

*Эмоциональді лабильдік(астениялық)
бұзылыстардың(F06.6), жеңіл депрессивті эпизодтың(F32.0),
адаптация бұзылыстарының (F43.2), үрейлі және депрессивті
бұзылыстардың клиникасы,
диагностикасы және емі.*

Орындаған:Алпысбай Жұлдыз

- Органикалық психикалық бұзылыстар клиникада мына ауру топтарына біріктіріледі:
- **Деменциялар** (F00 – Альцгеймер ауруы кезіндегі деменция, F01 – Қантамырлық деменция, F02 – басқа аурулардағы деменция, F03 – анықталмаған деменция),
- **Тапшылықты** (дефициттік) органикалық психикалық бұзылыстар (F04 – органикалық амнестикалық синдром, F06.7 - жеңіл когнитивті бұзылыстар, **F06.6 - органикалық эмоциональді лабильді бұзылыстар**, F07.1 - постэнцефалиттік синдром, F07.2 - постконтузиялық синдром),
- **Органикалық психотикалық бұзылыстар** (F05 – Алкогольмен және өзге психоактивті заттармен шақырылмаған делирий, F06.0 - органикалық галлюциноз, F06.1 – органикалық кататониялық бұзылыстар, F06.2 – органикалық сандырақ бұзылыстары),
- **Органикалық аффективті бұзылыстар** (F06.3 – Органикалықкөңіл күй бұзылыстары, F06.4 – Органикалық үрей бұзылыстары),
- **Органикалық тұлға бұзылыстары**(F06.5 - органикалық диссоциативті бұзылыстар, F07.0 – органикалық этиологиялы тұлға бұзылыстары, F07.8 – Жарақатпен, ми дисфункциясымен байланысты өзге де тұлғаның органикалық бұзылыстары

- **Эмоциональді лабильдік** — бұл шектен тыс қимыл қозғалыс, тұрақсыздық, эмоция ауысуы мен пайда болуының жеңілдігі. Пациенттер жылап отырып тез күледі, күйгелектенуден босаңсуға тез көшеді. **Эмоциональді лабильдік** — истериялық невроз бен истериялық психопатиямен сырқаттанған науқастардың негізгі мінездемесі. Сананың күңгірттенуі кезінде де осындай бұзылыстар болады (делирия, онейроид).
- Эмоциональді лабильдіктің бір варианты жан әлсіздігі (эмоциональды әлсіздік). Бұл симптомға тек көкңіл күйдің тез ауысуы ғана емес эмоцияларының сыртқа көрінуін басқара алмау тән. Бұл әрбір оқиғадан (тіпті аз мәнді) қатты әсер алады, қайғыратын жағдайларға ғана емес, таң қалғанда, риза болғанда да көз жасын төгеді. Жан әлсіздігі — Мидың қантамырлары ауруларының көріну белгісі (церебральды атеросклероз), бірақ жеке тұлғалық ерекшелік түрінде де көрінуі мүмкін (сезімталдық, осалдық).

ЭМОЦИОНАЛЬДІ ЛАБИЛЬДІК КЛИНИКАСЫ

- ❑ Эмоциональді тұрақсыздық,
- ❑ Лабильдік (бір көңіл күйден басқа көңіл күйге тез көшу)
- ❑ Шаршағыштық
- ❑ күш сарқылуы
- ❑ Гиперестезия
- ❑ әртүрлі жағымсыз физикалық сезінулер (бас айналу, бас ауру)
- ❑ вегетативті бұзылыстар

Диагностикасы

- - Психиатриялық зерттеулер: объективті және субъективті анамнез жинау; клиникалық (психопатологиялық) тексеру жүргізу;
- - пациентті лабораторлық, инструменталды әдіспен физикалық (соматикалық и неврологиялық) зерттеу;
- - маман-консультанттарды тарту (невролог, терапевт, окулист, геронтолог, нарколог және т.б.). Міндетті тексеруге жатады: қан (ЖҚА, БХА, коагулограмма, глюкоза деңгейі, ВИЧ, гепатиты, сифилиске қанды зерттеу), жалпы зэр анализы, электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография, бастың магистральды артерияларының доплерографиясы.
- электрокардиография, бас сүйек рентгенографиясы бірнеше проекцияда, бас миының КТ, МРТ жасау.

