



**«ТУРАН» УНИВЕРСИТЕТІ**

**А. А. ҚАСЫМЖАНОВА**

## **МЕДИЦИНАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯ**

**Оқу құралы**

**Алматы  
2022**

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ  
БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ  
«ТҰРАН» УНИВЕРСИТЕТІ**

**А. А. ҚАСЫМЖАНОВА**

**МЕДИЦИНАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯ**

**Оқу құралы**

**Алматы  
2022**

УДК 159.9  
ББК 88.3  
К21

Басылымға әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті жанындағы  
ҚР БЖҒМ жоғары және жоғары білім беруден кейінгі  
Республикалық оқу-әдістемелік кеңесінің  
«Әлеуметтік ғылымдар, экономика және бизнес» мамандықтары тобы бойынша  
ОЭБ ұсынылған (хаттама №2 29.06.2017 ж.).  
Қайта басылымға «Тұран» университетінің Ғылыми кеңесінің шешімімен  
ұсынылып отыр (хаттама №18. 30.06.2022 ж.).

Пікір жазғандар:

Әл-Фараби атындағы «Жалпы және қолданбалы психология» кафедрасының  
доценті, психология ғылымдарының кандидаты  
Құдайбергенова С.Қ.;  
«Қайнар» Академиясының психология және журналистика кафедрасының  
меңгерушісі, доцент, психология ғылымдарының кандидаты  
Еркінбекова М.А.;  
Тұран университетінің психология кафедрасының профессоры, психология  
ғылымдарының докторы  
Сангилбаев О.С.

Қасымжанова А.А.

К21 Медициналық психология: Оқу құралы / А.А. Қасымжанова – Алматы:  
«Тұран» университеті, 2022. – 103 б.

ISBN 978-601-214-545-8

Оқу құралының толықтырылған нұсқасы жоғары оқу орындарының студенттері, магистранттары, докторанттары мен оқытушыларына, практикалық тәжірибемен айналысатын психолог-мамандарға, педагог-психологтарға арналып жазылған. Оқу құралында медициналық психологияның патопсихология, психосоматика сияқты негізгі салалары туралы мәліметтер, аномалды даму психологиясының түрлері мен олардың ерекшеліктері, шизофрения, эпилепсия сияқты психикалық аурулардың клиникалық сипаттамалары берілген.

Бұл оқу құралын медициналық психология саласының теориялық және қолданбалы мәселелеріне қызығушылық танытатын көпшілік оқырмандар да пайдалана алады.

ISBN 978-601-214-545-8



УДК 159.9

ББК 88.3

© Қасымжанова А.А., 2022

© «Тұран» университеті, 2022

## МАЗМҰНЫ

	<b>АЛҒЫСӨЗ</b>	6
<b>I ТАРАУ</b>	<b>МЕДИЦИНАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯҒА КІРІСПЕ</b>	7
1.1	Медициналық психологияның пәні мен құрылымы	7
1.2	Медициналық психология салалары	8
1.3	Клиникалық психологтың қызмет бағыттары	10
<b>II ТАРАУ</b>	<b>ҚАЗІРГІ ЗАМАН МЕДИЦИНАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯСЫНЫҢ ӘДІСНАМАЛЫҚ ЖӘНЕ ТЕОРИЯЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ</b>	13
2.1	Психикалық аурулардың эндогендік және экзогендік себептері	13
2.2	Медициналық психологиядағы психологиялық диагностика	15
2.3	Психологиялық диагноз деңгейлері	15
2.4	Медицина мен психологиядағы қалыпты күй деңгейі және патология түсініктері	15
<b>III ТАРАУ</b>	<b>ПАТОПСИХОЛОГИЯ НЕГІЗДЕРІ</b>	18
3.1	Патопсихология саласының зерттеу нысаны	18
3.2	Патопсихологиялық зерттеудің жүргізу барысы	21
3.3	Зейін мен сенсомоторлық реакцияларды зерттеу әдістемелері	23
3.4	Есте сақтауды зерттеу әдістемелері	25
3.5	Ойлау процестерінің деңгейі мен ағымын зерттеу әдістемелері	28
3.6	Тұлғалық қасиеттерді зерттеу әдістемелері	31
<b>IV ТАРАУ</b>	<b>АНОМАЛДЫ ДАМУ ПСИХОЛОГИЯСЫ</b>	35
4.1	Психикалық дизонтогенез түсінігінің анықталуы	35
4.2	Дизонтогенездің психологиялық параметрлері және психикалық даму ерекшеліктерін анықтайтын факторлар	36
4.3	Психикалық толық жетілмеу	40
4.4	Кешіккен психикалық даму	43
4.5	Зақымданған психикалық даму	45
4.6	Дефицитарлық психикалық даму	46
4.7	Бұрмаланған психикалық даму	50
4.8	Дисгормониялық психикалық даму	55

<b>V ТАРАУ</b>	<b>КЕЙБІР ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫ</b>	<b>61</b>
5.1	Психикалық аурулар туралы жалпы түсініктер	61
5.2	Шизофрения	61
5.3	Эпилепсия	65
5.4	Невроздар	67
<b>VI ТАРАУ</b>	<b>ПСИХИКАЛЫҚ ІС-ӘРЕКЕТТІҢ БҰЗЫЛУЫ</b>	<b>74</b>
6.1	Сананың бұзылуы	74
6.2	Таным процестерінің бұзылуы	78
<b>VII ТАРАУ</b>	<b>ПСИХОСОМАТИКА НЕГІЗДЕРІ</b>	<b>87</b>
7.1	Медициналық психологияның саласы ретінде психосоматиканың пәні және міндеттері	87
7.2	Психосоматикалық аурулардың топтастырылуы	88
7.3	Психосоматикалық тұлғалық құрылым	92
	<b>ҚОРЫТЫНДЫ</b>	<b>98</b>
	<b>ГЛОССАРИЙ</b>	<b>99</b>
	<b>ҰСЫНЫЛАТЫН ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ</b>	<b>103</b>

## АЛҒЫСӨЗ

«Медициналық психология» оқу құралы «Психология» мамандығы бойынша бакалавриат студенттерін дайындауға арналған жалпы білім беру стандарттарын басшылыққа ала отырып әзірленген. Оқу құралының мазмұны болашақ психолог мамандардың медициналық психология саласындағы білім негіздерін қалыптастыруға бағытталған.

Бүгінгі таңда азаматтардың психикалық денсаулық мәселесі мемлекеттік деңгейде маңыздылығы анықталған мәселелер ретінде бағаланады. Сондықтан психолог-мамандардың психикалық денсаулықты сақтауға бағытталған іс-шараларды қолданғанда және коррекциялық, психологиялық кеңес беру және психотерапиялық жұмыс бағыттарын жүргізуі барысында медициналық психология саласындағы білім негіздерін басшылыққа алуы кәсіби деңгейлерінің айқындалуына себін тигізеді.

Психолог мамандарын дайындау барысында науқас адамның психикасының ерекшеліктері туралы студенттердің нақты білім жүйелерінің қалыптастырылуы жоғары білім орындарының маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Сонымен қатар кез-келген психикалық күйзелістерге соматикалық өзгерістер ілесетіндігін, ал соматикалық аурулардың адам психикасына әсер ете отырып, науқас адамның санасынан орын алатындығын есте сақтау қажет.

Медициналық психологияны меңгеру барысында патопсихология, психосоматика, балалық шақ дизонтогенезінің негізгі мәселелерінің, таным процестерінің бұзылуының психологиялық астарлары қарастырылады. Білім беру саласындағы психологтарға ерте балалық шақтағы психикалық ақауларды дер кезінде анықтап, мезгілімен көмек көрсету, олардың алдын алу шаралары медициналық психологияның негізгі білімінің меңгерілуін қажет етеді. Сондықтан медициналық психология аймағындағы теориялық және әдіснамалық сұрақтар кең ауқымды сұрақтар мен мәселелерді қамтиды деуге болады. Медициналық психология пәнінің білімі кез-келген салада қызметін атқаратын психологтардың кәсіби білім негізін құрайтындығы сөзсіз.

Бұл оқу құралы психологтарға, медицина және әлеуметтік сала қызметкерлеріне арналған. Оқу құралының мазмұнында медициналық психология мәселелерінің теориялық, әдіснамалық және тәжірибелік жақтары қарастырылады.

# І ТАРАУ

## МЕДИЦИНАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯҒА КІРІСПЕ

### 1.1 Медициналық психологияның пәні мен құрылымы

Медициналық психологияның дербес қолданбалы сала ретінде дамуына биология, медицина, физиология, антропология салаларының қарқынды дамуы және зерттеу шеңберінің осы салалар білімімен тығыз байланыста болуы ықпал жасады. Медициналық психологияның мазмұны мен оның басқа ғылымдар арасындағы орыны осы саланың пәнаралық сипатымен анықталады. Медициналық психология медицина мен психология ғылымдарының мазмұнына сүйене отырып, осы екі саланың арасында қарастырылатын психикалық денсаулыққа байланысты маңызды медициналық мәселелерді психологиялық әдістер арқылы зерттеуді көздейді.

Бастапқыда клиникалық психология психиатрлардың дамытуымен интеллектуалдық және тұлғалық қасиеттерінің қалыпты дамуынан ауытқуын зерттеуге, мінез-құлықтың бейімсіздік және делинквенттік түрлерін түзетуге бағытталған. Кейіннен клиникалық психологияның зерттеу аймағы соматикалық аурулары бар науқастарды зерттеу барысында кеңейтілген. Бүгінгі таңда бұл саланың зерттеу шеңбері едәуір кеңейіп, ерте балалық шақта пайда болатын ауытқулардың себептері мен сипаттары, ересек адамдардың бойынан жүре пайда болатын ауруларды қарастыратын болды.

Арнайы әдебиеттер бетінен “медициналық психология” және “клиникалық психология” түсініктерінің қатар қолданылуын байқауға болады. Батыс елдерінде “клиникалық психология” түсінігі кеңінен қолданылады, ал Ресейде және Қазақстанда бұл екі түсінік бір мағынада қатар қолданылады десек те болады. Алайда, ресейлік ғалым К.К. Платоновтың анықтамасы бойынша, клиникалық психология медициналық психологияның құрамды бөлігі ретінде қарастырылады.

Клиникалық психология” термині *kline* (төсек, аурухана кереуеті) деген грек сөзінен тараған, яғни психикалық денсаулықтың ақауы орын алатындығын және психикалық денсаулықты сақтау мәселесі кәсіби мамандардың ерекше назар аударуды қажет ететін мәселе ретінде анықталады.

Қазіргі таңдағы медициналық психология саласында психологиялық зерттеулер шеңберіне байланысты жалпы және жеке медициналық психология салалары ажыратылады.

**Клиникалық (медициналық) психология** – түрлі аурулардан зардап шегетін адамдардың психологиялық ерекшеліктерін, психикалық ауытқулардың диагностикасын жасау әдістерін, психологиялық

феномендер мен психопатологиялық симптомдар және синдромдарды ажыратуды, пациентке көмектесудің психокоррекциялық және психотерапиялық әдістерін, сонымен қатар психосоматикалық және соматопсихикалық факторлардың өзара ықпалдарының теориялық аспектілерін зерттейтін ғылым.

Бүгінгі күнде клиникалық психологиямен тығыз байланыста дамып келе жатқан көптеген пәндер бар, олардың ішінде патопсихология, психопатология, нейропсихология, девианттық мінез-құлық психологиясы, психиатрия, неврология, психосоматикалық медицина және т.б. салаларын атап көрсетуге болады. Аталған әр пәннің мазмұнында медициналық және психологиялық білім бар. Бірақ олардың барлығы клиникалық суреттемеге тікелей қатынасы бар болғандықтан, олардың барлығын клиникалық психологияның құрамды бөліктері ретінде қарастыруға болады.

Медициналық психология пәнінің негізгі міндеттері:

- жүйкелік-психикалық және соматикалық ауруларының дамуындағы, ағымындағы және емделуіндегі психикалық факторлардың ролін зерттеу;
- әртүрлі психикалық белгілерін даму ағымында зерттеу;
- тұлғалық аномалиялардың, ауытқулардың жүйкелік-психикалық өзгерістердің психикаға әртүрлі әсерлерін зерттеу;
- ауру адамның ортамен оның микроортасының, өзара қатынасының сипатын зерттеу;
- психикалық функциялар мен процестерді зерттеудің лабораториялық, эксперименттік-психологиялық әдістерін зерттеу, сондай-ақ тұлғалық көріністерді, компенсация және коррекция әдістерін зерттеу, тұтас зерттеуге сәйкес оларды қолдану, интерпретация жасау;
- орталық жүйке жүйесінің ошақты-органикалық бұзылулары жайында диагностика міндеттерімен байланысты психикалық функциялардың бұзылуын зерттеу;
- психотерапия мен реабилитация негіздері аурудың денсаулығын қалыптастыру мен сақтауда ғана емес, сондай-ақ тұлғалық, әлеуметтік статусты қалыптастыру мен сақтау ретінде зерттеу;
- клиникалық тәжірибедегі психологиялық коррекция және реабилитациялық дағдыларды игеру.

## **1.2 Медициналық психология салалары**

Аталған пәндер сонымен қатар медициналық психологияның дербес және зерттеу мәселелерінің шеңбері нақты анықталған салалары ретінде қарастырылады. Осы салалардың сипаты мен мазмұнының ерекшеліктеріне тоқтала кетейік.



**Патопсихология** – психикалық дамудың, психикалық іс-әрекеттің ауытқуын психологиялық әдістермен зерттейтін клиникалық психологияның саласы. Дәрігер алғашқыдан ауруға назар аударатын болса, психолог алғашқыдан науқастың тұлғалық қасиеттерін, тұлға психикасының сақталған жақтарын байқауы қажет. Науқастың сол сақталған жақтарына сүйене отырып, сапалы көмек беру мүмкіндіктері анықталады.

**Нейропсихология** бас миының зақымдану ошағын психологиялық әдістерді қолдану арқылы зерттейді. Нейропсихология саласы тарихи даму жолы ең қысқа сала болып табылады. Бірақ бұл саланың жастығына қарамастан, нейропсихологияда көлемді және терең білім негіздері қаланған. Нейропсихология өткен ғасырдың 30-40-шы жылдарынан бастап нейрохирургияның негізі қалануымен байланысты дами бастады. Нейрохирургия саласында анықталған бас миының қызметіндегі ауытқулар зақымданған орталықтарына байланысты түрлі сипатта болуы мүмкін екендігі анықталды.

**Психосоматика** (soma - дене) соматикалық факторлардың психикаға және, керісінше, психикалық факторлардың соматикаға өзара ықпалын зерттейтін сала. Мысалы, бронхиалдық астма (демікпе ауруы) тыныс алу жолдарының қызметінің бұзылғандығын білдіре отырып, сонымен қатар психологиялық тұрғыдан адамның өміріндегі кейбір жағдайларға көну және төзу қиын екендігін де білдіруі мүмкін. Әрине, мұндай жағдайлардың барлығын жалпылауға болмайды.

**Деонтология** саласы пациент пен дәрігердің арасындағы қарым-қатынастың психологиялық ерекшеліктерін, осы қарым-қатынас барысындағы этикалық сұрақтардың сақталуына ерекше назар аударуды талап етеді. Сонымен қатар дәрігердің тұлғалық ерекшеліктері де емдеудің тиімділігін арттырушы факторлардың бірі ретінде қарастырылады.

**Психогигиена, психопрофилактика** салалары психикалық аурулардың алдын алу жолдарын қарастырумен айналысады. Әрине, ауруды емдегеннен бұрын, оның алдын алу тиімді жолы екендігі белгілі.

Клиникалық психологияның салаларынан басқа пәндермен тығыз байланыста дамуы оның мазмұнын толықтыра түседі. Осыған орай алғашқыдан оның жалпы психологиямен тығыз байланысты екендігін айта кеткен орынды болар, себебі таным процестерінің, тұлғалық және интеллектуалдық қасиеттерінің, эмоциялық және мотивациялық жақтарының қалыпты дамудағы деңгейі туралы білім негіздері оның патологиялық сипатта дамуын анықтау үшін маңызды білім екендігі айқын. Сонымен қатар психиатрия саласының білімі клиникалық психология үшін маңыздылығы бар. Психиатрия мен клиникалық психологияның ғылыми және практикалық сұрақтары және ортақ ізденістерінің арнасы болып диагностикалық процесс табылады. Психопатологиялық симптомдар мен синдромдарды олардың

психологиялық жақтары, яғни адамның жеке дара психологиялық ерекшеліктерін суреттейтін күнделікті өмір феномендерін білмей анықтау мүмкін емес.

Сондай-ақ соматикалық науқастардың психикалық ерекшеліктерін зерттеу әдістемелері тек қана клиникалық психология психодиагностикасынан емес, жалпы психология саласының әдістемелерімен толықтырылады. Адамның мінез-құлқының үйлесімділігін немесе үйлесімді емес екендігін бағалау мүмкіндігі туралы білім психиатрияның, даму психологиясының, жас ерекшелік психологиясының білім жүйесімен тығыз байланыста анықталатындығы сөзсіз.

Клиникалық психологияны медициналық білімсіз меңгеру мүмкін емес, әсіресе, неврология және нейрохирургия салаларының білім негіздерімен таныс болу маңызды. Ал психосоматикалық саласы өз кезегінде психотерапия, вегетология, валеология салаларының ғылыми көзқарастарына сүйенеді.

### **1.3 Клиникалық психологтың жұмыс бағыттары**

Клиникалық психологтың міндеттері оның қызмет мазмұнымен анықталады. Олардың ішінде бірнеше жұмыс бағыттарын атап айтуға болады.

Клиникалық психолог алғашқыдан диагностикалық жұмыс жүргізумен айналысады, мысалы, таным процестерінің, тұлғалық қасиеттердің немесе эмоциялық-мотивациялық ерекшеліктердің диагностикасы диагнозды айқындау үшін маңызды болып табылады. Себебі қандай болмасын ауруды қарастыратын болсақ, сол ауруларға тән таным процестерінің бұзылу ерекшеліктері немесе тұлғалық өзгерістердің байқалуы диагнозды нақтылауға көмек береді.

Сондай-ақ клиникалық психолог сараптамалардың бірқатарына қатыса алады. Олардың ішінде сараптаманың бірнеше түрі бар:

а) соттық-психологиялық-психиатриялық сараптама. Мұнда клиникалық психолог сотталушының психикасында ауытқудың бар-жоғын айқындаумен айналысады, себебі сол нәтижеге байланысты айыпталушының жауапқа тартылуы немесе жазаланудан босатылуы туралы шешім қабылданады;

б) дәрігерлік-еңбек сараптамасы, мұнда клиникалық психолог психоневрологиялық аурулар бойынша қорытынды беруі тиісі;

в) психологиялық-медициналық-педагогикалық сараптамаға қатысу мектеп жасындағы балалардың психикалық дамуындағы кешігуі бар болса, оладың білім алу орнын, оқу бағдарламасын анықтау бойынша сараптама жасайды, әсіресе, есту, көру қабілеттерінің жетілмеуіне байланысты жағдайлар жиі кездеседі;

г) әскери-психиатриялық сараптамаға қатысқан жағдайда, клиникалық психолог азаматтардың әскер қатарында борышын атқаруына жарамдығын анықтайды.

Клиникалық психолог сонымен қатар психокоррекциялық және психотерапиялық жұмыстармен айналысады, олардың қатарына түзету жұмыстары (коррекция) және психологиялық кеңес беру жатады.

Клиникалық психолог еңбегінің тағы бір көлемді жағы бар, ол патопсихологиялық зерттеу жүргізу, бұл зерттеудің нәтижесінде қорытынды жазылады.

Патопсихологиялық зерттеу жүргізу барысында бірнеше кезең ажыратылады.

1-кезең. Дайындық кезеңі. Зерттеудің себебін білу үшін алғашқыдан емдеуші дәрігермен әңгімелесу қажет, анамнезбен, яғни ауру тарихымен (анамнез – адамның туғаннан бергі тарихы, тіпті дүниеге келгенге дейінгі тарихын қамтиды) танысуы қажет;

2-кезең. Психологиялық зерттеу жүргізу. Науқастан сұхбат алу (интервью), мұнда науқас адам өз құжатына сәйкес өзі туралы деректерді әңгімелеуімен танысу. Бұл кезең пациентпен сенімділікті орнату үшін маңызды, бұл зерттеу барысында пациенттің мәдени, интеллектуалдық деңгейі анықталады. Зерттеу барысындағы барлық материалдар жазбаша түрде тіркелуі қажет, себебі мұнда бақылау әдісі де қолданылады.

3-кезең. Қорытынды жазу. Зерттеу барысында хаттама жазылуы тиісті. Қорытындыға зерттелушінің таным процестерінің сипатталуы, тұлғалық ерекшеліктері (эмоциялық сферасы, мотивациялық сфера ерекшеліктері, қарым-қатынас, темперамент, мінез ерекшеліктері) сипатталуы тиіс.

Қорытындыда психолог психика ауытқуының құрылымы туралы жазуы тиісті.

### **Бақылау сұрақтар:**

1. Медициналық психология қандай ғылым салаларымен байланысты дамыды?
2. Медициналық психологияның зерттеу шеңбері қандай?
3. Медициналық психологияның қандай салалары бар?
4. Медициналық психологтың қандай жұмыс бағыттары бар?
5. Медициналық психологтың жұмыс бағыттарының мағынасын ашып беріңіз.

### **Өзіндік жұмыс тапсырмалары:**

1. Қазақстандағы медициналық (клиникалық) психологияның қалыптасуы мен даму тарихына талдау жасаңыз. Осы тақырыпта баяндама дайындаңыз.

2. Клиникалық психолог жұмысының этикалық мәселелері туралы эссе жазыңыз.

**Әдебиет тізімі:**

1. Пушкина Т.П. Медицинская психология – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2008. – 48 с.
2. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология - СПб., 2010. – 960 с.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология - М.: МЕДпресс, 2011. – 592 с.

## II ТАРАУ

### ҚАЗІРГІ ЗАМАН МЕДИЦИНАЛЫҚ ПСИХОЛОГИСЫНЫҢ ӘДІСНАМАЛЫҚ ЖӘНЕ ТЕОРИЯЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

#### 2.1 Психикалық аурулардың эндогендік және экзогендік себептері

Бұл тарауда балалардың психикалық ауытқуларының эндогендік және экзогендік себептері қарастырылады. Ересек кездегі психикалық аурулардың себептері сол тақырыптарға қатысты сипатталатын болады. Психикалық аурулардың пайда болу немесе даму себептерінің анықталуы қазіргі замандағы медицинаның ғана емес, сонымен қатар генетика, биохимия, нейрофизиология, эмбриология және басқа салалардың дамуымен тығыз байланысты. Жалпы алғанда, жүйке жүйесі ауруларының пайда болуы екі үлкен топтағы себептермен байланыстырылады. Олар әлеуметтік, сыртқы (экзогендік) және биологиялық, ішкі (эндогендік) факторлар ретінде анықталады.

Биологиялық факторлардың арасында генетикалық себептермен шартталатын ми дамуының ақауларына ерекше маңыздылық беріледі, олардың арасында тұқым қуалаушылыққа байланысты зат алмасудың бұзылуы сияқты хромосомдық аберрация, гендік мутациялар аталады. Сонымен қатар, құрсақ ішіндегі зақымданулар да ерекше маңыздылыққа ие. Олар ананың жүктілік кезіндегі ауыр токсикозымен немесе анасының жүктілік кезіндегі токсоплазмоз, қызылша, люэс және басқа да инфекциялық аурулармен ауруы, гормондық немесе дәрі-дәрмектік интоксикациялармен, улануымен, баланың құрсақ ішінде жарақаттануымен байланысты, сонымен қатар ерте постнаталды кезеңдегі қауіпті ісіктер сирек кездесуіне қарамастан, маңызды және қауіпті себептер қатарына жатқызылады. Сондай-ақ дамудың бұзылуы жүйке жүйесінің тұрақты патологиялық күйімен байланысты болуы мүмкін, мысалы, хромосомдық аберрация, резидуалдық органикалық күйлер немесе туа біткен зат алмасу ақаулары, созылмалы дегенеративтік аурулар, энцефалит, шизофрения, эпилепсия сияқты тағы басқа аурулар негізінде дамуы мүмкін.

Ми дамуының жетілмеуі баланың орталық жүйке жүйесінің түрлі зиян әсерлерге сезімталдығын шарттайды. Ересек адамдарға зиянын тигізбейтін патогендік факторлардың бірқатары баланың жүйке жүйесінің бұзылуына себеп болады. Сонымен қатар ересек шақта тіпті кездеспейтін немесе сирек кездесетін церебралдық аурулар мен симптомдар балалық шақта жиі байқалып отыруы мүмкін. Түрлі соматикалық инфекциялық процестер де баланың миының сезімталдығы мен қорғаныстық мүмкіндіктерінің төмен болуына байланысты жиі кездеседі.

Балалық шақта түрлі психикалық аурулардың пайда болуына үлкен себепкер болатын тағы бір фактор бар, ол – уақыт факторы. Мұнда, әсіресе, зақымдану мерзімі ерекше маңызды болып табылады, яғни патогендік фактор неғұрлым ерте әсер еткен болса, соғұрлым қауіптілік жоғары болатындығы анықталған. Аса қауіпті кезеңдер эмбриондық мерзімде де анықталған, әсіресе, клеткалық дифференциация мезгілі ерекше зиянды. Сонымен, белгілі бір патологиялық, зиян фактордың әсер ету мерзімі түрлі болуына байланысты, оның салдары да, зақым келтіру көлемі де түрлі болуы мүмкін. Зақым келтіру мерзіміне қарай дамудың ауытқу түрі де түрлі болып анықталады. Ең сезімтал мерзім болғандықтан және түрлі патогендік факторлардың зақым келтіруі көлемді болуына қарай ананың жүктілік мерзімінің алғашқы үш айы ең қауіпті.

Зақымдану ерекшелігі мидағы ошақтану үрдісі мен зақымданудың таралу көлеміне де тәуелді. Балалық шақтың екі маңызды ерекшелігі бар, олар, біріншіден, балалық шақтың ерекше сезімталдығы болса, екіншіден, ересектерге қарағанда, баланың ағзасының компенсациялық мүмкіндіктерінің болуы. Сондықтан белгілі бір орталықтар мен өткізуші жолдарының зақымдануы кезінде кейбір функциялардың зақымдануы немесе жойылуы байқалмауы мүмкін. Сонымен, ошақты зақымдану кезінде мидың жалпы жетіспеушілік жағдайына қарағанда компенсациялық мүмкіндік едәуір жоғары болмақ. Яғни ошақты зақымдану кезінде мидың сақтаулы жүйелерінің есебінен компенсация (жетіспейтін немесе дамымаған қызметтің орнын толтыру) болады, ал мидың жалпы зақымдануы кезінде мидың компенсациялық мүмкіндіктері шектеулі болады.

Аталған себептермен қатар мидың зақымдану қарқынының да маңыздылығын айта кету қажет. Балалық шақтағы органикалық зақымданулар кезінде бір жүйелердің зақымдануымен қатар, осы жүйемен тығыз байланыста дамиды басқа жүйелердің жетілмей дамуы байқалады.

Осы факторлар кейде әлеуметтік қолайсыз жағдайлармен күрделенуі де мүмкін. Яғни ішкі факторлардың әсерінен пайда болатын мидың зақымдануы сыртқы факторлардың әсерінен тұрақты және күрделі сипатқа ие болуы ықтимал.

Әлеуметтік қолайсыз факторларға микроәлеуметтік педагогикалық қолайсыз жағдайлар жатады, олар отбасындағы әлеуметтік ортаның баланың дамуы және тәрбиеленуі үшін қолайсыз болуын білдіреді. Осындай себептердің салдары баланың мәдениеттік тұрғыдан шектелуі, интеллектуалдық және эмоциялық дамуының тежелуіне әкеліп соқтырады. Себебі ерте балалық шақта бала психикасының дамуы қарқынды жүруіне байланысты тек ішкі факторлар ғана емес, сыртқы факторлардың маңыздылығы кем емес.

## **2.2 Медициналық психологиядағы психологиялық диагностика**

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

**Диагностикалық қорытынды** - бұл байқалатын белгілердің жасырын белгілер деңгейіне ауысуы.

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

## **2.3 Психологиялық диагноз деңгейлері**

Психодиагностикалық зерттеулер тәжірибесінде психологиялық диагноздың үш деңгейі анықталады:

- 1) симптоматикалық, зерттеу мәліметтерін математикалық жолмен өңдеуге негізделеді;
- 2) этиологиялық – белгілі ерекшеліктерді (симптомдарды) ескереді және олардың пайда болу себептерін де қарастырады;
- 3) типологиялық – зерттелінуші тұлғасының динамикалық бүртұтас құрылымдық мәліметтерінің орыны мен маңызын анықтау.

Медициналық психологтың қызмет салалары: диагностика; психологиялық әсер ету әдіс-тәсілдері; сараптама түрлері; реабилитация; профилактика (алдын алу жұмыстары).

## **2.4 Медицина мен психологиядағы қалыпты күй деңгейі және патология түсініктері**

Медициналық психологияда және жалпы психологияда «қалыпты күй» (норма) және «патология», яғни қалыпты даму мен патологиялық дамудың белгілерін немесе шекараларын анықтау әрдайым анық жауабы жоқ, күрделі мәселелердің бірі болып табылады. Алайда, медициналық психологияда осы түсініктерді анықтау және нақтылау бойынша бірнеше көзқарастар бар.

Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымы (ВОЗ) адамның психикалық денсаулығының келесі белгілерін анықтады:

- Адамның физикалық және психикалық «Мен» күйін саналауына үздіксіздік, сәйкестік және тұрақтылық тән болуы тиісті;

- Ұқсас жағдайлардағы сезімдері мен күйі тұрақты және жағдайға сәйкес болуы тиісті;
- Өзін, өзінің психикалық іс-әрекетін және оның қызметінің нәтижелерін бағалауында сыншылдық болуы тиісті;
- Әлеуметтік орта мен жағдайлардың әсер етуіне психикалық реакцияларының күші мен жиілігі сәйкес болуы тиісті;
- Әлеуметтік ережелер мен заңға сәйкес өзін-өзі бақаруға қабілетті болуы тиісті;
- Өз өмірін жоспарлауға және жүзеге асыруға қабілетті болуы тиісті;
- Өмір жағдайларының өзгеруіне байланысты жүріс-тұрыс әдістерін өзгертуге қабілетті болуы тиісті.

Аталған белгілердің нақты болуына қарамастан, қалыпты күй, яғни деннің саулығы немесе адамның бойында белгілі патологияның бар болуын анықтау туралы пікірталаста көптеген көзқарастар айтылған болатын.

Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымының анықтап берген денсаулық белгілерінің деңгейлері мен саны белгісіз, яғни қанша белгісі қандай даңгейде адам бойынан байқалатын болса, адамның денсаулығы жақсы, қалыпты күйге сәйкес деп тұжырымдай алатындығымыз белгісіз. Дәрігерлер мен мамандар әр адамға байланысты психикалық денсаулық деңгейін жеке анықтауы қажет екендігі айқындалады.

Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымы қалыпты күй мәселесін зерттеуін жалғастыра отырып, психикалық денсаулық деңгейлерін анықтап берді:

- Эталондық (мінсіз) денсаулық – индивидтің толық бейімделуі, үйлесімді дамуы, психикалық денсаулықтың барлық критерийлері жағымды сипатталған, психикалық ауытқулар мүмкіндігі байқалмайды.
- Орта статистикалық деңгей – психика көрсеткіштерінің күйі жыныс, жас ерекшелік, әлеуметтік жағдай, әлеуметтік-мәдени шарттар және басқа шарттарды есепке алғанда популяциялық көрсеткіштерге сәйкес келеді.
- Конституциялық деңгей – психика мен дене құрылым мен бітім типологиясына байланысты.
- Акцентуация деңгейі – адамның мінез ерекшеліктерінің айрықша байқалуы. Бұл деңгейде осының салдарынан адамның осал жақтары анықталады.



**Бақылау сұрақтар:**

1. Психикалық аурулардың пайда болуының қандай себептері бар?
2. Экзогендік және эндогендік факторлар түсініктерінің мағынасын анықтап беріңіз.
3. Психологиялық диагноз дегеніміз не?
4. Психологиялық диагноз деңгейлерін атаңыз.

**Өзіндік жұмыс тапсырмалары:**

1. «Қалып» және «патология» түсініктерінің медицинада, психологияда және басқа ғылым салалары арнасында қарастырылуын және осы түсініктер туралы ғылыми көзқарастың дамуын талдаңыз.

**Әдебиет тізімі:**

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология - СПб., 2010. – 960 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология - М.: МЕДпресс, 2011. – 592 с.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности - М.: Мысль, 1990. – 106 с.
4. Перре М., Бауман У. Клиническая психология: Перевод с немецкого. 3-е издание. – СПб.: Питер, 2007.

## ІІІ ТАРАУ

### ПАТОПСИХОЛОГИЯ НЕГІЗДЕРІ

#### 3.1 Патопсихология саласының зерттеу нысаны

Патопсихология – мидың бейнелеу қызметінің бұрмалану заңдылығын, психикалық іс-әрекет пен тұлға қасиеттерінің ыдырау заңдылықтарын қалыпты дамуымен салыстыра отырып зерттейтін медициналық психологияның маңызды салаларының бірі болып табылады. Патопсихология психикалық бұзылыстарды ғылыми психология әдістерімен зерттейді, ол психикалық патологияның психологиялық құрылымын зерттейді.

В.М. Блейхер мен И.В. Крук практикалық патопсихологияның келесі міндеттерін анықтап берді:

1. Диагностика жасауға арналған мәліметтер жинақтау. Патопсихологиялық мәліметтер қосымша сипатта болады, ал олардың құндылығы клиникалық-психологиялық зерттеу нәтижелерімен салыстырғанда айқындала түседі. Сонымен қатар, патопсихологиялық диагностиканың нозологиялық диагнозы болмайды, себебі бұл жағы клиникалық маманның күзіретіне жатады, ал патопсихологиялық зерттеу нәтижелері диагноз қою барысында дұрыс бағытты анықтауға көмек береді. Мұнда патопсихологиялық қорытындыда берілетін синдромдар регистрі үлкен көмек береді.

Патопсихологиялық зерттеу психикалық бұзылудың симптомдарын ерте кезеңінде анықтауға және олардың ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік береді.

2. Қолданылатын терапияға байланысты психикалық бұзылу динамикасының тиімділігін анықтау. Емдеу барысында көп мәрте жүргізілетін патопсихологиялық зерттеу емдік-реабилитациялық іс-әрекеттер әсерінің объективті көрсеткіші ретінде анықталады. Олар сондай-ақ болатын ремиссиялар мен психикалық ақаудың ерекшеліктерін анықтайды, ол аурудың ағымын болжауға, емдік процестің дұрыс тактикасын таңдауға мүмкіндік береді.

3. Сараптамалық жұмысқа қатысу. Патопсихолог қатысатын сараптамалық қызметтің бірнеше түрі бар – әскери, медициналық-әлеуметтік, соттық, психологиялық-медициналық-педагогикалық. Егер патопсихолог әскери сараптамаға қатысатын болса, оның міндетіне анықталған клиникалық мәліметтердің байқалу дәрежесін сипаттай отырып, клиникалық диагнозды растау жатады.

Еңбек сараптамасын жүргізу барысында психолог ауру белгілерін анықтаумен ғана шектелмейді (мұндай сараптамаларға науқастар тек осындай сараптамаларды жүргізуге негіздеме болғанда ғана жолдама

алады), ауру белгілерінің қаншалықты терең екендігін, ауру қаншалықты өршігендігін, науқастың еңбекке жарамдылығын, егер бұзылулар расталатын болса, науқас психикасының сақтаулы жақтары бар-жоқ екендігін анықтауы қажет, өз кезегінде бұл мәліметтер психикалық ақауды жеңуде қандай болжам жасауға болатындығын, емдеу кезінде науқастың ағзасының компенсациялық мүмкіндіктеріне қаншалықты сүйенуге болатындығын анықтауға көмек береді.

