

ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Неврология кафедрасы

Психиатрия және наркология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Шизофрения

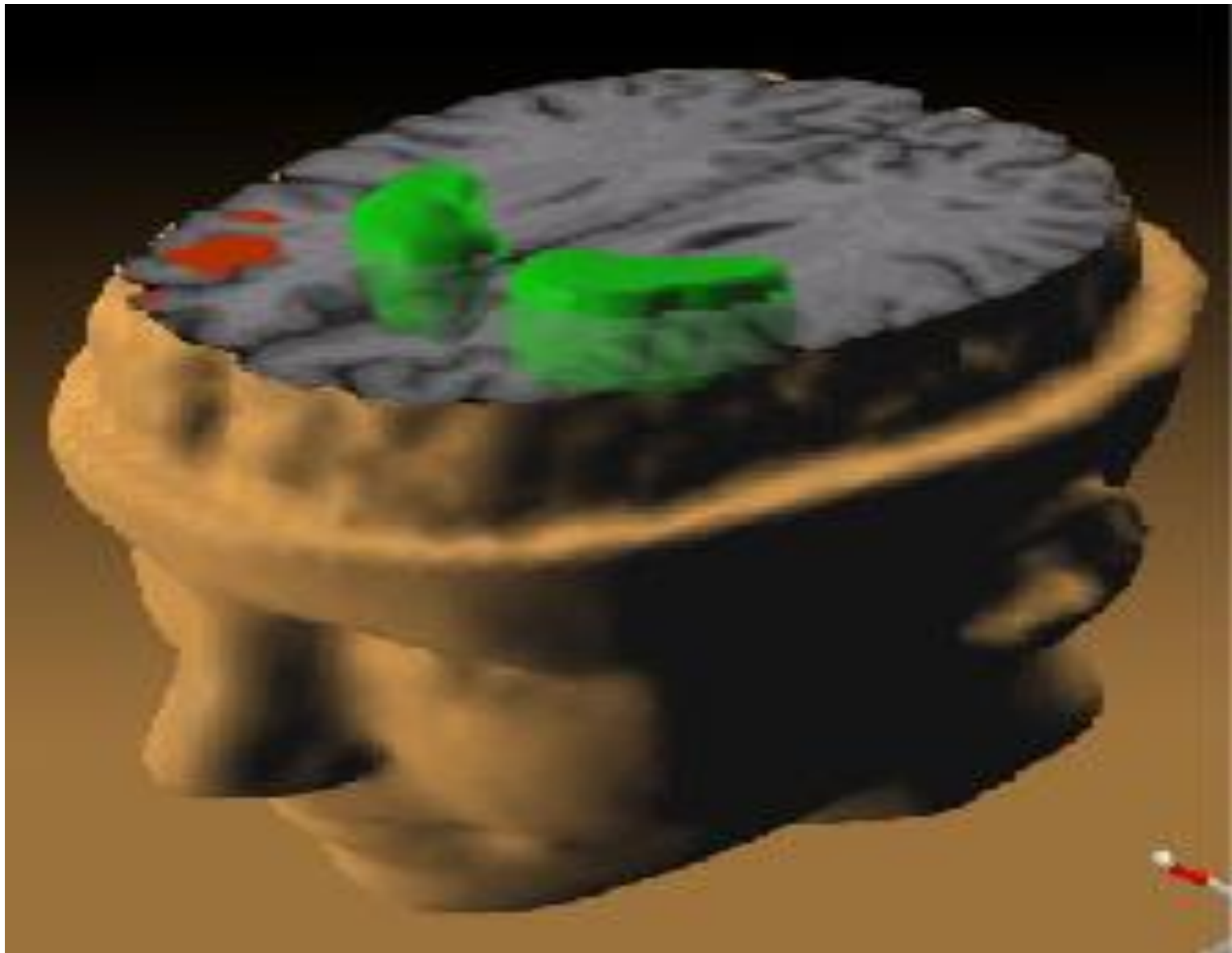


Орындаған: Қаиркенова.С.Н

5-023-ЖМФ

Тексерген: Сыздыкова.А.К

Қарағанды 2016



Шизофрения

Жоспар

- I.Кіріспе
- II.Негізгі бөлім
- Шизофренияның формалары
- Шизофрения ағымы. Ағымының типтері
- Шизофренияны емдеу жоспары
- IV.Қорытынды
- V.Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе

- **Шизофрения** —(грек шизо-ыдырау,френ- жан) жастық шақта пайда болатын созылмалы психикалық эндогенді прогредиентті, этиологиясы жағынан айқындалмаған, науқас тұлғасының типті өзгерістерімен және әлеуметтік адаптация және еңбекке қабілеттіліктің тұрақты бұзылыстарына алып келетін әр түрлі айқындылық дәрежесіндегі өзге психикалық бұзылыстармен көрінетін психикалық ауру.
- Шизофрения кезінде науқастар тұйықталады,әлеуметтік қатынастарын жоғалтады,эмоциялық реакциялардың кедейленуі бақыланады. Сонымен қатар қабылдау,түйсік, ойлау,қозғалыстық еріктік сфераның әр түрлі дәрежедегі бұзылыстары анықталады.

Даму тарихы

- Шизофренияны оқып танығанда Э.Крепелиннің жұмыстарын ескеру қажет. Ол бойынша *dementia praecox* (ерте кемақылдық) ұғымына біріктірілген бірнеше психоздар. Жастық шақта себепсіз басталатын, прогрессивті ағымды және тұлғаның терең дефектілеріне (гебефрения, кататония) әкелетін және созылмалы сандырақты психозға әкелетін ауру деп есептеді.



Эмиль Крепелин
(1856-1926)

Е.Блейлер бұл ауруға жаңа атау «шизофрения» (грек шизо-ыдырау. Френ-жан)терминін ұсынды. Шизофрения диагностикасы үшін 4 негізгі симптомдар ең маңызды болып табылады деп есептеді.

1ранг белгілері:

аутизм

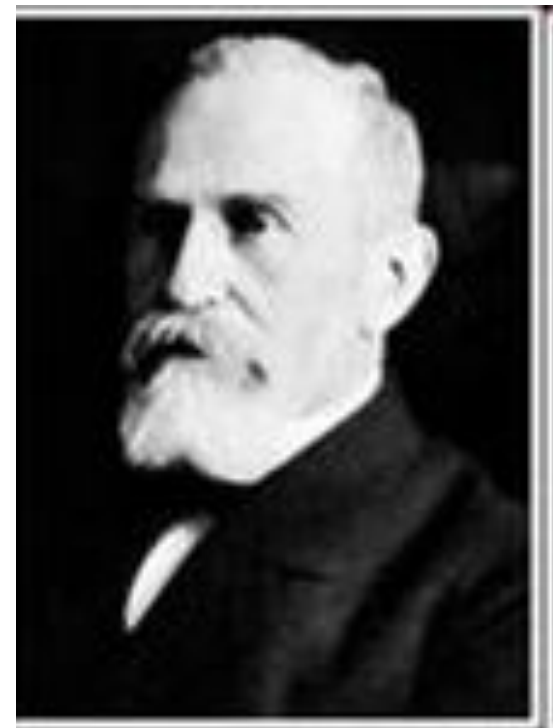
ассоциативті процесс бұзылысы (ойлау дезорганизациясы)

амбиваленттілік (эмоциональды реакция бұзылысы)
«Уплотнение» аффекта

2 ранг симптомдарына:

галлюцинация

сандырақ, сенестопатия, иллюзия, кататониялық және т.б симптомдар жатқызылды.