Емі

- **Этиотропты терапия.** бас ми жарақаты , нейроинфекцияда антибиотиктер, вовирусқа қарсы препараттар қолданылады.
- **Патогенетикалық терапия:** дегидратация, детоксикация, ми гемодинамикасын және метаболизмін қалыптандыру.
- *актовегин, холина альфосцерат, этилметилгидроксипиридина, циннаризин, нимодипин*
- *морфолиноэтилтиоэтоксibenзимидазол 30 мг/тәулігіне , 3 ретт бөліп, 2-4 апта бойы.*

- **Симптоматикалық терапия.** Психотропты заттар (нейролептиктер, антидепрессанттар, транквилизаторлар, эпилепсияға қарсы препараттар)
- Стационарлы ем ұзақтығы 30-60 күн.

аффективті көңіл-күй бұзылысы - көңіл-күйдің тұрақты өзгерісі түріндегі психопатологиялық жағдай, көбінесе оның төмендеумен немесе көтерілумен және апатико-абулиялық синдроммен көрінеді.

Аффективті бұзылыстардың жіктелуі МКБ -10 (F3)

1. Маниакальды эпизод (F30)

- Гипомания (F30.0)
- Психикалық симптомдарсыз мания (F30.1)
- Психикалық симптомдармен жүретін мания (F30.2)

■ Биполярлы аффективті бұзылыстар (F31)

2. Депрессивтік эпизод (F32)

- **Жеңіл депрессивтік эпизод (F32.0)**
- Орташа депрессивтік эпизод (F32.1)
- Ауыр депрессивтік эпизод, психикалық симптомдарсыз (F32.2)
- Ауыр депрессивтік эпизод, психикалық симптомдармен (F32.3)

■ Рекуррентті депрессивті бұзылыс (F33)

■ Көңіл күйдің тұрақты бұзылысы (аффективті бұзылыс) (F34)

■ Көңіл күйдің басқа бұзылыстары (аффективті) (F38)

■ Көңіл күй бұзылысы [аффективті] анықталмаған (F39)

Аффективті бұзылыстардың даму

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- 1) Генетикалық себепке 11 хромосоманының аномалиясы жатады.
- 2) Биохимиялық себепке нейротрансмиттердің алмасу белсенділігі жатады, олардың саны депрессия кезінде төмендейді (серотонин) ал керісінше мания кезінде жоғарлайды және де депрессия кезінде кетохоломиндер дефициті байқалады.
- 3) Нейроэндокриндік себепке гипоталамо – гипофизарлы жүйе, лимбикалық жүйе және эпифиз бездерінің функциясының бұзылысы мен сипатталатын релизинг және мелотонин гормондарының ретсіз бөлінуі жатады.

Бұл процесстер күндізгі жарық фотондарына байланысты. Бұл ағзада болатын қалыпты, ретті жағдайларға кері әсерін тигізеді (ұйқы, жыныстық активтілікке, тамақ ж.т.б)

Бұл қалыпты процесстер аффективті бұзылыстар кезінде жүйелі түрде бұзылады.

Аффективті бұзылыстардың клиникасы

- Негізгі бұзылыстар моторлық белсенділіктің артуы немесе төмендеуі себебінен көңіл – күйдің көтерілуі немесе күрт төмендеуі және де әлеуметтік функциялаудың өзгерістері мен көрінеді.
- Клиника эпизод күйінде басталады (маниакальды, депрессивті) биполярлы (екіфазалы) рекурренттік бұзылыстар, және де көңіл күйдің тұрақты бұзылыстарымен сипатталады.
- Психоздар арасында психопатологиялық симптомдарсыз интермисси болады.

- Аффективті бұзылыстар көбінесе соматикалық сферада көрінеді (физиологиялық улану, салмақ, тері тургоры ж.т. б).
- Аффективті бұзылыстар спектрінде байқалады:
 - Салмақтың мезгілдік өзгеруі (әдетте қыста семіру, жазда 10% арықтау)
 - Кешкі уақытта көмірсуға жемірлік, ұйықтар алдында тәттіге құмарлық.
 - Етеккіралды синдромы, етеккір алдында көңіл күйдің күрт төмендеуі.
 - «Солтүстіктік депрессия», солтүстікке қоныс аударғандар арасында болады, ол поляр түні кезінде байқалады.