Патопсихологиялық зерттеудің соттық-психиатриялық сараптама үшін маңыздылығы ерекше. Бұл жағдайда сараптамашы-психолог клиникалық диагностикалық сұрақтардың шешілуіне қатысты мәліметтерді ғана анықтамайды, сонымен қатар психикалық бұзылулардың дәрежесін, ерекшеліктерін, сипатын, ағымын айқындайды.

Балалармен жүргізілетін медициналық-психологиялық сараптамалық жұмыстың міндеттеріне баланың білім алу орнын анықтау бойынша сұрақты шешу жатады - жалпы білім беретін мектеп немесе арнайы білім беретін коррекциялық мектеп. Бұл сұрақты психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссия нақты шешуі қажет, себебі олардың шешімі бойынша психикасында ақауы бар бала қажет деңгейдегі психологиялық дайындықсыз өзіне жат ортаға келуі мүмкін. Ол баланың оқу үрдісіндегі үлгермеуіне немесе дені сау балалармен өзін салыстырғанда, төмен сезінуіне байланысты невротикалық реакцияларды туындатуы мүмкін. Сондай-ақ дұрыс тәрбие бермеудің салдарынан кейбір балалар коррекциялық мектептерге жолдануы мүмкін, ал шын мәнінде ми дамуына байланысты кемшіліктер баланың бойында болмаса, мұндай бала коррекциялық мектепте білім алуы мүмкін емес. Баланың психикалық дамуындағы бұзылысты сарапшылар егжей-тегжей тексеріп, жан-жақты анықтап, шешім қабылдауы тиісті.

Әрине, бүгінгі таңда инклюзиялық білім беру ортасын барлық жалпы білім беру мектептерінде ұйымдастыру шараларымен байланысты бұл мәселенің жаңа қырлары анықталып жатыр. Ол мектеп психологтарының және мұғалімдерінің оқыту үрдісін қайта қарауға байланысты және олардың арнайы дайындықтан өтуіне байланысты мәселелерді шешу қажеттігін білдіреді.

4. Реабилитациялық (оңалту) жұмысқа қатысу. Оңалту және қайта әлеуметтендіру жұмыстары қазіргі кезде ерекше маңыздылыққа ие болып отыр. Себебі бұл бағыттағы тиімді жүргізілген жұмыстар мүгедектенудің алдын алу шарасы болып табылады.

5. Оңалту жұмыстарының тиімділігі пациентпен жүргізілетін жұмыстың жеке ұйымдастырылуымен тікелей байланысты. Оңалту жұмысына қатысатын психолог алғашқыдан науқастың таным процестерінің және эмоциялық-тұлғалық аймағының ағымдық күйін анықтауы тиісті, сонымен қатар оңалту бағдарламасын құру үшін пациенттің зақымданған және сақтаулы психикалық қызметтерін анықтауы

қажет. Психолог пациенттің әлеуметтік орта климатын да анықтауы тиісті. Себебі отбасындағы, ұжымындағы әлеуметтік қолайлы немесе қолайсыз жағдайлар оңалту процесінің тиімділік деңгейіне әсерін тигізуі мүмкін. Алынған мәліметтер негізінде психолог психотерапиялық, психокоррекциялық, алдын алу жұмыстарының бағдарламасын ұсынады және бұл бағдарлама емдеуші дәрігерімен тығыз байланыста жүзеге асырылуы тиісті.

6. Толық зерттелмеген неврологиялық және психосоматикалық ауруларда кездесетін психикалық бұзылулардың құрылымының зерттелуіне қатысу. Мұндай зерттеулерде патопсихологиялық зерттеулер ғылыми мақсатта жүргізіледі. Ғылыми зерттеулердің нәтижесінде аурудың дамуы туралы жаңа мәліметтер алу көзделеді.

7. Психотерапияға қатысу. Мұндай жұмыс түрін жүргізгенде патопсихолог пациенттің жеке психологиялық ерекшеліктері мен әлеуметтік-психологиялық ерекшеліктерінің диагностикасын жүргізеді. Осы диагностика нәтижесінде тиімді психотерапиялық әдістерді таңдауға және емдік шаралардың орнын (стационарлық немесе амбулаторлық емдеу) анықтауға көмек береді.

Өзінің жұмыс барысында медициналық психолог патопсихология мен психопатология түсініктерін ажыратуы қажет. Психопатология психикалық бұзылулардың динамикасын зерттейтін медициналық сала болып табылады. Бұл салада клиникалық түсініктер (патогенез, симптом, синдром және т.б.) басымшылықта қолданылады және жалпы патологиялық критерийлерге сүйенеді.

Дәрігер мен медициналық психологтың диагностикалық жұмыс ерекшеліктерін жақындату мақсатында және ортақ түсініктер мен мәліметтерге сүйенуге мүмкіндікті жоғарылату үшін патопсихологиялық синдромдар анықталған:

- Шизофрениялық синдром;
- Аффективтік-эндогендік синдром (клиникада бұл синдромға маниакалды-депрессивтік психоз бен егде жастағы функционалды аффективтік психоздар сәйкес келеді);
- Олигофрениялық синдром;
- Экзогендік-органикалық синдром (клиникада церебралды атеросклероз, бас миының жарақаттары және т.б. сәйкес келеді);
- Эндогендік-органикалық (клиникада - эпилепсия, мидағы алғашқы атрофиялық процестер);
- Тұлғалық-аномалиялық синдром (клиникада – акцентуация мен психопатия);
- Психогендік-психотикалық синдромдар (клиникада – реактивтік психоздар);

– Психогендік-невротикалық синдромдар (клиникада – невроздар мен невротикалық реакциялар).

### **3.2 Патопсихологиялық зерттеудің жүргізілу барысы**

Патопсихологиялық зерттеуде бірнеше кезең ажыратылады. Бірінші кезеңді психологпен кездескенге дейін клиникалық дәрігер жүргізеді. Бұл кезеңде клиникалық міндеттер анықталады. Патопсихологиялық зерттеудің бұл кезеңінде дәрігер патопсихологиялық зерттеудің қаншалықты пайдалы және қажет екендігін анықтайды. Емдеуші дәрігердің патопсихологтың алдына қоятын міндеттерімен танысады. Емдеуші дәрігерден алдын ала аурудың ағымының ерекшеліктері, дифференциалды-диагностикалық мүмкіндіктері немесе болжамды сараптамалық көзқарастар туралы ақпаратты алады. Егер емдеудің тиімділігін бақылау туралы айтылатын болса, дәрігермен бірге терапиялық шараларды, олардың таным процестеріне әсерін, қайта зерттеудің мерзімін анықтайды.

Науқаспен сөйлескенге дейін патопсихолог науқастың ауру тарихымен танысады. Егер психологқа қажет мәліметтер болмаса, қосымша анамнез жинау қажет. Психолог үшін анамнез ғана емес, аурудың ағымы, лабораториялық зерттеулердің нәтижелері де маңызды. Патопсихолог науқастың ауру тарихында берілген статусы мен басқа мәліметтердің сәйкестігін тексереді. Себебі бөлімшеде жасалған дәрігердің бақылау нәтижесі мен оның нақты бақыланып отырған жүріс-тұрысы мен күйі сәйкес келмейтін болса, психолог зерттеудің басынан бастап симуляцияны немесе зерттелінушінің тарапынан агравацияны байқап, осыған сәйкес зерттеу барысын анықтауы қажет.

Науқастың күйі зерттеудің жақсы өтуіне әсерін тигізеді, сондықтан экспериментті бастамас бұрын, инкуренттік соматикалық аурудың жоқ екендігіне көз жеткізіп алған дұрыс. Сонымен қатар науқас психотроптық дәрі-дәрмек қабылдағанын-қабылдамағанын білген дұрыс, себебі бұл препараттар жүйке процестерінің ағымына әсер етеді. Зерттеуді ұйқысыз түннен кейін, шаршаған жағдайда, науқастың қарны ашып тұрғанда немесе тамақтанғаннан кейін бірден өткізбеген жөн. Қайта зерттеуді алғашқы зерттеуді өзкізген мезгілде жүргізген дұрыс. Ауру тарихымен және науқастың күй-жайымен танысу дәрігердің қойған міндеттерін нақтылауға, алдын ала жұмыс жоспарын – әдістемелерді таңдауға, олардың қолданылу кезегін анықтауға мүмкіндік береді.

Науқаспен әңгімені төлқұжаттық мәліметтерді анықтаудан бастайды, себебі осының негізінде науқастың мнестикалық қызметтері жайында тұжырым жасауға болады. Одан кейін науқастың есте сақтауы (ұзақ және қысқа мерзімді), оның зейіні, санасының күйі анықталады. Науқастың уақытта бағдарлануы, өз тұлғасын сезінуі анықталады, науқастың өз

өмірінің және жалпыға белгілі тарихи маңызды жағдайларды есте сақтауы анықталады. Бұл сұрақтар әңгіме барысында біртіндеп және науқас өзін емтиханда отырғандай сезінбейтіндей жағдайда қойылуы тиісті. Егер есте сақтауына қатысты бұзылу анықталатын болса, науқас өзі осы жағдайды қалай бағалайтындығын анықтау қажет. Науқастың жалпы патопсихологиялық зерттеудің өткізілуіне, психиатриялық клиникаға көзқарасы анықталғаны жөн. Науқасқа зерттеудің мақсаты мен себебін түсіндіру қажет.

Психологтың науқаспен жүргізілетін әңгімесі зерттеудің барысына әсер етеді. Әңгіме барысында науқастың ауруының ағымы мен ерекшеліктері туралы, оның тұлғалық ерекшеліктері, өзінің күйінің өзгергенін қалай бағалайтындығы, оның еңбекке жарамдылығы, білім және мәдениет деңгейі, қызығушылықтары мен қажеттіліктері анықталады.

Әр әдістемені жүргізерде науқасқа нұсқау берілуі қажет. Нұсқаудың берілуі зерттеудің құрамды бөлігі болып табылады және ынтымақтастықта жұмыс жүргізуге мүмкіндік береді. Нұсқаулықтар нақты және қысқа берілуі тиісті, олар науқастың таным деңгейіне сәйкес болғаны жөн.

Зерттеу нәтижелерін сәтті немесе сәтсіз деп бағалауға болмайды. Егер науқас тапсырманы орындай алмайтын болса, оның себебін анықтау қажет. Себебі кейде өзіне сенімсіздік немесе нұсқауды дұрыс түсінбеуі кедергі жасауы мүмкін. Сонымен қатар науқасқа ұсынылатын көмектің қаншалықты тиімді екендігін де ескеру керек, яғни науқас көмекті қабылдай алады ма, әлде зерттеудің жүргізілуіне қатысты қарсылығын осылайша білдіріп отырғандығын анықтау керек.

Зерттеу барысы неғұрлым толық және нақты жазылуы тиісті, барлық мән-жәй зерттеу хаттамасына тіркелуі қажет. Хаттаманың толық жүргізілуі қорытынды жазғанда, жалпылау үшін таптырмас мәлімет болып табылады.

Әдетте патопсихологиялық зерттеулерде аппараттық зерттеулер қолданылмайды. Сондықтан патопсихологиялық экспериментті табиғи экспериментке өте жақын деп білуге болады.

Зерттеудің қорытынды кезеңі ең күрделі кезеңі болып табылады. Себебі зерттеу барысында алынған барлық мәліметтер толық жинақталып, талдануы қажет. Мұнда қолданылған әр әдістеме бойынша нәтижелер емес, солардың барлығының нәтижесінде жасалған жалпы қорытынды маңызды. Қорытынды патопсихологиялық зерттеуге дейін қойылған емдеуші дәрігердің сұрағына жауап және міндетінің шешімі ретінде болуы тиісті.

Қорытындыда науқастың жүріс-тұрыс ерекшеліктеріне де сипаттама берілуі тиісті, себебі бұл мәліметтер нәтижеге түсініктеме ретінде анықталады. Сонымен қатар психолог қорытындыға патопсихологиялық синдромды анықтап жазуы тиісті.

Сондай-ақ зерттеу барысында анықталған есте сақтау, сенсомоторлық реакциялардың жылдамдығы, психикалық процестердің қажығандығы,

эмоциялық-тұлғалық ерекшеліктері туралы мәліметтер көрсетілуі тиісті. Мұның барлығы науқастың психикалық күйінің толық сипаттамасын анықтау үшін және диагнозды нақтылау үшін маңызды. Әрине, науқастың психикалық статусын анықтауда патопсихологиялық зерттеу қосымша құрал екендігін де естен шығармаған жөн.

### **3.3 Зейін мен сенсомоторлық реакцияларды зерттеу әдістемелері**

**Корректуралық сынақ.** Әдістеме зейінді зерттеуге арналған, бұл әдістеме арқылы зейіннің тұрақтылығы мен зейіннің шоғырлануы анықталады. Корректуралық сынақты алғаш рет 1895 жылы В. Bourdon ұсынған.

Зерттеу кез келген тәртіпте орналастырылған әріптер қатарлары бар арнайы бланктардың көмегімен жүргізіледі. Нұсқаулық бойынша бір немесе екі әріпті сызып отыру керек. Әр 30 немесе 60 секунд сайын зерттеуші зерттелушінің қарындашы кестенің қай жеріне келсе, сол жерге белгі қойып отырады. Сонымен қатар зерттелінушінің тапсырманы орындауға жұмсаған жалпы уақыты тіркеледі. Қателер саны мен тапсырманы орындауға жұмсалған жалпы уақыты есептеледі. Қателердің тапсырманы орындау барысында кездесу сипаты маңызды болып табылады – қателер кестеде біркелкі орналасқан ба, әлде тапсырманы орындаудың соңына қарай жиіледі ме. Жіберілген қателердің сипаты да ескеріледі – бөлек әріптер немесе толық қатарлар назарсыз қалғаны немесе сызылуға тиісті әріптің қасындағы әріп немесе ұқсас әріп сызылды ма. Бірқатар жағдайларда зерттеуді қайталаған дұрыс, егер нәтижелер өзгеретін болса, науқастың жағдайы жақсарғанының немесе оның зерттеуге қатынасының өзгергенін білдіруі мүмкін. Органикалық церебралды патологиялар кезінде науқастың нәтижелері жиі өзгере қоймайды. Дені сау зерттелінушілер (берілген бланктан екі әріптен сызып отыруы тиісті) тапсырманы орындауға 6-8 минут жұмсайды және 15 қатеден артық жібермейді.

С.Я. Рубинштейн корректуралық сынақ нәтижелерінің графикалық кестесін сызуды нұсқайды. Графикте екі қисық беріледі, бірі – жұмыс жылдамдығының өзгеруі (берілген уақытта қаралған әріптердің саны бойынша), екіншісі – дәлдіктің өзгеруі (бірдей уақыт аралығындағы қателер саны бойынша). Мұндай графиктер науқастың шаршауын, зейінінің тұрақсыздығын, немесе жұмыс сапасының жақсаруына қарай ыңғайлануын динамикада бақылауға мүмкіндік береді. Корректуралық сынақ қолдануда қарапайым, қарындаш пен секунд есептеуіштен басқа арнайы құралдарды талап етпейтін әдістеме.

**Крепелин бойынша есептеу.** Әдістемені 1895 жылы Е. Kraepelin жұмысқа қабілеттілікті – жаттығушылық пен шаршау – зерттеу үшін

ұсынған. Үлкен қатарға көп бір мағыналы сандар жазылады, зерттелінуші оларды ойынан қосып отыруы тиісті. Нәтижесі белгілі уақыт мерзімінде қосылған сандар мен жіберілген қателер саны арқылы анықталады. Науқасқа қатарлардағы сандарды қосу қажеттігі туралы нұсқаулық беріледі, әр 30 секунд сайын зерттеуші зерттелінушінің келген жерін белгілеп отырады. Ол туралы науқасқа алдын ала ескерту қажет. Қосылған сандар мен әр уақыт мерзімінде жіберілген қателер саны есептеледі. Графикалық кесте бойынша жұмысқа қабілеттілік қисығын сызуға болады. Қисықтың сипаты бойынша зейіннің шаршауы мен жаттығуын бақылау арқылы зейіннің бұзылу ерекшеліктері анықталады.

**Кері есеп.** Әдістемені Е. Краерелін ұсынған. Зерттелінушінің есептеу операцияларын орындауы мен зейін ерекшеліктері анықталады. Нұсқаулыққа сәйкес 100 немесе 200 санынан бір санды алып тастап отыру қажет. Зерттелінуші ойша есептеуі керек екендігі ескертіледі, дауыстап алынғаннан кейінгі санды ғана айтуы тиісті. Сандардың аталуы арасында зерттеуші біркелкі уақытта нүктелер қойып отырады (шамалас хронометражды анықтау жолы). Үзілістерді секунд есептеуіш арқылы тіркеп отыруға да болады. Сынақтың барысы келесі жолмен тіркеліп отыруы мүмкін:

(100 – 7) ..93...86...79...72...65...58.51..44..37.30.23.16.9.2

Егер зейіннің шаршау деңгейі жоғары болса, тапсырманы орындаудың соңына қарай, тапсырма жеңілдегеніне қарамастан үзілістер ұзарады. Мұнда қатенің екі түрі болуы мүмкін: бірліктер қатарында, әсіресе, ондықтардан ауысқан кезде, ол интеллектуалдық жетіспеушілікті білдіреді, мысалы:

(100 – 7)..93.....85....78..71....64.....58

Қателердің екінші түрі зейіні тұрақсыз науқастарға тән. Сынның жетіспеушілігімен байланысты (мысалы, прогрессивті сал кезінде) есептеу нұсқаулыққа қарамастан жүргізіледі, мысалы, 7-нің орнына 10 саны алынып отырады.

**Шульте кестесі бойынша кестеден сандарды табу.** Әдістеме сенсомоторлық реакция қарқыны мен зейіннің ерекшеліктерін зерттеуге арналған. Зерттеу арнайы кестелердің көмегімен жүргізіледі. Кестеде кез келген тәртіпте 1-ден 25-ке дейінгі сандар орналасқан. Кестенің көлемі 60x60 см.

Зерттелінуші кестені толық көре алатындай қашықтықта отырады. Оған сандарды ретімен тауып, көрсетіп, дауыстап атауы керектігі туралы нұсқаулық беріледі. Секунд есептеуіші арқылы әр кестеге қанша уақыт жұмсалғаны есептелуі тиісті. Нәтижелері графикалық кесте түрінде берілуі



мүмкін. Нәтижесін шығару үшін зерттелінушінің әр кестеге жұмсаған уақыты немесе бір кестені орындау барысында белгілі мерзім сайын алынған көрсеткіштерді салыстыруға болады. Тапсырманы орындаудағы біркелкі қарқынның сақталуы маңызды болып табылады. Әдетте дені сау адамдар сандарды ретімен табуды біркелкі қарқынмен орындайды, тіпті олардың сенсомоторлық реакциялар жылдамдығының жоғарылауын байқауға болады. Егер сандарды табу қарқыны біркелкі болмаса, бұл қандай құбылыстың белгісі екендігін анықтау қажет. Ол жоғары деңгейлі қажудың немесе бейімделудің кешігуінің белгісі болуы мүмкін.

**Зейінді ауыстыру сынағы.** Патопсихологиялық зерттеу кезінде зейінді ауыстыру сынақтары психикалық процестердің қозғалғыштығын анықтау үшін қолданылады. Алайда, бұл сынақтың мүмкіндігі онымен шектелмейді, сонымен қатар сөздік қордың сақталуы, есептеу операцияларының орындалу сапасы және т.б. тексеріледі. Кейде психикалық процестердің инерттілігі науқастың бір тапсырмадан екінші тапсырмаға ауысқанында да байқалады: науқас келесі тапсырманы алдыңғы тапсырманың талаптарына сәйкес орындауды жалғастыруы мүмкін.

М.С. Лебединский әдістемесін орындағанда, зерттелінуші жанды және жансыз заттар жұбын кезегімен айтуы керек. Хаттамаға зерттелінушінің айтқан сөздер жұбы мен сол жұптарды атауы арасындағы үзіліс мерзімі тіркеледі. Осы әдістеменің көмегімен психикалық процестердің инерттілігі анықталған кезде кезектесу тәртібінің сақталмауы ғана емес, сонымен қатар аталатын сөздер белгілі түсініктер шеңберімен шектеледі (мысалы, жанды заттар қатарынан аңдар мен жәндіктерді ғана, ал жансыз заттар қатарынан жиһаздар мен көліктер ғана аталуы мүмкін) немесе бір сөздер қайталана беруі мүмкін.

**Антонимдер мен синонимдердің кезектестірілуі.** Бұл әдістеме органикалық церебралды патологиясы бар науқастардың және интеллектуалдық-мнестикалық аспектілердің сақтаулығы бар науқастардың психикалық процестерінің инерттілігін анықтау үшін қолданылады. Зерттеу жүргізуді бастамастан бұрын алдын ала дайындалған антоним мен синоним сөздер жинағы әзір болуы керек. Зерттелінуші кезекпен сөздерге антоним немесе синонимдер тауып айтуы керектігі туралы нұсқаулық беріледі.

### **3.4 Есте сақтауды зерттеу әдістемелері**

Жалпы психология және қолданбалы психология салаларында есте сақтауды зерттеуге арналған әдістемелер баршылық. Патопсихология үшін есте сақтауды зерттеу маңызды сұрақ болып табылады, себебі құрылымы бойынша алуан түрлі болып келетін есте сақтаудың бұзылуы көптеген психикалық ауруларға тән, әсіресе, бас миының органикалық

зақымдануымен шартталған жағдайларда. Есте сақтаудың бұзылу ерекшеліктері патопсихологқа аурудың сипаты мен нозологиялық себебі ғана емес, сонымен қатар патологиялық процестің кезеңі туралы да мәлімдеме беруі мүмкін.

Мнестикалық функциялардың жүзеге асырылуы ойлау процестерінің ағымына байланысты бола тұра, зейіннің белсенділігі туралы да анықтама беруі мүмкін. Есте сақтау функциясына науқастың аффективті-еріктік аймақтың күйі де әсер етуі мүмкін.

**Көру және есту арқылы есте сақтау тесті.** Әдістеме Р. Меш сипаттамасы бойынша келтіріліп отыр. Бірінші кезеңде көру арқылы есте сақтау екі сериялы суреттер арқылы зерттеледі. Суреттер 2 секундтық интервалмен бірінен соң бірі көрсетіледі.

Бірінші серия суреттері көрсетілгеннен кейін 10 секундтық үзіліс жасалып, зерттелінуші қанша затты есіне сақтағаны тексеріледі. Заттарды кез келген тәртіпте атауға болады. Аталған заттар хаттамаға тіркеледі, себебі сөздер қайталануы мүмкін. Суреттердің мүмкіндігінше бір күнде берілмегені дұрыс. Зерттелінушіге есте сақтау тесті берілген күні есте сақтауға басқа сөздер бермеген дұрыс. Нәтижелердің арасында үлкен айырмашылық байқалатын болса, мнестикалық функциялардың лабильділігі мен зейіннің шоғырлануының әлсіздігі туралы болжам жасауға болады.

Есту арқылы есте сақтау осындай тәртіппен жүргізіледі. Алынған мәліметтердің пайыздық құрамын есептеуге болады. Ересек адамдар көру арқылы 18-20 көру бейнелерін және 20-22 сөзді есіне түсіріп айта алатын болса, тапсырма сәтті орындалды деп есептеледі. 80% - 15-16 бейне және сөз, 60% - 14 бейне және 13-14 сөз, 40% - 12-13 бейне және 13 сөз, 20% - 11-12 бейне және 9-11 сөз.

**Есте сақтау сынақтары.**

**Жасанды (мағынасыз) дыбыс тіркестерін есте сақтауға арналған сынақтар.** Зерттелінушіге 10 екі буынды дыбыс тіркестері оқылады, оларды кез келген ретте есте сақтап, айтып беру талап етіледі. Зерттеуші сөз тіркестерін қайталап оқиды. Дені сау зерттелінушілер 5-7 рет қайталағаннан кейін сөз тіркестерін толық есте сақтап айтып бере алады.

**10 сөзді есте сақтау сынағы.** Зерттелінушіге 10 қос буынды сөздер оқылады. Жаттауға арналған сөздердің арасында мағыналық байланыс орнатуға болмайтындай етіп беру қажет. Егер осы жағдай алдын ала ойластырылмаса, зерттелінуші мнемотехникалық әдістерді қолдану арқылы тапсырманың орындалуын жеңілдетуі мүмкін.

Әдетте дені сау зерттелінушілер 10 сөзді 3-ші рет қайталағаннан кейін дұрыс жаттап айтып бере алады, кейде жаттыққан адамдар 2 рет оқылғаннан кейін де есіне түсіре алады. 20-30 минуттан кейін сөздерді қайтадан еске түсіруі талап етіледі. Егер есте сақтаудың әлсіреуі клиникалық себептермен шартталатын болса, қайталау 10-15 минуттан

кейін жүргізіледі. Бұл арада есте сақтауға берілетін тапсырмаларды қолданбаған дұрыс.

**А.Р. Лурияның «Талаптану деңгейін» қолданылуымен есте сақтау сынағы.** Талаптану деңгейі науқастың өз мүмкіндіктеріне баға беруіне, алдыңғы тәжірибелерінде қол жеткізген нәтижелеріне байланысты. Сол мақсатта зерттелінушіден әр келесі есте сақтауды қайталаудың алдында қанша сөз жаттай алатындығы туралы сұрақ қойылады. Нақты нәтижелерді талаптану деңгейімен салыстыру арқылы науқастың өз күйін бағалауы туралы ақпарат алуға болады. Есте сақтау сынағы сонымен қатар зейіннің тарылуын да білдіреді. Бұл жағдайларда келесі қайталағанда, науқас жаңа сөздерді есіне түсіргенде алдыңғы қайталау кезіндегі сөздерді есіне түсіре алмай қалады. Есте сақтаған сөздердің сандық нәтижелері өзгеріссіз болады.

**Ассоциативтік есте сақтау сынағы.** Зерттелінушіге біркелкі 10 сөздер жұбы оқылады, сөздер жұбының арасында мағыналық байланыстар оңай орнатылады. Мысалы, теңіз – көл, алма – алмұрт және т.с.с. зерттеуші сөздерді интонациялық әдіспен ажырата отырып, нақтылап оқиды. Содан кейін бұл жұптың алғашық сөзі оқылады, ал зерттелінуші екінші сөзді атауы тиісті. Әдетте дені сау зерттелінушілер екі рет қайталағаннан кейін барлық сөздерді есте сақтап айтып бере алады, кейбір жағдайларда тіпті бірінші рет оқылғаннан кейін де толық есте сақтай алады. Ассоциативті есте сақтау сынағы жанама есте сақтауды зерттеудің бір түрі ретінде де қолданылады.

**Жанама есте сақтау.** Әдістемені А.Н. Леонтьев логикалық немесе жанама есте сақтауды зерттеу үшін ұсынған. Зерттеу нәтижелері тек қана есте сақтау туралы ғана емес, ойлаудың ерекшеліктері де мәлімет алуға мүмкіндік береді. Зерттеу материалдары алдын ала дайындалуы тиісті. Зерттелінушіге 10-15 сөз оқылады және оларды есте сақтау мақсатында олардың әрқайсысына мағынасы бойынша сәйкес келетін суретті таңдап алу ұсынылады. Үстелдің үстінде жанамалауға мүмкіндік беретін 20-30 сурет болуы қажет. Бұл суреттер есте сақталатын сөздердің тікелей суреттемесі болып келеді. Зерттелінуші сөз бен суреттің арасындағы мағыналық байланысын табуы тиісті. Мысалы, теңіз – кеме, жаңбыр – қолшатыр, т.б. қажет суретті тапқаннан кейін сөз бен сурет арасындағы анықтаған мағыналық алынысын түсіндіруі талап етіледі. Содан кейін таңдалған суреттердің есте сақтауға қаншалықты әсер еткені тексеріледі, сол арқылы логикалық есте сақтаудың күйі анықталады.

**Бентонның көру ретенциясы тесті.** Тестті L.A. Benton (1952) түрлі формаларды есте сақтау қабілетін зерттеу үшін ұсынған. Бентон сынағында қолданылатын суреттер үш формаға біріктірілген – С, D, E. Барлық үш форма тең және 10 үлгілі карточкалардан құралады. Карточкаларда бірнеше қарапайым геометриялық фигуралар беріледі. Карточканы көрсету уақыты – 10 секунд. Нәтиже сандық және сапалық

жолмен шығарылады. Зерттелінуші есте сақтаған фигуралардың суреттерін салуы тиісті. Сандық көрсеткіш дұрыс салынған фигураларды есептеу арқылы алынады.

Бентон тестінің сапалық талдануы әр суретті есте сақтап салудағы ықтималды қателер берілген арнайы кесте арқылы жасалады. Ол кестеде дені сау адамдарда кездесетін қателер мен органикалық церебралды патологиясы бар науқастарда кездесетін тән қателер ажыратылады.

### **3.5 Ойлау процестерінің деңгейі мен ағымын зерттеу әдістемелері**

**Кескіндерден суретті жинақтау.** Әдістемені А.Н. Бернштейн интеллектуалдық деңгейді зерттеу үшін ұсынған. Зерттелінуші күрделене түсетін 6 суретті жинақтауы тиісті. Алғашқы 3 сурет 4 кескіннен тұрады, ал қалғандары одан артық кескіндерден құралады. Бірінші және төртінші суреттер бірдей, бірақ түрленіп кесілген. Зерттеуді қайталау үшін суреттердің бірнеше жинағы болған дұрыс. Сурет кескіндері ретсіз, аударылып беріледі. Үлгісіз жинақталады.

Тапсырманың орындалуы жұмсалған уақыты мен нәтижесі бағалау арқылы жүргізіледі. Тапсырма дұрыс орындалғанда зерттелінуші алдымен берілген материалды талдайды, содан кейін ретімен кескіндерден суретті жинақтайды. Сүйене отырып талдауға болатын суреттің негізгі бөліктерін анықтай білу талдаудың маңызды жағы. Интеллектуалдық жетіспеушілігі бар науқастар әдетте талдау жасауға назар аудармайды, олар кескіндерді ретсіз біріне бірін жанастырып, суретті жинақтауға тырысады. Тапсырманың олай орындалуы зерттелінушінің жоспары жоқ екендігін білдіреді. Тапсырманың орындалу сипаты ойлау сынының бұзылғаны туралы да белгі береді, мысалы, дұрыс өйылмаған кескіндер сол қалпында қалады, науқас қатесін жөндеуге тырыспайды.

**Әңгімені түсіну.** Сынақ нәтижесі бойынша зерттелінушінің әңгіме сюжетін түсінуі мен есте сақтау қабілеті тексеріледі. Зерттеу жүргізу үшін арнайы таңдалған тәрбиелік мағынасы бар әңгімелер қолданылады.

С.Я. Рубинштейннің<sup>1</sup> анықтамасы бойынша, тапсырмалардың бағыттылығы оның жүргізілу әдісіне байланысты болады. Мысалы, егер мәтін зерттелінушіге оқылатын болса, оның қабылдануы жеңілдетіледі, бірақ зерттелінуші ол үшін зейінін шоғырландыра түсуі қажет болады. Егер зерттелінуші мәтінді өзі оқитын болса, ол қайта оқу арқылы зейіннің жетіспеушілігін толықтыра алады.

Содан кейін зерттелінуші әңгімені ауызша немесе жазбаша түрінде айтып беруі қажет. Зерттеуші мәтіннің әңгімеленуіне назар аударуы қажет,

---

<sup>1</sup> Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — С. 31.

яғни зерттелінушінің сөздік қорына, сйлеу қарқынына, сөз тіркестерін құрастыруына (қысқа немесе егжей-тегжей айтылуына). Бұл әдістемені қолдану кезінде келесі маңызды жақтарына назар аударған жөн: әңгіменің жасырын мағынасын зерттелінуші қаншалықты дұрыс түсіне алатындығына, оны қоршаған ортамен байланыстаруына, әңгіменің қалжың астары түсінілетіндігіне.

Интеллектуалдық жетіспеушілігі бар науқастарға әңгіменің жасырын, асуыпалы мағынасын түсіну, әңгімелеу берілген мәтінге сәйкес келуіне қарамастан, қиындық тудырады. Зерттеу жүргізу үшін сюжетінің күрделенуіне байланысты ажыратылатын бірнеше әңгіме даярлануы тиісті.

Сонымен қатар сөздері жетіспейтін мәтіндер (Эббингауз әдістемесі) қолданылуына болады. Мұнда мәтінді оқи отырып, зерттелінуші әңгіменің мағынасына сәйкес жетіспейтін сөздермен толықтыруы тиісті. Бұл жағдайда ойлаудың сыншылдығының бұзылуы анықталуы мүмкін. Ол мәтіннің кездейсоқ сөздермен толықтырылғанында, кейде жетіспейтін сөздің мағынасына жақын ассоциация негізінде таңдалған сөзбен толықтырылуы мүмкін. Науқас осы сияқты дәрекі қателерін зерттеушінің ескертуінен кейін де жөндемеуі мүмкін.

**Сюжеттік суреттерді түсіну.** Әдістеме интеллектуалдық деңгейді анықтауға арналған. Алдыңғы әдістемеден айырмашылығы зерттелінушінің ойлау ретін толық байқылауға және ойлау механизмінің ерекшеліктерін динамикада бағалауға болатындығында. Зерттелінуші суреттерді сипаттаған мезгілде оның сюжетті түсіну қабілетін ғана емес, сонымен қатар білім қорын, сөйлеу ерекшеліктерін (сөздік қорын, грамматикалық айқындығын, сөйлеу ырғағын және т.б.), суреттегі оқиғаларға көзқарасын анықтауға болады.

Әдетте дені сау зерттелінушілер суретті талдай отырып, оның маңызды және маңыздылығы төмендеу белгілерін ажыратып айтады.

Сюжеттік суреттерді түсінкдегі қиыншылықтар интеллектуалдық жетіспеушіліктері бар науқастардың бойынан байқалады. Сөйлеу ерекшеліктерінде сөздік қордың аздығы, қажет сөзді тауып айтудағы қиналу, афатикалық және парафатикалық құбылыстар мен олигофазия белгілері байқалады.

Бұл әдістеменің қолданылуы ошақты органикалық зақымданулар кезінде тиімділігі бар. Мысалы, симульандық агнозия кезінде (зақымданудың желкелік ошақтануы) науқастар жағдайды толық қамтып түсінуден қиналады, көру синтезі қиындық тудырады (Р. Лурия бойынша). Осыған байланысты науқастар суреттің сюжеті туралы түрлі болжамдарын айтады, бірақ олар, өкінішіке орай, суреттің түрлі бөліктерінің арасындағы аңызды байланыстарды сипаттамайды.

Бас миының маңдай бөліктері зақымданған кезде суреттер қандай бір бөлігінің негізінде алдын ала талданбастан бағалануы мүмкін. Сонымен қатар суреттің эмоциялық сипаттамасын анықтайтын жақтары назардан

тыс қалады, әсіресе, кейіпкерлердің мимикасы мен қимыл-қозғалыстарына назар аударылмайды.

**Маңызды белгілерді анықтау.** Әдістеме зерттелінушінің заттар мен құбылыстардың маңызды белгілерін анықтап, оларды маңызды емес белгілерден ажырата білу қабілеттерін зерттеуге арналған. Сонымен қатар орындалуы бойынша ұқсас бірқатар тапсырмалар зерттелінушінің көзқарасын баяндауындағы жүйелілігін бағалауға да мүмкіндік береді.

Зерттеуді жүргізу үшін арнайы блактар қолданылады немесе зерттелінушіге ауызша тапсырма беріледі. Мысалы:

Бақша (өсімдіктер, бақташы, ит, шарбақ, жер).