Эйген Блейлер
(1857-1939)

**К. Шнайдер
-шизофренияны
диагностикалауда
бірінші ранг
симптомдарына
галлюцинация мен
сандырақты жатқызды**



Курт Шнайдер
(1887-1967)

Өмір бойында шизофренияның даму қаупі



Эпидемиология шизофрении

Өмір сүру барысында ауырып қалу қаупі	≈ 1%
Аурушаңдылық таралуы	≈ 20 жағдай 100 мың адамға шаққанда 3-5 науқас 1000 тұрғынға
Гендік әртүрлілік	Ер кісілер жиі ауырады
Аурудың басталум жасы	Ер кісілер: 15-25 жас, әйел: 25-30 жас (гипотеза «эстрогенді қорғау»)
Шизофренияның жоғары таралу популяциясы	Төменгі социальді-экономикалық класстар; қала тұрғындары, түрмедегілер; иммигранттар; үйсіздер (♂ - до 40%, ♀ - до 65%)
Науқастар арасында суицидке қауіптілік	≈ 10%
Науқастар арасында суицидке жиілік	≈ 147-750 науқас 100 мың шизофрениямен ауыратын науқастар

ХАЖ-10 бойынша шизофренияны диагностикалау

1. Продуктивті симптомдардың болуы
(«бірінші ранг симптомдары»)
2. Бұзылыстың 1 айдан аса байқалуы
3. Аурудың аффективті емес мінезі
4. Органикалық себептердің жоқтығы

Шизофренияның этиологиясы

- Тұқым қуалаушылық фактор
- Көп жағдайда этиологиясы анықталмаған, белгісіз.
- Э.Крепелин шизофрения токсикоздың,соның ішінде жыныс бездерінің қызметі бұзылысы нәтежиесінде пайда болады деген тұжырым жасады. Шизофренияның пайда болуында тұқымқуалаушылық патологияның ролі анықталған,себебі наукастарда осы аурумен тұқымқуалаушылық ауырлығы, қарапайым тұрғындармен салыстырғанда бірнеше есе жоғары және тұқымқуалаушылық ауырлығы сипатында белгілі бір заңдылық болатындығы, шизофрения дамуының биологиялық ата-анамен байланыстылығы дәлелденген.Сонымен қатар катехоламиндік және индолды гипотезаларына негізделген

Клиникалық көрінісі

- *Ойлау бұзылысы:* ойдың ағылып-төгілуі, тоқтап қалуы, ойдың мазасыздығы, ақылдылық, сөйлеу үзілістілігі;
- *Қабылдау бұзылыстары.* Есту, тактильді, иіс сезу, көру галлюцинациялары(жалған галлюцинациялар), сандырақтың көптеген түрлері-паранойяльды, параноидты, парафренді. Кандинский-Клерамбо синдромы көрінеді;
- *Қозғалыс-ерік бұзылыстары.* Кататониялық синдром, ступор жағдайы, қозу;
- *Эмоция бұзылыстар:* сезімдерін жоғалтып барлығына немқұрайлы қарайды, жақтырмаушылық, ашушандық, жақындарына деген аяныш, түсіністік сезімнің жоғалтуы, сүйікті ісіне қызығушылық сезімі жоғалады, науқастар ұқыпсыз, қарапайым жеке бас гигиенасын сақтамайды
- Сенестопатиялық сезімдер
- *Тәртіп бұзылыстары:* ойламаған қозғалыстар жасайды, сөйлеу мәнері мен мимикасы өзгереді;

Шизофренияның формалары

- Параноидты формасы
- Гебефрендiк формасы
- Кататоникалық формасы
- Қарапайым формасы
- Циркулярлы формасы
- Сенестопатиялы-ипохондриалық формасы

- Шизофренияның психопатологиялық көріністері көп түрлілігімен ерекшеленеді. Өздерінің ерекшеліктеріне байланысты олар *негативті* және *продуктивті* болып бөлінеді.
- *Негативті*-функциялардың түсіп қалуы немесе бұрмалануын білдіреді
- *Продуктивті*- ерекше психопатологиялық симптоматиканың пайда болуымен: галлюцинация, сандырақ, аффективті күйзеліс және т.б сипатталады.

Шизофренияның 3 негізгі ағымын ажыратады

- Үздіксіз ағымды шизофрения:
 - Қатерлі (ядролық) шизофрения
 - Прогрессиентті: сандырақтық, галлюцинаторлы
 - Азпрогрессиентті : әлсіз ағымды
- Рекуррентті талматәрізді шизофрения
 - Ерекше формалары:
 - фебрильді шизофрения
 - Паранойяльді шизофрения
 - Азпрогрессиентті шизофрения
- Талма тәрізді-прогрессиентті:
 - Қатерлі
 - Прогрессиентті
 - Шизоаффективті
 - Азпрогрессиентті

Қатерлі ядролық шизофрения

- Балалық және жеткіншек жаста пайда болады, қатерлі ағыммен сипатталады. аурудың алғашқы белгілерінің пайда болуынан оның түпкілікті дамуына дейін 2-3 жыл өтеді. Жалпы белгілері:
 - Аурудың ерте басталуы (жасөспірім жаста)
 - Бірінші кезекте негативті бұзылыстар п.б позитивті бұзылыстар қосылады
 - Психоздың манифестациясынан бастап оның ақырының жеделдеуі
 - Продуктивті симптоматиканың полиморфизмі (сандырақтық, галлюцинаторлы, кетатоно-гебефренді бұз)
 - Терапияға айқын резистенттілік п.б
 - Өлім алды жағдайы
- Шизофренияның ядролық түрімен ауыратын науқастар жалпы шизофрениямен ауыратын науқастардың 4,5% құрайды. Ер кісілер әйелдерге қарағанда 3-4 есе жиі ауырады. 15-19 жас аралығында аурушаңдылық жоғары