Депрессивті синдром

1. көңіл-күйдің нашарлығымен (гипотимия), 2. ойлаудың тежелуімен және қимыл 3. активтілігінің төмендеуімен көрінеді (депрессивті үштік). Гипотимикалық бұзылыстар диапазоны жеңіл басылымнан, қайғыдан, терең сағыныштан яғни, науқас ауырлықты, кеудесінде ауру сезімін сезуден жоғары

Ассоциативті процестердің баяулауы

ойының баяу және аз болуы, жағымсыз жағдайлармен: ауру, өзін-өзі кінәлау ойы байқалады. Сұрақтарға қиналып жауап береді, сұрақ пен жауап арасындағы пауза ұзақ болады.

Қимылының аз болуымен және біртектілігімен қимыл әрекетінің баяулауы байқалады. Науқас қимыл үстінде бір қалыпта тоқтап қалуы мүмкін (депрессивті ступор).

Депрессивті синдромға психотикалық варианттағы бұзылыстар: сандырақ ойлар өзін-өзі кінәлау, өзін-өзі кемсіту (параноидты депрессия) өзін-өзі өлтіруге (суицид) дейін алып келетін жағдайлар да жатады.

Психотикалық депрессия кезінде сомато-вегетативті бұзылыстар: ОЖЖ симпатикалық бөлімнің тонусы жоғарылауы яғни, **тахикардия, мидриаз, іш қату** (Протопопов үштігі) байқалады. Тәбеті төмендейді, дене салмағы азаяды, анорексия, ұйқысы бұзылады.

Депрессияның жіктелуі

- *Уайымдық депрессия*-бұл кезде мұңмен қатар қорқыныш қатар жүреді.
- *Меланхоликалық*-мұнда ең бастысы және айқын аффект; мұң болады.
- *Анергиялық депрессия* - мұң мен бірге қорқыныш әлсіз көрінеді, мұнда бірінші орынға психикалық үрдістер жатады.
- *Депрессивтік - деперсонализациялық* - науқастың жүзі мұңды болғанмен көңіл күйінің жақсы екенін айтады.

- **Маскалы (ларвирлі) депрессия**, эмоциональды компонент анық емес және соматовегетативті бұзылыстар болады (депрессия маскасы). «Жасырын депрессияның» диагностикасында келесі белгілер бағаланады:
Көбінесе таң ертең субъективті жайсыздық байқалады.
 - Полиморфизм, анық еместілік, сомато-вегетативті шағымдар, белгілі бір шегі жоқ ауру сезімі.
 - Тіршіліктік қызметінің бұзылысы (ұйқының, тәбеттің, етеккірдің, потенцияның, салмақ жоғалту).
 - Бұзылыстың периодтылығы және оның пайда болуы мен жоғалуының өз бетінше болуы.
 - Маусымдылығы-жиі көктем және күз.

- **Маскалы депрессия** МДП-ның депрессивті фазасында, шизофренияда, пресенильді депрессияда кездеседі.
- **Дабыл депрессиясы** – инволюциялық депрессияға тән. Дабыл және қорқыныш негізгі аффект болады. Науқастар үнемі катастрофа, қайғы сезімдерінде жүреді. Дабыл қайғысының құрамы жалпы диффузды қасиет құрайды. Қимыл-әрекеттің баяулауы емес, керісінше қимыл-әрекеттің қозуы байқалады яғни, науқастар бір орында отыра алмайды. Мұндай қозу жағдайындағыларды меланхоликалық раптуста: науқастар айқайлап, қайғырады, шыңғырып, ары-бері жүреді, еденде аунайды. Осы жағдайда оларға суицид жағдайына қауіп төнеді.
- **Анестетикалық депрессия**- науқастар қандай да бір уайымның толық және қайғылы жоғалуына шағымданады. Жиі сыртқы ортадағы өзгерістерді- әлем өз түсінен айырылып жатыр, дауыстар әлсіз естіледі, уақыт жүрмей қалған сияқты (меланхоликалық дереализация).

Дәрігер терапевт білуі тиіс:

Негізгі психопатологиялық белгілерді анықтай алу.

Психопатологиялық белгілердің түрлерін білу және оларды ажырату.

Психопатологиялық белгілердің мүмкін себептерін анықтау. Шындығында, дәрігер терапевтпен сұхбат барысында үрейі бар науқастардың тек 20 % - ы ғана үрей симптомдарына шағымданған, ал өзге науқастар тек соматизирленген симптомдарды атаған.

Депрессия тұрғындардың 9-20 %- ында кездеседі. Ал амбулаторлы науқастарда жиілігі 10-33 % - ға жетеді.