Нұсқау бойынша, жақшаның алдында бір сөз беріледі, ал жақша ішінде 5 сөз беріледі. Зерттелінуші жақша ішіндегі сөздердің арасынан жақша сыртында берілген сөзге тікелей қатысы бар екі сөзді ғана таңдауы тиісті. Интеллектуалдық жетіспеушілік бар науқастар нұсқауды түсінуден қиыншылыққа тап болуы мүмкін. Бұл жағдайларда олармен бірге 1-2 тепсырманы орындап тапсырманың талабын түсіндіру қажет.

**Зандылықтарды анықтау.** Әдістемелердің бқл тобына күрделілігі бойынша ажыратылатын тапсырмалар жатады.

Сандық қатар. Зерттелінуші берілген сандар ретін белгілі заңдылыққа сәйкес жалғастыруы тиісті. Біртіндеп сандар қатары күрделене түседі.

Мысалы:

13 5 7 .....  
15 12 9 6 .....

Тапсырмаладарың жауабы:

13 5 7 ..... (9, 11)  
15 12 9 6 ..... (3, 0)

**Мақал-мәтелдердің ауыспалы мағынасын түсіну.** Әдістеме ойлаудың бағыттылығы мен сыншылдығы сияқты ерекшеліктерін зерттеуге арналған.

Зерттелінушіге жиі қолданылатын метафоралар («қоян жүрек», «алтын бас», т.с.с.) беріледі, олар осы метафоралардың ауыспалы, жасырын мағынасын қалай түсінетіндігін баяндап беруі тиісті.

**Пиктограммалар.** Бұл әдістемені Л.С. Выготский жанамалы есте сақтауды зерттеу үшін ұсынған. А.Н. Леонтьевтің<sup>2</sup> ұсынған әдістемесіне қарағанда, пиктограмманың бұл нұсқасы ассоциативтік процесті зерттеуге кең мүмкіндік береді.

---

<sup>2</sup> Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика — К.: Здоров'я, 2010—С. 39.

Пиктограмма дегеніміз жанамалы түрде есте сақтау үшін жасалатын белгілі бір бейне. Осылайша, «Пиктограмма» әдістемесінің көмегімен науқастардың ойлау нәтижесіндегі өнімі зерттеледі.

Әдістеменің қолданылуы өте қарапайым. Зерттелінушіге бір парақ қағаз бен қарындаш беріледі. Ол аталған сөздерді есте сақтау үшін күрделі емес сурет салуы тиісті. Салынған суреттің сапасының бағаланбайтындығы туралы ескерткен дұрыс, себебі көптеген зерттелінушілер сурет салу білмейтіндігін айтып, тапсырманы орындаудан бас тартуы мүмкін. Берілетін сөздер алдын ала дайындалады, себебі берілетін тапсырманың мазмұны мен күрелілігі үшін зерттелінушінің жасы мен мәдениет деңгейі ескерілуі тиісті. Барлығы зерттелінушіге 10-15 сөз берілуі тиісті. Тапсырмаға эмоциялық мағынасы бар сөздер енгізілуі тиісті.

Зерттеу хаттамасына науқастың сурет пен сөздің арасындағы байланысы туралы түсіндірмесін жазып отыру қажет. Кейіннен зерттелінуші суреттері бойынша бастапқыда берілген сөздерді есіне түсіріп айтып беру керек. Тапсырманы орындау нәтижесі бойынша науқастың жалпылау және абстрактылық ойлау процестерінің ерекшеліктері анықталады. Әсіресе, абстрактылық түсініктердің баламасын салу қажет болған жағдайда, зерттелінуші оларды символдармен белгілейді ме, әлде нақты ассоциациялардың суретін салады ма, немесе ассоциация маңызды емес белігісіне негізделіп таңдалады ма.

### **3.6 Тұлғалық қасиеттерді зерттеу әдістемелері**

Тұлға биологиялық және әлеуметтік ықпалдардың алуан түрін біріктіре отырып, күрделі психикалық құрамдардың бірі болып табылады. Оның құрамды бөліктерінің бірінің өзгерісі тұлғаның біртұтастығына әсер етеді. Тұлғаны зерттеу әдістемесінің таңдалуы зерттеудің мақсаты және зерттеудің жүргізілу саласымен шартталады.

В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук (1978) тұлғаны зерттеуге арналған әдістер мен әдістемелердің келесі топтастырылуын ұсынған:

1. Бақылау және оған жақын әдістер (өмірбаянын зерттеу, клиникалық сұхбат, субъективті және объективті анамнезді зерттеу және т.б.);
2. Арнайы эксперименталдық әдістер (белгілі іс-әрекет түрлерін үлгілеу, аппаратуралық әдіс түрлері және т.с.с.);
3. Тұлғалық сұрақнамалар және бағалау мен өзін-өзі бағалауға негізделетін басқа әдістер;
4. Проективті әдістер.

**Талаптану деңгейін зерттеу.** В.Н. Мясищевтің<sup>3</sup> анықтауына сәйкес, талаптану деңгейінің субъективті-тұлғалық жағы тұлғаның өзін-өзі бағалауымен, өзін-өзі бекітуімен және өз іс-әрекетінің көрсеткіштерінен жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуі немесе жоғарылауын анықтауымен тығыз байланысты. Талаптану деңгейінің аталған жақтарының қатынастығы әсіресе психогендік ауруы бар адамдардан байқалады. Талаптанудың бастапқы деңгейін анықтауға болады, ол адамның өз қабілеттеріне сәйкес шамасы келетін күрделілік деңгейін таңдай отырып, өз мүмкіндіктеріне сәйкес деп анықтайтын тапсырмалардың күрделілік деңгейі. Талаптану деңгейі адамның жетістікке сәтті қол жеткізуіне байланысты өзгеріп отыруы мүмкін. Сонымен қатар адамның сәттілік пен сәтсіздікті қабылдау сипатына қарай оның өзіндік бағалануын да анықтауға болады.

Б.В. Зейгарник зертханасында талаптану деңгейін зерттеуге арналған әдістеме (Б.И. Бежанишвили, 1967) ұсынылған. Науқасқа екі қатар карточкалар беріледі. Олар науқастың алдына аударылып қойылады. Барлығы 24 карточка. Карточкаларда күрделілігі артып отыратын тапсырмалар бар. Мысалы:

«Ш» әрпінен басталатын 3 сөз жазу.

«Н» әрпінен басталатын 5 сөз жазу.

«Л» әрпінен басталатын 5 қала атауын жазу.

«Б» әрпінен басталатын 6 есім жазу.

«С» әрпінен басталатын 5 жазушының аты-жөнін жазу.

«Л» әрпінен басталатын 5 әйгілі кеңес одағы кезеңінің әртістерін жазу.

7 француз суретшілерінің аты-жөнін жазыңыз.

«К» әрпінен басталатын әйгілі орыс суретшілерінің аты-жөнін жазыңыз.

Екі қатарда орналастырылған тапсырмалардың күрделілік деңгейі бірдей болып отырады. Зерттелінуші өз мүмкіндіктеріне байланысты күрделілік деңгейін таңдап, тапсырманы орындайды. Әр тапсырманы орындауға белгілі уақыт беріледі. Тәжірибенің барысы хаттамаға толық тіркеледі. Науқастың талаптану деңгейі мен мүмкіндіктерінің қаншалықты сәйкес келетіндігі анықталады.

Талаптану деңгейін зерттеу әдістемесі шизофрения, циркулярлық психоз, эпилепсия, психопатия, церебралды атеросклероз, бас миының органикалық зақымдануы бар науқастардың тұлғалық ерекшеліктерін анықтауда көмек береді.

**Айзенктің тұлғалық сұрақнамасы.** Бұл әдістеме экстра-, интроверттілік пен нейротизм факторларын зерттеуге арналған.

---

<sup>3</sup> Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая психология: Руководство для врачей и клинических психологов. - Москва-Воронеж: Московский психолого-социальный институт, 2009. – С. 82.



Айзенк экстра-, интроверттілікті орталық жүйке жүйесінің қозу және тежелу ережелерімен байланыстыра отырып, оларды адамның туа біткен қасиеттері ретінде қарастырады және қозу және тежелу процестерінің қатынастығы ретінде қарастырады.

Нейротизм факторын автор адамның вегетативтік жүйесінің туа біткен лабильділігімен байланыстыра отырып, эмоциялық-психологиялық тұрақтылық немесе тұрақсыздық белгілері ретінде қарастырады.

**Мінездің акцентуациялық қасиеттерін зерттеу сұрақнамасы.** Леонгардтың тұлғалық акцентуациясы концепциясының негізінде Шмишек ұсынған әдістеме. Сұрақнама 88 сұрақтан тұрады. Зерттелінушінің жауаптары тіркеу қағазына енгізіледі. Арнайы кілттеріне сүйене отырып, әр акцентуацияның түрі бойынша ұпайлар есептеледі. Ең жоғары көрсеткіш - 24 балл. Егер зерттелінуші 12 санынан артық көрсеткіш жинақтайтын болса, ол акцентуацияның белгісі болып есептеледі.

Әдістеменің балалар мен жасөспірімдерді зерттеуге арналып бейімделген түрлері бар.

**Миннесоттық көп салалы тұлғалық сұрақнамасы (MMPI)** психикалық ауытқуы бар адамдардың тұлғалық қасиеттерін зерттеу нәтижелерін талдау негізінде ұсынылған.

Сұрақнама 550 сұрақтан тұрады, мазмұны бойынша бұл сұрақтар адамның жалпы күйіне, ішкі ағза жүйелерінің қызметіне, психопатиялық симптомдардың белгілерін анықтауға, өзін-өзі бағалау ерекшеліктеріне қатысты.

Сұрақнаманың жауаптары 3 бағалау және 10 негізгі шкалаларға бөлінеді. Негізгі шкалалар қатарына ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, күш-жігерлік-нәзіктік, паранойя, психастения, шизофрения, гипомания, әлеуметтік интроверсия шкалалары жатады. Негізгі шкалалардан басқа көптеген қосымша шкалалары (маскүнемдік, мазасыздық, бақылау, эмоциялық жетілмеу, дұшпандылық сезімін бақылау, көшбасшылық және т.б.) бар. Сұрақнамаға 16 қайталанатын сұрақтар қосылады, олар жауаптарда қарама-қайшылықтың болу-болмауын тексеруге арналған.

### **Бақылау сұрақтар:**

1. Патопсихология саласы қандай мәселелерді шешумен айналысады?
2. Патопсихологиялық зерттеу мазмұнын анықтаңыз.
3. Патопсихологиялық зерттеудің қандай кезеңдері бар?
4. Зейін мен сенсомоторлық реакцияларды зерттеуге арналған әдістемелерді сипаттап беріңіз.
5. Есте сақтауды зерттеуге арналған әдістемелерді сипаттап беріңіз.

6. Ойлау процестерінің деңгейі мен ағымын зерттеуге арналған әдістемелерді сипаттап беріңіз.

7. Тұлғалық қасиеттерді зерттеуге арналған әдістемелерді сипаттап беріңіз.

**Өзіндік жұмыс тапсырмалары:**

1. Түйсіну мен қабылдау бұзылуының диагностикалық әдістемелерін сипаттап беріңіз.

2. Зейін мен мнестикалық процестер бұзылуының диагностикалық әдістемелерін сипаттап беріңіз.

3. Ойлау бұзылуының диагностикалық әдістемелерін сипаттап беріңіз.

4. Эмоция және ерік бұзылуының диагностикалық әдістемелерін сипаттап беріңіз.

5. Кез-келген 3-4 әдістемені қолданып зерттеу жүргізіңіз. Зерттеу барысы мен нәтижелерін талдап, зерттеу хаттамасын жазыңыз.

**Әдебиет тізімі:**

1. Құдиярова Ғ., Жарбосынова Б. Медициналық психология: оқулық. – Алматы: ЖК «АҚНҰР баспасы». – 2014. – 248 б.

2. Зейгарник Б.В. Патопсихология - М.: Издательство Московского университета, 2010. – 287 с.

3. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов - Р-на-Д., 2009. – 511 с.

4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология - М., 2011. - 588 с.

## IV ТАРАУ

### АНОМАЛДЫ ДАМУ ПСИХОЛОГИЯСЫ

#### 4.1 Психикалық дизонтогенез түсінігінің анықталуы

«Дизонтегения» терминін алғаш рет 1927 жылы Швальбе қолданды. Ол дизонтогенияны ағза құрылымының құрсақ ішінде қалыптасуының қалыпты дамудан ауытқуы деп түсіндірді. Кейінірек бұл түсінік кең мағынаға ие болды, яғни дизонтогения онтогенездегі ауытқулардың алуан түрлі формаларының қамтылуын сипаттайтын түсінік ретінде қолданылатын болды. Алайда, бұл түсініктің мазмұнына сәйкес, ересек кезеңге дейінгі ағза туралы қарастырылатындығын айта кеткен жөн. Ересек адамның миына кез-келген патологиялық әсер ету психикалық дамудың ауытқуына алып келуі мүмкін. Жалпы, ауытқудың көрініс табуы этиологияға, ошақтануына, таралу деңгейіне, пайда болу кезеңіне, әсер ету ұқсастығына, ауру баланы қоршаған әлеуметтік жағдайларға байланысты әр түрлі болып келеді. Отандық дефектологияда «дизонтогения» терминінің орнына аномальді даму түсінігі қолданылды.

**Дизонтогенездің психикалық заңдылықтары.** Психикалық бұзылулардың клиникалық және патопсихологиялық қатынастығы. Психикалық бұзылу кезінде ажыратылатын симптомдардың клиникалық және патопсихологиялық тұрғыдан анықталуының бірқатар айырмашылықтары бар. Дәрігер аурудың белгілерін ауру ағымының реті мен сипаты тұрғысынан қарастыратын болса, патопсихолог клиникалық симптомдардан қалыпты психикалық дамудың ауытқу механизмдерін анықтау тұрғысынан қарастырады. Яғни дәрігер мен патопсихолог бір құбылысты түрлі деңгейде талдайды және түрлі көзқарастарды басшылыққа алады. Психикалық ауытқулардың дәрежесін анықтауда дәрігер патофизиологиялық көзқарасқа сүйенетін болса, патопсихолог қалыпты дамумен салыстырмалы түрде қарастырады.

Қалыпты және қалыпты емес дамуды зерттеу барысында Л.С. Выготский 1936 жылы биологиялық және әлеуметтік-психикалық даму жолдарының өзара байланысына ерекше назар аударған. Кез келген ауру алғашқыдан биологиялық дамудың бұзылуына әкеліп соқтырады, соның салдарынан әлеуметтік-психикалық өзгерістер туындайды, яғни баланың білімді меңгеруіне, қарапайым дағдыларының қалыптасуына, тұлғалық қасиеттерінің дамуына, қоршаған ортада әлеуметтік бейімделуіне, маңызды адамдармен және өзінің құрдастарымен қарым-қатынас құра білуіне кедергі жасайды.

## 4.2 Дизонтогенездің психологиялық параметрлері және психикалық даму ерекшеліктерін анықтайтын факторлар

Л.С. Выготскийдің көзқарасы бойынша, аномалды баланың психологиялық зерттелуі барысындағы міндеттер белгілі мөлшерде клиникалық диагностика қағидаларына барабар болады – дизонтогенез симптомдарын зерттеуден синдромдарды зерттеуге қарай және одан кейін дизонтогенез типін зерттеуге қарай бағытталады. Аномалды дамудың мұндай құрылымдық-динамикалық зерттелуінен Л.С. Выготский дамудың түзету жолдарын анықтауды көздеген. 50 жылдан астам уақытта айтылған Л.С. Выготскийдің озық ойлары қазіргі мезгілде де өзектілігін жоғалтқан жоқ. Тіпті маңыздылығы арта түсті десе де болады.

Л.С. Выготскийдің осы көзқарастары психикалық дизонтогенездің сипатын анықтайтын бірқатар патопсихологиялық параметрлердің негізіне алынды.

**Бірінші параметр** бұзылудың функционалды ошақтануымен байланысты. Мұнда негізгі екі дефект ажыратылады. Бірінші дефект жеке функциялардың жетіспеушілігімен шартталады, мысалы, сөйлеудің. Екінші дефект жалпы – бағдарлаушы және реттеуші функциялардың жетіспеушілігімен анықталады. Мұнда сергектік, психикалық белсенділік деңгейлерінің төмендеуін, еліктеу патологияларын, қарапайым эмоциялық бұзылуларды шарттайтын қыртыс асты жүйелерінің бұзылуы, сонымен қатар мақсаттық пен бағыттылықтың, бағдарлау мен бақылаудың жетіспеушілігінен байқалатын интеллектуалдық іс-әрекеттің дефектілерін және адамға ғана тән болатын эмоциялық құбылыстардың бұзылуын шарттайтын күрделі ми қыртысы қызметінің бұзылулары жатады.

Қалыпты дамудағы онтогенезде психикалық іс-әрекеттің ми механизмдерінің белгілі ретте қалыптасуы бар. Бөлек қыртыс анализаторларының дамуы реттеуші жүйелердің қалыптасуынан озып қана қоймайды, сонымен қатар олардың қалыптасуына тікелей әсері бар.

Жеке және жалпы бұзылулар белгілі иерархиялық құрылымда дамиды. Анализаторлық жүйенің дамуының бұзылуы, В.Д. Небылицынның<sup>4</sup> анықтауы бойынша, психикалық дамудың барлық жақтарына әсер етеді. Ал жеке функциялардың бұзылуы бөлшекті болады және жиі бағдарлаушы жүйелердің және басқа жеке жүйелердің сақтаулы болуына байланысты орыны толтырылуы мүмкін. Сондықтан дамудың кез келген бұзылуын талдау барысында жалпы және жеке бұзылулардың деңгейі қарастырылады.

---

<sup>4</sup> Небылицын В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М., 1976.

**Дизонтогенездің екінші параметрі** зақымдану уақытымен байланысты. Аномалды дамудың сипаты жүйке жүйесінің зақымдану мезгіліне байланысты түрлі болып келеді.

Зақымдану неғұрлым ерте болса, жетілмей даму соғұрлым елеулі болады<sup>5</sup>. Жүйке жүйесінің зақымдануы неғұрлым кеш болса, психикалық функциялар құрылымының ыдырауы орын алатын зақымданулар соғырлым қатты байқалады. Уақыт ықпалы зақымданудың хронологиялық сипатымен ғана анықталып қоймайды, ол сонымен қатар осы функцияның онтогенездегі қалыптасу кезеңінің ұзақтығымен де анықталады.

Даму кезеңі қысқа болатын функционалдық жүйелер зақымдануға жиі ұшырайды. Мысалы, қыртыс асты ошақтануы бар функциялардың онтогенездегі қалыптасуы ерте аяқталады, сондықтан олар зақымдануға жиі ұшырап отырады. Ал қыртыстық функциялардың қалыптасу мерзімі ұзақ болғандықтан, зақымдану ерте әсер еткен болса, олар жетілмей дамиды немесе дамуында уақытша тежелу байқалады.

Сонымен қатар уақыт параметрі тағы бір жағдайда ескерілуі тиісті. Әр психикалық функция даму барысында белгілі сензитивті кезеңдерден өтеді. Бұл сензитивті кезеңдерде даму қарқынды болады және зақымдаушы факторларға қарсы тұру мүмкіндігі төмен болады.

Сензитивті кезеңдер тек қана бөлек функцияларға тән емес, ол жалпы баланың психикалық дамуына тән құбылыс. Көптеген психофизикалық функциялардың сензитивті кезеңде болатын мезгілдері бар. Балалық шақтағы мұндай сензитивті кезеңдер ретінде келесі жас шамалары анықталған. Олар 0-3 жас және 11-15 жас аралықтары. Осы жас кезеңдерінде психикалық зақымданулардың пайда болу мүмкіндіктері жоғары болады. 4 пен 11 жас аралықтарында бала психикасының зақымдаушы факторларға қарсы тұру мүмкіндігі жоғары болады. Сензитивті кезеңге тән психикалық функциялардың тұрақсыздығына орай регресс құбылысы орын алуы мүмкін, бұл құбылыстың сипатына сәйкес функцияның дамуындағы ерте кезеңіне оралуы болуы мүмкін. Мысалы, өмірдің алғашқы жылдарындағы соматикалық аурулар кезінде баланың жүру немесе өзін күту дағдыларынан уақытша айырылуына әкелуі мүмкін. Немесе тұрақты регресс мысалы ретінде ерте балалық шақ аутизмі кезінде қарым-қатынас қажеттілігінің болмауының салдарынан баланың сөйлеуі дербес сөйлеу кезеңіне оралуын келтіруге болады.

Регресс пен функциялардың ыдырау құбылыстарын ажырату қажет. Егер регресс кезінде функциялардың дамуында ерте кезеңіне оралуы байқалатын болса, ыдырау кезінде функциялардың бұзылуы немесе тіпті жойылуы байқалады.

---

<sup>5</sup> Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. - М., 1956.

**Дизонтогенездің үшінші параметрі** біріншілік және екіншілік дефектілер арасындағы өзара байланыс сипатымен анықталады.

Л.С. Выготскийдің дефектінің жүйелік құрылымы туралы көзқарасына жүгінетін болсақ, аномалды дамуда симптомдардың келесі екі тобы ажыратылады: **біріншілік** – аурудың биологиялық сипатынан туындайтын бұзылулар (мысалы, сезім мүшелері зақымданған кездегі есту мен көрудің бұзылуы), және **екіншілік** – аномалды әлеуметтік дамумен шартталатын зақымданулар. Зақымдану сипатының бұл топтастырылуы аномалды дамуды зерттеу кезінде маңызды болып табылады.

Біріншілік дефект кезінде жетілмей даму немесе зақымдану орын алады, кейде тіпті осы екі құбылыстың қатарлануы да болуы мүмкін. Екіншілік дефектінің қалыптасу механизмі түрлі болады. Олардың пайда болуы біріншілік зақымданған функциямен тығыз байланысты. Мысалы, баланың сөйлеуді меңгере алмауы есту қабілетінің бұзылуымен тығыз байланысты болады, себебі бала сөйлеуді есту арқылы ғана меңгере алады.

Сонымен қатар функциялар сензитивті кезеңде болғанда зақымдаушы фактордың ықпалына түсетін болса да, екіншілік жетілмей даму пайда болу мүмкіндігі жоғарылай түседі. Жетілмей даму белгілері негізгі дефектінің жойылуына байланысты бәсеңдеуі мүмкін.

Біріншілік дефектінің пайда болу орынына байланысты екіншілік дефектінің даму бағыты «төменнен жоғары қарай» немесе «жоғарыдан төмен қарай» сипатта қалыптасуы мүмкін. Л.С. Выготскийдің айтуынша, екіншілік жетілмей дамуға басым жағдайларда «төменнен жоғары қарай» сипаты тән. Алайда, бірқатар мәліметтерге сәйкес, екіншілік жетілмей дамулар жоғары психикалық функцияларға ғана емес, негіздеуші функцияларға тән болуы мүмкін. Онтогенездегі даму тек қана «төменнен жоғары қарай» емес, «жоғарыдан төмен қарай» да болуы мүмкін. Бұл жағдайда жоғары психикалық функциялардың негіздеуші функциялардың қайта құрылымдалып дамуын, яғни функциялардың жаңа мақсаттары мен міндеттерінің пайда болуын шарттауы туралы айтылады. Егер жоғары деңгейдегі зақымдану орын алатын болса, мұндай қайта құрылымдалып дамуға жол берілмейді. Мысалы, олигофрения кезінде ойлаудың жетілмей дамуы салыстырмалы тұрғыдан сақтаулы болып саналатын гнозис (адамның кеңістікте бағдарлануына мүмкіндік беретін тану қабілеті) пен праксистің (бағыт-бағдарлы әрекет) екіншілік жетілмеуіне әсер етеді.

Екіншілік дефектілердің пайда болуына әлеуметтік депривация (адамның негізгі психикалық қажеттіліктерінің қанағаттандырылуы шектелетін жағдайда пайда болатын эмоциялық, интеллектуалдық және қарым-қатынастың бұзылуымен сипатталатын күй) ықпалы зор. Мұндай дефект қарым-қатынастың дамуына кедергі бола тұра, білім мен дағдылардың меңгерілуін де тежейді.

Дер кезінде көрсетілмеген психологиялық-педагогикалық түзету жұмыстары екіншілік микроәлеуметтік және педагогикалық

қиыншылықтарды туындатады (баланың өзін төмен бағалауы, талаптану деңгейінің төмен болуы, аутистік қасиеттердің байқалуы және т.б.).

Сонымен, түзету жұмыстарының неғұрлым ерте жүргізілуі балалық шақтағы психикалық даму ерекшеліктерімен шартталады. Білім беру мен тәрбиелеудегі оздырылып алынған уақыт пен мүмкіндіктер есейген кезде өздігінен толықтырылмайды және кейін күрделі және арнайы терең көмекті талап етеді.

**Дизонтогенездің төртінші параметрі** аномалды даму кезіндегі қызметаралық (функциялар арасындағы) қатынастықтың бұзылуымен шартталады. Қазіргі заман көзқарастарына сәйкес, жаңа қасиеттер жүйе ішіндегі қарым-қатынастардың қайта құрылуына байланысты.

Қалыпты дамитын онтогенезде қызметаралық қатынастардың бірнеше түрі ажыратылады, олар: функциялардың уақытша дербестігі, ассоциативті, иерархиялық байланыстар.

Қызметтердің уақытша дербестігі онтогенездің ерте кезеңдеріне тән. Л.С. Выготскийдің айтуынша, баланың екі жасына дейін ойлауы мен сөйлеуінің дамуы бөлек жүреді, кейіннен олар өзара ықпал ете отырып дамып, жаңа түрде дамуын жалғастырады. Бұл ерте жас кезеңінде сөйлеудің фонетикалық және мағыналық жағы ойлауға байланысты емес екендігін білдіреді.

Функциялар арасындағы байланыстың екінші түрі – ассоциативтік, Н.А. Бернштейн<sup>6</sup> бойынша, тізбектелу қағидасы бойынша дамуды білдіреді. Функциялар арасындағы мұндай байланыс кезінде түрлі сезімдік әсерлер уақыттық-кеңістіктік жақындық негізінде біріктіріледі. Бұл ассоциативтік кешендер күрделену сипаты бойынша түрлі болып келеді. Сонымен қатар бұл байланыс түрінде психикалық процестердің ажыратылуы төмен болады.

Функциялар арасындағы иерархиялық байланыс түрі бойынша құрылған психикалық функциялар адамның іс-әрекеті мен қарым-қатынасының күрделенуі барысында қалыптасады. Н.А. Бернштейннің анықтауы бойынша, иерархиялық, көп деңгейлі байланыстарға тұрақтылық пен бейімділік тән. Мұндай байланысқа негізделіп қалыптасқан іс-әрекеттің мысалы ретінде Н.А. Бернштейн пианисттің қимылын келтіреді.

Патологиялық даму кезінде уақытша дербестік оқшауланумен алмасады. Басқа психикалық функциялардан әсерленбейтін оқшауланған функция стереотипті, дамуы қайталана беретін сипатта болады. Зақымданған функция ғана емес, сақтаулы функция да оқшаулануы мүмкін, егер оның дамуы үшін зақымданған функцияның ықпалы қажет болатын жағдайда.

---

<sup>6</sup> Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. Под редакцией О.Г. Газенко. – М.: Наука, 1990.

Мысалы, ақыл-ой кемшілігінің күрделі формалары кезінде науқас баланың моторикалық әрекеттері ырғақты шайқалу, әрекеттері стереотипті түрде бір қимыл-қозғалыстардың қайталануы ретінде болуы мүмкін.

Бұл бұзылулар тек қана қимыл-қозғалыс аппаратының ақауымен ғана емес, сонымен қатар интеллектуалдық және мотивациялық аймақтарының бұзылуымен де шартталады.

Аталған параметрлер дизонтогенездің түрлі нұсқаларында интеллектуалдық, моторлық, эмоциялық және сенсорлық аймақтарда түрленіп байқалады.

Г.Е. Сухарева психикалық дизонтогенездің үш түрін ажыратады, олар: кешіккен, зақымданған және бұрмаланған. Л. Каннер кешіккен және бұрмаланған екі түрін ажыратады. Г.К. Ушаков пен В.В. Ковалев бойынша, психикалық дизонтогенездің негізгі екі клиникалық түрі ажыратылады – ретардация және акселерация.

**Ретардация** дегеніміз жеке және жалпы психикалық тұрақты жетілмей даму немесе дамудағы кешігу.

**Асинхрония** – ретардация мен акселерация белгілерін қоса алғанда, біркелкі емес, дисгармониялық дамуды білдіреді.

В.В. Лебединский (Г.Е. Сухарева мен Л. Каннердің дизонтогенезді топтастыруының негізінде) келесі психикалық дизонтогенез түрлерін ажыратып көрсетті<sup>7</sup>:

- 1) Психикалық жетілмей даму,
- 2) Кешіккен психикалық даму,
- 3) Зақымданған психикалық даму,
- 4) Дефицитарлық психикалық даму,
- 5) Бұрмаланған психикалық даму,
- 6) Дисгармониялық психикалық даму.

Бұл топтастырылуда дамудың кешігуіне негізделетін топ ретінде жетілмей даму және кешігіп даму түрлері көрсетіледі. Дамудың біркелкі емес сипатына негізделетін бұрмаланған және дисгармониялық түрлері ажыратылады. Және бөлек функциялардың зақымдануына, ыдырауына негізделетін зақымданған және дефицитарлық түрлері берілген.

### 4.3 Психикалық толық жетілмеу

Психикалық толық жетілмеудің нұсқасы болып олигофрения қарастырылады. Оның этиологиясы екі негізгі топқа жіктеледі: эндогендік (генетикалық) және экзогендік.

---

<sup>7</sup> Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей - М.: Издательство Московского университета, 2001. – С. 16.



Энзимопатияларға аурудың өршуі тән, сондықтан энзимопатия кезіндегі ақыл-ой кемістігінің арту сипатына байланысты олардың олигофрения қатарына жатқызылуы шартты болып келеді.

Энзимопатия патологиясының зерттелуі нәтижесінде оларды емдеу жолдары табылуда. Мысалы, фенилкетонурия сияқты түрінде науқастың ағзасы үшін улы болып есептелетін ақуыз қолданылмайтын арнайы диета арқылы баланың алғашқы күндерінен бастап ақыл-ой кемістігінің дамуын тоқтату мүмкіндігі бар.

Ақыл-ой кемістігі мен бұлшық ет, тері, жүрек-тамыр жүйелерінің, есту және көру жүйелерінің зақымдануы қатарласып кездесетін туа пайда болған дамудың генетикалық түрлері ерекше топты құрайды.

Сонымен қатар олигофренияның тұқым қуалайтын түрлерінің себебі ретінде анықталатын факторлар арасында полигендік түріне ерекше назар аударылады. Мұнда ата-анасының патологиялық гендерін бойына қондыру арқылы пайда болатын түрі жайында айтылады. Ата-анасы патологиялық шекараға жақын орналасқанынан қарамастан, олигофрения ауруына шалдықпаған.

Олигофренияның экзогендік түрлері мидың инфекциялармен, интоксикациялармен, құрсақ ішінде және босану кезінде немесе ерте балалық шақта (2-3 жас аралығында) алған жарақаттарымен зақымдануы салдарынан болатын ақыл-ой кемістігімен байланысты. Құрсақ ішіндегі зақымданулар ананың жүктілік кезіндегі вирустық инфекциялармен ауырғаны салдарынан болады, әсіресе, жүктіліктің алғашқы кезеңінде қауіптілік жоғары болады. Токсоплазмоз, сифилис сияқты созылмалы аурулар ақыл-ой кемістігінің қалыптасуы үшін өте қауіпті.

Сонымен қатар құрсақ ішіндегі баланың улануы ананың жүктілік кезіндегі ішімдікті немесе кейбір дәрі-дәрмектерді қолдануы салдарынан болады. Ананың эндокриндік, жүрек-тамыр жүйелерінің, өкпе, бауыр, бүйрек аурулары, ана мен баланың қанының сәйкес келмеуі де ақыл-ой кемістігінің себебі ретінде қарастырылуы мүмкін. Құрсақ ішінде бала миының дамуына зақым келтіретін түрлі себептер қарастырылғанда барлығына ортақ бір фактор бар, ол – оттегінің үнемі жетіспеушілігі (құрсақ ішіндегі гипоксия).

Сондай-ақ зақымдану мезгілі маңызды екендігін айта кеткен жөн. Ақыл-ой кемістігінің қалыптасу үшін жүктіліктің алғашқы үш айы қауіпті, себебі жүктіліктің осы кезеңінде ми жүйелері қарқынды дамиды.

Бала миының ерте балалық шақта зақымдануымен байланысты олигофрения түрлері нейроинфекция нәтижесінде болатын менингит, менингоэнцефалит сияқты ауруларымен байланысты. Бас миының жарақаттары мен ісіктер де себеп болуы мүмкін.

Г.Е. Сухарева **олигофренияның екі негізгі клиникалық-психологиялық заңдылығын** ажыратып көрсетті:

1. жүйкелік-психикалық жетілмей дамудың жалпылығы және

## 2. оның иерархиялығы (сатылығы).

Жалпылық сипаты барлық жүйкелік-психикалық жүйелер мен тіпті кейбір соматикалық функциялардың (жүрек ақауы, ішек жолдары, бұлшық ет және басқа жүйелер), бойдың өспеуі, бұлшық еттің дамымай қалуы, сенсорлық және моторлық жетілмей даму, қарапайым эмоциялар мен жоғары психикалық функциялардың, олардың ішінде сөйлеу, ойлау, тұлғаның жалпы қалыптасуының жетілмей даму күйінде болатындығын білдіреді.

Олигофренияның екінші клиникалық-психологиялық заңдылығы – иерархиялығы – гнозис, праксис, сөйлеу, эмоция және естің кемшілігі ойлауға қарағанда бәсең болатындығын білдіреді. Бұл жағдайда олигофренияның жеңіл түрі жайлы айтуға болады, бірақ ойлаудың кемшілігі негізгі белгісі ретінде сақталады. Осыған орай есептеудің, қабылдаудың, есте сақтау мен зейіннің жалпылау мен басқа объектілерге аудару қабілеті төмен болады.

Олигофрения ақауының этиологиясына және клиникалық-психологиялық құрылымының сипатына байланысты келесі түрлері ажыратылады: идиотия, имбецилдік және дебилділік.

**Идиотия** олигофренияның ең ауыр және күрделі түрі. Мұнда тіпті қабылдау функциясы жетілмеген. Ойлау қалыптаспаған, сөйлеу мағынасыз дыбыстармен шектеледі немесе сөздік құрамында бірнеше сөз ғана болуы мүмкін. Бала өзіне қаратылған сөздің мағынасын емес, интонациясын ғана қабылдауға қабілетті. Қарапайым эмоциялар физиологиялық қажеттіліктерді қанағаттандырумен ғана байланысты және олар бет-аузын тыржиту, қимыл-қозғалыстың күйшеюі, агрессия таныту түрінде көрсетіледі. Идиотия кезінде баланың өзін күту қабілеті болмайды, олардың жүріс-тұрысы сыртқы тітіркендіргіштерге импульсивті жауап берумен немесе инстинктілік қажеттіліктерді қанағаттандырумен ғана шектеледі.

**Имбецилдік** кезінде ақыл-ой кемістігі аздау байқалады. Қоршаған орта туралы шектеулі мәліметтері болады, заттар мен жағдайлардың қарапайым белгілерін ажырата алады. Шағын сөздік қоры бар, өзін күту қабілеті қалыптастырылады. Эмоциялық салада өзіне баға беру, ренжіткенді сезіну сияқты түрлері байқалады. Имбецилділік кезінде қарапайым есептеу, оқу және жазуға үйрену қабілеті болады. Кейде қарапайым еңбек түрлеріне үйретуге мүмкіндік болады.

