен аяқталу.

Сонымен қатар, кез-келген созылмалы соматикалық ауру адамның психикасына әсер етеді деп айтуға болады, тіпті егер ол психикалық ауруы болмаса. Соматикалық аурудың психикалық сфераға әсерінің клиникалық-психологиялық аспектілері «аурудың ішкі көрінісі» (ICD) тұжырымдамасы аясында жасалды.

Психосоматоз (психикалық соматикалық бұзылулар) - бұл физикалық аурулар немесе бұзылулар, олардың патогенезінде психикалық факторлар (қақтығыстар, шиеленістер, наразылық, психикалық азап) маңызды рөл атқарады. Жалпы, психосоматоздың пайда болу механизмі келесідей: психикалық стресс факторы аффективті стрессті тудырады. Аффект психикалық және соматикалық аймақтар арасындағы көпір ретінде қарастырылады. Эффектті басумен моторлы және вегетативті көріністер бітелгенде, нейро-эндокриндік жүйе іске қосылады және тамыр жүйесі мен ішкі мүшелерде өзгерістер болады. Алдымен бұл өзгерістер функционалды түрде қайтымды болады, алайда ұзақ уақытқа және жиі қайталануға байланысты олар органикалық және қайтымсыз бола алады. Осы жалпы схемамен қатар, әр түрлі авторлардың әр түрлі бағыттары мен пікірлері бар. Сондықтан, бұл тарау тек көрнекі мәнге ие бола алады және оны тиісті әдебиеттерден іздеуге болады.

Зиянды психикалық факторлар қазіргі өркениеттің кең әлеуметтік-психологиялық аймағында кездеседі. Сондықтан «өркениет аурулары» атауы, олардың кейбіреулері психосоматозға жатады.

Психоаналитикалық психосоматикалық бағыт, әдетте, балалық шаққа ерекше назар аударып отырып, тұлғаның психологиялық анализін және оның травматикалық және теріс тәжірибелерін қолданады. Ф. Александер нақты эмоционалды қайшылықтар мен бұзылулар белгілі бір соматикалық белгілерге және белгілі бір ауруларға әкеледі деген пікірде. Мысал ретінде, оның асқазан жарасының пайда болуының бір түсіндірмесін келтіруге болады: сүйікті болуға деген қанағаттанбау тамақтануға деген құштарлыққа айналады - демек, асқазан тамақтану кезіндегідей әрекет етеді: гиперсекреция және гипермобилділік, бұл шын мәнінде зақымдану фокусының дамуы үшін қажет жағдай. Ф. Данбар және басқалары Александрдан айырмашылығы, белгілі бір психосоматикалық ауруға бейім тұлғаның профилін ерекше атап өтеді және «ойық жара», «гипертония» және тіпті «карциноматоз» туралы айтады. Кейбір авторлар болашақта тіпті аурудың жеке басының профилінен де аурудың ықтималдығын алдын-ала болжай алатындықтарын айтады. Бұл көріністер белгілі бір ескертпелермен қабылданады, дегенмен оларды қызықтыруға болмайды. Соңғы кездері психоаналитикалық психосоматикалық бағыттың жақтаушылары ішкі медицина мен патофизиологияға көбірек жақындайды, психосоматикалық бұзылулардың пайда болуының көп факторлы жағдайын ескереді, генетикалық, гормоналды және басқа факторларды ескереді және бұрын ұстанған кейбір экстремалды концепцияларды, мысалы, Ф. Александер сияқты қарастырады.

Кортико-висцеральды бағыт (Быков, Курцин, Ланг) психоаналитикалық бағыттарға қарағанда анағұрлым монолитті, эксперименттерді қолданады, нейрофизиологиялық терминологияны қолдана отырып нәтижелерді тұжырымдайды; ол деректерді жалпылау туралы айтқан кезде аса маңызды. Бірақ бұл тұлғааралық қатынастардың, әлеуметтік факторлардың және эмоционалды тәжірибенің болмысына енбейді. Осы бағыттың кейбір жақтаушылары психосоматикалық көзқарастарды сындай отырып, нейрофизиологиялық тұжырымдамаларды адами қатынастар мен қақтығыстар саласында дәйекті түрде қолдану



керектігін айтады. Бірақ мұндай талап теориялық жағынан да, әдістемелік жағынан да үлкен қиындықтарға жауап береді.

Психологиялық факторлар басқа аурулардың пайда болуында маңызды рөл атқарады: мигрен, эндокриндік бұзылулар, қатерлі ісік. Алайда, нақты психосоматозды ажырату керек, оның пайда болуы психикалық факторлармен анықталады және оларды емдеу ең алдымен оларды жоюға және түзетуге бағытталуы керек (психотерапия және психофармакология) және басқа да аурулар, оның ішінде жұқпалы аурулар, олардың динамикасына психикалық және мінез-құлық факторлары айтарлықтай әсер етеді.