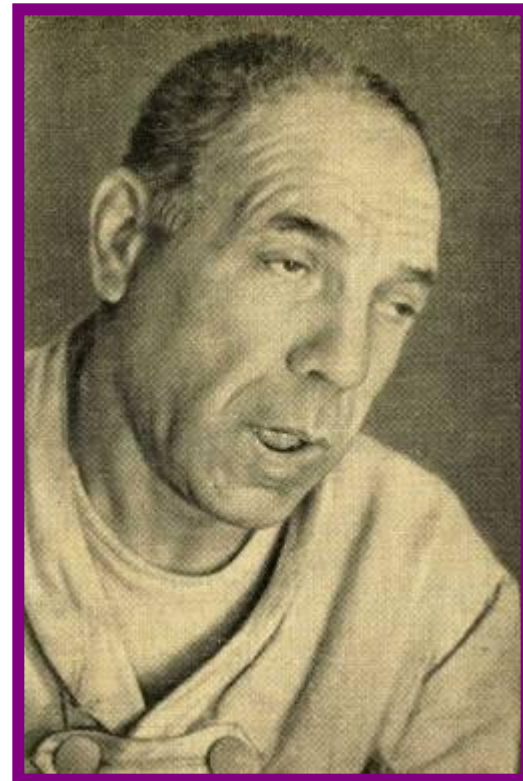
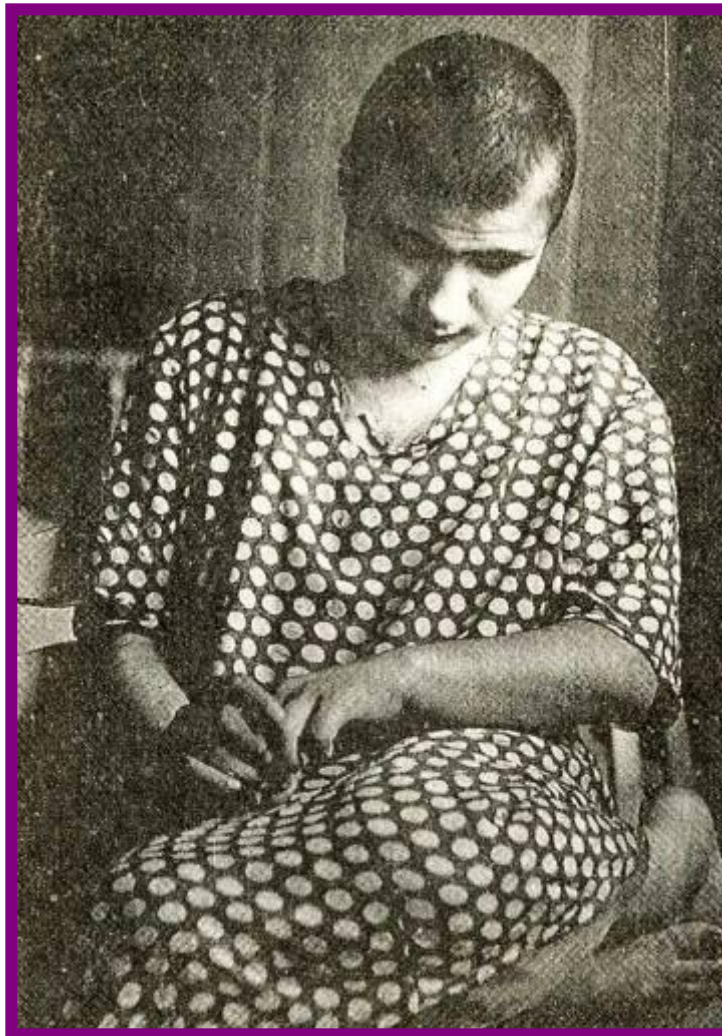
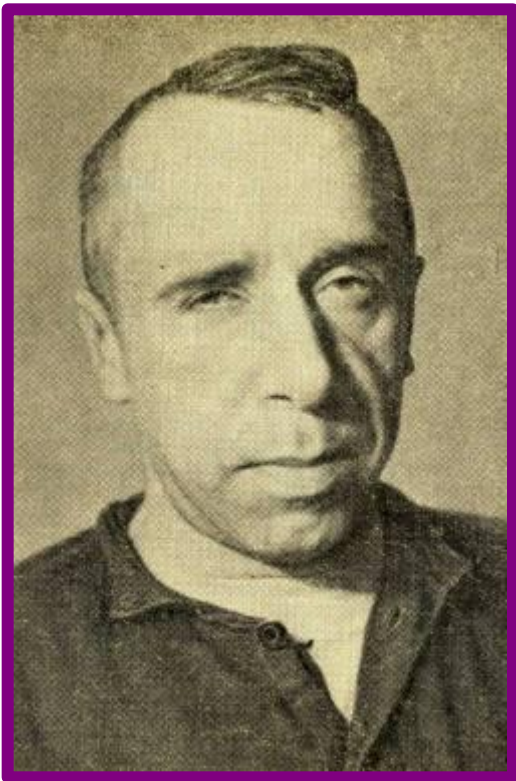
- Ядролық шизофренияның :
 - Қарапайым
 - Геберфрениялық
 - Параноидты
 - Кататониялық варианттары бар

Қарапайым варианты: балалық және жастық шақта кездеседі.

үш негізгі бөліктен құралады:

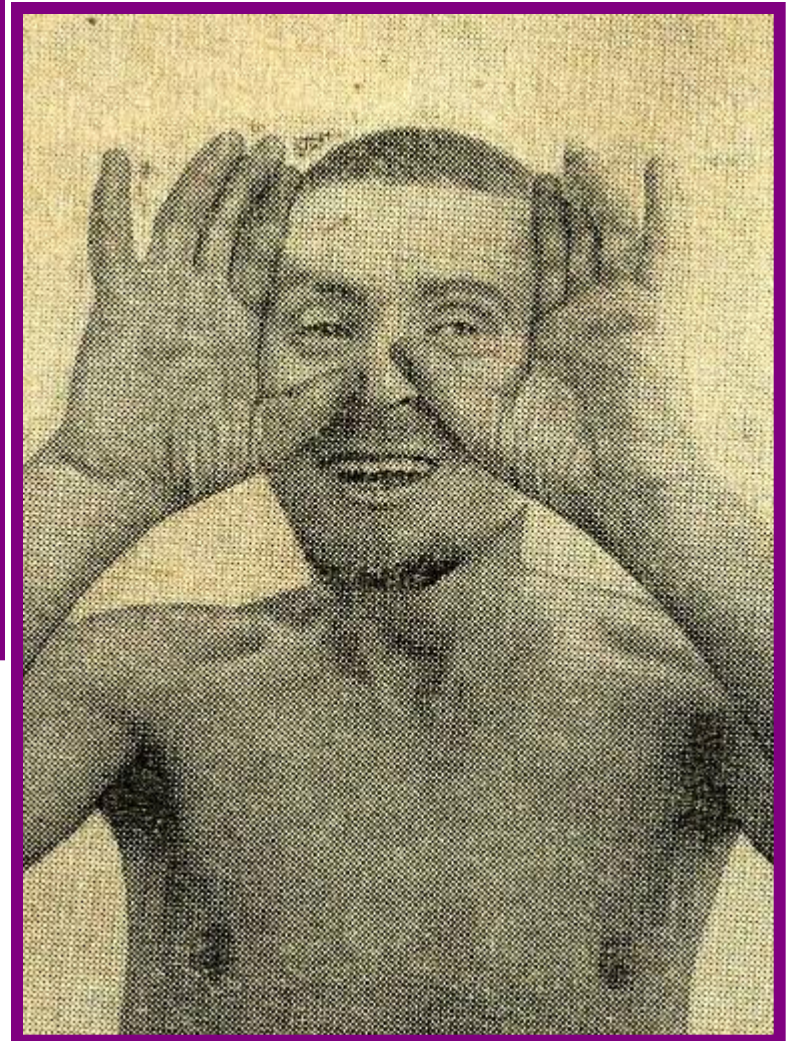
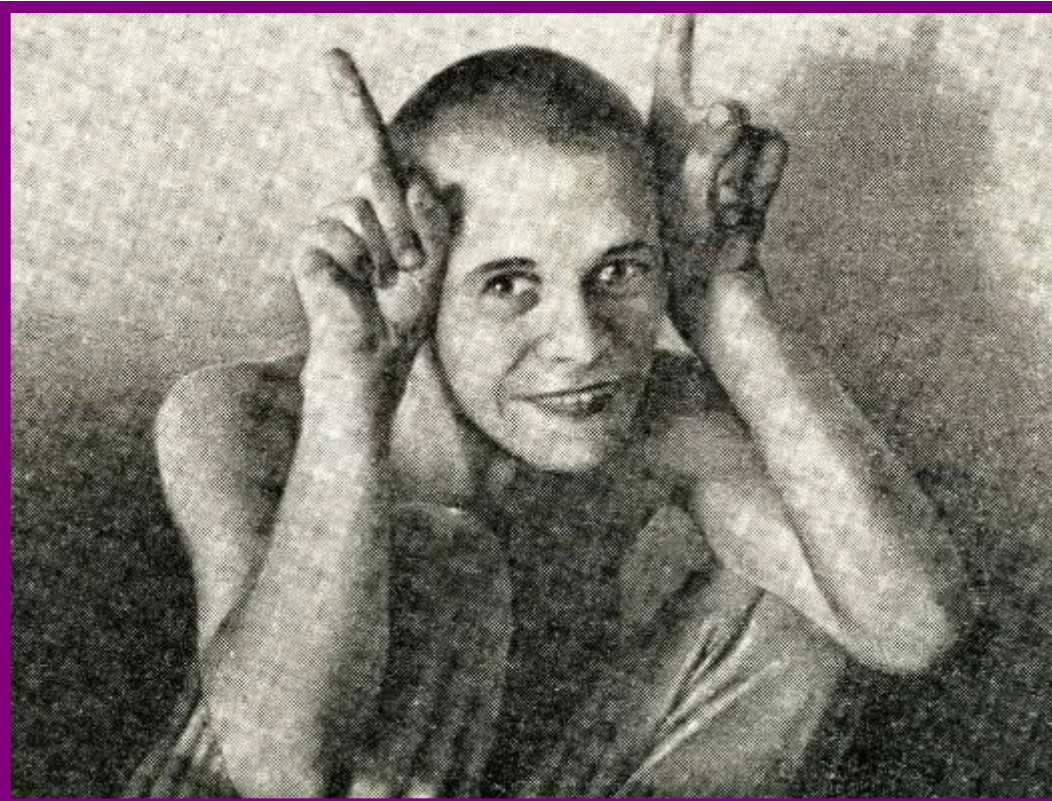
- *психикалық өнімділіктің төмендеу*
- *эмоциональдық өзгерістердің пайда болуы*
- *бұрмаланған пубертатты дағдарыстың құбылыстары.*
- сандырақ ойлар, жекеленген елестетушіліктер болмайды. Ойлаудың бұзылуы, қиындауы, оқу үлгерімінің нашарлағаны байқалады. Апатико-абулиялық өзгерістер пайда болады.

Апато-абулиялық синдром



- **Гебефрениялық варианты:** Шизофренияның ең қатерлі формаларының бірі болып табылады. Оның негізгі көрінісі гебефрендi синдром болып табылады. Мінез құлықтың үзiк-үзiктiгiмен қатар келеңсiздiгi, сөздің ерекшелiгi, сезiмнiң айқын орнықсыздығы бiлiнедi. Ауру бет-аузын қисайтады, оның әрекетi ерекше сиықсыздығымен ерекшеленедi, кейде сотқарлық немесе есерлiк сипат алғандай болады. Сезiмдiк әсер шектен тыс орнықсыз және дәлелсiз болған жағдайда құрғақ өнiмсiз эйфория басым болады. Бiршама қолайсыз уақыттан кейiн ойлаудың үзiк-үзiктiлiгi айқын байқалатын кемақылдық тез басталады. Ал кейбiр жекелеген жайдайларда едәуiр терең ремиссия байқалады. Бұл түр 20 жасқа дейiнгi жас адамдарда жиi кездеседi.