Депрессияны диагностикалау қиындығы - алекситимия. Алекситимия - науқастың өз ішкі жан - дүниесін сипаттай алмауы. Жеңіл депрессияда алекситимия - 60-70 % кездеседі. Көптеген науқастар депрессияны өздерінде бар соматикалық ауруларымен және өмірлеріндегі қиыншылықтарымен байланыстырады.

Терапевттер жалпы әлсіздік, дімкәстік деп анықтаған шағымдарды психиатрлар көңіл-күйдің төмендеуі, күнделікті тірліктерге қызығушылығының жоғалуы, яғни депрессияның симптомдары ретінде қарастырады.

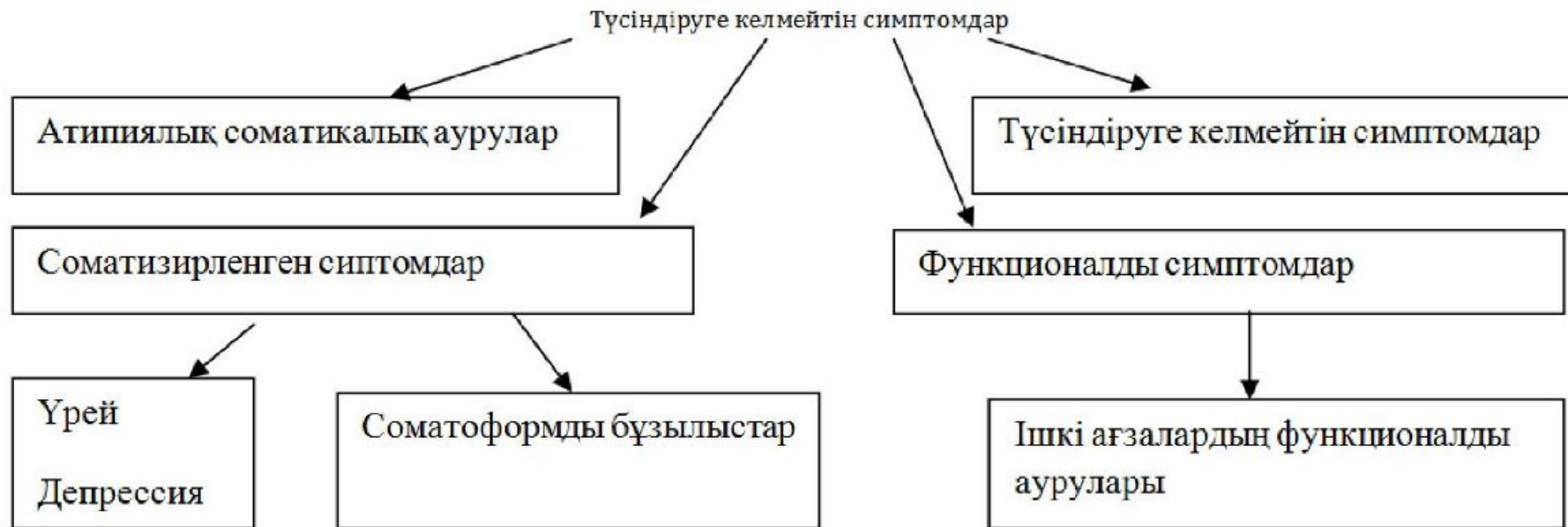
Депрессия жиі соматизирленген симптомдармен бірігеді. Депрессиясы бар науқастардың 15 % - ы ғана депрессия симптомдарына шағымданған, ал өзге науқастар соматикалық шағымдарды атаған.

Егер соматизирленген симптомдар депрессияның симптомдарымен қатар көрініс берсе немесе депрессияның көріністерін азайтса, «соматизирленген депрессия» терминін қолданады.

Кесте 1

Негізгі бұзылыс	Қосалқы бұзылыс	Жиілігі	Әдебиеттер
Рекурентті	Паникалық бұзылыстар	10 - 20 %	АНСРР 1993; Grunhous L. 1988;
депрессиялық бұзылыс		15 - 30 % 19 %	ECA, 1988.
	Жайылмалы үрейлі бұзылыс	30 %	АНСРР, 1993.
	Үрей	96 %	Hamilton M., 1998.
Паникалық бұзылыстар	Рекурентті депрессиялық бұзылыс	23 %	Savino M et al., 1993
	Дистимия	7 %	ECA, 1988.
Агорафобия	Депрессия	91 %	Munjack D. J., Moss H. B., 1981.
Жайылған үрейлі бұзылыс	Депрессия	23 - 87 %	Rouillon F., Chigon J M., 1992.