**Дебилділік** – олигофренияның ең жеңіл және кең тараған түрі. Ойлаудың көрнекі-бейнелік сипаты бар, нақты жағдайларды бағалай алады. Фразалық сөйлеу бар, тіпті механикалық есте сақтауға қабілетті. Бұл балалар бейімделген бағдарлама бойынша арнайы мектептерде білім алуына болады. Осындай бағдарлама аясында оқу, жазу, есептеу, қоршаған орта туралы білім мен мүмкіндіктеріне сәйкес мамандық негіздерін меңгере алады.

#### 4.4 Кешіккен психикалық даму

Кешіккен психикалық даму олигофренияға қарағанда жиі кездеседі. Мұнда қалыпқа келтіруге мүмкіндігі жоқ, тұрақты, қайтымсыз ауру ағымы жайында емес, дамудың кешігуіне немесе тежелуіне байланысты құбылыстар туралы айтылады. Кешіккен психикалық даму жиі баланың мектепке бару кезеңінде анықталып жатады және сипаты бойынша жалпы білім қорының аз болуымен, ойлау қабілетінің жеткіліксіздігімен, интеллектуалдық бағыттылықтың қалыптаспағандығымен, ойынға құмарлықтың басым болуымен және интеллектуалдық іс-әрекеттердің баланы жылдам жалықтыратындығымен сипатталады.

Олигофрениямен ауыратын балаларға қарағанда бұл балалар білім қорына сәйкес зеректік таныта алады, берілген көмекке сүйене отырып, өнімділік көрсете алады. Осыған қарамастан эмоциялық аймақтың кешігуі (инфантилизм түрлері) алдыңғы қатарға шығады, ал интеллектуалдық аймақтың жетілмеуі айқын біліне қоймайды. Бірақ кейбір жағдайларда интеллектуалдық аймақтың тежелуі айқын білінеді. Эмоциялық және интеллектуалдық аймақтардың тежелуі этиопатогенетикалық себептеріне байланысты болады.

Кешіккен психикалық дамудың этиологиясында конституционалдық фактор, соматикалық аурулар, тәрбиелеудің жағымсыз жағдайлары, жүйке жүйесінің органикалық жетіспеушіліктері ажыратылады.

К.С. Лебединская этиологиялық белгілеріне сәйкес кешіккен психикалық дамуды негізгі төрт түріне топтастырды:<sup>8</sup>

1. конституционалды сипаттағы кешіккен психикалық даму;
2. соматогендік сипаттағы кешіккен психикалық даму;
3. психогендік сипаттағы кешіккен психикалық даму;
4. церебралды-органикалық генездік кешіккен психикалық даму.

Кешіккен психикалық дамудың көрсетілген әр түрінің клиникалық-психикалық құрылымында эмоциялық және интеллектуалдық тежеліп даму түрлі деңгейде қатарласады.

**Конституционалды сипаттағы кешіккен психикалық даму** кезінде баланың дене бітімі инфантилді болады және мимикасы мен моторикасы сәйкесінше инфантилді болады. Бұл балалардың эмоциялары жасы кіші балалардың даму ерекшеліктеріндей болып, эмоциялары өте жанды бейнеленеді, жүріс-тұрысында эмоциялық реакциялар басым байқалады, ойынға деген қызығушылық артық танытылады және ойыннан бұл балалар жалықпайды, керісінше, интеллектуалдық іс-әрекеттер жылдам жалықтырады. Сондықтан мектептің бірінші сыныбында олар ұзақ

---

<sup>8</sup> Клиническая систематика задержки психического развития // Глава в коллективной монографии: Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей. Под ред. К.С.Лебединской. - М.: Педагогика, 1982.

интеллектуалдық іс-әрекеттен қиналады, олар тәртіп сақтаудан қиналады. Мұндай психикалық ерекшеліктер балалардың әлеуметтік бейімделуіне кедергі болады.

**Соматогендік сипаттағы кешіккен психикалық даму** кезінде эмоциялық жетілмегендік ұзақ мерзімді созылмалы аурулармен, жүрек дамуының ақауларымен және т.б. шартталады.

Созылмалы физикалық және психикалық астения іс-әрекеттің белсенді түрлерінің дамуын тежелтеді және ұялшақтық, өз күшіне сенімсіздік, тартыншақтық сияқты тұлғалық қасиеттердің қалыптасуына себеп болады. Бұл тұлғалық қасиеттер баланың қал-жағдайына байланысты ата-анасының шектеулер мен тыйым салулармен де байланысты болуы мүмкін. Осының салдарынан асыра қорғаншылық тәрбиелеу жағдайына байланысты жасанды инфантилизм қалыптасады.

**Психогендік сипаттағы кешіккен психикалық даму** тәрбиенің қолайсыз жағдайларымен байланысты. Бұл аномалияның әлеуметтік сипаты оның патологиялық себептерін жойдырмайды. Ерте шақта пайда болғанда және психологиялық жарақаттаушы фактордың ұзақ мезгіл әсер етуінің салдарынан баланың жүйкелік-психикалық аймағында тұрақты патологиялық өзгерістер қалыптасуы мүмкін. Осындай бақылаусыз қалу себептің салдарынан кешіккен психикалық дамуымен қатар тұлғаның патологиялық дамуы қалыптасады: өз эмоциясы мен сезімдерін білдіруде ұстамсыздық, жауапкершіліксіздік және т.б.

Асыра қорғаштық тәрбие жағдайында (гиперопека) баланың бойында эгоцентристік ұстанымдар, ерік-жігерін жұмылдыра алмауы, өзін еңбекке ынталандыра алмауы сияқты қасиеттері қалыптасады.

Жарақаттаушы тәрбие шартында ата-ананың тарапынан қатыгездік немесе күш көрсету қолданылатын болса, баланың бойынан невротикалық даму байқалады. Мұндай жағдайда кешіккен психикалық даму кезінде қорқақтық, тәуелділік, тартыншақтық сияқты қасиеттер қалыптасады.

**Церебралды-органикалық сипаттағы кешіккен психикалық даму** кезінде психологиялық-педагогикалық арнайы коррекциялық көмек аса қажет емес. Себебі кешіккен психикалық дамудың бұл түрінің себептері жиі олигофренияның себептеріне өте ұқсас болып келеді: жүктілік және босану кезіндегі патологиялар, инфекциялар, бала өмірінің алғашқы жылдарында болатын жүйке жүйесінің жарақаттары. Бұл ұқсастық онтогенездің алғашқы кезеңіндегі органикалық зақымданулармен айқындалады. Мұндай себептердің салдарынан қайтымсыз олигофрения немесе тек психикалық дамудың тежелуімен шектелу болатындығы, біріншіден, зақымданудың көлемімен анықталады. Екіншіден, зақымданудың сипаты зақымдану уақытымен шартталады. Кешіккен психикалық даму мидың кештеу мерзімінде экзогендік жарақаттарымен байланысты, бұл кезеңде мидың қалыптасуы едәуір аяқталғандықтан, жетілмей даму соншалықты дәрежі болмайды.

Церебралды-органикалық жетіспеушілікке байланысты клиникалық-психологиялық құрылымында баланың эмоциялық-ерік аймағында және таным саласында жетіспеушілік байқалады. Бұл балаларға эмоциясында жарқындық, ерекшелік байқалмайды, эмоциясын білдіруде қарапайымдылық байқалады. Ойынға қызығушылық басым болғанына қарамастан, ойындары да бірқалыпты, шығармашылықсыз, қиялдаусыз сипатта болады.

Таным саласындағы қиыншылықтар баланың оқуды, жазуды меңгерудегі қиыншылықтарынан, сөздік-логикалық ойлаудың кешігіп дамуынан, бейнелік-әрекеттік ойлаудың басымшылығынан байқалады.

#### **4.5 Зақымданған психикалық даму**

Зақымданған психикалық дамудың ерекше үлгісі ретінде органикалық деменция қарастырылады. Оның этиологиясы инфекциялармен, интоксикациялармен, жүйке жүйесінің жарақаттарымен, мидың тұқым қуалайтын дегенеративтік, зат алмасуға негізделетін ауруларымен байланысты. Олигофренияға қарағанда деменция кенеттен баланың 2-3 жасында дәрежі түрде өршіп дами бастайды. Бұл хронологиялық фактор деменцияның патогенезін олигофрениядан ажыратуға мүмкіндік беретін алғашқы фактор болып табылады. 2-3 жасқа қарай баланың көптеген ми құрылымдары қалыптасып үлгереді, сондықтан зақымдаушы факторлардың әсерінен олардың жетілмей дамуы емес, зақымдануы қалыптасады. Органикалық деменция церебралды-органикалық сипаттағы кешіккен психикалық дамудан жүйке жүйесінің зақымдану көлемінің едәуір аз болуымен ажыратылады.

Ауру процесінің ерекшеліктеріне қарай резидуалды органикалық деменция мен прогрессивті деменция түрлері ажыратылады. Органикалық деменция түрлері этиологиясына қарай ажыратылады. Динамика факторы шешуші фактор болып табылады. Сондықтан балалық шақта пайда болатын прогрессивті деменция даму аномалиясы ретінде қарастырылмауына болады, себебі бұл жағдайда психикалық функциялардың өршіп ыдырауы аномалды дамумен емес, дәрежі ауру процесімен байланысты болады.

Деменцияға байланысты даму аномалиясы жайында резидуалды органикалық деменцияға қатысты айтуға болады. Мұнда айқын білінетін зақымданудың болуына қарамастан, ауру процесін тоқтату баланың дамуына мүмкіндік қалдырады деуге болады.

Органикалық деменцияның патогенезінде этиологиясынан басқа да факторлар шешуші факторлар ретінде қарастырылуына болады. Олардың қатарына ауру процесінің таралу шеңбері мен ошақтануы жатады. Аурудың пайда болу мерзімі және оның аяқталғанынан кейінгі мерзімі зақымдану мен жетілмей дамудың қатарласуы үшін және жүйке жүйесінің

компенсаторлық мүмкіндіктері үшін маңызды болып табылады. Оңалту жұмыстарының уақытылы қолданылуы да маңызды шарт болып табылады.

Резидуалды органикалық деменцияның ерекшеліктері оның клиникалық-психологиялық құрылымын анықтайды. Дефектінің құрылымы жетілмей дамумен сипатталатын олигофренияға қарағанда алғашқыдан ми жүйелерінің зақымдануымен айқындалады. Сондықтан мұнда жалпы зақымдану болмайды, олигофренияға тән болатын иерархиялық бұзылулар болмайды. Керісінше, бұзылулардың бөлшекті сипаты байқалады. Кейбір жағдайларда бұл ошақты қабықты немесе қабық асты бұзылулары (гностикалық бұзылулар, кеңістіктік, қимлы-қозғалыс, сөйлеу және т.б. синтез бұзылулары), олардың жетіспеушілігі кейде жалпылау қабілетіне қарағанда айрықша білінеді. Мысалы, ми жарақатымен шартталатын механикалық есте сақтаудың бұзылуы деменция кезінде кең таралған бұзылу болып табылады.

Қабық асты бұзылулары органикалық деменция кезінде әдетте олигофренияға қарағанда күшті білінеді, мұнда нейродинамикалық процестер зақымданады, соның салдарынан ойлаудың инерттілігі, жылдам қажу байқалады. Ойлаудың бағыттылығының бұзылуы деменцияға тән бұзылу болып табылады.

Г.Е. Сухарева балалардың органикалық деменциясының клиникалық-психологиялық құрылымына қарай төрт түрін ажыратады.

Бірінші ойлаудың жалпылауының ерекше төмен деңгейде болуы.

Екінші түрінде алдыңғы қатарға нейродинамикалық бұзылулар шығады, мұнда ойлау тым баяу болады және ойлау процестерінің ауысуы қиын, психикалық қажу байқалады.

Органикалық деменцияның үшінші түрінде ойлау белсенділігінің күрт төмендеуі, апатия, іс-әрекетке ұмтылудың төмендеуі байқалады.

Төртінші түрінде ойлаудың сыншылдығы мен бағыттылығы жоғалады, зейіннің дөрекі бұзылуы, жылдам ауысып отыруы тән болады.

#### **4.6 Дефицитарлық психикалық даму**

Дизонтогенездің бұл түрі кейбір бөлек жүйелердің жетіспеушілігімен байланысты. Олардың арасында көру, есту, сөйлеу, тірек-қозғалыс және басқа мүгедектендіретін бірқатар ауруларды (жүрек-тамыр жүйесі, тыныс алу жүйесімен байланысты бронхиалды астма, эндокриндік аурулар сияқты) атап айтуға болады.

Психикалық дизонтогенездің ең кең таралған түріне сенсорлық немесе моторлық аймақтың зақымдануынан болған түрі жатады.

**Көру мен естудің жетіспеушілігіне байланысты аномалды даму.** Есту мен көру ақаулары экзогендік және эндогендік себептерге байланысты болады. Балалардың естуінің бұзылуының экзогендік түрі басым жағдайларда анасының жүктілік кезіндегі инфекциялық

аурулармен, әсіресе, алғашқы айларында қызылша, тұмау ауруларымен, сонымен қатар туа пайда болған сифилис, токсоплазмоз ауруларына байланысты. Постнаталдық кезеңдердегі инфекциялық ауруларға қызылша мен эпидемиялық паротит жатады. Есту қабілетінің жоғалуы немесе төмендеуінің жиі кездесетін себебіне балалардың отит ауруы жатады.

Балалардың естуінің зақымдануы көптеген жаңдайларда тұқым қуалаушы факторға байланысты болады. Тіпті инфекцияның салдарынан есту қабілетін жоғалтқан балалар арасында бірсыпырасының туа біткен бейімділігі анықталған.

Көру қабілетінің зақымдануы да осындай себептерге байланысты. Анасының жүктілік кезіндегі баласына әсер еткен экзогендік факторлар ерекше топқа жатқызылады. Олардың арасында туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирустық аурулар, зат алмасуыны бұзылуына байланысты аурулар, жүкті ананың ішімдікпен, дәрі-дәрмектермен улануын атап айтуға болады. Постнаталды кезеңдегі себептерге жедел және созылмалы инфекциялар, кейде менингит пен ми ісіктері жатады.

Көру зақымдануының тұқым қуалайтын факторлары 15-17% көлемінде анықталады. Л.С. Выготскийдің аномалды даму заңдылықтарын дамыта отырып, Р.М. Боскис, Ф.Ф. Рау, Л.В. Занкова, М.С. Певзнер және т.б. сенсорлық аймағы зақымданған балаларға тән клиникалық-психологиялық құрылымның қалыптасу ерекшеліктерін ажыратып берді. Алғашқы заңдылықтардың бірі болып біріншілік және екіншілік параметрлердің өзара қатынасы туралы мәліметтер жатады. Екіншілік дефектінің пайда болуына сенсорлық дефектінің айқындалу дәрежесі маңызды. Мысалы, естудің аздаған бұзылуы баланың сөйлеуді өз бетімен меңгеруіне мүмкіндік береді. Мұндай баланың сөйлеуінде аздаған дәрегі емес ауытқулар болуы мүмкін, мысалы, кейбір дыбыстардың артикуляциясы анық емес, дауыс модуляциясы төмен, естілуі жақын сөздерді қолдануда жаңылысуы, сөздік қордың аз болуы, жуан және жіңішке дыбыстарды шатасып қолдануы. Есту қабілетін толық зақымдануы баланың мылқау болуына әкеліп соқтырады.

Көру қабілетіне қатысты да осындай жағдайды бақылауымызға болады. Егер бала әлсіз көретін болса, оның көру арқылы қабылдауына баяулық, көру кеңістігінің тар болуы, суреттер мен бейнелердің анық емес, бұлыңғыр болуы, заттардың бұрмаланып қабылдануы тән. Сондықтан көру қабілеті нашар адамның жүйкелік-психикалық даму мүмкіндіктері соқыр адамдарға қарағанда едәуір жоғары болады.

Дамудың екіншілік ақауының сипаты мен дәрежесі есту мен көру дефектісінің пайда болу уақытына байланысты. Құлағы естімейтін балалардың психикалық дамуы қашан естімей қалғанына байланысты түрлі болады, яғни онтогенездің ерте кезеңінде естімей қалған немесе зақымдану одан әлдеқайда кеш мезгілде болғанына қарай баланың дамуы түрлі болады. Туа біткен керендік немесе ерте жаста естімей қалу сөйлеу

қабілетінің дамымауына немесе оның дәрежесі түрде жетілмеуіне тікелей себеп болады. Вестибулярлық аппараттың кемшілігі тіке тұру, кеңістікте бағдарланудың бұзылуына әкеліп соқтырады. Ал егер есту қабілеті үш жастан кейін зақымданған болса, локомоторлық қызметтердің зақымдануы едәуір төмен болады. Баланың аздаған болса да сөздік қоры қалыптасып үлгереді, сөйлем құраудағы грамматикалық құрылымдарының қателері төмен болады. Егер есту қабілеті мектеп жасында зақымданған баланың сөйлеу грамматика жағынан қалыптасып үлгереді, кейбір сөздерді айтудан ғана кемшіліктер байқалуы мүмкін.

Көру қабілетінің бұзылуы да есту қабілеті сияқты заңдылықтарға бағынады. Бала туғанынан көрмейтін болса, оның ешқандай көру арқылы қалыптастырған елестері болмайды. Олар денесін тік ұстаудан қиналады, кеңістіктен және жаңа белгісіз заттардан қорқатын болады, кеңістік пен заттарды қолдануға баяу кешігіп үйренеді. Көзі көрмейтін балалардың заттарды қолдануға байланысты арнайы қимыл-әрекеттері екі жастан кейін ғана пайда бола бастайды. Кеңістікте бағдарланудың дәрежесі кемшілігінен баланың тік жүруі, өзінің дене схемасын қабылдауы үлкен қиыншылықпен қалыптасады.

Ерте жастағы көрудің зақымдануы психомоторлық аймақтың жетілмей дамып келе жатқандығын бірден айқындайды. Баланың затты ұстауы әлсіз, қимыл-қозғалыстарының бағдарлығы жоқ болады, затты қолына ұстап мелшиіп тұрып қалады, немесе, керісінше, басының және қолдарының стеретипті, қайталана беретін қажет емес, артық қимылдары пайда болуы мүмкін. Егер бала ерте жаста емес, одан әлдеқайда кеш кезінде көру қабілетінен айырылатын болса, баланың дамуы мүлдем өзгеше болмақ. Баланың қалыптасып қалған, көрген тәжірибесі моторикасының дамуына, заттарды қолдану тәжірибесіне, елестер мен түсініктерді қалыптастыруға үлкен көмек және негіз бола алады.

Есту және көрудің сенсорлық аймақтарының бұзылу жүйесін ескере отырып, келесі түрлері ажыратылады.

**Есту қабілеті жетілмеген балалар арасында келесі топтар бөлінеді:**

1. Саңырау: а) ерте естімей қалған; б) кеш естімей қалған;
2. Әлсіз еститіндер: а) сөйлеуі әлсіз сақтаулы; б) сөйлеуі тіпті дамымаған.

**Н.Г. Морозова көру қабілетінің кемшілігі бар балалар арасында келесі топтарды ажыратады:**

1. толық соқыр;
2. жартылай көретін;
3. әлсіз көретін.



Күрделі екіншілік бұзылулар басқа психикалық қызметтердің, эмоциялық аймағының қалыптасуына және дамуына үлкен әсер етеді. Естімейтін балалардың сөйлеуі қалыптаспағандықтан ересектермен қарым-қатынасы мен ортақ іс-әрекеттерінің дамуында кешігу болады. Сөйлеуді меңгеру қиыншылықтары перцептивті жалпылау қиындықтарын және заттардың бөлек қасиеттерін бекітуге кедергі болады. Ол өз кезегінде баланың кейбір түсініктерді оңай қолдануға, оларды жылдам есіне түсіруге мүмкіндік бермейді. Мұның барлығы баланың ауқымды іс-әрекетті меңгеруіне және басқалармен қатар іс-әрекеттерге ортақтасуына кедергі болады.

Эмоциялық аймақтың бұзылуының ерекшеліктері бар. Мысалы, көзі көрмейтін балалардың эмоциялық аймағының жетіспеушілігіне мимика және жест арқылы берілетін әсерді күшейту болмағандықтан қарқынсыз, әсерсіз болуы тән. Бұл сондай-ақ қарым-қатынас түрлерінің дамуына себеп болады. Естімейтін балаларға ересек адамның сөзінің әсері болматындықтан, эмоциялық қарым-қатынастың эмоциялық әсері жетіңкіремейді. Осының салдарынан балалар жақын және бқтен адамдарды ажыратуы да өте кеш қалыптасады. Бұл балаларға сөйлеудің интонациялық әсері, мағынасы болмағандықтан эмоциялық бағдарлану қиыншылықтар туындатады.

Айтылған мәліметтер Л.С. Выготскийдің біріншілік дефект күрделі иерархиялық екіншілік дефект себебі болатындығын дәлелдейді.

**Қимыл-қозғалыс аймағының жетіспеушілімен байланысты даму аномалиясы.** Қимыл-қозғалыс сферасының даму аномалиясының этиологиясында ерекше орын генетикалық факторларға беріледі. Моторлық аймақтың даму аномалияларының ерекше формалары балалық аутизм кезінде кездеседі. Ауыр қимыл-қозғалыстық бұзылулар жұлынның зақымдануы кезінде болады.

Моторлық аймақтың даму аномалияларының клиникалық-патофизиологиялық ерекшеліктері жүйке жүйесінің түрлі бөлімдерінің жетіспеушіліктерімен шартталады. Егер қыртыс асты деңгейінің кемшіліктері анықталатын болса, онда алғашқы автоматтандырылған қимылдар, қимылдардың мағыналылығы, тонусы, ырғақтылығы бұзылған болады. Ал кортикалды деңгей зақымданатын болса, қозғалыстардың күші мен дәлдігі, заттық әрекеттер дамымайды.

Моториканың бөлек құрамдарының бұзылуы баланың жалпы психомоторлық дамуына түрлі әсер береді.

Қимыл-қозғалыс аймағы балалардың церебралды сал ауруында көбірек зерттелген. Оның этиологиясы түрлі. Құрсақ ішіндегі инфекциялардың, интоксикациялардың, ана мен баланың қан тобының немесе резус-факторының сәйкес келмеуінің, асфиксияның, баланың мерзімінен бұрын дүниеге келуінің салдарынан болатын органикалық зақымданулар алдыңғы қатарда. Постнаталды кезеңде бұл ауру сирек

кездеседі. Оның патогенезі мидың қабық, қабық асты құрылымдарының зақымдануымен байланысты.

Мидың органикалық зақымдауымен сипатталатын балалардың церебралды сал аурының клиникалық құрылымында қимыл-қозғалыс бұзылыстары ерекше орынға ие, оның ішінде паралич, парез және бұлшық ет тонусының төмен болуы аталады. Моторлық аймақ пен интеллектуалдық бұзылыстардың қатарласуы түрлі болып келеді.

#### **4.7 Бұрмаланған психикалық даму**

Бұрмаланған психикалық дамуды балалық ерте аутизм үлгісінде зерттейді. Дизонтогенездің бұл түрі барлық басқа түрлерінен ерекшеленеді, себебі даму аномалиясының күрделі құрылымы мен бұзылулардың психологиялық құрылымы айрықша болып келеді.

Бүгінгі күнге дейін аутизм этиологиясы бойынша біржақты көзқарас жоқ. Өзінің атауынан анықталатын аутизм дамудың осы аномалиясының ерекшелігі байқалады. Бұл аномалия қоршаған ортамен, адамдармен қарым-қатынастың мүлдем болмауын немесе шектеулі болуын білдіреді, өзінің «ішкі дүниесіне кету», өз кезегінде сол ішкі дүниенің мазмұны баланың интеллектуалдық мүмкіндіктерімен, жас шамасымен, ауру ағымының ерекшеліктерімен анықталады.

Аутистік бала жақындарымен, құрдастарымен қарым-қатынас құрудан алшақ болады. Ол көпшілік ортада болғанына қарамастан, өзін жалғыз өзі жүргендей ұстайды. Ол жалғыз ойнайды немесе басқалардың жанында ойнайды, бірақ ойын барысында ешкіммен бірігуге тырыспайды, жиі өзімен сөйлеседі немесе тіпті үндемейді.

Бала өзінің ішкі дүниесін басқалардан жасыратындай болып көрінеді, ол сұрақтарға жауап қатпайды, ешкіммен сөйлеспейді. Кездейсоқ немесе кенеттен айтылған сөздерінен жақындары оның ойы, қиялы, қорқыныштары туралы мәлімет алуы мүмкін.

Аутизм, басқалардан алшақ болуы бұл балалардың жансыз заттар мен жанды заттарды айыра алмайтындығынан болуы мүмкін, кейде тіпті жансыз заттар оған жақынырақ сияқты болып көрінеді. Қоршаған ортаның түрлі жағдайларына эмоциялық жауап бермеуі, кейде тіпті суық немесе немқұрайлығы баланың қатты дыбыстарға, өзіне жасалған қатаң ескертулерге сезімталдығымен, қорқақтығымен қатарласып жүреді.

Оларға әдеттегі сенсорлық қоздырғыштарға қатысты гиперстезиясы тән: ол тым қатты тактильдік, жарық және дыбыстардан қорқады. Сондықтан дені сау балаға қуаныш әкелетін қоршаған орта бұл балалар үшін эмоциялық қолайсыздық пен қорқыныш көзі ретінде қабылданады. Олар адамның бетіне тура қараудан қорқады. Осындай ерекше сезімталдық пен сонымен байланысты эмоциялық қолайсыздық баланың өзіне сенімсіздігі мен қорқыныштарының себебі болып табылады. Осыған

қарамастан балалар өздері қорқыныштарына шағымданбайды, бірақ олармен қарым-қатынас құруға тырысқанда, көптеген айналадағы қарапайым заттар мен құбылыстар оның қорқынышын туындататынын байқауға болады. Өткен қорқыныштар ұзақ мерзім бойы естерінен кетпейді. Олардың бойынан күрделі қорқыныш түрлерін де байқауға болады: өлімнен, тіпті өмір сүруден қорқу.

Осы қорқыныштарын жеңу мақсатында бұл балалар қоршаған ортаның өзгергенін қаламайды, себебі әр белгісіз зат пен құбылыс жаңа қорқыныштарды туындатады. Сондықтан күн тәртібінің өзгеруі, жиһаздың орыны ауысуы, тіпті баланың киімін ауыстыру стресс көзі ретінде қабылданады. Осы қорқыныш күйімен салт-дәстүрлік сипатта болатын қорғаныстық қимылдар мен қозғалыстар байланысты.

Бұл балалар қоршаған орта заттарын толықтай емес, аффективті түрде бөлшекті қабылдайтындығы зерттеулер барысында анықталған. Тұрақты, ұзақ мерзімді қорқыныштардың негізінде қоршаған орта туралы жағымсыз эмоциялық түсініктер қалыптасады.

Л. Каннердің ойынша, ерте балалық аутизм кезінде интеллектуалдық жетіспеушілік тән болуы міндетті емес. Бұл балалардың жақсы интеллектуалдық қабілеттері дамыған болады, тіпті кейбір салаларда дарындылықтары анықталуы мүмкін, мысалы, олардың музыкаға, шахматқа, сурет салуға, есептеуге жоғары қабілеттілігі байқалады. Сонымен қоса олардың интеллектуалдық аймағына бағыттылық, зейінін шоғырландыру, жылдам жалығу тән болады. Олардың ойлауынан мәнерлік, символдарға бейімділік тән.

Олардың барлық интеллектуалдық іс-әрекетіне аутистік бағыттылық тән. Олардың ойыны, қиялы, қызығушылықтары нақты орта жағдайынан алшақ. Ойындары мен қиялдары бірқалыпты, бір сарымды, жүріс-тұрыстары бір ырғақты. Бұл балалар көп жылдар бойы бір ойынды ойнай беруі мүмкін, ойындары мен қимыл-әрекеттері стереотипті.

Аутистік сипаттар бұл балалардың сөйлеуінен ерекше байқалады. Сөздік қоры бай болғанына және түрлі күрделі сөйлем құрамдарын білетіндігіне қарамастан, олар сөйлеуді қарым-қатынас құралы ретінде қолданбайды. Олар жеке есімдіктерді қолданбайды, сөйлеуі кеңістікке айтылғандай, немесе өзіне-өзі айтқандай, сөйлеуінде жиі эхолалия кездеседі (оларға қойылған сұраққа сол сұрақпен жауап береді).

Бұл балалардың жүріс-тұрысы мен ойынынан моторикасының нашар дамығанын көруге болады, қарапайым өзінің күтімінен де икемсіздік байқалады. Неврологиялық зерттеулер барысында бұлшық ет гипотониясы анықталады.

Даму аномалиясын анықтайтын ерекшеліктер ерте жасынан бастап байқалады. Бір жастан асқан мезгілден бастап бұлшық ет тонусының төмендігі ерекше байқалады. Инстинктивтік аймақтың жетіспеушілігі айқын білінеді, оны баланың нашар тәбетінен, өзін сақтау-қорғау

қажеттілігінің төмендігінен, суыққа, ыстыққа, қарны ашқанға ешқандай белгі бермеу немесе сезінбейтіндігінен байқауға болады. Бала жүре бастағанда да ұзаққа дейін тәлтіректеп, аяғын біразға дейін нық баса алмайды. Соған қарамастан стереотипті қимылдары өте көп байқалады.

Сөйлеуі моторикасының дамуынан озып отырады, бірақ бастапқыдан аутистік белгілер, сөйлеудің автономдылығы, неологизмдердің көптігі байқалады.

Аутистік баланың психикалық дамуының негізгі кедергі болатын қиыншылықтар:

- Психикалық белсенділік дефициті;
- Осы белсенділіктің төмен болуымен тығыз байланысты инстинктивтік-аффективтік аймақтың бұзылулары;
- Сенсорлық бұзылулар;
- Қимыл-қозғалыс аймағының бұзылулары;
- Сөйлеудің бұзылуы.

Бұл бұзылулар екі үлкен топқа жіктелуі мүмкін: бірінші топтың бұзылулары бағыттаушы жүйелердің (белсендіруші, инстинктивтік-аффективтік) жетіспеушілігімен байланысты, екіншісі – анализаторлық жүйелердің (гностикалық, сөздік, қимыл-қозғалыстық) нашар қызметімен байланысты.

Психикалық процестердің жүйелік ұйымдастырылуы туралы көзқарасқа сәйкес бұзылулардың өзара байланысын ерте аутистік кезеңде анықтауға болады.

Балалық ерте аутизмде белсендіруші аймақтың бұзылуы қыртыс асты зақымдануларға байланысты. Баланың сергектігі, психикалық және моторлық белсенділігі, іске ұмтылысы тонустық бағдарлануға тәуелді. Психикалық тонус жетіспеушілігі ерте балалық аутизмге тән құбылыс болып табылады.

Г. Сельенің көзқарасына сәйкес, аутистік бала кез-келген іс-әрекет барысында психикалық тонустың бейімделе отырып шоғырлану кезеңінде емес, патологиялық кернелген және қажыған кезеңде болады.

В.В. Лебединская мен О.С. Никольскаяның зерттеулері бойынша, аутистік балаға зейінін шоғырландыру бастапқыдан қиын, сондай-ақ зейіннің жылдам қажуы мен жылдам ауысып отыруы тән. Осының салдарынан бала қысқа мерзімге ойының ілегін де жоғалтып отырады.

Бағыттаушы жүйелердің патологиясымен қабылдау мен аффективтік аймақтың бірқатар бұзылулары байланысты.

Аутистік баланың бойынан қарама-қайшылықтарды байқауға болады. Мысалы, жүріс-тұрысындағы қарама-қайшылық аффективті аутостимуляциямен түсінділуіне болады, яғни сенсорлық қолайсыздықтың салдарынан балалар белсендіруші реакцияларды әдетті емес әдістер арқылы алуға тырысады (отқа, суға ұмтылу, қатты серпіндеу, секіру және

т.б.). аффективті аауто стимуляцияның компенсаторлық әсері бар деп те ойлауға болады, және сол арқылы бала жалпы тонусын жоғарылатуға тырысатын секілді.

Сонымен, аутизм кезіндегі патологиялық ерекшеліктер психикалық тонустың, аффективтік аймақтың, қабылдаудың, моториканың, сөйлеудің, бағдауларшы жүйелердің жетіспеушілігімен байланысты, осы барлық салалардың бұзылуы мен ақаулары баланың әлеуметтік бейімделуінің қиыншылықтарын, жалпы дамуының асинхрондық сипатта болуын шарттайды. Аутистік баланың дизонтогенезі біріншілік және екіншілік дефектілердің күрделі қатарласуымен сипатталады, соның салдарынан оларды жеңу мақсатында жаңа коррекциялық бағдарламалар ұсынылуы қажет.

Эмоциялық байланыстарды күшейту үшін баланың қоршаған ортаны қабылдауында эмоциялық құрылымына ерекше назар аудару қажет. Оның қоршаған ортаны қабылдауындағы енжар күйін жеңуге бағытталған коррекциялық жұмыс жүргізген абзал болар. Ойынның сюжеттік жағына, әр зат туралы мәлімет беріп отыру, оларды күнделікті өмір жағдайларымен ертегі немесе әңгімелеу арқылы байланыстыру керек. Сол арқылы баланың қорқыныштарын да жеңуге жол табу керек.

Ойын терапиясы аутистік баламен жүргізілетін коррекциялық жұмыстың негізгі әдістеріне жатады, баланың өзіне сенімділігін арттырады, ортамен және жақындарымен эмоциялық байланысты оранатады және күшейтеді, қарым-қатынастың рөлін арттырады, қызығушылығы мен ойлау аймағын кеңейтеді. Әрине, осы жұмыстардың тиімділігі жоғары болуы үшін бала оны ата-анасы мен психологтардың түсінетіндігіне сенімді болуы қажет.

Ойын терапиясы баланың белсенділігін де арттырады, өз кезегінде ол баланың моторикасы мен тонусын күшейтуге себін тигізеді. Ойын ережелері нақты жағдайдан жалпылаушы деңгейге дейін жоғарылатылады. Ойынды негізгі құрал ретінде ұстана отырып, баланың өз бетімен іс-әрекетке қатысуына жол ашылады. Әрине, баланың жылдам жалығып кететіндігін де естен шығармаған дұрыс, сондықтан қызығушылығы басылған ойындар мен ойыншықтар кері реакция да беруі мүмкін, яғни баланың жағымсыз эмоциясын туындатуы да ықтимал. Коррекциялық бағдарламаларды осы жағдайлардың барлығын есепке алумен құрастырған жөн.

Аутистік спектр бұзылулары кезінде коррекциялық жұмыстардың мазмұнында ірі моториканы дамыту алғашқы кезеңде жүргізілетін жұмыстарға жатады, себебі бұл балалардың тепе-теңдігін сақтауы, кеңістікте бағдарлануы жиі қиыншылық тудырады. Осыған орай коррекциялық жұмыстың мазмұнын анықтау үшін алғашқыдан қарапайым диагностикалық жаттығу жүргізуге болады. Ол үшін балаға көзін жұмып тұрып денесінің тепе-теңдігін сақтап тұруын сұраймыз. Егер бала біршама

уақыт тепе-теңдік сақтап, теңселмей тұра алатын болса, оның ірі моторикасы жеткілікті дамыған болып есептеледі. Алайда, мұндай диагнозы бар балалар тепе-теңдік сақтаудан қиналады. Сондықтан осы жаттығуды орындау арқылы сіз моторикасының даму деңгейін анықтай аласыз. Кейін ірі моториканы дамыту үшін қарапайым жаттығулар орындалады. Олар алғашқы мезгілде бір жіңішке сызықтың бойымен теңселмей жүруді үйренеді. Келесі кезеңде тербеліп тұратын жердегі тербелгіштің үстінде тұрып денесінің тепе-теңдігін сақтауды үйренеді. Кейін жаттығуларды күрделендіруге болады. Ол үшін бала екі немесе үш дөңгелекті велосипедке отырып жүруді үйренеді. Бұл жаттығуды орындау барысында тек қана тепе-теңдікті сақтау емес, сонымен қатар кеңістікте бағдарлануы мен тіке бір бағытта жүре алуы, бұрыла білуі маңызды. Келесі кезеңде баланың имитациялық моторикасын дамыту үшін би терапиясы енгізіледі. Ойын терапиясын түрлендіре отырып, ірі моториканы дамыту үшін оларға түрлі символикалық ойындарды ойнату пайдалы. Әсіресе, бұл балалардың қиялының жақсы дамыған деңгейі бар болатын болса, олар, мысалы, қоян немесе көлбақа сияқты секіру, ұшақ сияқты ұшу, қуыршақты киіндіруі ойындарын ересектермен бірге орындауы пайдалы.