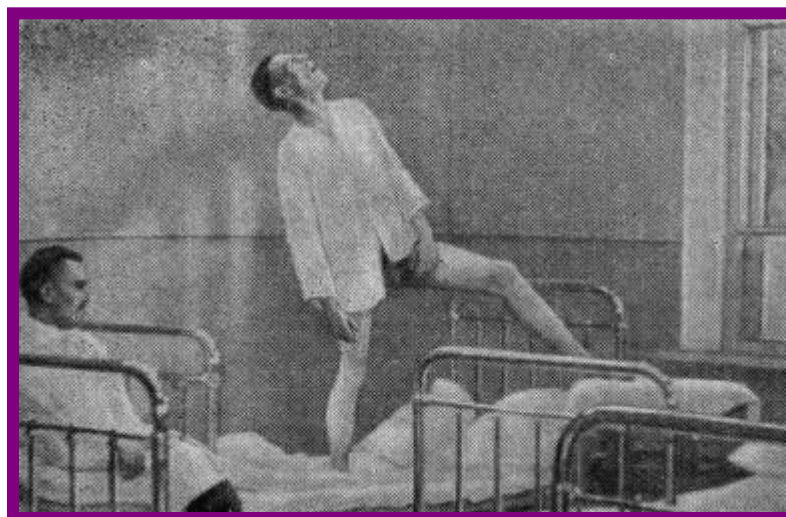
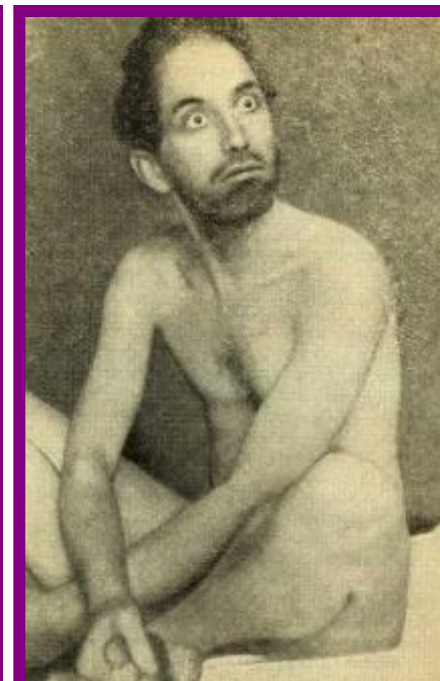
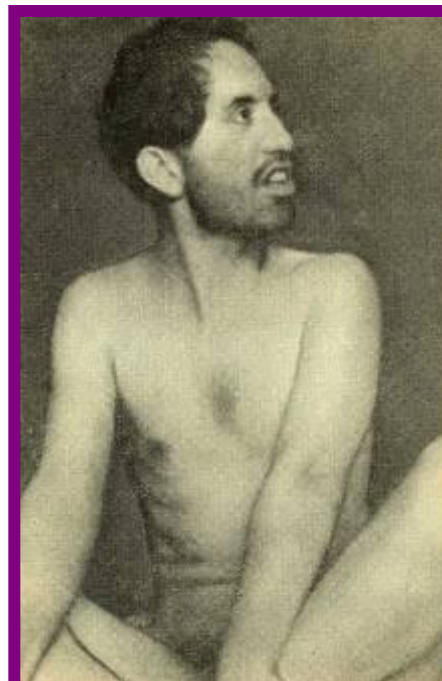
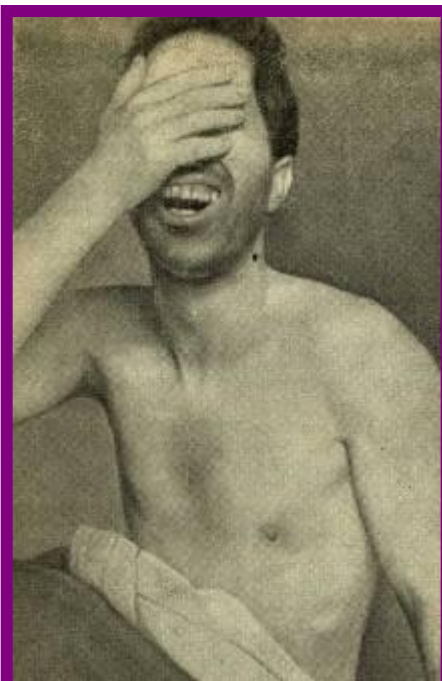
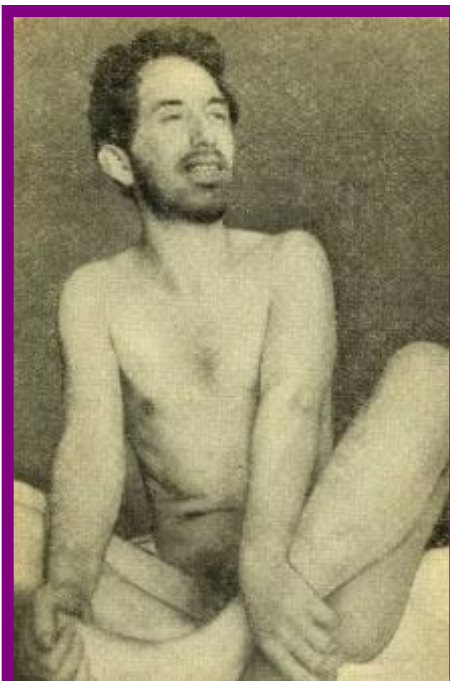
Гебефреническая дурашливость



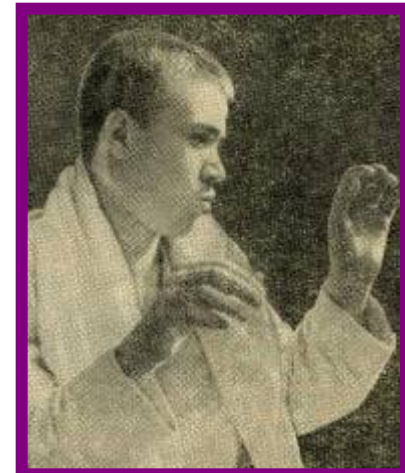
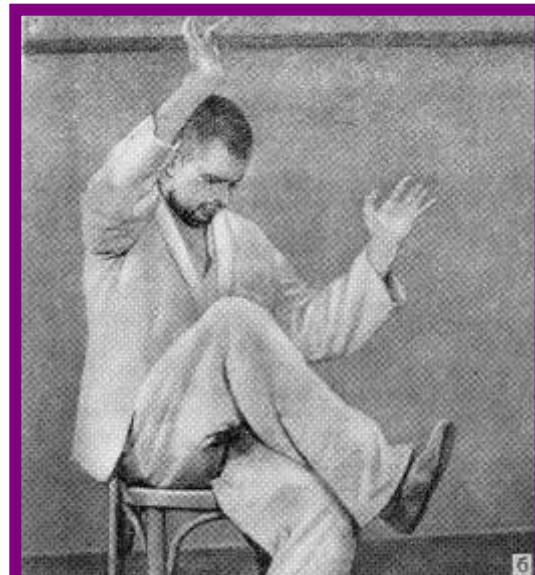
- **Параноидты варианты:** күрделірек. Негативті құбылыстардан басталып энергетикалық потенциал төмендеуі, эмоциональді жетіспеушілік фонында невроз тәрізді(обсессия), паранойяльді (интерпретативті сандырақ), психопатия (қозу, дөрекілік, өтірікшілдік, алкоголизация, есірткі қолдануға бейімділік) тәрізді симптомдар дамиды.

- **Кататониялық варианты:** Бұл қозғалыс бұзылыстарының басым болуымен сипатталады. Кататоникалық ступор науқастардың ыңғайсыз, жасанды, шаршау сезімін сезінбей ұзақ уақыт бір қалыпта(позада) тұруымен ерекшеленеді. Мысалы, ауалы жастықша симптомы, капюшон симптомы, ұрықтық қалыпты сақтайды. Бұл кезде бұлшықет тонусы күрт жоғарыланған. Ол науқас тардың ары қарай бір қалыпты сақтауына көмектеседі. Прimitивті рефлексдер тежеледі. Науқастарға негативизм және мутизм тән. Кейбіреулеріне кататоникалық қозулар тән. Кататонияның басқа симптомдарына қозғалысты, мимиканы, сөздерді қайталау (эхопраксия, эхомимия, эхолалия) тән. Сирек кездесетін түрі гипертоникалық фебрильді

Кататоническое возбуждение



Кататонический ступор



Параноидты шизофрения.

- Шизофрениялардың ішіндегі ең жиі таралған түрі болып табылады. Бұл форманың дамуында параноялы, параноидты, парафренді санырақ сатылары және соңғы жағдай сатысы ажыратылады. Клиникалық көрінісінде салыстырмалы тұрақтылық, жиі параноидты, сандырақты, көбінесе есту галлюцинацияларымен жүретін, қабылдаудың бұзылыстарымен көрінеді. Сана-сезім, ерік, ойлау бұзылыстары, кататоникалық симптомдар әлсіз көрінеді. Шизофренияның параноидты түрінде ауру күйінде сандырақ идеялар басым келеді. Көбінесе галлюцинациялардың байқалуымен қоса жүреді. Бір жағдайларда ауру жедел басталып, бас кезінде үзік-үзік және ауытқымалы пікірлер нақты сипатта көрінеді (“бейнелі” сандырақ). Енді бір жағдайларда сандырақ маңайындағылар үшін түсініксіз, ақиқаттан қол үзген елес түрінде жиі білінеді (“дерексіз” сандырақ).