Психикалық бұзылыстардың таралымы ішкі ағзалар ауруларының сапына жуық келеді.
Түсіндіруге келмейтін симптомдардың құрылымы.



Емі және профиктикасы

- *Нейролептиктер, антидепресанттар, транквилизаторлар қолданылады.*
- *Аффективті бұзылыстарға алып келетін жағдайларды ескерту.*
Аффективті бұзылыстар кезінде тек қана антидепресанттар ғана қолданылмайды:
бензодиазепиндер, транксена
- *Үрей мен депрессияны басуға — альпразолама*

Препарат и его аналоги	Минимальная суточная доза, мг	Средняя суточная доза, мг
Азафен	50	300
Амитриптилин (триптизол)	25	300
Анафранил (кломипрамин)	50	250
Бефол	300	600
Вельбутрин	50	300
Гептрал (адеметионин)	800	1600
Герфонал (тримепримин)	50	300
Золофт (сертралин)	50	300 (1 раз в сутки)
Инказан	50	300
Инсидон	50	150
Коаксил (тианептин)	25	50
Лудиомил (мапротилин)	25	300
Мелипрамин (имипрамин)	25	250
Миансерин (леривон)	100	300
Ниаламид (нуредаль)	25	300
Паксил (пароксетин)	20	40 (1 раз в сутки)
Петилил (дезипрамин)	50	200
Пиразидол	50	300
Сиднофен	5	30
Синекван (доксепин)	30	300
Тразодон	150	300
Флуоксетин (прозак, продеп)	20	60

F40-F48 Стресспен байланысты, невротикалық және соматоформалық бұзылыстар

- » F40 Фобиялы қорқынышты бұзылыстар
- » F41 Басқа қорқыныш бұзылыстары
- » F42 Обсессивті-компульсивті бұзылыстар
- » F43 Ауыр стресске реакция және адаптация бұзылысы
- » F44 Диссоциативті [конверсионды] бұзылыстар
- » F45 Соматоформалы бұзылыстар
- » F48 Басқа невротикалық бұзылыстар

- Стресске жедел реакция (бейімделудің бұзылуы, адаптация бұзылуы), ICD-10 коды F43.0 сәйкес, күшті стресс әсерінен пайда болатын қысқа мерзімді, бірақ ауыр психикалық бұзылыс.
- Адамның мінез-құлқының өзгеруіне және оның психикалық жағдайының бұзылуына себеп болуы мүмкін:
 - апат
 - бір немесе бірнеше жақындарынан айырылу,
 - әлеуметтік жағдайдың күрт өзгеруі,
 - ауыр сырқат туралы жаңалықтар
 - босқындардың әлеуметтік мәртебесі
 - қайғылы оқиға,
 - табиғи апаттар
 - зорлау
 - қылмыстық әрекеттер.

Бейімделудің бұзылуы

- Күшті және ұзаққа созылған тәжірибе, ұзаққа созылған стресс тудыратын барлық өмірлік оқиғалар бейімделу реакцияларының бұзылуына әкелуі мүмкін.
- Дағдарыс жағдайлары оған жақын адамдарға тән: қарттар, науқастар, ескірген, психикалық немесе соматикалық аурулары бар адамдар.
- Өмірлік жағдайлар, жазатайым оқиғалар, шығындар - осының бәрі бұзушылықтардың дамуына ықпал етеді. Алайда, егер адамда ауруға табиғи бейімділік болмаса, жедел реакцияның көрінісі үшін сыртқы факторлар жеткіліксіз.
- Бейімделу бұзылыстары мен стресстің өткір реакцияларына басқаларға қарағанда сезімтал адамдар тобы бар. Бұл кез-келген оқиғаны жүректен қабылдайтын өте сезімтал адамдар. Соматикалық және психикалық аурулар да бұзылулардың дамуына ықпал етеді.