Қазіргі мезгілде аутистік спектр бұзылуларының тиімді терапиясы ретінде жүріс-тұрыстың қолданбалы талдануы ретіндегі АВС (Applied behavior analysis) әдісі мен жүріс-тұрысты түзету әдісі кеңінен қолданылады. АВС әдісі – жүріс-тұрыс және оқыту технологияларына негізделетін оқытушы бағдарлама. Бұл бағдарламаның аясында ұоршаған орта факторлары әсер етуші факторлар ретінде қарастырылып, сол факторлардың тиімді ұйымдастырылуы арқылы жүріс-тұрысты түзетуге ықпал жасалады. Бұл ғылыми көзқарастың негізінде доктор Ивар Ловаастың кез-келген жүріс-тұрыстың салдары ұнайтын болса, сол жүріс-тұрысты бала қайталауға тырысады деген қарапайым идея бар. Мұнда сөйлеу, шығармашылық ойын, басқа адамның көзіне тура қарай білу сияқты күрделі дағдылар майда әрекеттерге бөлініп үйретіледі. Барлық майда ірекеттер меңгерілгеннен кейін бір тізбекке біріктіріледі, соның салдарында күрделі дағдылар қалыптастырылады. Ересектер баланың әрекеттерін авторалы түрде басқармайды, ересектер балаға бастама беріп отырады. Дұрыс орындалған әрекеттер көп мәрте қайталану арқылы бекітіледі. Дұрыс орындалмаған әрекеттер тоқтатылып отырады. Күтілімді жүріс-тұрысқа қол жеткізу үшін түрлі стимулдар мен ынталандырулар пайдаланылады. Бала кез-келген ортада үйренген әрекеттерін қиналмастан қолдана алатын деңгейге жеткенде ғана күрделі дағдылар меңгерілген болып есептеледі.

Бұл бағдарламада әр балаға оның деңгейіне сәйкес жеке дамытушы бағдарлама әзірленеді. Бағдарламаның мақсаты болып қоршаған ортаны өз бетімен меңгере білуі табылады. АВС мазмұнында жүзден астам

бағдарламалар бар. Оларға вербалды және вербалды емес имитация, жалпы және майда моторика, сөйлеуді түсіну, заттар мен әрекеттердің атауын атау, заттарды топтастыру сияқты білім мен дағдыларды қалыптастыру бар. Ең күрделі деңгейдегі бағдарламаларына түрлі әрекеттер мен құбылыстардың салдарын анықтау енеді. АВС терапиясы түрлі жас шамасындағы адамдарға арналған: ерте балалық шақ (1,5-3,5 жас), мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалар, жасөспірімдер мен ересектерге. Әрине, ең тиімдісі – бағдарламаның ерте жастан бастап қолданылуы. Бұл жасқа арналған бағдарлама қарқынды және жиі қолданылуы тиісті, аптасына 30-40 сағатқа дейін.

АВС терапиясы - кешенді әдіс, себебі баланың дамытуымен түрлі мамандар айналысады. Дефектолог жүріс-тұрысымен бағытты жұмыс жүргізеді, одан кейін музтерапевт және арттерапевт сияқты мамандар бірін-бірі алмастыра отыра, күнделікті бірнеше бағдарламаны орындайды. АВС терапиясын үйде ата-анасы да орындауына болады, себебі мұнда үздіксіз бағдарламаны үздіксіз қолдану маңызды.

#### **4.8 Дисгармониялық психикалық даму**

Дисгармониялық психикалық дамудың үлгісі ретінде психопатиялар мен психикалық дамудың аномалиялары қарастырылады, олардың негізінде эмоциялық-ерік аймағының дизонтогенезі жатыр.

Психопатия психиканың тұрақты дисгармониялық құрылымын білдіреді. Оның клиникалық-психологиялық құрылымында өршу тенденциясы байқалмайтын тұлғаның аномалдық қасиеттері бар, бірақ әлеуметтік және биологиялық факторлардың ықпалынан олар түрленуі мүмкін. Соның салдарынан әлеуметтік ортаға бейімделудің бұзылуы болады.

Психопатиялардың этиологиясында генетикалық, тұқым қуалайтын факторлар аталады (әсіресе, психопатияның конституционалды формаларында), немесе онтогенездің ерте кезеңдерінде болатын экзогендік жағымсыз факторлардың әсерінен қалыптасуы аталады. Кейбір түрлеріне тұқым қуалайтын және экзогендік факторлар қатарласып отырады.

Психопатиялардың негізгі тобын конституционалды түрі құрайды, әдетте олардың этиологиясына тұқым қуалайтын факторлар жатады. Бұл топқа шизоидты, эпиплептоидты, циклоидты, психастеникалық және истериялық психопатиялар жатады.

**Шизоидты психопатиясы** бар балаға аутизм қасиеттері тән, бұл бала құрдастарымен араласқанға қарағанда, жалғыздық пен қиял әлемінде болғанды қалайды. Оның эмоциялық аймағына жоғары сезімталдық, өзінің уайымдарын терең сезінуі тән, баланың өз жасына сәйкес өмірге құштарлығы мен өмірге деген сүйіспеншілігі байқалмайтындығы қарама-

қайшылықты туындатады, өзінің жақындарына және басқа қоршаған адамдарға салқындық білдіреді.

Олардың туғанынан сөйлеуі моторикасының дамуынан озып отырады. Балалар өзін күтуді меңгеруде қиыншылыққа тап болады, белсенді ойын түрлерін ұнатпайды. Құрдастарымен ойнағанға қарағанда, ересектермен әңгімелескенді жақсы көреді.

Бастауыш сыныпта олар жазуды меңгеруге негіз болатын моторикалық қиыншылықтарға тап болады. Интеллектілік қабілеттері жоғары болғандығына қарамастан, оларды құрдастары жиі мазақ қылады, әрине ондай қарым-қатынасқа бұл жасөспірімдердің эмоцияларының орынсыздығы, тұйықтығы, нақты жағдайларда бағдарлана алмауы себеп болады.

Сонымен, шизоидты психопатияның сипатында ерте балалық аутизмнің жеңіл түрінің көптеген белгілерін байқауға болады. Ерте балалық аутизмнің эмоциялық-еріктік аймағындағы, сөйлеуіндегі, ойлауындағы бұзылулар шизоидты психопатияда тек тұлғалық ерекшеліктермен ғана шектеледі және соншалықты дәрежі түрінде байқалмайды.

Көптеген шизоидты психопатиясы бар балалар ерте жасынан бастап интеллектуалдық қызығушылықтарын, табиғатқа, кітап оқуға құштарлықтарын танытады. Мектепте оларды физика, математика сияқты пәндер қызықтырады. Олардың сөйлеуі мәнерлі, жақсы дамыған болады. Киім, тамақ, күнделікті өмір қолайлылығы олар үшін құндылықтар қатарына жатпайды. Сырттай байқалатын олардың суықтығы, балалық қамсыздығының болмауы іштей сезімталдығымен қатарласа жүреді.

**Эпилептоидты психопатияда** эпилепсияға тән тырысқақтық бұзылулар мен ақыл кемшілігі байқалмайды. Мұнда тек қана эмоциялық тұтқырлық, эмоциялары мен қызығушылықтарының шиеленісуі, көңіл-күйінің мотивациясыз дисфориялық сипаттағы толқуларының тұрақты мінездік ерекшеліктерінен байқауға болады.

Эпилептоидты психопатиясы бар балалар жас кезінен бастап дауылды және ұзақ мерзімді аффективті реакцияларын білдіреді, әсіресе, физикалық қолайсыздыққа қатысты. Өсе келе агрессивтілік, садистік әрекеттер, оның қойған талаптары орындалмағанда, кекшілдік, тік мінезділік, ызалану танытады. Бұл балаларға ұқыптылық, белгілі бір орнатылған тәртіпті дәл ұстану тән. Басқа балалар арасында олармен қарым-қатынас қиын болады, ол эпилептоидты баланың жанжалдасуға жақын, билікке ұмтылу, қатыгездік сияқты қасиеттерімен байланысты.

Эпилептоидты психопатияны ересектердің бойынан зерттеген авторлар олардың эмоциялық аймағындағы қарама-қайшылықты атап көрсетеді. Балалардың бойынан мұндай қасиеттер байқалмайды.

**Циклоидты психопатияға** себепсіз көңіл-күйдің жылдам ауысуы тән, субдепрессивті күйден бірден жоғары маниакалды күйге дейін көңіл-



күй толқуы болып тұрады, балалық шақта мұндай құбылыс сирек кездеседі. Балалардың арасында гипербелсенділігінен және ешқандай шектеулерге бағынбайтындығынан қиын тіл табысады.

Психастеникалық тұлғалар мазасыздыққа, сенімсіздікке бейім келеді. Бұл балалық шақта да байқалады. 3-4 жасында бұл балалардың бойын өзінің және жақындарының өмірі мен денсаулығы үшін қорқыныш билейді, кез-келген аздаған себептен мазасызданып күдіктенеді, жаңалықтардан қорқады, жабысқақ ойлар мен әрекеттер мазалайды. Мектеп жасында патологиялық сенімсіздік пен үрейлену арта түседі. Жасөспірімдік кезеңде күдіктенгіштік ипохондриялық сипатқа ауысады, жабысқақ қорқыныштар түрлі салттық қорғаныстық механизмдерге ұласады. Қоршыныштарымен күресудің жолы ретінде өзгеріссіз тәртіпке бағыну пайда болады, кез-кезген тәртіптің бұзылуы мазасыздығының жоғарылауына әкеледі.

Истериялық психопатия әрдайым конституционалды сипатта бола бермейді, кейбір жағдайларда дәрекі емес экзогендік бұзылулармен шартталады. Ер адамдардың бойынан жиі кездесетін психопатияның сипатталған басқа түрлеріне қарағанда, истериялық психопатия әйелдер мен қыздардың бойынан жиі кездеседі.

Инфантилді тұлғаларға тән болатын эгоцентризм, сенгіштік, сенсорлық жетіспеушілік, еріктік әрекеттерге шамасы келмеуі ерекше сипатта байқалады. Ерте жасынан бастап кез-келген заттар мен адамдарды жақтырмаушылық ерекше байқалады. Ойдан шығарған жағдайлар туралы айтып, сол арқылы өзіне басқалардың зейінін аударуға дейін барады, басқа адамдарды мақтағанда қызғанышын жасыра алмайды, сол себептен жиі жанжалдасуға дейін барады. Басқалардың назарын өзіне аудару үшін киім киюі де өзгеше болады. Интеллектілік деңгейі жақсы болғанына қарамастан, оқуда үлгерімі мүмкіндіктерінен төмен болады.

**Тұрақсыз психопатия** да дисгармониялық инфантилизмнің түрі болып табылады. Мұндай балаларға қызығушылықтарының жетілмегендігі, үстіртін болуы, тұрақсыздығы, әрекеттерінің импульсивтілігі, ұстамсыздығы тән. Жақсы деңгейде дамыған интеллектілік қабілеттеріне қарамастан, өнімділіктерінің төмен болуы іс-әрекет барысында ұзақ мерзім бойы бағыттылыққа қабілетсіздігінің себебінен болады. Бұл балалар туралы қиыншылықтан бойын алшақ ұстайды деп айтуға болады, олар үйден, мектептен жиі қашады, қаңғыруға бейімділіктері бар. Жауапкершіліктің қалыптаспауы, моральдық тыйым салуларға бағынғысы келмеуі қиын жағдайларда өтірік, ойдан шығарған жағдайларды айтып сытылып кетуге тырысатынынан байқалады. Тым сенгіштігінің салдарынан олар әлеуметтік жағымсыз жүріс-тұрысты жылдам меңгеріп алады. Жасөспірімдік кезеңде жиі әлеуметтік жағымсыз орталарға түседі, басқаларға бағынышты рөлдерде болады.

**Органикалық психопатиялар** ерте жастағы – құрсақ ішіндегі, босану кезіндегі, өмірдің алғашқы жылдарында - жүйке жүйесінің зақымдануының салдарынан болады.

Органикалық психопатияның арасында **қозғыш психопатия** түрі жиі кездеседі. Ол ұл балалар арасында кең таралған. Оның клиникалық негізінде аффективтік және қимыл-қозғалыстық қозғыштық жатыр. 2-3 жасынан бастап бұл балалардың ашулы аффективтік тұтанулары, агрессиялығы, бір беткейлігі, негативизмі байқала бастайды. Ауыр аффективті тұтанулары жиі астениялық әлсіздікпен, буырқанып жылаумен аяқталады. Ұжымда болу бұл балаларға қиыншылық туындатады, олар өз құрдастарын, өзінен жасы кіші балаларды ұрып-соғады, ересектерге қарсыласады. Органикалық психопатия кезінде балалардың бойынан себепсіз көңіл-күйдің ауысып отыруы байқалады. Жасөспірімдік кезеңде бұл балалардың басқалармен тіл табыса алмуынан жиі әлеуметтік жағымсыз ортаға түсуі болады, соның салдарынан заң бұзушылық әрекеттерге барады.

Органикалық сипаттағы **ұстамсыз психопатияға** себепсіз көтеріңкі көңіл-күй, эйфориялық күй, барлық сыртқы қоздырғыштарға көңілінің жылдам ауысуы, интеллектісінің жақсы деңгейде болуына қарамастан сыншылдықтың төмен болуы тән. Кез-келген сыртқы себептер аффективті реакцияларды жеңіл шақырады.

Балалық шақта психопатияның диагностикасы едәуір қиыншылықтар тудырады, ол тұлғалық қасиеттердің қалыптасуының аяқталмағандығымен байланыстырылады.

Қалыпты даму (норма) мен психопатия арасында шекаралық аймақта орналасқан акцентуациялық тұлғаларға қолайсыз әлеуметтік фактордың әсері айқын байқалады. Және, керісінше, жағымды, қолайлы әлеуметтік орта патологиялық мінез қырларының бәсеңдеуіне себін тигізеді.

Әлеуметтік фактордан басқа психопатияның декомпенсациясына биологиялық фактордың әсері де бар. Оларға соматикалық қолайсыздық, өтпелі жас кезеңдері жатады.

Психопатиялық тұлға қоршаған ортаға өзі дисгармония енгізеді, патологиялық қасиеттерінің күшеюіне өзі себеп болады. Көптеген авторлар психопатияға тән қасиеттерді (қорқыныштар, ұялшақтық, сенімсіздік, паранойя) екіншілік реактивті қасиеттер ретінде қарастырады.

Тұлғаның патологиялық қалыптасуын да дисгармониялық даму қатарына жатқызуға болады. Оның этиологиясына тәрбиенің қолайсыз түрлері мен ұзақ мезгіл бойы әсер етіп келген психологиялық жаракаттаушы факторлардың әсері де себеп болады. Дені сау баланың тұлғасын қалыптастыру үшін дұрыс тәрбие беру маңызды екендігі әрқашан белгілі болған. Психикалық процестердің қозғалғыштығын, күшін, тепе-теңдігін анықтайтын темпераменттің түрі биологиялық

алғышарт болып табылады және әлеуметтік шарттардың әсерінен қалыптасатын тұлғалық қасиеттердің биологиялық негізін құрайды.

Тұлғаның патологиялық патогенезінің қалыптасуында екі негізгі фактор ажыратылады:

1. Патологиялық реакциялардың бекітілуі (имитация, қарсыласу, пассивті және белсенді түрде бас тарту және т.б.) психологиялық жарақаттаушы жағдайға жауап ретінде анықталады;
2. Кері, жағымсыз үлгі көрсетудің нәтижесінде қозғыштық, ұстамсыздық, долдану сияқты патологиялық мінез-құлық ерекшеліктерінің «тәрбиеленуі».

### **Бақылау сұрақтар:**

1. Психикалық дизонтогенез түсінігінің анықтамасын беріңіз.
2. Психикалық дизонтогенез түсінігін алғаш рет қандай ғалым қолданды? Бұл түсінік алғашқыда қандай мағынада сипатталды?
3. Психикалық дизонтогенездің қандай заңдылықтары бар?
4. Психикалық дизонтогенез параметрлерін атаңыз және олардың мағынасын анықтап беріңіз?
5. Дизонтогенездің қандай түрлері бар?
6. Психикалық толық жетілмеуге қандай бұзылулар тән?
7. Психикалық толық жетілмеудің қандай дәрежелері ажыратылады?
8. Кешіккен психикалық дамуға сипаттама беріңіз.
9. Психикалық толық жетілмеу мен кешіккен психикалық дамудың ұқсастығы мен айырмашылықтарын анықтап беріңіз.
10. Дефицитарлық психикалық даму түрлеріне сипаттама беріңіз.
11. Зақымданған психикалық дамудың медициналық психологияда қандай үлгісі сипатталады?
12. Бұрмаланған психикалық даму кезінде қандай бұзылыстар орын алады?
13. Бұрмаланған психикалық дамудың қандай коррекциялық жолдары бар?
14. Дисгармониялық психикалық даму түріне сипаттама беріңіз.

### **Өзіндік жұмыс тапсырмалары:**

1. Психопатия мен акцентуацияның қалыптасуында отбасылық факторлардың рөлін анықтаңыз.
2. «Егде жастағы органикалық психикалық бұзылыстар» тақырыбына баяндама әзірлеңіз.
3. Балалар мен жасөспірімдер арасындағы суицидтік мінез-құлықтың себептері мен алдын алу жолдары.
4. Жүктілік пен босану кезінде психологиялық қолдау көрсетудің бағдарламасын дайындаңыз.

**Әдебиет тізімі:**

1. Кенжебаева Т.Б. Арнайы психология – Павлодар, 2011. – 111 б.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М.: Издательство Московского университета, 2001. – 103 с.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков - М., 2005. – 130 с.

## V ТАРАУ

### КЕЙБІР ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫ

#### 5.1 Психикалық аурулар туралы жалпы түсінік

Психикалық аурулар бас миының патологияларымен шартталатын және психикалық қызметтің бұзылуымен сипатталатын аурулар тобы. Психикалық аурулар қатарына жүріс-тұрыстың бұзылуы тән болатын (психоздар), қоршаған ортаны бейнелеудегі ауыр және дәрекі бұзылулары бар психикалық аурулар жатады. Сонымен қатар психикалық қызметтің жеңіл түрдегі өзгерістері бар (невроздар, психопатиялар, аффективті патологияның кейбір түрлері) аурулар да жатады.

Психикалық аурулардың пайда болуы ішкі (эндогендік) себептерге және сыртқы (экзогендік) себептерге байланысты. Эндогендік себептер басым жағдайларда конституционалдық-генетикалық факторларға байланысты. Бұл топ ауруларына шизофрения мен маниакалды-депрессивтік психоздар (МДП) жатады. Экзогендік ауруларға сыртқы орта себептеріне байланысты пайда болатын аурулар тобы жатады. Олардың қатарына бас миының органикалық зақымданулары себеп болатын аурулар, мысалы, алкогольдік психоздар, инфекциялық психоздар, сифилистік психоздар, жарақаттық эпилепсия және т.б., жатады.

Сондай-ақ көптеген аурулардың себебі ретінде тұқым қуалау факторын атауға да болады.

#### 5.2 Шизофрения

А.В. Снежневскийдің анықтауы бойынша, шизофрения – тұлғаның өзгеруімен және оның белгілі ақауларымен байланысты прогрессивті психикалық ауру. Әрине, бұл анықтама өте қысқа анықтамалардың бірі. Осыған қарамастан, аурудың негізгі белгілері анықтамада берілген. Бұл әлем бойынша кең таралған психикалық аурулардың бірі. Прогрессивті деген белгісі бұл аурудың созылмалы, ауырлығы бойынша үстемелеп өршіп отыратын белгісін білдіреді. Сондай-ақ бұл ауру қалайда тұлғаның өзгеруіне себеп болады.

А.В. Рустановичтің еңбектерінде шизофренияның келесі толық анықтамасы келтіріледі. Шизофрения – этиологиясы анықталмаған эндогендік созылмалы прогрессивтік психикалық ауру, ағымы үздіксіз немесе ұстамалы, психикалық қызметтердің диссоциативтілігі тән, сонымен қатар ойлау, сезімдер мен ерік арасындағы біртұтастығы жоғалған; сандырақ, галлюцинация, аффективті, кататониялық бұзылулар түріндегі өнімді психопатологиялық бұзылыстары кездесетін, өзіне тән

тұлғалық ақаулары жылдам немесе баяу қалыптасатын, сырттай интеллектісі сақтаулы болып көрінгеніне қарамастан, әлеуметтік бейімділігі мен еңбекке жарамдылығының тұрақты бұзылыстарына алып келетін дефицитарлық және негативті симптоматика түрінде көрініс беретін кемақылдық (психикалық белсенділіктің төмендеуі, эмоциялық топастық пен аутизм белгілерінің артуы) бар.

Шизофренияның этиологиясы бойынша бірнеше көзқарастар бар. Генетикалық концепцияларды ұстанатын зерттеушілердің ойынша, аурудың дамуына тұқым қуалау факторы (генетикалық) себін тигізеді. Жалпы популяцияда шизофренияның таралуы шамамен 1% болатын болса, онда:

- ата-анасының біреуі шизофрениямен ауыратын болса, баласының шизофренияға душар болу мүмкіндігі 15%-ға тең;
- егер баланың екі ата-анасы да шизофрениямен ауыратын болса, мұндай баланың шизофрениямен ауыру мүмкіндігі 25-50%-ға тең;
- егер монозиготты егіздердің біреуі шизофрениямен ауырған болса, екіншісінің шизофренияға шалдығу ықтималдығы 40-80%-ды құрайды.

Келтірілген бұл статистикалық мүмкіндіктер туралы мәліметтер негізінде генетикалық себептер шизофренияның толық себебі бола алады деген тұжырым жасай алмаймыз.

Биохимиялық (нейромедиаторлық) концепцияны ұстанатындардың ойынша, шизофренияның пайда болу себебіне бас миының құрылымында болатын нейромедиаторлық өзгерістер жатады. Бұл болжамдар клиникалық биохимиялық зерттеулер нәтижесінде жасалған. Ол зерттеулер бойынша ми құрылымында синтез және дофамин алмасуын ынталандыратын заттар шизофрения тектес бұзылулардың пайда болуына әкеліп соқтырады.

Нейроиммунологиялық (аутоиммундық) концепцияларға сәйкес, шизофрения кезінде бас миының нейрондарының қызметіне әсер ететін гематоэнцефалиттік тосқауылдар арқылы өтетін заттар пайда болады, осы құбылыстың нәтижесінде психотикалық күйлер қалыптасады. Осы салададағы көптеген зерттеулерге қарамастан, бұл концепцияның дәлелдеуші сипаты төмендеу.

Көпфакторлық теория барлық аталған теориялардың нәтижелерін жинақтап, біріктіре отырып ұсынылатын болжам. Бұл концепцияға сәйкес, генетикалық, яғни тұқым қуалаушы бейімділіктің негізінде науқастың ағзасында кенеттен немесе экзогендік факторлардың әсерінің салдарынан ми құрылымында иммундық статус өзгереді және ми құрылымында нейромедиаторлар алмасуын өзгертетін заттар пайда болады. Осы жинақтаушы суреттеменің негізінде психотикалық симптомдар пайда болады.

Шизофренияның клиникалық құрылымында негативті (өнімді емес) бұзылулар мен позитивті (өнімді) бұзылулар бар. Негативтік, өнімді емес, дефицитарлық бұзылуларға «жоғалу» симптоматикасы жатады. Мұндай бұзылулар кезінде сандырақтау, жабысқақ ойлар сияқты психопатологиялық құбылыстар кездеспейді, бірақ осы адамға тән болған психикалық күйлердің ыдырауы байқалады. Бұл топқа ойлаудың, эмоциялық аймақтың, еріктің және жалпы тұлғаның өзгерістері жатады.

**Негативтік (дефицитарлық) бұзылыстар:**

- ойлаудың құрылымдық бұзылулары (резонерлік, ойлаудың үзіктігі, біртұтастығының болмауы);
- эмоциялардың сапалық бұрмалану симптомдары;
- еріктің бұзылуы (амбиваленттілік, гипобулия, негативизм);
- тұлғалық бұзылулар (аутизм, «қуаттық потенциалдың күрт төмендеуі»).

**Позитивтік (өнімді) бұзылулар:**

- галлюцинаторлық-сандырақтық бұзылулар (паранойялық, паранойдтық, парафрендтік синдромдар);
- кататониялық бұзылулар;
- гебефрендтік бұзылулар;
- аффективтің-сандырақтық бұзылулар.

Негативтік бұзылулар аурудың негізін құрайды, ал позитивтік бұзылыстар қосымша симптомдарды құрайды.

Шизофренияның топтастырылуына келетін болсақ, бұл сұрақ бойынша да біржақты көзқарастар жоқ. Алайда, топтастырылудың бірнеше түрлерін ажыртуға болады.

**Шизофренияның топтастырылуы**

Аурудың ағымы (прогредиенттілігі) бойынша (А.В. Снежневский)		Аурудың ағымы негізінде клиникалық нұсқалары	Жетекші симптоматика
ауру ағымының сипаты негізінде ажыратылатын түрлері	Клиникалық түрлері		
Үздіксіз	жасөспірімдік ауыр қатерлі	Гебефрендтік	Негативтік және гебефрендтік бұзылулар
	төмен прогредиенттік	қарапайым	Негативтік бұзылулар
	орташа прогредиенттік	параноидтық	Негативтік және галлюцинациялық сандырақты бұзылулар

ұстамалы-прогредиенттік	галлюцинаторлық-сандырақтық ұстамалары бар		
	аффективтік сандырақтық ұстамалары бар		
кезеңдік (рекурренттік)	депрессивтік-деперсонализациялық ұстамалары бар	циркулярлық	Негативтік және аффективтік-сандырақтық бұзылулар
	шизоаффективтік		
	кататоникалық-онейроидтық	кататониялық	Негативтік және кататониялық бұзылулар
	фебрилдік (гипертоксиндік)	---	Кататониялық бұзылулар мен аутоинтоксикация құбылыстары

Позитивті симптомдар үздіксіз шизофрения кезінде белгілі кезекте үстемеленіп отырады:

- невроз тектес;
- аффективті;
- психопатия тектес;
- галлюцинаторлық (сәйкес сыртқы қоздырғышсыз жалған қабылдау);
- параноидтық сандырақ;
- сананың онейроидтық бұзылуы (фантастикалық бейнелер);
- парафрендік сандырақ;
- гебефрендік сандырақ;
- кататониялық сандырақ.

Ұстамалы шизофрения кезінде аталған кезектілік сақталмайды.

Шизофрениямен ауыратын адамдардың бойында эмоциялардың төмендеуі, апатия күйі, көңіл-күйдің төмендеуі байқалады. Науқас жақындарына, туған-туыстарына, қоршаған ортаға қатысты енжарлық білдіреді, қызығушылығын жоғалтады, эмоцияларды ажыратуға қабілетсіз болып қалады. Ерік процестерінің бұзылуы байқалады. Шизофрениямен ауыратын жартысынан астамы еңбекке жарамдылығын жоғалтады.

Шизофрения кезінде ойлаудың бұзылуы ерекше байқалады. Оларға түсініктер деңгейіндегі бұзылыстарға қарамастан, формалды-логикалық байланыстар аздап сақталуы мүмкін. Түсініктердің жоғалуы, жалпылаудың бұрмалануы байқалады.



Олар өткен өмір тәжірибесіне сүйене алмай қалады. Заттар мен құбылыстар арасындағы маңызды байланыстарды ажырата алмайды, бірақ заттардың кездейсоқ маңызды емес белгілерін ажыратады. Заттарды топтастыруға байланысты әдістемелердің тапсырмаларын орындағанда, өзінің қалауына, заттардың кездейсоқ белгілеріне сүйене отырып, бірнеше жауап береді, яғни заттарды маңызды белгілеріне қарап топтастырудан қиналады. Ойлаудың бастапқы бұзылуы «Пиктограмма» әдістемесі арқылы диагностикаланады. Мұнда ойлаудың талдау-жалпылау қызметі бұзылғанын анықтауға болады. Науқастар түсініктің мазмұнына сәйкес келмейтін бейнелерді таңдайды немесе мағынасыз заттар жинағын көрсетуі мүмкін. Ассоциативті эксперимент кезінде заттарды дыбысына қарай ұқсас таңдауы мүмкін. Жалпылау процесінің бұзылуына ойлаудың реттілігі мен сыншылдығының бұзылуы қатарласады.

### **5.3 Эпилепсия**

Эпилепсия – мезгіл сайын сананың, көңіл-күйдің бұзылуымен сипатталатын созылмалы психикалық ауру. Эпилепсияның этиологиясы толық анықталмаған ауру. Көптеген зерттеушілердің айтуынша, бұл аурудың пайда болуына тұқым қуалаушы фактор ерекше әсер етеді, сонымен қатар экзогендік факторлардың әсері де бар. Экзогендік факторларға мидың органикалық зақымдануы, олардың ішінде токсикологиялық-аллергиялық және жарақаттану факторлары аталады.

Әдетте эпилепсиямен адамдар 15 жасқа дейінгі аралықта ауырып қалады.

Эпилепсияның өзіне тән белгісі – тырысқақтық ұстама. Әдетте ұстама кенеттен басталады. Кейде ұстамаға дейін 1-2 күн бұрын бас ауруы, күй-жайының нашарлауы, мазасыздық сияқты алдын ала белгілері байқалады. Үлкен ұстама кезінде науқас есінен танып қалады, денесі мен аяқ-қолы кенеттен қатты тартырып қалады. Содан кейін клоникалық тартылулар басталады, ол денесінің, мойынының, аяқ-қолдарының күшті серпінді тартылу ретінде болады. Ұстама 3-4 минутқа созылады. Ұстамадан кейін шаршап, ұйқысы келеді. Ұстама кезінде көзі шамға реакция бермейді.

Ұстамаға дейін аура болуы мүмкін. Аура түрлі науқастарда түрлі сипатта өтеді. Алайда, бір науқаста аура стереотипті түрде болады. Аураның талдауынан психиатр жанама түрде мидың қай бөлігінде разряд болғанын айта алады. Аураның бірнеше түрі ажыратылады – сенсорлық, вегетативтік, моторлық, сөздік және сензитивтік. Ұстамалардың жиілігі әртүрлі болады. Олар күнделікті болуы мүмкін немесе жылына бір-екі ұстама ғана болуы мүмкін.

Осындай ұстамалардан басқа денесі тартылмайтын ұстамалар болуы мүмкін. Олар:

– Кіші ұстамалар кезінде бірнеше минутқа есінен тануы мүмкін, бірақ науқас бұл мезгілде құламайды;

– Сананың күңгірт күйі – сананың азын-аулақ күңгірттенуі болады, бағдарланудың жоғалуы, сандырақ, галлюцинация, иллюзиялар болады;

– Амбулаторлық автоматизм – сананың күңгірт күйінің негізінде науқас күрделі ретті әрекеттер жасай алады. Осы топқа сомнамбулизм жатады.

Эпилепсия кезінде осы ауруға тән тұлғалық өзгерістер орын алады. Олар әрекеттенуінің ауырлау болуы, барлық психикалық процестерінің баяу жүруі, майда белгілерге тым көп назар аударуы, ойлауының егжей-тегжейлігі, басты белгілер мен маңызды емес белгілерді ажырата алмау, дисфория, көңіл-күйдің аумалы-төкпелі өзгеріп отыруы, жиі ашулы-долданған күйде болуы сияқты белгілермен анықталады.

Аурудың нәтижесінде жаңа тәжірибені күнделікті өмірде қолданудан қиналады, аралас қабілеттерді қолдануы әлсіз, өткен шақтағы тәжірибесін қолдана алмайды. Аффект аймағында полярлық бар – аффективтік тұтқырлық пен эксплозивтілікке (жылдам шамданады, ұстамсыздық) дейін. Эпилепсиямен ауыратындардың біразы ренішті ұзақ мерзім бойы ұмыта алмайды, кек алуға ұмтылады. Киім киюде, үйдегі тәртіп сақтауда педантизм байқалады. Эпилептиктерге инфантилизм, ойларын білдіруде тым қарапайымдылық, діншілдік байқалады. Бұл науқастардың бет әлпетінде мимикалық белгілер тым аз білінеді, қимыл-қозғалыстары баяу немесе тіпті жоқ деуге болады. Патопсихологиялық диагностика кезінде эпилепсиямен ауыратын науқастардың ойлауы (динамикасы, операциялық жағы), есте сақтауы, зейіні, еңбекке немесе белгілі іске бейімділігі, зейінінің ауыспалығы диагностикаланады. Олардың ойлауында тұтқырлық байқалады. Сонымен қатар кез-келген зейіннің ауысуына арналған сынақтарды орындаудан қиналады. Шульте кестесін қолданғанда психикалық қызметтерінің қарқыны бәсеңдейді. Бір кестеден сандарды іздеп табуы 1,5-2,5 минут, кейде тіпті одан да артық уақытқа дейін созылуы мүмкін. Соған қарамастан шаршауы байқалмайды.

«Заттарды топтастыру», «Аналогиялар» әдістемелері бойынша заттардың басты және басты емес белгілерін ажыратудан қиналады. Сонымен қатар зейіні жиі нақты, маңызды емес белгілеріне шоғырланады. Заттарды бір топқа біріктіруден қиналады. Суреттерді сипаттағанда, мәтіндерді мазмұндағанда, сюжеттердің ретін анықтағанда, сюжеттердің белгілеріне тым көп назар аударады, ассоциацияларға көп тоқталады. Ассоциациялық экспериментте латентті (жасырын) кезеңнің ұзаруы анықталады, эхололиялық реакциялар жиі кездеседі, бір заттарды көп мәрте қайталай береді, ұстанымдарының инерттілігі білінеді.

Сөздік қорының тарылуына байланысты болмыстық жұрнағын қосып антонимдер жасап сөйлеуінде қолданады. Әсіресе, абракциялық

түсініктерді қолданғанда қатты байқалады. Ойлауы шаблонды, сөйлеу жылдамдығы баяу, ақыл үйрете отырып сөйлейді, ассоциациялары өте қарапайым, өзінің өмір тәжірибесін кте жоғары бағалауға ұмытылады.

Науқастар сюжеттерді әңгімелегенде өздерін де кейіпкер ретінде қосып отырады, әзілді түсінбейді, эгоцентристік көзқарастар танытады, сөздердің ауыспалы мағынасын түсінбейді. Науқастардың есте сақтауы нашарлайды, осыған сәйкес ойлауының жалпылауы да төмендейді.

#### **5.4 Невроздар<sup>9</sup>**

Невроздар «кіші психиатрия» саласына жатады. Бұл сала психотикалық күйі жоқ барлық ауруларды қарастырады. Бұл аурулардың қарқыны баяу және мерзімі қысқа. Сонымен қатар шекаралық күйлер анықтамасы да невроздарға қатысты қолданылады. Психопатияларға қарағанда невроздар кезінде тек тұлғалық қасиеттері ғана өзгеріске ұшырайды, өзінің ауруына сыншыл көзқарасы сақталады.