- Параноидты түрде әртүрлі сандырақ идеялар: қарым-қатынас, ықпал ету, аңду, қызғану, жаңашылдық сандырақтары, ипохондриялық сандырақ, ұлылықтың сандырақ идеялары түрлерінде байқалады. Көбіне сандырақ синдромының орталығы психикалық жаттандылық құбылысын құрайды (Кандинский-Клерамбо синдромы)

- **Парафрениялық синдром**
шизофренияның клиникалық көрінісі
ретінде өз дамуында бірқатар сатылардан
өтеді. Мұның алғашқысы инкубациялық
кезең. Бұл кезеңде аурудың жеке басы баяу
дамитын өзгеріске ұшырайды. Ашушандық.
Сарыуайымшылдық, ипохондриялық ойлар
біртіндеп шүбәлану мен күдікшілдікке
ұласады.

- Екінші кезең-сандырақ идеяларының жүйеленуі. Бұл жағдайда есту, дем сезу, қимылдық, ал сирегірек көру галлюцинациясы пайда болады. Осы кезеңде психикалық жаттандылық синдромының әр алуан көріністері: ай жаңғырығы, қимыл галлюцинациялары, зорлық ойлар және басқалары байқалады.

- Үшінші кезең-ұлылық идеясының дамуы. Мұның өзі әр қилы түрде: байлық, құдіреттілік, өзгертушілік, жаңашылдық идеялары арқылы көрінеді. Ұлылық сандырағы басым болған кезеңде сезімдік әсер эйфориясымен, көтеріңкі күймен сипатталады. Ауру өзін менмен, қадір-қасиетін биік сезімде ұстайды. Оның пікірлері өсиеттік, нақылдық сипат алады. Ол өзінің күмәнсіздігіне және өз пайымдарының айрықша құндылығына аса сенімді келеді.

- Төртінші кезең-кемақылдық. Бұл кезең шизофренияға тән кейіннен болатын енжарлық кемақылдыққа соқтырады. Кемақылдықтың дамуында сандырақ жүйесі ыдырап, сезімдік айқындығын жоғалтып, аурудың мінез-құлқын анықтаудан қалады. ауру құбылысы баяу, ондаған жылдар бойында өсе береді. Науқас күйі тоқталғандай болады. Сонымен бірге ол өзін сандырақ мазмұнына сәйкес ұстайды, ал мұның өзі аңдушылар деп санаушыларға қауіпті шабуыл жасауға, әр түрлі қорғаныштық шаралар ұйымдастырады.

Баяу ағымды шизофрения

- Шизофренияға тән жалпы негізгі белгілермен сипатталады. ерекшеліктері: тұлғаның типті өзгерістері баяу дамиды және онша айқын емес, өнімді психопатологиялық симптоматика редукцияланған түрде көрінеді. Бұл бұзылыстар шеңберіне истериялық, астениялық астеносенестопатиялық бұз, паранояльды бұзылыстар жатады.
- Тұлғаның айқын емес дәрежедегі өзгерісі бақыланады; эмоциональды бұзылыстар (туысқандарына дұшпандық қатынас, аффект парадоксальдылығы, көңіл күйдің мотивсіз өзгерісі), интеллектуалды бұзылыстар (рефлексияға, оғаш, айрықша қызығушылықтар және т.б.). Аса бағалы және тұрақсыз паранояльды идеялар п.б. Бұл формамен ауыратын науқастар ұзақ уақыт бойы өзінің еңбекке қабілеттілігін сақтайды

Кезеңдік (рекуррентті) шизофрения

- Шизофренияның рекуррентті формасы әр түрлі ұзақтықтағы ұстама түрінде өтеді. (бірнеше аптадан бірнеше жылға дейін) Науқастың бүкіл өміріндегі ұстама саны- 1-2 ден 10 ұстамаға дейін және оданда жиі болуы мүмкін. Кейбірі экзогенді фактор әсерінен дамиды. Реккурентті шизофренияға тән ұстамалардың 3 түрі бар. Олар: онейроидты-кататониялық, депрессивті-параноидты, аффективті ұстамалар. ұстамалар айқын аффективтілікпен сипатталады, сезімдік сандырақтың қандай болмасын түрі, кататониялық бұзылыстар жеңіл пайда болады.

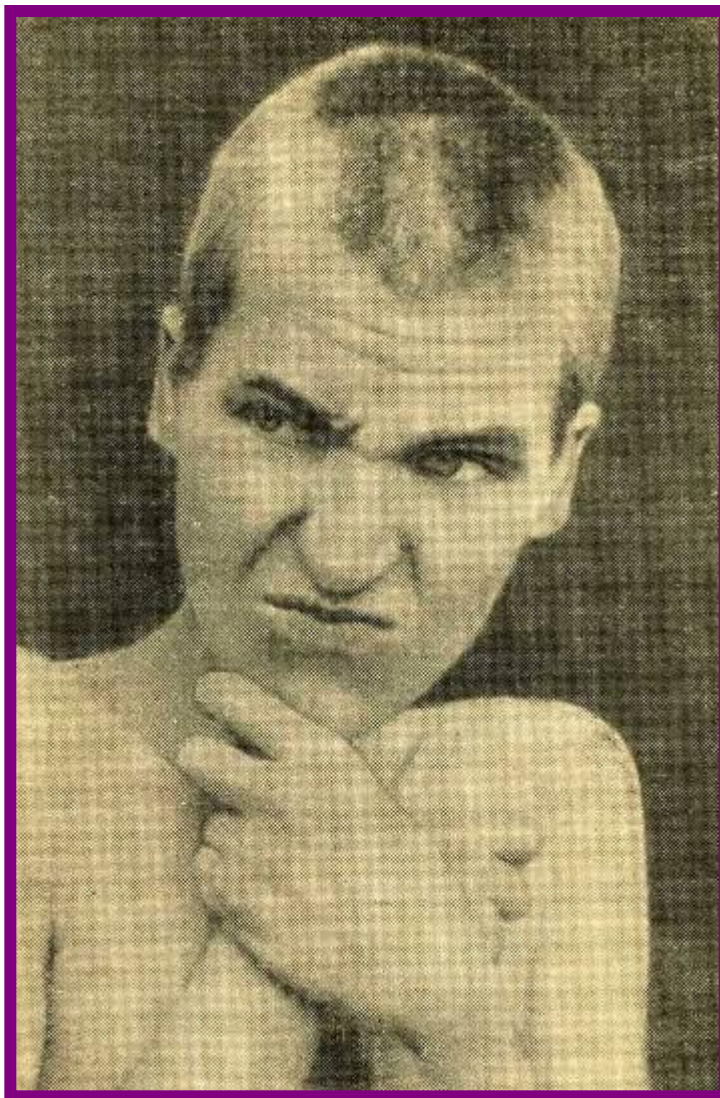
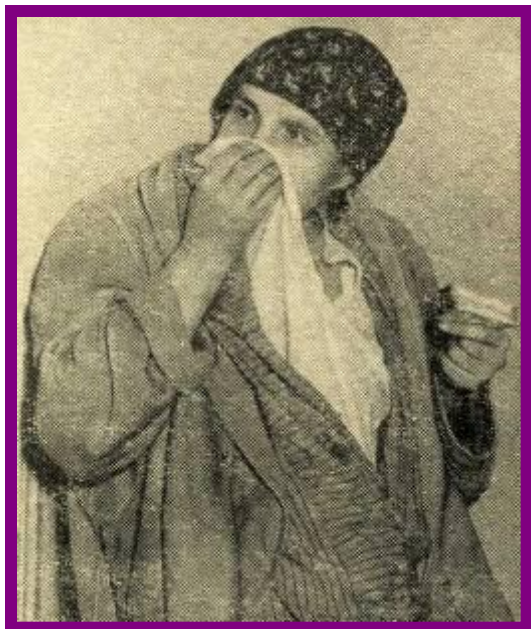
- қайталамалы ұстамалардан кейін тұлғалық өзгерістер пайда болады, мынадай көріністермен сипатталады: астениялық, гиперстениялық, шығармашылық тиімділіктің төмендеуі және эмоциональді кедейленуімен еңбекке қабілеттіліктің күшеюі. Бұл өзгерістер 3-4 ұстамалардан кейін көрінеді. Бұл науқастардың ерекшелігі оларда әрқашан басынан өткен психотикалық күйге сын көзқарас бақыланады және олар дертті жағдай мен саулық күйін нақты ажырата алады. Бұл науқастарда айқын депрессия фонында суицидальді ойлар және әрекеттер болу мүмкіндігі туады. Арнайы бақылауды қажет етеді.