## ҚОРЫТЫНДЫ

Стресстік реакциялардағы эмоциялар бірінші кезектегі мәселе қорғаныс сызығы. Кез-келген эмоция тұтас функционалды жүйе ретінде қарастырылады, ол автоматты реттеудің тұйық циклы ретінде қарастырылады, оның міндеті бүкіл организмнің мүдделеріне белгілі бір бейімделу әсерін алу болып табылады. Мүмкін бұл психосоматикалық мәселенің генезисін түсіндірудің ең қолайлы ғылыми нұсқасы шығар.

Жалпы психосоматикалық ауруларға жүрек-тамыр, асқазан-ішек, тыныс жолдарының патологиясы, тірек-қимыл жүйесінің бұзылыстары жатады.

Психосоматикалық мәселені шешудің әртүрлі тәсілдері - аутогендік жаттығуды (релаксация), дене шынықтыруды, өмірдің пәлсапалық философиясын қамтитын осы ауруларды қалай жоюға және олардың алдын алуға болатындығына байланысты сұрақтарға сәйкес келеді.

Психосоматикалық аурулардың алдын-алу психикалық стрессті жоюдан тұрады және екі мүмкін тәсілден тұрады: 1) травматикалық жағдайларды жою: жағдайды жеке тұлғаға қажет бағытта өзгерту; жеке адамды осы жағдайдан шығару; 2) жеке тұлғаның жағдайға деген көзқарасының өзгеруі.

Қиындықтар туралы айтатын болсақ, ауру жағдайында жеке өзгерістер кез-келген арнайы психикалық механизмдердің басталуына байланысты емес, дамудың элеуметтік жағдайы өзгеріп отыратындығына байланысты және оны уақытында оң қабылдаған жөн.

## ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1998.
2. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С.Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999.
3. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996.
4. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Киев, Т. 2. 1997.
5. Хохлов А.Л., Хохлов Л.К. Соматопсихические и психосоматические соотношения при ревматизме. Социальная и клиническая психиатрия. 1998; с. 49–53.
6. Хохлов Л.К. Спорные вопросы в понимании и диагностике реакции личности на болезнь. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1995; 4: 311–6.
7. Хохлов Л.К. Посттравматическое стрессовое расстройство и проблема коморбидности. Социальная и клиническая психиатрия. 1998; 2: 116–22.
8. Хохлов Л.К., Хохлов А.Л. О некоторых современных тенденциях патоморфоза экзогенно-органических расстройств психики. Социальная и клиническая психиатрия. 2000; 3: 79–82.
9. Ясперс К. Общая психопатология. Практика. М.: 1997.
10. Сперанский А.Д. Элементы построения теории медицины. М.: ВИЭМ, 1937.
11. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. Об органическом и функциональном в клинике психосоматических расстройств. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова. Т. 27. 2010.
12. Тиганов А.С., Орловская Д.Д. Симптоматические психозы. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С.Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999.
13. Снежневский А.В. О поздних симптоматических психозах. Труды института им. П.Б.Ганнушкина. Вып. 5. М., 1940; с. 156–275.
14. Бабарина М.Б. Эндокринные аспекты синдрома «пустого» турецкого седла. Нейроэндокринология. Клинические очерки. Под. ред. Е.И.Маровой, Ярославль: ДИА-пресс, 1999; с. 331–52.

## МАЗМҰНЫ

|   |    |
|---|----|
| Кіріспе   | 3  |
| Психосоматиканың ғылыми-әдіснамасы және әдістері  | 4  |
| Психосоматикалық тәсіл және ауруға жеке тұлғалық ерекшеліктің қатынасы  | 7  |
| Созылмалы соматикалық аурудың адамның психикалық дамуының табиғатына әсері  | 12 |
| Психосоматикалық бұзылыстардың анықтамасы және жіктелуі   | 15 |
| Медицинадағы психосоматикалық тәсіл. Психосоматикалық аурулардың диагностикасы мен терапиясының психологиялық аспектілері | 18 |
| Негізгі органикалық психосоматикалық аурулардың даму механизмі  | 20 |
| Психосоматикалық бұзылулар  | 23 |
| Психикалық бұзылудағы жас ерекшеліктер  | 24 |
| Психикалық аурулар  | 29 |
| Психикалық процестердің патологиясы   | 37 |
| Психосоматикалық қатынастар   | 45 |
| Қорытынды   | 50 |
| Әдебиеттер тізімі   | 51 |

**Еркинбекова М.А.**

Психосоматика негіздері: оқу құралы. «Қайнар» академиясы баспасы, 2020. - 50 б.

ISBN 978-5-89368-824-5

ӘОЖ 615.832.9

ББК 88.48