«Невроз» түсінігін медицинаға 1776 жылы Cullen енгізген. Сол кезде невроздар соматикалық аурулар қатарынан ажыратылып көрсетілген. Қазіргі кезде «невроз» түсінігінің мазмұны кеңейтілген.

Психологиядағы түрлі бағыттардың аясында невроздық құбылыстарға түрлі көзқарастар мен түсініктер айтылады. А.И. Струнов, Л.В. Кактурский сияқты зерттеушілердің көзқарасы бойынша, невротикалық құбылыстардың пайда болуы биологиялық шартталған белгілі патологиялық механизмдермен байланысты. Ал бихевиористердің ойынша, невроз дұрыс үйретудің болмаған салдарынан бқлек невротикалық реакцияларды құрайды. Олардың ойынша жалпы ауру жоқ, тек өздігінен пайда болатын симптомдар ғана бар.

Экзистенциалды бағыт психологтары неврозды ауру деп есептемейді, олар неврозды науқастың алшақтатылған болмысы ретінде қарастырады. Гуманистік психологияда неврозды өзіндік белсендірілу қажеттілігінің өтелмеген күйі деп қарастырады.

Кеңес дәуірінің ғалымы В.Н. Мясищевтің айтуынша, невроздың психогендік негізі бар. Психогенияның келесі белгілері ажыратылады:

1. Невроз науқастың тұлғасымен, тұлғаға әсер еткен белгілі бір жарақаттаушы факторлармен байланысты. Сонымен қатар осы психологиялық жарақаттаушы жағдайды өз бетімен шешуге науқастың дәрменсіз болуымен байланысты.

2. Невроздың пайда болуы мен ағымы патогендік жағдаймен және науқастың ішкі сезімдерімен біршама байланысты, яғни психологиялық жарақаттаушы жағдайдың өзгеруі мен науқастың күйінің арасындағы сәйкестікті байқауға болады.

---

<sup>9</sup> Пушкина Т.П. Медицинская психология – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2008. – 48 с.

3. Невроздың клиникалық көріністері мазмұны бойынша психологиялық жаракаттаушы жағдаймен және тұлғаның ішкі күйзелістік күйлерімен байланысты, аффективтік реакция түрінде байқала отырып, оның негізгі күшті және терең ұмтылыстарымен байланысты, белгілі бір күйлердегі патологиялық фиксация ретінде білінеді.

4. Емдік-дәрілік терапияға қарағанда, психотерапияның тиімділігі жоғары екендігі мойындалады.

Сонымен, В.Н. Мясищевтың анықтамасы бойынша, невроз психогендік (конфликтілік) жүйке жүйелік психикалық бұзылыс, невроз адамның ерекше маңызды өмірлік қатынастарының бұзылуымен байланысты және психопатологиялық құбылыссыз өзіне тән клиникалық феномендер арқылы байқалады.

В.Н. Мясищевтың көзқарасына сәйкес, неврозға келесі ерекшеліктер тән:

1. ұзақтығына қарамастан, невроз қайтымды патологиялық бұзылыс;
2. неврозға психогендік себеп тән;
3. құрылымындағы эмоциялық-аффективтік және соматикалық-вегетативтік құбылыстар жетекші орынға ие болатын клиникалық суреттемесінің ерекшелігі бар.

Қазіргі психологиялық ғылым мен практикада невроздардың бірнеше топтастырылуы бар, себебі невроздардың этиологиясы мен патогенезіне қатысты сұрақтар бойынша көптеген көзқарастар айтылған және олардың барлығын есепке ала отырып, біржақты ой жинақтамаған. Осыған қарамастан невроздардың барлық топтастырылуына қатысты ортақ белгілер бар, олар келесі:

- Этиологиялық: кінә сезімі, фрустрация, агрессия және сол сияқты құбылыстар;
- Ақпараттық: ақпараттың жетіспеушілігі немесе артық мөлшерде болуының әсер етуі;
- Жағдайлық немесе реактивтік;
- Генетикалық фактор бойынша конституционалдық және реактивтік;
- Қоршаған орта факторларының әсерінің төмендеуі немесе арту заңдылығына байланысты тұлғаның өзінің рөлі;
- Мамандық белгілері бойынша невроз түрлері ажыратылады, яғни басшылар неврозы, актерлар невроздары және сол сияқты түрлері де болады;
- Қоғам өмірінің түрлі маңызды жағдайларына – соғыс, эпидемиялық және т.б. - байланысты түрлері болады.

Осындай көптеген көзқарастардың болуына қарамастан невроздың негізгі үш классикалық формасы анықталған: неврастения, истерия және

жабысқақ күйлер неврозы (Г.К. Ушаков, А.А. Портнов, Д.Д. Федотов, Б.Д. Карвасарский, Н.К. Липкерт, А.М. Вейн және т.б.). енді невроздардың аталған түрлеріне жеке тоқталайық.

**Неврастения** – грек тілінен аударғанда *asthenos* - «әлсіздік», яғни жүйке жүйесінің әлсіздігі деген мағынаны білдіреді. И.П. Павлов пен А.Г. Иванов бұл аурудың үш кезеңін ажыратып берген:

1. Бірінші, бастапқы кезеңде белсенді тежелу бұзылады, оны қозғыштық пен тітіркенгіштік көріністерінен байқауға болады.

2. Өтпелі кезеңде қоздырушы процестердің лабилділігі орын алады, сонымен қатар тітіркендіргіш әлсіздік қосарланып отырады.

3. Соңғы кезеңде қорғаушы тежелу пайда болып дами бастайды, адамның бойында күшінің сарқылуы, шаршау, әлсіздік, ұйқылы күй, көңіл-күйінің төмендеуі байқалады.

А. Кемпинскийдің айтуынша, пайда болған әлсіздік үнемі шаршау, қажығандық сезімімен сипатталады. Науқас өзін ауыр жұмыстан кейін сияқты сезінеді немесе қатты ауырып тұрғандай, бірақ әлі өзінің күйін оңалғандай сезінбейтіндей етіп сипаттайды, ол үнемі бұлшық еттерінің ауыратынына шағымданады, әсіресе, белі ауыратынына, осы бұлшық еттерін қатып қалғандай сезінеді. Жүрек қағысының жоғары болуы, жыныстық аймағындағы бұзылыстар (мезгілінен бұрын эякуляция, ерлердің импотенциясы, әйелдердің аноргазмиясы).

Бас ауруы басты қысып тұрған шеңбердей сезіледі (неврастениялық дулыға), басының ішінде қатты қысым бардай сезіледі, немесе кейбір аурулардың сипаттамасы бойынша «басына мақта салынғандай», «шылдырлап су ағып тұрғандай» басындағы шуды сезетіндігін айтады.

Зейінін шоғырландыруда немесе есте сақтауда қиыншылықтар байқалады, бұл сипаттар психикалық қажудың, шаршаудың белгілері болып табылады. Олар өздерін таңертеңнен бастап, ұйқыдан шаршап тұрғандай сезінеді. Егер дені сау адам ұйықтағаннан кейін өзін тынығып қалғандай сезінетін болса, бұл науқастар түнгі ұйқыдан кейін тыныққандай болмайды. Осыған қарамастан кешке қарай олар өздерін тәуір сезіне бастайды. Науқастардың ұйқысы нашар, ұйқыға кету үшін біраз қиналады, төсекке жатқаннан кейін жылдам ұйықтап қала алмайды, ұйқысы мазасыз, жиі ояна береді, ұйқысы үстіртін, терең ұйқыға кетіп, тыныға алмайды, түрлі түстер көреді, түстері жиі қорқынышты болып, мазасын алады. Бұл науқастар жиі тітіркенеді, ашулы болады, өздерін әбден қажып тұрғандай сезінеді, кенеттен ыза кернеп, қатты ашуға булығыады.

Неврастениямен жиі басшылар ауырады. Олар өздерінің міндеттерін атқара алмайды, үнемі қысымда жүргендей сезінеді, мінездері мен көңіл-күйлері жиі шатынап тұрғандай болады, олар қарама-қайшы нұсқаулар мен тапсырмалар береді. Олардың жүйкесін кез келген заттар мен құбылыстар жұқартып тұратындай болады.

Неврастениктерге асығыстық пен іші пысу тән. Науқас «басқа әлемге кетіп қалғысы келетіндей» сезінеді, барлық қоршаған орта жағдайларын осылайша өткен шақта қалдыруға болатындай болып тұрады, олар өміріндегі жағдайлардан мүлдем қашып кеткісі келетіндей немесе барлығын қиратқысы келетіндей күйде болады. Неврастеник нақты уақытпен, нақты мезгілдегі жағдайлармен алысып жүргендей болады.

Асығыстық пен іші пысу қазіргі заманның белгілері болып табылады, сондықтан неврастения заманның қарқынды дамуымен байланысты пайда болған невроздың түрі секілді болып та анықталады. С.В. Цуладзе В.Н. Мясищевтің қатынастар теориясына сүйене отырып, неврастениянымен ауыратын адамдардың «Мен» кейпінің заттар мен басқа адамдарға қатынасының олармен қарым-қатынасының бұзылуы ретінде қарастырады.

**Истерия** – ерлерге қарағанда, әйел адамдарда жиі кездесетін невроз түрі. Истерияның өзіне тән бір құбылысы бар. Ол истериямен ауыратын адамдар кез келген аурудың симптомын айнытпай салатындығынан байқалады. Сол себептен истерияны кезінде Бабинский «ұлы симулянт» деп атаған. Истерия кезіндегі бастың ауруы тіпті бас миының ісігінен де қатты, жүрек ауруына тән болатын жүректің қатты қағысы мен эмоциялық қозғыштық истериямен ауыратын адамдарда одан да күшті болатындай. Сонымен қатар истерияға истериялық доға деп аталатын истериялық ұстама тән болады, ол эпислепсияға тән ұстамаға өте ұқсас.

Неврастенияның негізінде психогениялар жатыр, бұл аурудың пайда болуы эмоциялық факторлармен – науқастың жайсыз эмоциялық күйі, оның психологиялық жарақаттары мен конфликтілерімен – байланысты екендігі анықталған. Науқастың тәндік күйіне, ауырсынуына әсер ететін эмоциялық сипаттағы факторларды конверсия (conversia - бағыттаушы) деп атайды. Конверсия симптомдарында экстраверсиялық белгілер бар, олар сыртқы ортаға бағытталған болып табылады.

Истерия симптомдары қозғалыстық, сенсорлық және психикалық бұзылулар күйінде болады:

– Қозғалыстық симптомдар гиперкинез (түрлі серпінді қозғалыстар күйінде болады, «жазу спазмы» мұғалім адамдарда жиі кездеседі, селк ету, истериялық діріл, жабысқақ қозғалыс-қимылдар); қызметтік паралич (сал ауруы) күйінде анықталады.

– Сенсорлық сипмтомдар перцепцияның осы қызметінің төмендеуінен немесе жоғарылауынан байқалады. Төмендеуі ауыру реакциясының болмауы, истериялық соқырлық немесе саңыраулық ретінде білінеді, ал осы қызметтің жоғарылауы гиперстезия, басылмайтын ауыру, көру немесе естудің тым қатты сезілуі күйінде білінеді. Сондай-ақ сипап сезудің жоғалуы, қолы мен аяғының ұшын тым қатты сезінулері (яғни осы жерлердегі сезімталдықтың артуы күйінде білінеді), спастикалық көз жұму, аноргазм, дәм сезудің жоғалуы, кеңіреулік, бас ауруы («біз

қадағандай ауыру»), истериялық жүктілік, дауыстың жоғалуы сияқты симптомдар да болуы мүмкін.

– Психикалық симптомдар күшті қозған немесе үлкен апатия күйін білдіреді, бұл симптомдар тобына сонымен қатар жақсы есте сақтау қабілеті (гипермнезия) немесе есте сақтау қабілетінің жойылуы (амнезия), экстаздар, ұстамалар, истериялық қатып қалу, истериялық мелшиіп қалу (ступор), сананың күңгірт күйі (қашуға дайын тұру, өзін бір жануар сияқты сезініп, сол жануардың кейпіне түсу) симптомдары жатады.

Истериялық невроз бен истериялық психопатияны ажырату қажет. Истериялық психопатия кезінде тұлғалық қатынастар күшті білінеді, ол науқастардың әлеуметтік-этикалық жағынан қасиеттерінің төмендеуі едәуір байқалады. Мінездерінің истериялық қасиеттері бала кезінен айқындалады және теріс тәрбие берудің салдарынан жылдан-жылға күшейе түседі, сонымен қатар бұл қасиеттер психологиялық жарақаттаушы жағдайға тікелей немесе жанама байланысы болмаса да, түрлі қатынасы жоқ жағдайларда да байқала береді.

**Жабысқақ күйлер неврозы** – ананкастық невроз (ananke – «қажеттілік, фатум») ретінде анықталады. Невроздың бұл түрінің ерекшелігі болып адам бірдемеге мәжбүрленген күйде болғаны тән. Осы мәжбүрлеу күйіне адам қаншалықты қарсыласатын болса, соншалықты симптомдар еселеніп күшейе түседі. Адамның ерікті түрде жеңуге тырысуы ешқандай жауапсыз қалады немесе симптомдардың байқалуын күшейте түседі, мысалы, есікті жаптым немесе жаппадым, үтікті сөндірдім немесе сөндірмедім деген ой келетін болса, сол туралы мазасыздану, тыныштығын алатын ой тіреліп қалатындай болады). Науқастың бойынан белгілі бір тәртіпті сақтауға деген ұмтылыс байқалады. Сол тәртіптің немесе дәстүрлі болып қалған заттар мен әрекеттердің орындалу тәртібінің бұзылуы мазасыздық туындатады, ал сол тәртіп пен дәстүрлерді сақтау қорқыныштан сақтайтын тәрізді мазасыздығын төмендету қызметін атқарады. Қоғамдық ережелерді сақтау тенденциясы байқалады, егер сол ережелер сақталмайтын болса, кінә сезімі маза бермейді. Өзінің бойындағы қорқыныштарын төмендету үшін науқастар түрлі тұмарлар, сиқырлы сөздер және т.с.с. қорғаныстық дәстүрлерді қолданады.

Жабысқақ күйлер неврозы кезінде жабысқақ ойлар, жабысқақ әрекеттер, жабысқақ қорқыныштар (фобиялар) науқастың бойын билейді.

**Жабысқақ ойлардың** ешқандай эмоциялық сипаты болмауы мүмкін, олар сандарды қайталап санай беру, естіген сөздерді есінен шығара алмай, қайталап айта беру түрінде болуы мүмкін. Мысалы, анасының ойына баласын өлтіріп алу туралы ойы кіріп кетсе, немесе құдайға қатты сенетін адамның ойына құдайға қарсы сөздер айтып, балағаттау туралы ой келген болса, сол ойлар мазаларын алып, есінен шықпай, айналшықтап келе беретіндей болады. Мұндай жабысқақ ойлар басым жағдайларда экзистенциялық мағынада болады. Мен барлығын дұрыс орындадым ба,

әлде жаңылыстым ба, мен кіммін, мен не үшін өмір сүріп жүрмін деген сияқты сипатта болады. Сонымен қатар өзі де, қоршаған ортаның барлығы да өзгеріп кеткендей қабылданатын дереализация құбылысы және санасының өзгерген, өзінің «Мен» сезімі мен күйі өзгеруі тән болатын деперсонализация күйі де жабысқақ ойларға тән болады.

**Жабысқақ қимыл-әрекеттер** – сана мен ерікке бағынбайтын стереотиптік қимыл-әрекеттер. Мысалы, мезгіл сайын қол жуа беру, қайта-қайта киініп-шешіне беру, белгілі бір әрекеттерді белгілі мәрте қайталау және тағы сол сияқты қимыл-әрекеттер. Мұндай жабысқақ қимыл-әрекеттердің мақсаты – қоршаған ортадағы немесе өз өміріндегі зұлымдықты жою. Науқастар, әрине, олардың жүріс-тұрыстары орынсыз, басқаларға күлкілі, тіпті мазақты болып көрінетіндігін түсінеді, бірақ осы қимыл-әрекеттерді орындаудан бас тартуға немесе тоқтатуға шамасы келмейді.

**Жабысқақ қорқыныштардың** (фобиялар) түрлері өте көп. Қазіргі заманда психологиялық ғылымда олардың анықталған және сипатталған, қабылданған атаулары бар 200-ден астам түрлері белгілі. Олардың ішінде ең кең таралған түрлеріне келесі жатады.

**Клаустрофобия** – жабық немесе тұйықталған кеңістіктерден қорқу, мысалы, бұл науқастар көп қабатты үйлерде жоғары қабатқа көтерілу керек болған жағдайда, лифт қолданудан қорқып, жаяу барады, отырған бөлмесінің есігін ашып қойып отырады.

**Агорафобия** – ашық алаңдардан қорқу. Мұндай фобиясы бар адамдар кең және ашық алаңдарды кесіп өтуден қиналады, басқа жол іздеп, өздерін шаршатады.

**Эрейтофобия** – бөтен адамдар алдында қызарып кетуден қорқу. Сол себептен олар тек таңдаулы адамдар арасында ғана қарым-қатынасқа түсуге мәжбүр болады, олардың жаңа ортаға енуі, ал сол танымайтын ортаның алдына шығуы тіпті қиналтатын жағдай ретінде болады.

Сонымен қатар биологиялық, психологиялық өлім алдындағы қорқыныш, ластанудан қорқу, өткір заттардан қорқу сияқты түрлері де кең таралған. Олар осы қорқыныштарды тудыратын заттарға тура қарай алмайды, тіпті сол туралы ойлары да, егер есіне түсіп кеткен жағдай болса, мазасын алуы мүмкін. Мұндай қорқыныштардың пайда болуының түрлі алғышарттары бар, оларға жыныстық қатынастардың қанағаттандырылмауы, жасырын агрессия, аморальды жат қылықтар жатады.

**Жүйкелік анорексия.** Соңғы жылдары жасөспірімдер мен жас келіншектер арасында кеңінен таралған невроздың тағы бір түрі жайлы айта кеткен жөн. Ол жүйкелік анорексия. Анорексия сөзі грек тілінен аударғанда тәбет немесе сол тәбетті теріске шығару деген мағынаны білдіреді. Науқастардың бойында әдетте ешқандай соматикалық аурулар болмайды, бірақ кенеттен олар өздерін толықпын деген ойға келіп, немесе



сондай сөздерді естіп алып, тамақтан бірден бас тартып, өздерін тіпті қатты әлсіретуге дейін, өлімге дейін апаратын күйге жеткізеді. Жас ағзаның тамақпен қоса қоректенуі тоқтағаннан кейін, әрине, түрлі салдарлары пайда бола бастайды. Ол салдарлар терінің құрғауы, гипотония, зат алмасуының бәсеңдеуі немесе тіпті бұзылуы, эндокриндік жүйедегі алмасу процестерінің бұзылуы ретінде байқалады.

### **Бақылау сұрақтар:**

1. Психикалық аурулардың анықтамасын беріңіз және олардың топтастырылу негіздемесі қандай?
2. Шизофрения ауруының ерекшеліктерін сипаттаңыз.
3. Шизофрения ауруының даму сатыларына қандай өзгерістер тән?
4. Эпилепсия ауруының этиологиясы қандай?
5. Эпилепсия ауруына таным процестерінің қандай өзгерістері тән?
6. Невроз ауруының басқа психикалық аурулармен салыстырмалы түрде қарастырғанда қандай ерекшеліктері бар?
7. Балаларға тән невроздардың қандай түрлері бар?
8. Невроздардың қандай түрлері ажыратылады?

### **Өзіндік жұмыс тапсырмалары:**

1. Шизофрения ауруы кезінде қолданылатын таным процестерінің, тұлғалық өзгерістердің, эмоциялық-еріктік аймағының диагностикасына аналған әдістемелер жинағын дайындаңыз.
2. Эпилепсия ауруы кезіндегі тұлғалық ерекшеліктер мен танымдық процестердің диагностикасының бағдарламасын дайындаңыз.
3. «Невроз психотерапиясының бағыттары» тақырыбына баяндама дайындаңыз.

### **Әдебиет тізімі:**

1. Пушкина Т.П. Медицинская психология – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2008. – 48 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология - М.: МЕДпресс, 2011. – 592 с.
3. Клиническая психология. Под редакцией Перре М., Баумана У.- СПб, 2009. – 965 с.
4. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1986. – 86 с.
5. Хрестоматия по медицинской психологии / Составитель Сапарова И.А. - А., 2004. – 90 с.

## VI ТАРАУ

### ПСИХИКАЛЫҚ ІС-ӘРЕКЕТТІҢ БҰЗЫЛУЫ

#### 6.1 Сананың бұзылуы

Сананың бұзылуына қатысты көзқарастар алуан түрлі болып келеді. Медицина саласында сананың бұзылуы туралы түсініктер философиялық және психологиялық көзқарастарға сүйенбейді. Нақты мағынада айтқанда сана – адамның болмысты бейнелеуі, әлеуметтік қабылданған түрде бейнелеу анықталады. Сананың пайда болуы еңбектің пайда болуымен байланыстырылады.

Психологияда С.Л. Рубинштейн сана мәселесіне ерекше назар аударған. Сана – объективті болмысты субъектінің саналау, сезіну үрдісі. Сана мен іс-әрекеттің байланысы туралы мәселені А.Н. Леонтьев өз еңбектерінде қарастырған болатын. Іс-әрекет өнімінде бейне емес, заттық мағына берілген деп түсіндірген.

Психиатрияда сананы бұзылуы жағынан қарастырады. Сондықтан психикалық бұзылулар мен сананың бұзылуы ажыратылуы тиісті. К. Ясперстың ойынша, сана түрлі психикалық феномендер ауысып отыратын тұспал ретінде қарастырылуы керек. Осыған сәйкес сананың бұзылуы түрлі психикалық ауруларға сәйкес түрлі болып бұзылады. Мысалы, кейбір, ауру тарихында сананың анық болуына қарамастан, сандырақты, немесе ойлаудың бұзылуын көруге болады.

К. Ясперстің енгізген сананың анық күйі немесе сақтаулы күйі және қарауытқан күйі психиатриядағы сананың белгілерін анықтау үшін қолданылады. Сананың қарауытқан күйінің келесі белгілері беріледі:

1. уақыт, орын мен жағдайдағы бағыттылықтың жоғалуы;
2. қоршаған ортаны нақты қабылдаудың болмауы;
3. ойлау байланыссыздығының түрлі дәрежесі;
4. болған жағдайларды еске түсіру мен субъективтік ауырсыну құбылыстарын еске түсіруден қиналу.

Сананың қарауытқан күйін анықтау үшін жоғарыда аталған барлық белгілердің жиынтығын анықтау қажет. Бір немесе бірнеше белгінің ғана болуы сананың қарауытқандығы туралы қорытынды жасауға негіз бола алмайды.

Психиатрияда сананың бұзылуының бірнеше түрін ажыратады.

**Сананың есеңгіреген күйі.** Сананың бұзылуының кең таралған түрі болып табылады, ол орталық жүйке жүйесінің кенеттен жарақаттануы кезінде, яғни инфекциялық аурулар, улану, бас сүйегінің жарақаттары кезінде кездесетін сананың бұзылуы.

Сананың есеңгіреген күйіне барлық сыртқы тітіркендіргіштерді қабылдау табалдырығы күрт жоғарылайды және науқастың сыртқы

заттарды баламалауы (ассоциация құруы) қиыншылық туындатады. Науқас сұрақтарға ұйқылы-ояу тұрғандай жауап береді, егер сұрақтың мағынасы күрделі болса, жауап бере алмай қалады. Қимыл-қозғалыстары баяулайды, үндемей қалады, сыртқы ортаға енжар қатынасын білдіреді. Жылдам ұйқыға кетеді. Сыртқы ортадағы бағдарлануы толық емес немесе тіпті бағдарлана алмайды. Сананың есеңгіреген күйі бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін созылуы мүмкін.

**Сананың делириозды күйі.** Сананың бұл күйі есеңгіреген күйден айрықша. Сыртқы ортада бағдарлану мұнда да бұзылған болады, алайда ол бұл қабілеттің әлсіреуінен емес, жарқын және анық елестетулердің пайда болуынан, естеліктердің бірінен соң бірі үздіксіз пайда болып тұруынан байқалады. Бағдардың қарапайым жоғалуы емес, оның уақыт пен кеңістіктегі жалған болуымен сипатталады.

Сананың делириоздық бұзылуы кезінде өтпелі, кейде тұрақты иллюзиялар мен галлюцинациялар, сандырақтар пайда болады. Сананың есеңгіреген күйіне қарағанда, бұл науқастар делириозды күйде сөзшең болады. Делирий өршіген сайын сезімдерінің алдамшылығы сахнадағыдай болады: мимикасы сахнада болып жатқан қойылымды тамашалап отырған көрерменнің мимикасындай болады. Түр келбеті біресе мазасыздықты, біресе қуанышты, біресе қызығушылықты білдіреді. Делириозды күйдегі науқастар жиі күшті қозғыш күйде болады. Әдетте, түнге қарай делирий күшейе түседі. Сананың делириозды күйі бас миының органикалық жарақаттануы кезінде жарақаттар немесе инфекциялардан кейін болады.

**Сананың онейроидты күйі.** Сананың бұзылуының бұл түрін алғаш рет Майер-Гросс сипаттаған. Мұнда нақты сыртқы ортаның бейнеленуі мен санада пайда болатын анық, сезімдерге толы фантастикалық елестермен аралас келеді. Яғни нақты орта мен фантастикалық, ойдан шығарылған, қияли орта қатар жүргендей болып көрінеді. Науқастар планетааралық саяхаттарға «барады», «Марс планетасының тұрғындарының арасында болып қайтады». Кейде науқастың фантастикалық саяхаты тоқтап, бірақ өзіне байқаусыз санасында барлық бұрынғы тәжірибесі, барлық оқығаны-көргені-естігені жаңадан фантазия күйінде қайтадан жандана бастайды.

Науқас сол мезгілде өзінің психиатриялық клиникада екендігін, онымен дәрігердің сөйлескенін айтады. Қиял мен нақты жағдай бір-бірімен тығыз байланыста, шиеленісте бейнеленеді. К. Ясперс сананың бұл күйін сипаттай отырып, кейбір нақты жағдайлар фантастикалық жағдайлардың санасында қалатындай деп сипаттаған болатын, сананың онейроидты күйіне өзіндік сананың терең бұзылуы тән деп анықтаған. Науқастар тек қана бағдарын жоғалтып қоймайды, олар қоршаған ортаға фантастикалық түсіндірме береді.

Егер сананың делириозды бұзылуы кезінде кейбір элементтер, жалпы жағдайлардың кейбір жақтары еске түсірілетін болса, ал онейроидты күй

кезінде науқастар ештеңені естеріне түсіре алмайды, олар тек өздерінің қиялдарын ғана естеріне түсіре алады.

**Сананың қарауытқан күйі.** Бұл синдром қаншалықты кенеттен, қысқа мерзімге басталса, соншалықты кенеттен, жылдам аяқталуы мүмкін, сондықтан бұл күйді транзиторлық, өтпелі деп атайды.

Сананың қарауытқан күйі кенеттен басталған ұстама ретінде болып терең ұйқыға кетумен аяқталады. Сананың қарауытқан күйінің негізгі белгісі – кейінгі амнезия. Сананың қарауытқан күйі туралы ешқандай естелік қалмайды. Осыған қарамастан науқастар осы күйде бола тұра, өздеріне тән, үйреншікті қимыл-әрекеттерді орындай алады, яғни олар алдында қандай зат жатқанына қарамастан, оны турай бастауы мүмкін. Сананың қарауытқан күйі кезінде сандырақ пен галлюцинация жиі болады. Сол сандырақтың әсерінен науқастар қауіпті әрекеттер жасауы мүмкін.

Сандырақсыз, галлюцинациясыз және эмоциясыз өтетін сананың қарауытқан күйін «амбулаторлық автоматизм» деп атайды. Санасының мұндай бұзылуы бар науқастар білгілі бір мақсатпен үйден шығып, кенеттен және өздері үшін де түсініксіз себеппен қаланың басқа шетінен шығуы мүмкін. Осындай бейсаналық саяхаты кезінде ол механикалық түрде жолдан өтеді, көлікке отырады және сырттан қарағанда өзінің ойына терең үңіліп келе жатқан адам сияқты болып көрінеді.

Сананың өте қысқа қарауытқан күйін «абсанс» деп атайды.

**Жалған деменция.** Сананың қарауытқан күйінің бір түрі болып жалған деменция аталады. Ол орталық жүйке жүйесінің ауыр деструктивтік өзгерістері мен реактивтік күйлері кезінде болады. Бұл күйге ой өрісінің өрбуінің кенеттен бұзылуы, интеллектуалдық-мнестикалық бұзылулар тән. Науқастар заттардың аталуын ұмытады, бағдарларын жоғалтады, сыртқы тітіркендіргіштерді қабылдауда қиналады. Жаңа байланыстардың пайда болуы қиыншылық туындатады, кейде тіпті қабылдаудың иллюзиялық жалғандығы орын алады, қимылдық тынышсыздықпен қатар тұрақсыз галлюцинациялар пайда болады.

Науқас апатиялық күйде болады, эмоциялық реакциялары бәсең, әлсіз болады. Жүріс-тұрыстары әдейі ерсіленіп жасап отырған баланың қылығындай болып көрінеді. Мысалы, ересек науқас қанша саусағың бар деген сұраққа жауап беру үшін аяғындағы саусақтарын санай бастауы мүмкін.

Біз сананың бұзылуының бірнеше негізгі түрлеріне ғана тоқталдық, клиникада олардың түрлері әлдеқайда көп.

Сананың бұзылуымен қатар клиникада қоршаған ортаның бейнеленуінің бұзылуы ретінде өзін танудың бұзылуының түрі ажыратылады, ол – деперсонализация.

**Деперсонализация.** Бұзылудың бұл түріне адамның өзінің ойларын, аффектілерін, сезімдерін, «Мен» түсінігін бөтен, басқа адамдікі сияқты сезінуінде және қабылдауында. Деперсонализацияның жеке көрінісі болып

«дене кестесінің» бұзылуы табылады, яғни өзінің денесінің негізгі қасиеттері мен қызмет әдістерінің санадағы бейнеленуінің бұзылуы. Мұндай бұзылулар шизофрения, эпилепсия аурулары кезінде және бассүйек жарақаттарынан кейін болуы мүмкін.

Бұл құбылыстың жалпы табиғаты туралы сұраққа жауапты И.М.Сеченев берген. Дененің қозғалысы мен қабылдауындағы бұлшық ет сезімдерінің маңыздылығы жайында ерекше айта отырып, әйгілі ғалым И.М. Сеченев сонымен қатар «қара», ішкі ағза тарапынан болатын анықталмаған сезімдердің бар екендігі жөнінде айтқан. Ол сезімдер біздің «Мен» түсінігіміздің сезімдік астарын құрайды және өзін өзі түйсінудің негізі болып табылады деп түсіндірген. «Қара» интерорецептивті түйсіктер өзінің тұрақтылығы мен бірқалыптылығына және субъектінің белсенділігінің сыртқа бағытталуының индукциялық тежелуіне байланысты әдетте саналы түрде сезілмейді, бірақ барлық психикалық іс-әрекеттің қалыпты ағымы үшін қажет астар болып табылады. Осы түйсіктің негізінде бала даму барысында өзін қоршаған ортада анықтауды үйренеді. Дені сау адамға өзінің денесі мен психикалық күйлерінің өзінікі екендігін дәлелдеу қажет емес. Кейбір патологиялық жағдайларда осы өзін өзі сезіну астары бұзылады, сондықтан өзінің ойлары, сезімдері, әрекеттері адамға ұғындырылған бөтен сезімдер сияқты көрінуі мүмкін.

Қазіргі замандағы деперсонализация мәселесімен айналысатын ғалым А.А. Меграбян психопатологиялық құбылыстың бұл түсіндірілуін жеткіліксіз деп тапты. Ол бұл құбылысты ерекше «гностикалық сезімдердің», яғни қалыпты жағдайда психикалық көріністерді бейнелеу компоненттерімен байланысты жүйелі автоматтандырылған сезімдердің бұзылуымен байланысты деп көрсетті.

А.А. Меграбян бойынша, гностикалық сезімдердің келесі қасиеттері бар:

- 1) зат пен сөз туралы алғашқы білімді нақты-сезімдік түрде жалпылайды;
- 2) психикалық процестердің біздің «Мен» түсінігімізге сезімдік тәуелділігін қамтамасыз етеді;
- 3) оның құрамына бейнелеудің эмоциялық түрленуі енеді.

Таным мен өзін өзі танудағы гностикалық сезімдердің маңызы психикалық бөтенсу құбылыстарын тудыратын патологиялық жағдайларда ерекше байқалады. Гностикалық сезімдердің бұзылуы тек қана өзін өзі танудың бұзылуына әкеліп соқтырмайды, ол сонымен қатар тұлғалық өзгерістерге әкеледі. Бұл құбылыс В.И. Белозерцеваның жұмысында көрсетілген. В.М. Бехтерев мектебінің жұмыстарына сүйене отырып, автор келесі көріністі сипаттаған: науқас адамның миы бейнелеудің барысында өзгерген күйдегі өзін өзі сезінуі субъект үшін жаңа іс-әрекетті тудырады, ол өзін өзі қабылдау іс-әрекеті. Бұл іс-әрекет науқастың тұрақты белгісіз сезімдерімен және олардың ерекше маңызымен байланысты болып, адам

үшін ерекше мәнге ие болады да оның басқа іс-әрекет түрлерінің арасында негізгі болып анықталады. Науқас өзінің бұрынғы істерін ысырып қойып, өзінің өзгеше қалпынан басқа және оның пайда болу себебінен басқа ештеңе ойлай алмайтын болады.

Көптеген ауру тарихтарының негізінде көрсетілгендей, науқастың өзінің өзгерген өзін өзі қабылдауын түсінудегі талпынысы оны науқасты өз қалпының сандырақты түсініктеріне әкеліп соқтырады. Өзіне әсер ететін «жауларды» іздеу барысында, олар маңайындағы адамдардың әрекеттерін бақылайды, олармен қарым-қатынасын талдайды, өзінің гипноздық күйінен арылу үшін әрекет жасайды және өзінің күйі мен «жауларының» әрекеттерін қайтадан талдайды.

Осы іс-әрекетті және адамдармен қарым-қатынасын талдау барысында сандырақтардың психикаға ықпалы жаңа мәліметтермен толықтырылып, ортаны қабылдауы өзгере түседі. Осының нәтижесінде қарым-қатынас өзгеріп, тұлғалық өзгерістер ұлғая түседі.

Егер дені сау адамның өзін өзі сезінуі оның тұлғалық мінездемесіне және қоғамдық қатынастар жүйесіндегі өзінің өзін сезінуіне қатынасы болмаса, ал науқас адамда бұрын болмаған өзін-өзі қабылдау іс-әрекеті алдыңғы қатарға шығады. Ол тұлғаның еркіне бағынбай, ерекше маңызды болады. Негізгі мотивтің мақсатқа ығысуы болады, дені сау адамға тән іс-әрекеттің ағзасына тәуелсіздігі бұзылады. Патологиялық жағдайда биологиялық мән маңызды рөлге ие болады.

Әрине, бұл биологиялық фактор ретіндегі ауру тұлғаның мотивтері мен іс-әрекет қатынастарының өзгерісін анықтайды дегенді білдірмейді. Өзін өзі қабылдау іс-әрекетінің мотиві өзінің психикалық күйінің өзгергенін сезінумен, осы сезімге деген белсенді қатынаспен анықталады. Сонымен, ауру тұлғаның бұзылуына тікелей әсер етпейді, ол адамның әлеуметтік дамуы барысында иемденген іс-әрекеті арқылы әсер етеді.