Ұстама тәрізді үдемелі шизофрения

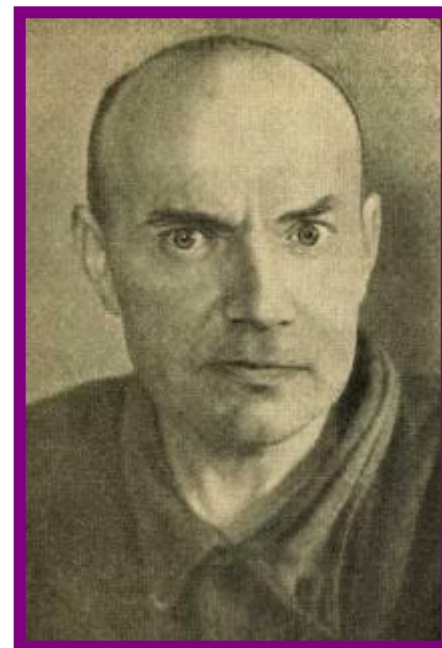
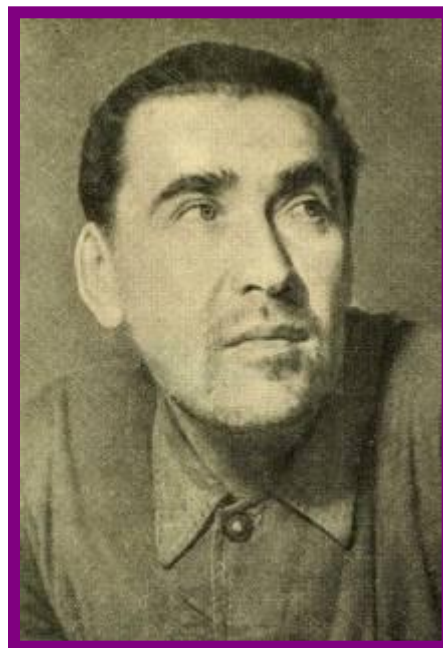
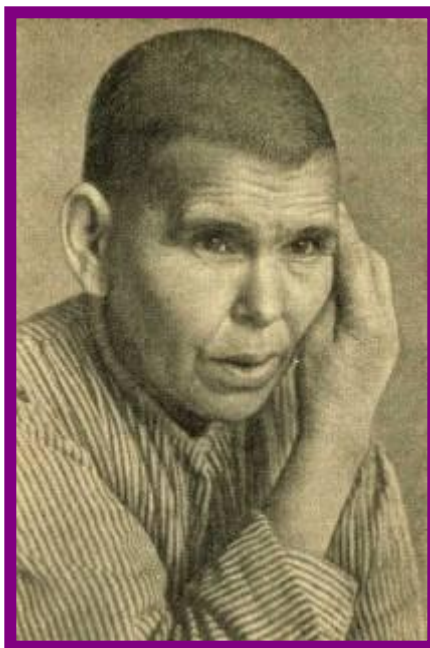
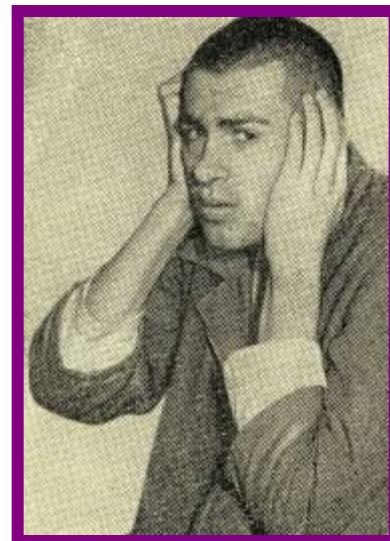
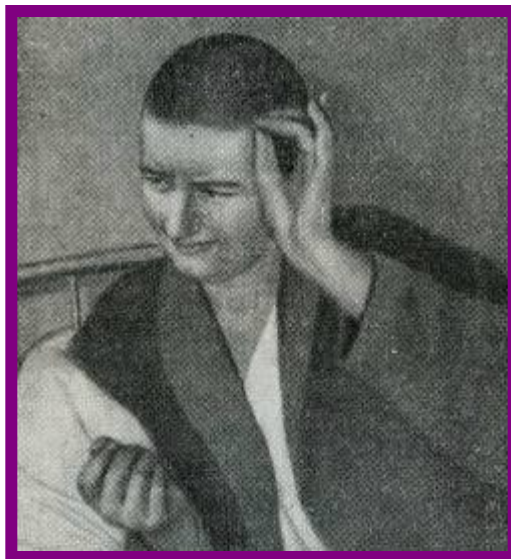
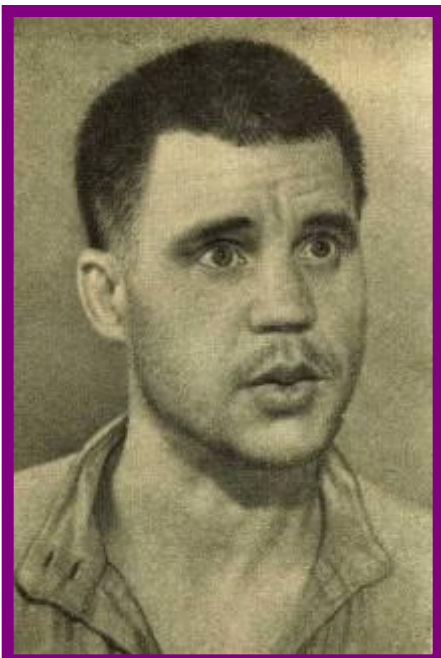
- Ұстамаларының ашық аралықтармен кезектесуі бақыланады. Ауру ұстамасы жедел психопатологиялық жағдайлармен сипатталады. Галлюцинаторлы, сандырақтық немесе басқа психопатологиялық көріністер эмоциональды кернеліс күйімен – қорқыныш, депрессия, көңіл-күйдің көтерілуімен, кейде сана бұзылысымен бірге жүреді. Маникальді ұстама кезінде науқаста жиі өзін өзі кінәләу идеялары және жасаурағыш байқалатын депрессия күйі көрініс береді. Жас кезеңі әр түрлі: балалық шақта, жетілген және егде жас кезеңінде басталуы мүмкін. Клиникалық көрінісі жасқа байланысты дамуына сәйкес келеді.