Даму және барысы

- Жедел стресс реакциясы стресс пайда болғаннан кейін бірден пайда болады, бейімделу бұзылыстарының белгілері дереу сезінеді
- Бастапқыда пациент толық таңғаларлық жағдайға түседі. Ол шындықтан алыстап бара жатыр. Келесі қадам - мазасыздықтың пайда болуы. Бұл жағдай пациентке тыныштық бермейді. Ол жағдайды дұрыс бағалай алмайды. Көптеген шындық оқиғалар назардан тыс қалады.
- Кенеттен болатын өзгерістерге жедел реакцияның тағы бір симптомы - дезориентация.
- Стресске жедел реакция - бұл адамның психикалық жағдайы нашар. Ол бірнеше сағаттан 3 күнге дейін созылады. Науқас есінен танып қалды, жағдайды толық түсіне алмады, стресстік оқиға жадында ішінара, көбінесе фрагменттер түрінде жазылады. Бұл стресстен туындаған уақытша амнезияға байланысты. Әдетте, белгілер 3 күннен аспайды.
- Реакциялардың бірі - жарақаттан кейінгі стресстің бұзылуы. Бұл синдром адамның өміріне қауіп төндіретін жағдайларға байланысты дамиды. Мұндай күйдің белгілері өтіріктің тежелуі, иеліктен шығару, қайталанатын сұмдықтар

Даму және барысы (жалғасы)

- Көбінесе пациенттер өз-өзіне қол жұмсайды. Егер бұзылыс тым ауыр болмаса, ол біртіндеп жоғалады. Бірнеше жылға созылатын созылмалы түрі бар. Посттравматикалық синдромды күрес шаршауы деп те атайды. Бұл синдром соғыс ардагерлерінде байқалды. Ауған соғысынан кейін көптеген әскери қызметшілер осы тәртіпсіздіктерден зардап шекті.
- Бейімделу реакцияларының бұзылуы адам өміріндегі стресстік оқиғаларға байланысты болады. Бұл жақын адамыңыздан айырылу, өмірлік жағдайдың күрт өзгеруі немесе тағдырдың өзгеруі, бөліну, отставка, сәтсіздік болуы мүмкін.
- Нәтижесінде адам күтпеген өзгеріске бейімделе алмайды. Адам күнделікті өмірін жалғастыра алмайды. Әлеуметтік қызметке байланысты шешілмейтін қиындықтар бар, қарапайым күнделікті шешім қабылдауға ынталар, ынталар жоқ. Адам өзін тап болған жағдайда бола алмайды. Алайда оның өзгеруге және шешім қабылдауға күші жетпейді.

АҒЫН ТҮРЛЕРІ

- Қайғылы, қиын тәжірибе, трагедия немесе өмірлік жағдайдың күрт өзгеруімен туындаған бейімделудің бұзылуы әртүрлі бағыт пен сипатқа ие болуы мүмкін. Аурудың сипаттамасына байланысты бейімделу бұзылыстары:
- **Көңіл күйзелісі.** Қорқыныш және үмітсіздік сезімдері тән. Науқаста үнемі депрессиялық көңіл-күй болады.
- **Мазасыз көңіл.** Негізгі белгілері - жүрек соғысы, діріл, қозу
- **Аралас эмоционалды белгілер.** Мазасыздық, депрессия және басқаларды қоса бірнеше белгілердің бар екеніне көз жеткізіңіз.
- Бейімделу бұзылысы болған жағдайда **мінез-құлық бұзылыстарының таралуы** ауруға бейім барлық қабылданған мораль стандарттарын бұзады.
- **Жұмыстың немесе оқудың үзілуі.** Жұмыс немесе оқумен айналысқысы келмейді. Жұмыстан және оқудан бос уақытта жоғалып кететін депрессия, мазасыздық байқалады.

- Әдетте, бұзылыс және оның белгілері стресстік оқиғадан 6 ай өткен соң жоғалады. Егер стресс үздіксіз болса, онда шарттар алты айдан әлдеқайда ұзақ.
- Синдром қалыпты, салауатты өмір сүруге кедергі келтіреді. Оның белгілері адамды психикалық тұрғыдан ғана емес, сонымен бірге бүкіл денеге әсер етеді, көптеген органдар жүйесінің жұмысын бұзады. Негізгі ерекшеліктері:
 - қайғылы, депрессиялық көңіл-күй
 - үнемі мазасыздық пен мазасыздық
 - күнделікті немесе кәсіби міндеттерді шеше алмау,
 - болашақ қадамдар мен өмір жоспарларын жоспарлаудың мүмкін еместігі және болмауы,
 - оқиғаларды қабылдаудың нашарлауы,
 - қалыптан тыс, ерекше мінез-құлық,
 - кеуде ауыруы
 - жүрек соғысы,
 - тыныс алудың қиындауы
 - қорқыныш
 - ендігу
 - тұншығу
 - күшті бұлшықет кернеуі
 - тыныштық
 - темекі мен алкогольді көп қолдану.
- Бұл белгілердің болуы бейімделу реакцияларының бұзылуын көрсетеді.