Қорыта келгенде, тұлғаның патологиялық өзгерістері, оның өзін өзі қабылдауы қалыпты даму сияқты, онтогенезде, субъектінің практикалық іс-әрекеті барысында, нақты қарым-қатынастың қайта құрылуында болады. Нақты жағдайда басқа адамдар арасындағы өзінің орнын анықтауына қатынасты сандырақты түсіндіруімен байланысты патологиялық өзгеріс болып табылады.

## **6.2 Таным процестерінің бұзылуы**

### **Қабылдаудың бұзылуы.**

Қабылдау түйсінумен салыстырғанда тұтастықты сипаттайтын және нақты осы мезгілде сезім мүшелеріне әсер етіп тұрған заттар мен құбылыстардың бейнеленуі.

Қабылдаудың бұзылуы түрлі психикалық аурулар кезінде түрлі себепті және түрлі формада болады. Бас миының ошақты зақымдануы кезінде келесі түрлері ажыратылады:

1. Қарапайым және сенсорлық бұзылулар (биіктікті, түсті қабылдаудың және т.б. бұзылуы). Бұл бұзылулар анализаторлық жүйелердің қыртыс асты зақымдауларымен шартталады.

2. Күрделі гностикалық бұзылулар, олар заттарды, кеңістік қатынастығын қабылдаудың бұзылуымен сипатталады. Бұл бұзылулар мидың қыртыс зақымдауларымен шартталады.

Гностикалық бұзылулар анализатордың зақымдануына байланысты, олар көру, есту және тактильді агнозиялар болып анықталады.

Агнозиялар – заттарды, құбылыстарды, өз денесінің бөліктерін танудың бұзылуы, сонымен қатар сыртқы ортаны саналауының және өзіндік санасының сақтаулы болып қалуы анықталады.

Көру агнозияларының түрлері:

1. Заттық агнозия кезінде науқастар заттар мен олардың суретін танымайды;

2. Түс пен шрифт агнозиясы;

3. Оптикалық-кеңістік агнозиясы кезінде суреттің кеңістіктегі сапасын білдіретін символикасын тануы бұзылады, яғни объектінің кеңістіктегі белгілерін ажырату қиындайды, науқастар объектінің алыста-жақында орналасқанын, оның үлкен-кіші екендігін, жоғарыда-төменде орналасқанын ажырата алмайды.

Гностикалық есту бұзылулары кезінде дыбыстарды ажырату және сөйлеуді түсіну қабілеті бұзылады. Есту галлюцинациялары болуы мүмкін.

Тактильдік агнозиялар – заттарды ұстаған кезде оларды ажырата алмау. Мұндай агнозиялар мидың белгілі қыртыс аймақтары зақымданған кезде (энцефалит, ісіктер және т.б.) және нейродинамикалық бұзылулар кезінде болады.

Көру агнозиясы бас миының органикалық зақымдануы кезінде кездеседі. Олар заттардың бөлек белгілері мен қасиеттерін қабылдайды, затты толық қабылдау үшін оның синтезі мен жалпылануы қиынға соғады.

Деменция кезінде жалған агнозиялар кездеседі. Бұл жағдайда форма және құрылым агнозиясы болады, яғни қабылдаудың мағыналылығы мен жалпылануы бұзылады.

Неврозбен ауыратын адамдардың ауыруды сезінуі бұзылады. Оларда жиі ауыру сезімінің төмендеуі емес, керісінше, жоғарылауы анықталады. Олардың сипаттамалары бойынша, ауыруды күту, ауырудан қорқу ерекше мәнге ие болады. Б.Д. Карвасарскийдің ойынша, психогендік ауырулар туралы айтылатын болса, материалдық негізі жоқ ауыру кезінде, ауырудың өзі болмайды. Әрине, емдеудің дұрыс әдісін таңдау үшін сенсорлық және эмоциялық құрылымдардың өзара қатынастығын анықтап алу қажет, себебі бұл қатынастық дәрі-дәрмектік немесе психотерапиялық әдістің

басым немесе негізгі әдіс ретінде қабылданатыны үшін маңызды болып табылады.

Қабылдаудың бұзылуы кезінде тұлғалық факторға үлкен маңыздылық беріледі. Неврозбен ауыратын адамдар стимулдық материалды түсініп айтудан қиындық көреді. Берілген материалдармен танысуға ұзақ мерзімді қажет етеді, себебі көптеген бейнелер эмоциялық маңызды болып табылады.

Шизофрениямен ауыратын адамдардың заттарды тануының қиыншылықтары апатиялық-абулиялық синдромдарымен және эмоциялық амбиваленттілігімен байланысты.

Қозғыш психопатия кезінде эмоциялық тонус жоғарылауымен қатар сезімталдық жоғарылайды. Тежелген психопатия кезінде эмоциялық тонустың жоғарылауы кезінде сезімталдықтың төмендеуі анықталады. Реактивті депрессия кезінде клиникалық суреттемеге байланысты қабылдаудың бұзылуы түрлі болып келеді:

1. Депрессивтік-параноидтық синдром кезінде – қабылдаудың аффективтік бұрмалануы байқалады;
2. Астеникалық-депрессивтік синдром кезінде – қабылдаудың үзікті болуымен қатар зейіннің шоғырлануы мен ауысуы қиындайды;
3. Истериялық-депрессивтік синдром кезінде – қабылдауға сенгіштік тән, сондықтан жалған агнозиялар байқалады.

### **Естің бұзылуы.**

Естің бұзылуын зерттеу кезінде келесі сұрақтарға назар аударған маңызды болып табылады:

1. Мнестикалық іс-әрекеттің құрылымы мәселесі;
2. Мнестикалық процесс динамикасы туралы сұрақ;
3. Естің мотивациялық компоненті туралы сұрақ.

**Корсаков синдромы.** Есте сақтаудың бұзылуының бұл түрінде ағымды жағдайларды есте сақтау бұзылады, сонымен қатар өткен шақ жағдайлары есте сақталады. Бұл синдромды алғашқы болып С.С. Корсаков ауыр алкогольдік интоксикациясы бар науқастардың бойынан байқап сипаттаған болатын. Есте сақтаудың бұл бұзылуы ағымды жағдайларға қатысты конфабуляциямен және орын мен уақыттағы бағдарланудың бұзылуымен қатарласады.

Кейін корсаковский синдромы бас миының алкогольдік емес сипаттағы басқа диффуздық зақымданулары мен ми жүйелерінің органикалық зақымданулары кезінде де анықталған. Бұл науқастар таяуда болған жағдайларды ұмытып қалады, алайда, көп жыл бұрын болған жағдайларды мүдірмей естеріне түсіріп әңгімелеп бере алады. Олар мектепте оқып жүрген кезіндегі және балалық шағындағы жағдайларды, қоғамдық жағдайларды естіне түсіре алады, ал бүгін тамақтанғаны немесе кеше туыстары келгені туралы есіне түсіре алмайды.



А.Р. Лурия, В.А. Гиляровский сияқты ғалымдар корсаковский синдромын сананың бұзылуымен байланыстырады. А.С. Шмарьян кеңістік пен уақыт гнозисінің бұзылуын корсаков тәріздес амнестикалық синдромын құраушы механизм ретінде қарастыру керек екендігіне назар аударған болатын.

**Прогрессивтік амнезия.** Естің бұзылуы жиі ағымды жағдайларды есте сақтаудың қиындығына ғана қатысты болмайды, кейбір науқастар өткен жағдайларды ұмытып қалады, оларды қазіргі кездегі жағдайлармен шатастырады, жағдайлардың хронологиялық тәртібінен жаңылысады, уақыт пен кеңістіктегі бағдарлауларының жоғалуы анықталады. Мұндай амнестикалық бұзылулар кезінде науқастар өздерінің өткен шақтағы кәсіби дағдыларын ұмытпайды. Естің мұндай бұзылулары есейген шақтағы психикалық ауруларға тән болады, олардың негізінде бас миы қыртысының сапалы деструкциясы жатыр. Клиникалық тұрғыдан ауруға естің прогрессивтік бұзылуы тән: алдымен ағымды жағдайларды есте сақтау бұзылады, кейіннен соңғы жылдары болған жағдайлар естен жойылады, содан кейін бұрын болған жағдайлар біртіндеп жойыла бастайды. Сонымен қатар науқастың санасында алыс өткен шақтағы жағдайлар ерекше маңыздылыққа ие болады. Ол нақты қазіргі шақта өмір сүрмейді, ол баяғы өткен шақта, сол шақтың үзік-үзік жағдайларында өмір сүріп келе жатқандай болады. Мұндай қоршаған ортада ғана емес, сонымен ұатар өз тұлғасындағы, жақын адамдары арасындағы бағдарланудың терең бұзылуы кәрілік кемақылдық кезінде біртіндеп дами бастайды.

Естің мұндай бұзылуына «өткен шақта өмір сүру» тән. Бұл құбылыстың негізінде бас миы қыртысының диффуздық, біркелкі ағымда болатын атрофиялық процесі тән.

**Мнестикалық процестердің динамикасының бұзылуы.** Жоғарыда сипатталған бұзылуларға тұрақты сипат тән. Басқа жағдайларда есте сақтаудың динамикасы бұзылуы мүмкін. Науқастар бір мезгіл барысында материалды жақсы есте сақтай алады, алайда, шамалы уақыт өткеннен кейін осы материалды есте сақтай алмай қалады. Алдыңғы қатарға мнестикалық қызметтің толқымалы сипаты шығады. Егер науқасқа 10 сөз жаттауға ұсынылатын болса, ол екінші немесе үшінші қайталағаннан кейін 6-7 сөз есіне түсіріп, бесінші қайталағаннан кейін тек 3 сөз, ал алтыншы қайталаудан кейін қайтадан 6-8 сөз есіне түсіруі мүмкін.

Мұндай науқастарға қатысты «науқастың есте сақтауы төмендеді» немесе «науқастың есте сақтауы бұзылған» деп анықтау мүмкін емес. Себебі кейде науқастар ертегі немесе әңгімелерді егжей-тегжей мазмұндай алады, кейде қарапайым сюжетті түсіндіре алмайды. Есте сақтаудың мұндай бұзылуына сөздердің амнестикалық жоғалуы тән болады, науқастар кенеттен заттардың, құбылыстардың атауын ұмытып қалады да,

кейін кенеттен есіне түсіреді. Басқаша айтқанда, естің динамикалық жағы бұзылған деп тұжырымдауға болады мұндай жағдайда.

Есте сақтауының мұндай бұзылуы бар науқастар ұзақ уақыт бойы мақсатты бағытты түрде есте сақтап тұруды қажет ететін интеллектуалдық тапсырмаларды орындағанда, өнімділіктерінің тұрақсыздығы анықталады. Мезгіл сайын қате жауаптар береді, жаңылысады.

Сонымен, есте сақтаудың динамикасының бұзылуы науқастардың барлық психикалық процестерінің үзіктілігімен сипатталады, және нақты алғанда есте сақтаудың бұзылуы ретінде анықтауы тиісті емес, бұл жағдай ақыл-ой еңбегіне жарамдылығының тұрақсыздығының белгісі, оның қажуы ретінде анықталуы тиісті.

Еңбекке жарамдылыққа бірқатар аспектілер жатады: ол қоршаған орта мен өзіне қатынасы, адамның белгілі жағдайда белгілі көзқарасты қабылдауы, өз жүріс-тұрысын бағыттай және басқара білуі, күш-жігерінің мақсаттылығы мен тұрақтылығы, шаршау мен қажумен күресе білуі. Сипатталған жағдайда шаршаудың мнестикалық қызметке әсері туралы айтылады.

Мнестикалық іс-әрекет динамикасының бұзылуының көрсеткіші ретінде оны жақсарту мүмкіндігін айта кеткен жөн. Ол жанама есте сақтау арқылы жүзеге асырылуы мүмкін.

Алайда, кейбір жағдайларда қарама-қайшы фактілер анықталуы мүмкін, мысалы, пиктограмма әдістемесін қолдану кезінде жанамалап есте сақтау есте сақтаудың жақсаруына емес, керісінше, нашарлауына әкелуі мүмкін. Өз әрекеттерін жанамалау ересек адамның психикалық іс-әрекетінің қасиеті және дамып келе жатқан бала психикасының көрсеткіші болып табылады.

**Жанама есте сақтаудың бұзылуы.** Жанамалау операциясын енгізу дені сау адамдардың есте сақтауын жақсартатындығы белгілі, алайда, кейбір науқастардың есте сақтауына кедергі болатындығы да анықталған екен. Бұл жай туралы алғашқы рет 1934 ж. Г.В. Биренбаум сипаттама берген. Пиктограмма әдістемесінің көмегімен бірқатар науқастарды зерттей отырып, жанамалау барысында науқастар есте сақтауға тіпті қабілетсіз болып қалатындығын анықтаған.

Науқастардың жанамалап есте сақтауын Л.В. Петренко зерттеген. Оның зерттеулерінің нәтижесінде А.Н. Леонтьевтің әдістемесін қолдану барысында эпилепсиямен ауыратын науқастардың заттар арасында байланыс орнатуының екі түрі анықталған. Біріншісінде науқастар заттар мен құбылыстардың объективті қасиеттерін, сол заттар мен құбылыстардың қоғамдық бекітілген мағынасын басшылыққа ала отырып, байланыстарын орнататын болған. Екінші байланыс түрінде науқастар заттар мен құбылыстардың олардың өздеріне әсері мен субъективті эмоциялық факторларына сүйенген.

Сонымен қатар жанамалау процесінің динамикалық аспектісі тағы бір маңызды жағы ретінде анықталған. Ол а) бөлек элементтерді ретімен қолданғанға негізделетін динамикалық барабар әдіс және б) жанамалау тізбегіне сүйенбестен, мақсатсыз, заттарды бірінен соң бірін тізіп, маңызды емес жақтарына назар аударып сипаттау.

Сонымен қатар жанамалап есте сақтауды зерттеу барысында еске түсіру процесінің өзі сипатталған. Көп жағдайларда науқастар жанамалауға арналған зат арқылы есіне түсірудің орнына сол заттың өзін атайтын болған.

Л.В. Петренко зерттеулерінің нәтижесінде келесі болжамға келіп тоқталды: жанамалап есте сақтаудың бұзылуы науқастардың іс-әрекеттерінің құрылымының бұзылуына байланысты. Ол үшін автор «Заттарды топтастыру», «Крепелин бойынша есептеу», «Талаптану деңгейін зерттеу» және т.б. әдістемелерді қолданған.

**Есте сақтаудың мотивациялық компонентінің бұзылуы.** Адамдардың барлық іс-әрекетіне қатысты тұлғалық-мотивациялық компонент әрдайым есепке алынуы тиісті.

Аяқталмаған әрекеттерді адам жылдам есіне түсіре алатындығы осының дәлелі болып табылады. Кез келген дені сау адам тапсырманы орындау кезінде тәжірибесіне қатысты өзіндік үлесі болады. Кейбір адамдар өзін тексеріп көргісі келеді, кейбірі – өз мүмкіндіктерін, ал кейбіреулері сыпайылықтан орындайды. Қалай болғанына қарамастан, кез келген зерттелінушінің эксперименттік тапсырманы орындауында өзіндік мотиві болады.

Мнестикалық процестер құрылымындағы өзгерген мотивациялық фактордың рөлі Л.В. Петренконың зерттеулерінде қарастырылған. Жанамалап есте сақтаудың бұзылуын зерттеу барысында мидық алдыңғы бөліктерінің зақымдануы кезінде науқастарда өз ауруына қатысты кенеттіліктің жойылуы, баяулық, анозогнозия байқалған. Л.В. Петренконың айтуынша, бұл науқастар берілген сөзге сәйкес келетін суретті таңдамайды, олар бірінші қолына түскен суретті ала салады. Тапсырманы орындауға деген мұндай қатынастары қиыншылықтарымен немесе эксперименттік тапсырманы орындауға қабілетсіздікпен түсіндірілмейді, себебі эксперимент жүргізуші «Тағы да ойланыңыз, назар аударыңыз» деп, дұрыс жауап беруін талап ететін болса, олар жаңылыспай тапсырманы орындап береді. Қоршаған ортаға, өзінің мүмкіндіктеріне өзгерген қатынастары психикалық іс-әрекеттің ыдырауына әкеліп соқтырады.

Сонымен, психикалық процестердің бақылануының, таңдамлылығының бұзылуы, мақсаттылықтың стереотиптермен немесе кездейсоқ орынсыз әрекеттермен алмастырылуы жанамалау процесіне кедергі жасайтын факторлар болып табылады. Л.В. Петренконың зерттеулері менестикалық іс-әрекеттің бұзылуынан науқастардың

мотивациялық аймақтарының құрылымының өзгергендігін де анықтауға мүмкіндік береді. Есте сақтау процестерінің құрылым мен ағымында мотивациялық компонент маңызды болып табылады.

### **Ойлаудың бұзылуы.**

Ойлаудың бұзылуы психикалық аурулар кезінде ең жиі кездесетін бұзылу болып табылады. Ойлаудың бұзылуының клиникалық түрлері өте көп. Психиатр диагнозды анықтау барысында ойлаудың бұзылу ерекшеліктеріне назар аударады.

**Ойлаудың операциялық жағының бұзылуы.** Ойлау қоршаған ортаның жалпылау және жанамалап бейнелеу процесі бола тұра, білімді меңгеру мен қолдану ретінде анықталады. Әрине, бұл қарапайым білім жинақтау емес, бұл сол білімді синтездеу, жалпылау, жаңа интеллектуалдық операцияларды қолдану.

Психикалық іс-әрекеттің кейбір патологиялық формаларында науқастар жалпылау операциялар жүйесін қолдану мүмкіндігі жоғалады. Бас миының аурулары бар науқастардың ойлау ерекшеліктерін зерттеу нәтижесінде екі негізгі түрі ажыратылды: а) жалпылау деңгейінің төмендеуі; б) жалпылау процесінің бұрмалануы.

**Жалпылау деңгейінің төмендеуі** науқастардың ойын білдіруде заттар мен құбылыстар туралы көзқарасын білдіргенде осы заттар мен құбылыстар туралы тікелей түсінік беруінен және жалпы белгілерін сипаттау заттардың арасындағы нақты байланыстарды атаумен алмастырылатынан анық байқалады. Эксперименттік тапсырманы орындау кезінде алуан түрлі белгілер арасында түсініктің толық мағынасын анықтайтын белгісін анықтап айта алмайды. Мысалы, эксперимент барысында науқас мысық пен итті негізгі белгісі бойынша біріктіруден бас тартады, себебі «олар бір-бірімен достаса алмайды, олар қастық қарым-қатынаста».

Жалпылау қабілеті тым төмен науқастар топтастыруға берілетін тапсырмаларды тіпті орындай алмайды: заттар өздерінің нақты қасиеттері бойынша бір ортақ топқа біріктіруге мүмкін емес. Тіпті үстел мен орындық та бір топқа біріктіруге келмейді, себебі олардың қолданылу мақсаттары түрлі болғандықтан біріктіру мүмкін емес болып көрінеді.

Заттарды ортақ белгілері бойынша жалпылау мүмкіндігі ойлауды аналитикалық-синтездеу іс-әрекет ретінде анықтауға мүмкіндік береді. Сондықтан нақты-жағдайлық түсіндірудің қатарласуы заттарды топтастыру, мақал-мәтелдерді түсіндіруге арналған тапсырмаларды орындауда анықталады.

Тапсырмаларды осы сипатта олигофрения, ерте басталған эпилепсиялық процестері бар науқастар орындайды. Сонымен қатар энцефалиттің ауыр формасы бар науқастар да тапсырмаларды осылайша орындайды.

Тапсырманың шартында жасырылған заттардың жалпылауға арналған тапсырмаларды орындауға науқастарға заттардың нақты бөлек белгілері мүмкіндік бермейді. Әсіресе, мақал-мәтелдер мен метафоралар туралы тапсырмаларда анықталады. Мақал-мәтелдердің ауыспалы мағынасын түсіну үшін жалпылауға қабілеттіліктің жеткілікті деңгейде дамығандығы маңызды. Егер науқастар заттардың ортақ белгісін анықтай алмаған болса, олар жағдайдың ауыспалы мағынасын да түсіндіре алмайды.

**Жалпылау процесінің бұрмалануы.** Науқастар жиі құбылыстардың кездейсоқ сипаттары мен белгілерін атайды, заттар мен құбылыстар арасындағы маңызды байланыстарды олар ажырата алмайды. Жалпылау процесінің бұзылуы «Пиктограмма», ассоциативтік жаттығулар, мақал-мәтелдерді түсіндіру, топтастыру тапсырмаларын орындау кезінде анықталады. Сонымен қатар кейбір шизофрениямен ауыратын науқастардың сөздердің мағынасын өзгертуін байқауға болады.

Жалпы бейнелеу процесі екі жақтан бұрмаланады деуге болады. Бірінші топтағы науқастардың ассоциациясы жеке, бірер байланыстар шегінен шықпайды, олардың ойлары синтезделмейді және сөздік-логикалық байланыстар жетекші рөлді атқармайды. Ал екінші топтағы науқастарға жалпылау процесінің нақты бұрмалануы тән: олар сөздік-логикалық байланыстарды анықтау кезінде заттар мен құбылыстардың нақты қасиеттері мен белгілеріне аз сүйенеді.

**Ойлаудың тұлғалық компонентінің бұзылуы.** Ойлаудың бұзылуының клиникасында тұлғаның бұзылуымен шартталатын бұзылулар бар. Оларға ойлаудың шашыраңқылығы, сыншылдығы мен өзіндік реттелу қабілетінің бұзылуы жатады.

**Ойлаудың шашыраңқылығы** кезінде науқастар белгілі бір зат туралы ойын білдіргенде ой-өрісі түрлі жазықтықта немесе бір-бірімен ұштаспайтын түрлі мағынада айтып тұрғандай болады, яғни бірізділік немесе реттілік жоқ. Егер дені сау адам белгілі бір мақсатқа, міндеттерге сәйкес ойын білдіретін болса, науқастардың ойының мұндай реттілігі байқалмайды. Кейбір науқастар тапсырманы орындаған кезде өздерінің қызығушылықтарына немесе естеліктеріне сүйенеді, яғни естеліктеріне сүйене отырып, заттарды топтастыруы мүмкін.

**Ойлаудың резонерлігі** науқастардың мағынасыз, мақсатсыз, өнімсіз түрде шұбатылған ойын айтуынан байқалады. Мұнда интеллектуалдық операциялар бұзылған емес, мұнда жоғары аффективтілік және кез келген құбылысты, ойды «белгілі бір концепция» негізіне әкелу болып табылады.

**Ойлаудың динамикалық қызметінің бұзылуы** ойлау процесіндегі реттіліктің, жүйеліктің болмауынан байқалады.

Ойлау лабильділігіне тапсырманы орындау әдісінің тұрақсыздығы тән. Әдетте науқастардың жалпылау деңгейі төмен емес, олар материалды дұрыс жалпылайды, талдау, ауыспалы мағынаны түсіндіру тапсырмаларын орындайды, бірақ тапсырманы орындауы тұрақсыз сипатта болады.

Ойлау инерттілігі кезінде науқастар тапсырманы, жұмысты орындау үшін таңдап алынған әдісті өзгерте алмайды, өз ойын білдірудің ретін де өзгерте алмайды, бір іс-әрекеттен екінші іс-әрекетке ауыса алмайды.

**Бақылау сұрақтар:**

1. К. Ясперс бойынша, сананың бұзылуының қандай белгілері бар?
2. Сананың бұзылуының түрлерін атаңыз және сипаттап беріңіз.
3. Агнозия дегеніміз не?
4. Агнозияның қандай түрлері ажыратылады?
5. Қабылдаудың бұзылуы қалай аталады?
6. Галлюцинация мен жалған галлюцинацияның қандай айырмашылығы бар?
7. Есте сақтаудың бұзылу түрлеріне сипаттама беріңіздер.
8. Ойлаудың бұзылуының қандай сипаттары бар?

**Өзіндік жұмыс тапсырмалары:**

1. «Аддиктивті мінез-құлықтың себептері, психологиялық көмек және алдын алу» тақырыбында баяндама дайындаңыз.

**Әдебиет тізімі:**

1. Клиническая психология. Под редакцией Перре М., Баумана У.- СПб, 2009. – 965 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология - М.: МЕДпресс, 2011. – 592 с.
3. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология - СПб., 2010. – 960 с.

## VII ТАРАУ

### ПСИХОСОМАТИКА НЕГІЗДЕРІ

#### 7.1 Медициналық психологияның саласы ретінде психосоматиканың пәні және міндеттері

Аурулардың пайда болуы мен дамуындағы психологиялық факторлардың рөлін түсіндірумен байланысты психосоматикалық мәселенің жалпы медицина сияқты ұзақ даму тарихы бар. Бұл мәселе туралы идеялар бұрыннан бері бар, бірақ бұл мәселе соңғы жылдары ғана концептуалды сипат ала бастады. Психосоматикалық бағыт медицинада тар мағынасында, яғни алғашқы кезде локалистік тәсілге реакция ретінде пайда болды. Осы бағыттың қалыптасуымен науқас енді қандай да бір ауру ағзаның тасымалдаушысы ретінде қарастырылмайды, енді ол психофизиологиялық тұлға және біртұтас кешенді мәселе ретінде қарастырыла бастады.

Ю.М. Губачев, В.М. Дорничев, О.А. Ковалев (1993 ж.) бойынша, «Психосоматикалық қатынастарды зерттеу бұл - дәстүрлі көзқараспен аурудың этиологиясы мен патогенезі, өзгергіштік себептері және олардың бағыты туралы түсінік іздеуді білдіреді. Психосоматикалық патологияның негізінде ішкі ағзадағы өзгерістер мен патологиялық бұзылулармен бірге жүретін дене реакциясы жатады. А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский (1998) келесі анықтама ұсынған: «Психосоматика - бұл психикалық факторлардың бронх демікпесі, гипертония, бұрме ауруы, нейродермит, созылмалы полиартрит, асқазан жарасы және сол сияқты бірқатар соматикалық аурулардың пайда болуын зерттейтін медицина саласы». Аурулардың пайда болуы, олардың ағымының психологиялық механизмдері мен факторларын зерттеу, психикалық стресс факторының табиғаты мен белгілі бір ағзалар мен жүйелердің зақымдануы арасындағы байланысты зерттеу медицинадағы психосоматикалық бағыттың негізі болып табылады. Қазіргі уақытта психосоматикалық медицинада мультифакторлы (көп себепті) психосоматикалық бұзылулар туралы идеяларға көп салмақ түсуде.

«Психосоматика» термині 1818 жылы пайда болды. Бұл терминді неміс дәрігері Р. Хейнрот ұсынып, ол психосоматикалық «соматикалық құбылыстар» деп аталды, оның пайда болуы психоэмоционалды өзгерістермен байланысты болды. Қазіргі медицинада «психосоматикалық» термині, бір жағынан, сөздің тар мағынасында, белгілі бір аурулар тобына қатысты, екінші жағынан, кең мағынада, біртұтас шеңбер аясында патологияның кез-келген түріне қатысты жүзеге асырылатын тұтас ғылыми және практикалық тәсіл ретінде қолданылады.

## 7.2 Психосоматикалық аурулардың топтастырылуы

### Психосоматикалық тәсіл.

Психосоматикалық тәсіл көптеген аурулар мен этиологиялық факторлардың туындауынан және қандай да бір бұзылыстың пайда болуымен қатар жүретін психологиялық құбылыстардың рөлін анықтаумен мен оны ескерумен байланысты деген түсініктің таралуына негізделіп дамыды. Ол белгілі бір тұжырымдаманы, ғылыми және практикалық парадигманы, денсаулықтың жалпы бағытын ұсынады, бұл кезде аурудың пайда болуы, жүруі және емделуі кезінде күрделі соматопсихоэлеуметтік әрекеттесулер ескеріледі (Л.П. Урванцев, 1998).

«Медициналық қызметтің принципі ретінде психосоматикалық тәсіл кез-келген соматикалық аурудың пайда болуы мен жүруіне психоэлеуметтік факторлардың әсерін және осы факторлардан құтылған пациенттерді психотерапевтік емдеуді егжей-тегжейлі зерделеуден тұрады» (П. И. Сидоров, А. В. Парняков, 2000). Кең мағынасында бұл тәсіл, Д.Н. Исаевтың (1996 ж.) пікірінше, денсаулықтың ішкі көрінісі, конверсия, соматогендік, соматикалық психикалық және гипохондриалы бұзылыстар, адамның ауруға, өлімге, отбасынан бөлінуге, сондай-ақ жасанды түрде жасалған бұзылуларға психологиялық реакциясы мәселелерін қамтиды.

Психосоматикалық бұзылыстардың этиопатогенезі құрылымның биологиялық, психофизиологиялық, психологиялық, элеуметтік-психологиялық және элеуметтік деңгейлерін ажырататын адам ұйымының көп деңгейлі құрылымымен сәйкес келетін, әсер ететін себептер жиынтығымен анықталады.

Дифференциалды тәсіл аурудың психологиялық аспектілерін бағалауға сараланған көзқарас әр жағдайда психокоррекциялық шаралардың дәрежесі мен бағытын анықтауға көмектеседі. Әдетте, ішкі аурулар клиникасында біз негізінен психологиялық кеңес беру, психологиялық түзету, симптоматикалық психотерапия туралы сөйлесеміз. Аурулардың белгілі бір тобына қатысты психосоматикалық термин аурудың көп факторлы моделінде психологиялық факторлардың рөлі жетекші болған жағдайда қолданылады.

### Психосоматикалық аурулар.

1970 жылғы ДДСҰ-ның ұсынысы бойынша, психосоматикалық аурулар негізіне этиопатогенез психологиялық факторлар, атап айтқанда, әсер етілмеген эмоциялар, психикалық аурудың диагностикасы, номенклатурасы және классификациясы жатады. Эмоциялық психофизиологиялық бұзылулар психосоматикалық аурулардың негізгі элементі болып саналады. Жалпы алғанда, психосоматикалық аурулардың пайда болу механизмін немесе олар психосоматоздар деп аталатындықтан, келесі түрде көрсетуге болады: психикалық стресс факторы нейроэндокринді және вегетативті жүйке қызметін белсендіретін



аффективті шиеленісті тудырады. Бастапқыда бұл өзгерістер функционалды болып, бірақ ұзақ және жиі қайталанған кезде олар органикалық, қайтымсыз бола алады.

Психосоматикалық аурулардың пайда болуын түсіндіретін бірнеше теориялар бар. Олардың бірінің айтуынша, мысалы, психосоматикалық ауру - бұл ұзақ әсер ететін және өте алмайтын психикалық жарақаттардан туындаған стресстің салдары. Д. Исаевтың (2000 ж.) көзқарасы бойынша адамның психосоматикалық денсаулығы үшін «жақындарының қайтыс болуына ұқсас бір қайғылы оқиға ғана емес, сонымен қатар қысқа уақыт ішінде болған драмалық оқиғалар қауіпті, өйткені олар бейімделу мүмкіндігін азайтады». Сонымен бірге, автор Т. Н. Холмстің, Р. Х.Рахтың (1967) өмірлік оқиғалар теориясына сілтеме жасайды, оған сәйкес адам бір жыл ішінде өмірде шамамен 150-ге жуық елеулі өзгерістерді басынан өткізеді. Егер олардың саны екі еседен көп болса, онда психосоматикалық ауру ықтималдығы орта есеппен 80% құрайды. Егер мұндай оқиғалардың саны сәл аз болса 150-ден 300-ге дейін, онда ауру қаупі 50% құрайды.

Тағы бір теорияда психосоматикалық аурудың пайда болуы интенсивтілік бойынша бірдей ішкі, бірақ жеке тұлғаның әртүрлі бағыттағы мотивтері (мотивацияның амбиваленттілігі) арасындағы қақтығысқа байланысты. Үшінші теория бойынша, шешілмейтін мотивтердің қақтығысы (өлімге әкелетін стресс сияқты) сайып келгенде, капитуляция реакциясы, ізденіс әрекетінен бас тарту пайда болады, бұл психосоматикалық аурудың пайда болуына жалпы алғышарт жасайды. Әр жағдайда әртүрлі органдар мен жүйелердің зақымдануы генетикалық факторларға немесе онтогенетикалық даму ерекшеліктеріне байланысты. Психосоматикалық аурулардың этиопатогенезін түсіндіретін басқа түсіндіру схемалары бар. Олар төменде толығырақ қарастырылады.

П.И. Сидоров пен А.В. Парняковтың (2000 ж.) түсіндірмесінде психосоматикалық бұзылулар психикалық факторлардың пайда болуында да, оларды тұрақтандыру кезінде де соматикалық (физикалық) азаптың күшеюі немесе әлсіреуі жағдайында танылуымен сипатталады. Авторлардың пікірінше, белгілі бір физикалық ауруды немесе азапты психосоматикалық деп жіктеу критерийі уақыт өте келе осы физикалық бұзылыстың пайда болуымен немесе шиеленісуімен байланысты болатын қоршаған ортадан психологиялық маңызды ынталандыруы болып табылады.

Зерттеушілердің барлығы дерлік психосоматикалық қатынастар теориясындағы басты мәселе соматикалық аурулардың пайда болуындағы психологиялық факторлардың алатын орнын анықтауы болып табылады. Психосоматикалық қатынастардың жалпы проблемасында В.В. Николаева (1987) екі маңызды аспекті анықтайды: 1) психикалық факторлардың адамның соматикалық сферасына әсері; 2) соматикалық факторлардың адам психикасына әсері.

Ю.М. Губачев және Е.М. Стабровский (1981) психосоматикалық ауруларды дамытудың бірқатар нұсқаларын анықтайды:

1. **Ситуациялық (бастапқы психогендік) опция**, әр түрлі этиологиялық факторлардың арасында басымдық ұзақ өмір сүретін психологиялық қолайсыз өмір сүру жағдайлары, сондықтан биологиялық және психологиялық деңгейде қорғалған және өтемдік қабілеттері дамымаған ұзақ және қарқынды соматикалық бұзылыстардың пайда болуы.

2. **Соматикалық** патологияның қалыптасуының негізгі шарты - психологиялық тұрғыдан деформацияланған жеке тұлға (екпінді, невротикалық немесе психопатиялық), психологиялық реакцияның ұзаққа созылған, гипертрофияланған және бұрмаланған түріне, созылмалы эмоционалдық стресстің пайда болуына себеп болады. П.И.Сидоров пен А.В.Парняковтың (2000 ж.) Пікірінше, бұл опция сонымен қатар белгілі бір патологиялық әдеттер арқылы аурудың пайда болуын, мысалы, аштық, маскүнемдік, жеке басының шарттылығы бар әдеттер сияқты ауруларды қалыптастыруды қамтиды.

3. Орталық жүйке жүйесінің органикалық бұзылыстары байқалатын **церебралды нұсқа** эмоционалды тәжірибенің реттеуші механизмдерінің бұзылуымен байланысты. Органикалық патология әсер етудің сипаттамаларын анықтайды: тұрақтылық, қаттылық, қатаңдық, эмоционалды процестердің инерттілігі, эмоционалды жағымсыз тәжірибелерді белгілеу, әсердің «өзін-өзі дамыту» үрдісі, егер оның әртүрлі тәжірибелермен «бұзылуы» тәуелсіз болса сыртқы ынталандыруы болып табылады. Бұл жағдайда соматикалық аурудың пайда болуы мидың органикалық зақымдануы кезінде өзіне әсер ету құрылымына байланысты аффективті реакцияның шамадан тыс күші мен ұзақтығымен байланысты болуы мүмкін.

4. Органикалық патологияның дамуына әсер ететін генетикалық соматикалық алғышарттар болған кезде психологиялық жағымды, жайлы жағдай және үйлесімді тұлға құрылымы туралы айтылатын соматикалық (биологиялық) нұсқа. Әдетте, мұндай жағдайларда ауру тек психологиялық тұрғыдан түсіндіруге болмайтын механизмдерге сәйкес қалыптасады.

Физикалық жай-күйге әсер ететін психологиялық факторларға (яғни психосоматикалық бұзылуларға) DSM-111 және DSM-111-R диагностикалық критерийлер - бұл психологиялық тұрғыдан маңызды экологиялық ынталандыру, ішінара және уақытша болғанымен, физикалық аурудың жоғарылауы әлсіреуге немесе қоздыруға алып келеді. Бұл жағдайда белгілі бір органикалық патологиялары бар, мысалы, ревматоидты артрит немесе белгілі патофизиологиялық процесс, мысалы, мигрень түріндегі бас ауруы жатады. Төменде физикалық ауруға әсер ететін психологиялық факторлардың диагностикалық критерийлері келтірілген:

– Психологиялық тұрғыдан маңызды экологиялық ынталандыру белгілі бір физикалық аурудың немесе аурудың басталуымен немесе шиеленісуімен уақытша байланысты.

– Физикалық жағдай расталған органикалық ауруды (мысалы, ревматоидты артрит) немесе белгілі патофизиологиялық ауруды (мысалы, бас ауруы, мигрень) қамтиды.

– Бұл жағдай соматоформаның бұзылуының өлшемдеріне сәйкес келмейді.

Қазіргі заманғы аурулардың жіктеулерінде (ICD-10) психосоматикалық бұзылуларға соматикалық шағымдар аурудың ажырамас бөлігі болып табылатын психикалық бұзылулар кірмейді, бірақ медицинада белгілі ауруға жатқызуға болатын органикалық көріністер жоқ (соматоформаның бұзылуы), мысалы, психикалық жанжал туындаған соматикалық шағымдар туындаған конверсияның бұзылуы; денсаулығына қатты көңіл бөлетін гипохондриа, ауыр сырқаттанушылық туралы ойлау. Мұндағы соматикалық азапты шағымдардың пайда болуындағы этиологиялық рөл қоршаған ортаның психологиялық факторларына емес, негізгі аурудан туындаған мидың эмоционалды құрылымдарының бұзылуына байланысты соматикалық депрессияны психосоматикалық ауруларға жатқызуға негіз жоқ.

Қазіргі уақытта барлық авторлар қабылдаған психосоматикалық бұзылулар туралы дәстүрлі түсінікпен салыстырғанда, қарқынды өмірде пайда болатын қысқа мерзімді «психосоматикалық» реакцияларды түсіндіруге мүмкіндік беретін жағдайларды П.И. Сидоров пен А.В. Парняков (2000 ж.) (мысалы, ғашық адамның жүрек соғысы немесе тәбет жоғалуы), басқа сападағы бұзылулардың бірнеше үлкен топтарын бөліп көрсетеді.

**1. Айырбастау белгілері** - невротикалық (психологиялық) қақтығыстың символдық көрінісі. Олардың мысалдары - истерикалық паралич, психогенді соқырлық немесе саңырау, құсу, ауырсыну. Олардың барлығы организмнің тәндік қатысуынсыз бастапқы психикалық құбылыстар. Бұл жердегі дене пациенттің бейсаналық күйінде басылып, репрессияға ұшырайтын қайшылықты сезімдерін бейнелейтін көрініс ретінде қызмет етеді.

**2. «Психосоматикалық» функционалды синдромдар** - неврозда жиі кездеседі. Невроздың мұндай «соматталған» формалары кейде «ағзаның неврозы», жүйелік невроз немесе вегреоневроз деп аталады. Психогендік конверсиядан айырмашылығы, мұнда жеке белгілер нақты символдық мағынаға ие емес, бірақ эмоциялар немесе салыстырмалы психикалық күйлердің дене (физиологиялық) сүйемелдеуінің спецификалық емес салдары болып табылады. Атап айтқанда, эндогендік депрессияның кейбір нұсқалары көбінесе соматикалық ауруға еліктейді, оны «маска» етеді. Мұндай депрессиялар көбінесе «маска» деп аталады,

кеңейтілген немесе соматталған депрессиялар. Бұл топқа сонымен қатар кейбір психофизиологиялық аурулар - мигрень және тағы басқа ұқсас аурулар кіреді.

**3. Органикалық психосоматикалық аурулар (психосоматоздар)** - олар ағзаларда морфологиялық жолмен құрылған патологиялық өзгерістерге байланысты конфликтілік тәжірибесіне алғашқы дене реакциясына негізделген. Тиісті тұқым қуалайтын бейімділік орган таңдауына әсер етуі мүмкін. Психосоматоздардың алғашқы көріністері кез-келген жаста пайда болады, бірақ көбінесе олар айқын және тұрақты белгілі бір жеке сипаттамалары бар адамдарда ерте жасөспірім кезеңінде белгіленеді. Көріністен (манифестация) кейін ауру әдетте созылмалы немесе қайталанатын бағытқа ие болады, ал келесі шиеленістердің пайда болуындағы шешуші, қоздырушы фактор науқас үшін психикалық стресс болып табылады. Тарихи түрде бұл топқа жеті классикалық психосоматикалық ауру кіреді - маңызды гипертензия, бронх демікпесі, асқазанның және ішектің ойық жарасы, ойық жаралы колит, нейродерматит, ревматоидты артрит және гипертиреоз синдромы (Александр, 1968 ж.) Қазіргі уақытта жүректің ишемиялық ауруы, нейроциркуляциялық дистония, қант диабеті, семіздік сияқты аурулар психосоматикалық патологияға да жатады.

### **7.3 Психосоматикалық тұлғалық құрылым**

#### **Эгоцентризм.**

Көптеген зерттеулер психосоматикалық патологияның алуан түрлілігі бар барлық пациенттерге жалпы тән емес психологиялық ерекшеліктердің бар екенін көрсетті. Мұндай психологиялық белгілерге эгоцентризм, жеке жетілмегендік, инфантилизм, қарым-қатынас мақсатында символдық процестерді басқару қабілеті, сонымен қатар ағымдағы оқиғаларға эмоционалды қатысудың жеткіліксіз деңгейі, өз тәжірибесінің нюанстарын сипаттай алмау және өзін-өзі көрсетуге арналған нақты сөздерді таба алмау жатады. Я. Рейковский бұл тұрғыда психосоматикалық аурулардың пайда болуы үшін қолайлы жағдайлар жеке мүдделер мен қажеттіліктер басым болса, ал жеке мақсаттарға жету өмірлік белсенділіктің негізгі қайнар көзі болып табылатындығын ескертеді.

Көптеген авторлар эгоцентризмді өзінің жеке мүдделеріне, психологиялық әлеміне, басқа адамдардың мүдделерін бағаламайтын немесе елемейтін дене сезіміне, сыртқы жағдайдың қажеттіліктеріне, оның кеңістіктік-уақытша континуумындағы қоршаған әлемге, «психосоматикалық» жеке құрылымның міндетті қосылысы ретінде қарастырады. Жеке «Меннің» эмоционалды, физикалық, психологиялық, экзистенциалды-философиялық аспектілеріне көңіл бөлу, бұл «Мен» үлкендігіне айналдырып, айналасындағыларға көлеңке түсіреді. Бүкіл әлем

жеке адам үшін шын мәнінде маңызды оқиғалар тек орын алуы мүмкін өзінің «өмір сүру кеңістігінің» көлемімен тарылуда. Адамның эгоцентрлік бағдары өзін әлемге гипертензияланған ұтымды көзқараста, прагматизмде, тұтынушы бейімділігінде және жалгерлік көзқараста болады.

Рейковский зертханасында (1979 ж.) жүргізілген эксперименталды психологиялық және клиникалық зерттеулер авторға келесі қорытынды жасауға мүмкіндік берді: «әртүрлі психосоматикалық бұзылулары бар пациенттердің эмоционалды реакциялары өзіне шоғырланудың жоғары дәрежесін немесе басқаша айтсақ, мінез-құлықты реттейтін тетік ретінде «Мен құрылымы» басым рөлін көрсетеді, ал тиісті қажеттіліктердегі жеке «Менін» қанағаттандыратын немесе мақұлдамайтын құралдар жоқ».

Бұл жағдайда Рейковскийдің идеяларына сәйкес «Мен құрылымы» өзінің ағзасынан келетін субъекті атқаратын іс-әрекеттің барысы мен нәтижелері туралы ақпараттың, сонымен қатар басқалардың бағалауы мен пікірлерінің әсерінен қалыптасады. Сонымен, жеке тұлғаның эгоцентрлік бағыты «Мен тұжырымдамасының» соматикалық (биологиялық) деңгейін «мен», теріске шығаруды (немесе амбитивті бағалауды) мақұлдамау негізінде қалыптасады.

### **Эмоционалды бақылау.**

Эмоционалды бақылауы жоғары науқастарда, бұл өз қажеттіліктерін, тәуелділікті, көңілі қалуды, ашулануды, сондай-ақ дәрменсіздік сезімін білдіруден бас тартуға ұмтылыс ретінде көрініс табады. Жоғары эмоционалды бақылау психосоматикалық бұзылулары бар пациенттердің мәжбүрлеу, жауапкершілік, міндет сезімі, нормативтілік, моральдық-этикалық нормаларды ұстану сияқты қасиеттерімен сипатталады, бұл көбінесе гипертрофиялық сипатқа ие болып табылады. Шамадан тыс өзін-өзі бақылау тек психикалық, психологиялық деңгейде ғана емес, сонымен қатар сыртқы мінез-құлықта, позицияда, қолтаңба, қолмен жазу, қимыл, бет-әлпет, бір сөзбен айтқанда, вербальды емес көріністердің барлық аспектілерінде кездеседі.

### **Инфантилизм.**

Кейбір психосоматикалық теориялар «объектіні жоғалту» ұғымын қолданады, бұл маңызды объектінің нақты, қауіпті немесе қиялын жоғалту процесі ретіндегі мағынаны білдіреді; бұл жақын адамның қайтыс болуы немесе онымен ұзақ уақыт байланыста болмауы мүмкін жағдайлар. Өмірдегі ең маңызды адамның, «маңызды тұлғаның» жоғалуы қауіпті. Психосоматикалық бұзылулары бар науқастар объектіні жоғалту тәжірибесін жеткілікті түрде өңдей алмайды, сондықтан ол өзектілігін жоғалтпайды. Мұндай созылмалы стресстің болуы аурудың пайда болуына әкелуі мүмкін.

Сонымен қатар, басқа адамға психологиялық тәуелділік оған жағымды

сезімдерде де, жағымсыз адамдарда да көрінуі мүмкін. Басқа адаммен қарым-қатынастағы кез-келген күшті эмоционалды тәжірибе оның маңыздылығын бастан кешкен әлемнің субъективті көрінісінде пайда болады. Рейх тәуелділіктің психологиялық белгілері психосоматикалық аурулары бар науқастардың көпшілігінде, анасымен симбиотикалық байланысты және «тұлғаның дамуы» мен эмоционалды жетілмегендігімен ерекшеленетінін атап өтті. Пікірталас жеке тұлғаның «дамымауы» туралы, яғни жеке тұлғаның әлеуметтік қасиеттері туралы болмауы керек, керісінше өзінің тәуелсіздігі мен дербестігі бар белгілі бір психологиялық «модальдылығы», шешім қабылдауға мүмкіндігі туралы болуы маңызды.

Инфантилизмнің белгілері бар адамдар анасымен қарым-қатынастың симбиотикалық сипатын қатынастардың барлық басқа түрлеріне өткізеді: олар оларға «әке» немесе «ана» басым функциясын орындайтын жыныстық серіктесті тандайды, формальды рөл құрылымында тәуелділікті арттыра отырып, кәсіби қатынастарға балалықты қосады. Әрдайым өз-өзіне күмәндану, сенімсіздік, басқаларға тәуелділік қатынастарын тастай алмау ретінде көрініс табады.

#### **Эмоционалды жетілмегендік.**

Психосоматикалық патологияны түсіндірудегі маңызды қадам 1920-ші жылдардың соңында тұжырымдалған десоматизация - ресоматизация теориясы болды. XX ғ. М. Шур идеяларына сәйкес, десоматизация-ресоматизация теориясы аясында психосоматикалық ауруларға бейімділік инфантилизм құбылыстары бар адамдарда эмоционалды және соматикалық процестерді жеткіліксіз саралауға байланысты болады. Мұндай адамдардағы кез-келген эмоционалдық бұзылыс оңай соматикалық функциялардың бұзылуына айналады. Шурдың пікірінше, психосоматикалық аурулардың себептері «Эго» қызметінің сәтсіздіктерімен және психосоматикалық функцияның төменгі деңгейіне, регрессиямен байланысты көрініс табады. Керісінше, дамыған, жетілген «Эго» мотивтер мен эмоцияларды, мотивтерді ерікті түрде шығарудан тәуелсіз болуды қамтамасыз етеді. Егер стресстің әсерінен қорғаныс механизмдері бұзылса, физиологиялық реакция деңгейінің регрессиясы болады және жүрек-тамыр, ас қорыту және басқа да бұзылыстардың пайда болуы үшін жағдайлар туындайды. Эмоция физиологиялық сүйемелдеуінде болған кезде, оны психикалық іс-әрекет деңгейінде психологиялық тәжірибе ретінде түсіну пайда болмайды.

#### **Алекситимия.**

Психосоматикалық патологияның пайда болуын болжайтын факторлардың арасында алекситимия сияқты психологиялық ерекшелік бар. «Алекситимия» термині «сезімдерді білдіретін сөздердің жетіспеушілігін» білдіреді. Бұл терминді П.Сифнеос психосоматикалық

аурудың негізін қалайтын жетекші психикалық бұзылысты - жеке адамның өзінің сезімдері мен эмоцияларын, олардың адекватты вербализациясын және экспрессивті қабылдауын шектеулі қабілеттілігін айқындау үшін ұсынды.

Сифнеос эмоционалды инспрессивтілік тұлғааралық шеңберде жанжалды жағдай туғызады, эмоционалды стресс патологиялық физиологиялық реакцияларға айналады деп сенді.

Заманауи қорытындыларда бұл тұжырымдама сыртқы сезімдерге назар аударғанды жөн көре отырып, өз сезімдерін сипаттаудағы, сезімдер мен дене сезімдерін саралауда, аффективті тәжірибені тарылтуда, символдау қабілетін төмендетуде, қиял мен қиялдың кедейлігінде қиындықтарды қамтиды.

«Алекситимика» физикалық түйсіктерді шексіз ұзақ және егжей-тегжейлі сипаттайды, көбінесе негізгі аурумен тікелей байланысты емес, ал эмоционалды өмірді сипаттайтын ішкі түйсіктерді олар тітіркену, зеріктіру, бос қалу, шаршау, бөлінбеген толқулар немесе стресстер тұрғысынан айтуға болады. Алекситимия белгілері бар жеке тұлғалардың эмоционалды сферасы нашар дифференцияланған, әсерлер жеткіліксіз, қиял жеткіліксіз дамыған, абстрактілі логикалық ойлау деңгейі төмен. Алекситимика дамымаған қиялмен, импульсивтілікке бейімділікпен және тұлғааралық қатынастардың кедейлігімен сипатталады. Олар сонымен қатар инфантилизмге, шамадан тыс прагматизмге, рефлексияның болмауына, жиі «бұзылулармен» эмоционалды тұрақсыздыққа тән. Олардың басым өмір салты - бұл іс-әрекет. Мұндай адамдармен қарым-қатынас зерігетерлік және байланыстың мағынасыздығын тудыртады. Алекситимикада армандармен «жұмыс істеу» қиын, өйткені ол оларды сирек еске алады, ал егер есіне түсірсе, ол сипаттауы қиынға соғады.

### **Агрессивтілік.**

Агрессияның мақсаты - күш қолдану арқылы немесе оны қолданумен қорқыту арқылы болатын зиян келтіру.

Динамикалық психиатрияның ірі өкілі Гюнтер Аммонның агрессивті мінез-құлқы тұжырымдамасы бойынша агрессияның үш түрі қарастырылады: конструктивті (агрессияның әлеуметтік қолайлы формада немесе әлеуметтік оң нәтижемен тікелей ашық көрінісі), деструктивті (әлеуметтік қолайсыз формада немесе әлеуметтік теріс нәтижемен агрессияның тікелей тікелей көрінісі) және жетіспеушілік (тиісті мінез-құлқы дағдыларының жетіспеушілігімен байланысты және нәтижесінде агрессивті себептерге жеткіліксіз жауап беру). Қазіргі зерттеушілердің пікірінше, агрессияның жетіспейтін түрі психосоматикалық патологияның әр түрлі формалары бар науқастарды сипаттайды.

### **Амбиваленттілік.**

Ішкі ағзаларда әртүрлі соматикалық бұзылыстардың қалыптасуының алғышарттары жеке тұлғаның неғұрлым маңызды тенденцияларын анықтайтын психологиялық доминанттар және оларға сәйкес келетін физиологиялық процестерге негізделген (мысалы, стресс-релаксация) сипатталған деп теориялық тұрғыдан әбден мүмкін.

Егер қандай-да бір маңызды «психологиялық доминант» бір уақытта мақұлданып, жеке тұлға тарапынан мақұлданбаса, бір уақытта танылып, теріске шығарылса, жасырынып, мінез-құлқы анықталса, екіұдайлылық туралы айтуға болады. Мысалы, жүрек-қантамыр жүйесінің психосоматикалық бұзылулары бар пациенттерде мұндай «психологиялық доминант» агрессивтілік, ал асқазан-ішек жолдарының психосоматикалық бұзылулары бар пациенттерде көбінесе «психологиялық доминант» паранея болып табылады (күдік, сенімсіздік, сезімталдық, осалдық).

### **Перфекционизм (орындаушылық).**

Перфекционизм - жетілуге ұмтылу, барлық міндеттерді, барлық тапсырмалар мен талаптарды мінсіз орындау қажеттілігі. Бұл психологиялық сипаттаманың негізі «әрқашан және бәрінен жақсы болу үшін» нақты емес көзқарасқа негізделген, ол өзгелерге де, өздеріне де жоғары талаптар қояды.

### **Үйреншікті дәрменсіздік.**

Психосоматикалық патологияның пайда болуындағы психологиялық факторлардың рөлін сипаттау үшін қолданылатын тағы бір түсінік - үйреншікті дәрменсіздік.

Үйреншікті дәрменсіздік дегеніміз - адамдарда немесе жануарларда көп немесе аз уақытқа созылған теріс әсерден кейін пайда болатын жағдай, оны болдырмау мүмкін емес (жануарлардың тәжірибелерінде осы мақсат үшін электр тогы пайдаланылады, адамдарға бірқатар шешілмейтін проблемалар ұсынылады немесе белсенділікке кедергі келтіреді). Адамда үйренген дәрменсіздік эмоционалды бұзылулармен (депрессия немесе невротикалық мазасыздық) көрінеді; осы фонға байланысты психосоматикалық бұзылулардың пайда болуы. Үйреншікті дәрменсіздіктің басты сипаты оның жалпылауға бейімділігі: бір нақты жағдайда дамытылғандықтан, ол көптеген басқа адамдарға да таралады, сондықтан субъект шешуге болатын міндеттерді таңдайды.

### **Бақылау сұрақтар:**

1. Психосоматика саласы қандай мәселелерді зерттейді?
2. Қандай психосоматикалық теориялар бар? Олардың мағынасын талдаңыз.
3. Психосоматикалық және соматопсихологиялық өзара ықпал мағынасын анықтаңыз.



4. Созылмалы ауру кезіндегі психикалық өмір динамикасына сипаттама беріңіз.

5. Соматикалық аурулар клиникасындағы психологиялық мәселелерге тоқталыңыз.

6. Психосоматикалық аурулардың топтастырылуына сипаттама беріңіз.

**Өзіндік жұмыс тапсырмалары:**

1. Соматикалық және психикалық бұзылыстары бар пациенттердің отбасыларына психологиялық қолдау көрсетудің маңыздылығын түсіндіріңіз.

2. Қатерлі ісік ауыруы бар пациенттермен психологтың жұмысын талдаңыз.

3. Кардиологиялық ауыруы бар пациенттермен психологтың жұмысын сипаттаңыз.

**Әдебиет тізімі:**

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология - М.: МЕДпресс, 2011. – 592 с.

2. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология - СПб., 2010. – 960 с.

## ҚОРЫТЫНДЫ

Медициналық психология саласының ғасырлар бойы жинақталған және жүйеленген теориялық, тәжірибелік білімі психология саласына қатысы бар кез-келген маманның кәсіби негізін құрайтын білімі болып табылады. Сондықтан жоғары оқу орындарда білім алып жүрген болашақ психологтар үшін кәсіби білімдерінің негізінің қалануы осы пәнді меңгеруіне тікелей байланысты.

Қазіргі кездегі жоғары қарқынды өмір мен даму адамдардың алдына жоғары талаптар қояды. Еңбек пен оқудың қай арнасында болмасын сәттілікке жету адамның психикалық денсаулығымен шартталады. Осыған орай медициналық психология білімі тек қана психикалық бұзылулар мен ауытқуларды сипаттаумен және зерттеумен шектелмейді, науқас пен дәрігердің арасындағы қарым-қатынасқа қойылатын талаптар мен психикалық бұзылулардың алдын алу жолдарын да қарастырады.

Ұсынылып отырған «Медициналық психология» оқу құралының мазмұнында типтік оқу бағдарламасына сәйкес медициналық психологияның негізгі мәселелері қарастырылған. Медициналық психологияның патопсихология, психосоматика, нейропсихология сияқты тармақтарына анықтама беріліп, осы салалардың негізгі мақсаттары мен міндеттері сипатталған.

Патопсихология саласында психикалық бұзылулардың айқындалуы мен жііктелуі таным процестерінің қалыпты дамудан ауытқуынан байқалатындығы және әр таным процесінің бұзылу сипаттары берілген. Таным процестері мен тұлғалық ерекшеліктердің, ерік пен эмоциялардың, мотивация мен интеллектінің бұзылу сипатын зерттеуге арналған диагностикалық әдістемелер мен сынақтар қарастырылған.

Оқулықтың бөлек тарауларында шизофрения, эпилепсия мен невроздар сияқты аурулары, тұлғалық аномалиялар, олардың ағымы мен диагностика үшін маңызды болып табылатын белгілері сипатталған. Сондай-ақ балалық шақта және жасөспірімдердің бойынан орын алатын психикалық аурулар мен ауытқуларға ерекше назар аударылған.

Психикалық аурулардан зардап шегетін науқастармен психологтар диагностикалық жұмыс жүргізеді және сол зерттеу нәтижесінде алынған қорытындыға сүйене отырып, коррекциялық жұмыс жүргізу мүмкіндіктерін қарастырады.

Оқулықта психикалық аурулардың пайда болуы экзогендік және эндогендік себептерге, яғни сыртқы және ішкі факторларға байланысты болатындығы, пайда болу себептеріне қарай ағымы, емдеу және коррекциялық мүмкіндіктері түрлі болатындығы баяндалған. Әрине, оқу құралының беттерінде медициналық психологияның барлық мәселелерін қарастыру мүмкін емес. Алайда, медициналық психологияның басты сұрақтары бойынша, негізгі теориялық білімдерді жүйелеуге тырыстық.

## ГЛОССАРИЙ

*Абсанс* – қысқа мерзімге санадан айырылу (бір немесе бірнеше секунд).

*Абулия* – (грек сөзінен ауд. “абулия” — батылсыздық, ерік жігердің болмауы) патологиялық әлсіздік, ниеттің жоғалуы, айналада болып жатқан өзгерістерге қатыспай, қарым-қатынастардан бас тарту.

*Аггравация* — (латын сөзінен ауд. “аггравария” — қиын жасау) науқастар өздерінің ауру жағдайларын саналы түрде қиындатуы.

*Агнозия* — (грек сөзінен ауд. “гнозис” — “тану”) қабылдаудың бұзылуы.

*Агорафобия* — үлкен алаңда ашық кеңістіктен қорқу.

*Аграфия*— (грек. сөзінен ауд. “графо” — “жазу”) жазу қабілетінің бұзылуы.

*Агорафобия* – ашық алаңдардан қорқу. Мұндай фобиясы бар адамдар кең және ашық алаңдарды кесіп өтуден қиналады.

*Акалькулия*— (латын сөзінен ауд. “калькуло” — “санау”) — санау операциясын орындау мүмкін еместігі.

*Акинезия* — (грек. сөзінен ауд. “қимылсыздық”) қимыл-қозғалыс қызметінің жеткіліксіздігі немесе бұзылуы.

*Акоазма*— есту иллюзиясы, шу, ұру, дүрс ету, ысылдау түрінде болады.

*Алексия*— бас ми зақымдануы салдарынан оқу қабілетін жоғалту.

*Амимия*— жүйке жүйесінің бұзылуы салдарынан мимикалық реакциялардың болмауы немесе төмендеуі.

*Амнезия* — естің жоғалуы.

*Анамнез* — қандайда бір патологиялық жағдайлардың немесе аурудың пайда болуына ықпал етуші факторлар туралы әңгімелесу процесінде мәліметтерді жинау.

*Анорексия*— аштық (тағамнан негізсіз бас тарту) арықтауға алып келетін психикалық бұзылу.

*Апатия*— белсенсіздік және қоршаған ортаға немқұрайлы қараумен сипатталатын, шаршау, стресс, фрустрация сезімдерін тудыратын психикалық күй.

*Апраксия* — (грек. сөзінен ауд. “апараксия” — “әрекетсіздік”) мақсатты әрекет жасауға деген қабілеттің бұзылуы.

*Аутизм* — (грек. сөзінен ауд. “ауто” — “өз-өзіне кету”) бұл тұйықтық, қоршаған ортамен қарым-қатынасқа түсуге ниеттің болмауы, өзінің күйзелістеріне беріліп кету, психологиялық шеттелу формасы.

*Астения* — (грек. Astheneia — дәрменсіздік, әлсіздік) — өте қатты шаршап шалдығу. Жадап-жүдеу, көңіл-күйдің тұрақсыздығының ақырғы шегі, ұйқының бұзылуы кезіндегі байқалатын жүйкелік-психологиялық әлсіздік.

*Галлюцинация* — (лат. hallucinatio — сандырақ, көріну) организмнің ауру жағдайы нәтижесінде шындықтың бұрмаланып қабылдануы.

*Гипобулия*— ерік белсенділігінің төмендеуі.

*Гипомнезия*— есте сақтаудың төмендеуі.

*Гипотимия*— көңіл-күйдің төмен болуы, бақытсыз, физикалық ауыр, жабырқау сезіну.

*Гипербулия* — жоғарғы ерік белсенділігі.

*Гиперестезия* — жоғары сезгіштік.

*Гиперкинезия* — жоғарғы моторлы қозу.

*Гипестезия* — тері сезгіштігінің төмендеуі.

*Дебильділік* — ақыл –ой дамуы артта қалуының жеңіл түрі.

*Девиантты мінез-құлық* — (латын сөзінен ауд. “девиацио” — “ауытқу”) қоғамның қабылданған адамгершілік нормаларымен келіспейтін адамның жүріс-тұрысындағы қылықтар мен іс-әрекеттері.

*Деградация*— тұлғаның кері регрессивті дамуы.

*Делирий*— сананың көмескіленуі, әдетте кешке қарай бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін созылуы мүмкін.

*Деменция*— жүре пайда болатын тұлға деградация салдарынан болған ақылдың азаюы.

*Деперсонализация* – сананың бұзылуының бұл түріне адамның өзінің ойларын, аффектілерін, сезімдерін, «Мен» түсінігін бөтен, басқа адамдікі сияқты сезінуінде және қабылдауында. Деперсонализацияның жеке көрінісі болып «дене кестесінің» бұзылуы табылады, яғни өзінің денесінің негізгі қасиеттері мен қызмет әдістерінің санадағы бейнеленуінің бұзылуы.

*Депрессия* — қоршаған ортаға деген қызығушылықтың төмендеуі және қимыл-қозғалыстың әлсізденуі арқылы көрінетін басылып қалған эмоционалды қалып.

*Дереализация* — аурулар барлығын бұрмалап қабылдайды, қоршаған орта жағдайындағы нақты өзгерістерді олар анықтай алмайды.

*Деонтология* саласы пациент пен дәрігердің арасындағы қарым-қатынастың психологиялық ерекшеліктерін, осы қарым-қатынас барысындағы этикалық сұрақтардың сақталуына ерекше назар аударуды талап етеді.

*Дистимия*— көңіл-күй мен құмарлықтың төмендеуі, жағымсыз эмоциялардың пайда болуы.

*Дисфония* — дауыстың қарлығып және дірілдеп әлсіз шығуынан байқалатын сөйлеудің бұзылуы.

*Дисфория* —(грек.dysphorreo- ашыулымын) – көңіл-күйдің бұзылуы. Әдетте, мазасыздыққа, алаңдаушылыққа, күйзеліске байланысты қолданылады.

*Жабысқақ күйлер неврозы* – ананкастық невроз (ананке – «қажеттілік, фатум») ретінде анықталады. Невроздың бұл түрінің ерекшелігі болып адам бірдемеге мәжбүрленген күйде болғаны тән. Осы мәжбүрлеу күйіне

адам қаншалықты қарсыласатын болса, соншалықты симптомдар еселеніп күшейе түседі.

*Жабысқақ ойлардың* ешқандай эмоциялық сипаты болмауы мүмкін, олар сандарды қайталап санай беру, естіген сөздерді есінен шығара алмай, қайталап айта беру түрінде болуы мүмкін.

*Жалған деменция* - сананың қарауытқан күйінің бір түрі. Ол орталық жүйке жүйесінің ауыр деструктивтік өзгерістері мен реактивтік күйлері кезінде болады. Бұл күйге ой өрісінің өрбуінің кенеттен бұзылуы, интеллектуалдық-мнестикалық бұзылулар тән. Науқастар заттардың аталуын ұмытады, бағдарларын жоғалтады, сыртқы тітіркендіргіштерді қабылдауда қиналады.

*Идиотия* — олигофренияның біршама ауыр формасы, танымдық іс-әрекетке (когнитивті) және тіпті қарапайым дағдыларды дамытуға қабілеттіліктің жоқтығымен сипатталатын туа біткен психикалық жетіспеушілік.

*Истерия* – ерлерге қарағанда, әйел адамдарда жиі кездесетін невроз түрі. Истерияның өзіне тән бір құбылыс бар. Ол истериямен ауыратын адамдар кез келген аурудың симптомын айнытпай салатындығынан байқалады. Сол себептен истерияны кезінде Бабинский «ұлы симулянт» деп атаған.

*Клаустрофобия* – жабық немесе тұйықталған кеңістіктерден қорқу.

*Патопсихология* (pathos деген грек сөзінен пайда болып, күйзелу, ауру деген мағынаны білдіреді) – клиникалық психологияның саласы, бұл сала психикалық іс-әрекет пен тұлғалық қасиеттерінің ыдырау заңдылықтарын психикалық процестердің қалыпты дамуымен, қалыптасуымен және ағымымен салыстырмалы түрде зерттейді.

*Психогигиена, психопрофилактика* салалары психикалық аурулардың алдын алу жолдарын қарастырумен айналысады.

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

*Психосоматика* (soma - дене) соматикалық факторлардың психикаға және, керісінше, психикалық факторлардың соматикаға өзара ықпалын зерттейтін сала.

*Неврастения* – невроздың түрі, грек тілінен аударғанда asthenos - «әлсіздік», яғни жүйке жүйесінің әлсіздігі деген мағынаны білдіреді.

*Нейропсихология* бас миының зақымдану ошағын психологиялық әдістерді қолдану арқылы зерттейді.

*Сананың есеңгіреген күйі.* Орталық жүйке жүйесінің бұзылуы, инфекциялық аурулар, улану, бассүйек жарақаттанулары кезінде жиі кездесетін сананың бұзылу синдромы болып табылады.

*Сананың делириозды күйі* - сананың бұл күйі есергіреген күйден айрықша. Сыртқы ортада бағдарлану мұнда да бұзылған болады, алайда ол бұл қабілеттің әлсіреуінен емес, жарқын және анық елестетулердің пайда болуынан, естеліктердің бірінен соң бірі үздіксіз пайда болып тұруынан байқалады. Бағдардың қарапайым жоғалуы емес, оның уақыт пен кеңістіктегі жалған болуымен сипатталады.

*Сананың делириоздық бұзылуы* кезінде өтпелі, кейде тұрақты иллюзиялар мен галлюцинациялар, сандырақтар пайда болады. Сананың есеңгіреген күйіне қарағанда, бұл науқастар делириозды күйде сөзшен болады. Делириозды күйдегі науқастар жиі күшті қозғыш күйде болады. Әдетте, түнге қарай делирий күшейе түседі. Сананың делириозды күйі бас миының органикалық жарақаттануы кезінде жарақаттар немесе инфекциялардан кейін болады.

*Сананың онейроидты күйі* - сананың бұзылуының бұл түрін алғаш рет Майер-Гросс сипаттаған. Мұнда нақты сыртқы ортаның бейнеленуі мен санада пайда болатын анық, сезімдерге толы фантастикалық елестермен аралас келеді. Яғни нақты орта мен фантастикалық, ойдан шығарылған, қияли орта қатар жүргендей болып көрінеді.

*Сананың қарауытқан күйі* - бұл синдром қаншалықты кенеттен, қысқа мерзімге басталса, соншалықты кенеттен, жылдам аяқталуы мүмкін, сондықтан бұл күйді транзиторлық, өтпелі деп атайды. Сананың қарауытқан күйі кенеттен басталған ұстама ретінде болып терең ұйқыға кетумен аяқталады. Сананың қарауытқан күйінің негізгі белгісі – кейінгі амнезия. Сананың қарауытқан күйі туралы ұйқыдан кейін ешқандай естелік қалмайды.

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

*Шизофрения* – тұлғаның өзгеруімен және оның белгілі ақауларымен байланысты прогредиентті психикалық ауру.

*Эпилепсия* – мезгіл сайын сананың, көңіл-күйдің бұзылуымен сипатталатын созылмалы психикалық ауру.

*Эрейтофобия* – бөтен адамдар алдында қызарып кетуден қорқу.

## ҰСЫНЫЛАТЫН ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ

### Негізгі:

1. Құдиярова Ғ., Жарбосынова Б. Медициналық психология: оқулық. – Алматы: ЖК «АҚНҰР баспасы». – 2017. – 248 б.
2. Ілешева Р.Г. Медицианлық психология. – Алматы, 1997. – 132 б.
3. Кенжебаева Т.Б. Арнайы психология – Павлодар, 2011. – 111 б.
4. Клиническая психология. Под редакцией Перре М., Баумана У.- СПб, 2009. – 965 с.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология - М.: МЕДпресс, 2011. – 592 с.
6. Хрестоматия по медицинской психологии / Составитель Сапарова И.А. - А., 2004. – 90 с.
7. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология-СПб., 2010.-960 с.
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология - М.: Издательство Московского университета, 2010. – 287 с.
9. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей - М.: Издательство Московского университета, 2001. – 103 с.
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 384 с.
11. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов - Р-на-Д., 2009. – 511 с.

### Қосымша:

1. Пушкина Т.П. Медицинская психология – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2008. – 48 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности - М.: Мысль, 1990. – 106 с.
3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков - М., 2005. – 130 с.
4. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 448 с.
5. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1986. – 86 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия/ Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб, 2000. – 832 с.
7. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. Учебное пособие.- М.: ЛПА «Кафедра – М», 2004. – 272с.
8. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика — К.: Здоров'я, 2010—280 с.
9. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: Питер, 2005. — 496 с.



















Қасымжанова А.А.

Медициналық психология

Оқу құралы

Пішімі 60x84, 1/16.  
Тығыздығы 80 г/м<sup>2</sup>.  
Көлемі 5.99  
Таралымы 1 000 дана.

ЖШС «Clover Print House» баспасында басылды  
Алматы қаласы, Наурызбай батыр көшесі, 9  
тел.: +7 701 925 48 69