Диагноз

- Бейімделу реакцияларының бұзылуын диагностикалау тек клиникалық жағдайда жүргізіледі, ауруды анықтау үшін пациентті күйзеліске әкелген дағдарыстық жағдайлардың сипаты ескеріледі.
- Оқиғаның адамға әсер ету күшін анықтау өте маңызды. Дене соматикалық және психикалық ауруларға тексеріледі. Психиатрдың тексеруі мазасыздықты, депрессияны, жарақаттан кейінгі синдромды болдырмау үшін жүргізіледі. Тек толық емтихан диагнозды анықтауға көмектеседі, науқасты емдеу үшін мамандар кеңесі маңызды.

Емі

- Негізгі әдіс - психотерапия. Бұл әдіс ең тиімді, өйткені аурудың психогендік аспектісі басым. Терапия науқастың травматикалық жағдайға көзқарасын өзгертуге бағытталған. Науқастың жағымсыз ойларды реттеу қабілеті артады. Стресс жағдайында пациенттің мінез-құлқы үшін стратегия жасалады.
- Препараттардың мақсаты аурудың ұзақтығына және мазасыздық деңгейіне байланысты. Дәрі-дәрмектермен емдеу орташа есеппен екі-төрт айға созылады.
- Дәрілік заттардың ішінде антидепрессанттар тағайындалады:
- **Амитриптилин** танымал дәрілердің бірі. Оны қабылдау тәулігіне 25 мг-дан басталады. Тиімділікке байланысты және дене сипаттамаларына байланысты дозаны жоғарылатуға болады.



Емі (жалғасы)

- **Мелипрамин** - Тағы бір антидепрессант. Қолдану және дозалау әдісі алдыңғы препаратпен сәйкес келеді. 25 мг-дан бастап 200-ге дейін бастаңыз. Ұйықтар алдында ішіңіз.
- **Мисансан** антидепрессант қана емес, сонымен қатар ұйықтайтын таблеткалар мен седативтер де бар. Ол шайнаусыз қабылданады. Доза 60-тан 90 мг-ға дейін.
- **Паксил** - антидепрессант. Күніне 1 рет, таңертең мас ішеді. Доза тәулігіне 10-нан 30 мг-ға дейін.
- Есірткіден бас тарту науқастың мінез-құлқы мен әл-ауқатына сәйкес біртіндеп жүреді.
- Емдеу үшін седативті шөптік препараттар қолданылады. Олар седативті функцияны орындайды.
- №2 шөптік шөптер аурудың белгілерінен арылуға көмектеседі. Ол валериан, антропорт, жалбыз, құлмақ және миядан тұрады. Инфузия күніне 2 рет стаканның 1/3 бөлігіне ішеді. Емдеу 4 аптаға созылады. Жиі бір уақытта № 2 және 3 қабылдау жинағын тағайындаңыз.
- Толық емдеу, психотерапевтке жиі бару қалыпты, таныс өмірге оралуды қамтамасыз етеді.

Қолданылған әдебиеттер:

- *Жарикова.Н.М, Урсов Л.Г, Хритинин Д.Ф, Сарсембаев К.Т Алматы 2010*
- *Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.*
- *Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 г. № 193-IV.*
- *Приказ и.о. Министра Здравоохранения РК № 15 от 06.01.2011 «Об утверждении положения о деятельности психиатрических организаций в РК».*
- *Авруцкий Г.Я., Недува А.А Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988. 5. Арана Д*
- *Дробижев М. Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской практике // Психиатрия и психофармакология. - 2002. - Т.4. - №5. - С - 813.*
- *Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике врача терапевта. 3-е изд., доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 256 с.*
- *Джарбусынова Б. Б. Психиатрия для врачей общей практики. - Алматы: 2011. - 395 с.*
- *Кудьярова Г. М, Зальцман Г. И. Психиатрия для семейных. - Алматы: «Медицина Баспасы», 2000. - 259 с.*
- *Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: 2003. - 432 с.*
- *Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам страдающим депрессиями в условиях территориальной поликлиники // Методические рекомендации. - М.: 2000. - 188 с.*