- Жедел полиморфты шизофрения бірнеше күнде басталып апта бойы сақталады. Ұйқысыздық, мазасыздық, не болып жатқанын түсінбеу, эмоциональді лабильділіктің шегі көрінеді: қорқынышты эйфориялық экстазбен себепсіз кезектесіп отырады. агрессиялы жағдайда жылау және шағымданады. Эпизодты түрде галлюцинациялар пайда болады: есту, вербальды. Псевдогаллюцинациялар, психикалық автоматизмдер. Иіс сезу галлюцинациялары жиі ерекше иістермен ерекшеленеді (“радиоактивті шаңның иісі”) немесе оның мағынасыз болуы (көк жасыл түстердің иісі”).

Обонятельные галлюцинации



Вербальные псевдогаллюцинации



- Дифференциалдық диагностика
Шизофрения ауруларын келесі аурулармен
ажырата білу қажет: Жедел
симптоматикалық психоздан Неврозбен
Созылмалы психогениямен Мидың
органикалық зақымдануынан пайда болған
аурулар (эпилепсия, ми мерезі)

Шизофренияның болжамы

Қолайсыз болжам	Қолайлы болжам
Тұлғаның бұзылысы, адаптацияның нашарлауы, үйленбеген еркек	Жақсы социальді адаптация.отбасының болуы
Біртіндеп басталады	Жедел басталады, провоцирлеуші факторлар
Ерте басталады	Есейген уақытында басталуы
Анық ес	Естің бұлыңғырлануы
Аутизм, аффективті кем ақылдылық, гебефрения	Депрессия, қорқыныш, напряженность, мания
Интерпретативті сандырақ	Кататимді сандырақ
Обсессия, компульсия	коморбидной патологияның болмауы
Неврологиялық симптомдар, мидың структуралық бұзылысы	органикалық өзгерістердің болмауы
Отбасылық анамнезінде шизофрения	Отбасылық анамнезінде Аффективті бұзылыстар
ер	әйел
Төменгі социальды классқа жатуы	Жоғарғы социальды классқа жатуы

Шизофренияны емдеу жоспары

- Патогенетикалық ем
- Медикаментозды емдеу (симптоматикалық ем)
- Психотерапия
- Еңбек терапиясы .Емдеу мекемесінде, үйде, жұмыс орындарында және басқа жағдайларда режим ұйымдастыру

- Психофармотерапия. Шизофренияны емдеуде бұлардың ішінде психолептик көп қолданылады. Ал басқалары сирегірек пайданылады. Аминазин, трифтазин, галоперидол ағзаға жан-жақты әсер етеді. Психиатрлық практикада емдеу тиімділігі бар дәрі ретінде қолданылып, қозуды бәсеңдетеді, психикалық күш түсуді жояды. Сөйтіп, седативті және ұйқы келтіретін әсерге ие болады. Бұл препараттарды көбінесе сандырақ, галлюцинациялар және қозу процестері басым болған жағдайда қолданылады.

- Симптоматикалық ем. Кататоникалық симптоматика болған жағдайда —этаперазин, мажептил, френолон, эглонил қолданылады. Созылмалы шизофрения кезінде ұзақ уақыт ұстап тұрушы ем жүргіземіз. Бұл жағдайда ұзақ әсерлі нейролептиктер —модитен-депо, галоперидол-деканат (3-4 аптада 1 рет жүргізілетін инъекция) пайдаланылады. Нейролептиктерді жоғары мөлшерде қабылдайтын науқастарда неврологиялық әсерлер-нейролептикалық синдром, дәрілік паркинсонизм дамуы мүмкін. Бұл жағдайлардың алдын алу үшін науқастарға паркинсонға қарсы препараттар(циклодол, акинетон), димедрол, бензодиазепинді транквилизаторлар және ноотроптар қолданылады. Егер депрессия, ипохондрия көріністері, сенестопатиялар болса, антидепрессанттар-амитриптилин, мелипрамин, анафранил, лудиомил тағайындайды.

- Инсулинді терапия. Инсулиндер тудыратын әсер ету механизмінің гипогликемияның күйі күрделі және бірнеше компоненттерді қамтиды. Оның компоненттерінің бірі-дезинтоксикациялық болады. Екінші компонент вегетативті жүйке жүйесіне әсер теді. Үшінші компонент тежелудің дамуы. ол емдік-қорғаныштық мәнге ие болады. Инсулиннің алғашқы әсері талғаулы церебралдық ретте емес, алмасудың әр түрлі орналасқан жалпысоматикалық тұрғыдан қарастыру керек. Психотроптық препараттардың алғашқы әсері церебралдық. Осыдан барып, инсулин мен психотропты дәрілерді комплексті қолдану дұрыс болады.

Дәрілік асқынулары

- Дәрілерді мөлшермен пайдаланбаса асқынулар пайда болуы мүмкін: лейкопения, қан тұтқырлығының төмендеуі, қауіпті асқыну-агранулоцитоз. Соматикалық жағынан емдеуге жатпайтын кеселдер: тромбофлебит және тромбангит, гепатит, айқын білінетін гипотония, қан аурулары.

- Электро-тырысулы терапия (ЭСТ) нұсқада жүргізіледі. Бұлшықет ішіне камераның үлкен мөлшерін немесе тамырға дәрілерді айдау дәрілер енгізу арқылы, сонымен қатар аурудың басынан белгілі бір сипаттағы электр тоғын жүргізу арқылы жүргізіледі. ЭТС кезінде арнайы аппаратура қолданылады. Қазіргі кезде емдеу курсы 5-6 сеанстан тұрады. Әр сеанс арасына 2-3 күн салып жүргізіледі. Бұл ем инсулинтерапия мен психофармокологиялық медикаменттермен емдеу нәтиже бермеген жағдайда ғана қолданған дұрыс болады.

Алдын алу шаралары

- Медико-генетикалық консультациялар Дәрілік және әлеуметтік-реабилитациялық әдістер Ерте анықталған науқастарға дер кезінде көмек көрсету Ауруханадан шыққан соң алғашқы уақытта ауруға сақтандырғыш және режимде жағдай жасау керек. Біртіндеп жаттығу мен ынталандыру элементтері енгізіледі. Аурудың еңбекпен шұғылдануын қалауына үлкен мүмкіндік беру керек, бірақ сонымен қатар дәрігердің жетекші ролі жойылмауы керек.

Қолданылған әдебиеттер

- А.Қ Сыздықова. Психиатрия пәніне арналған тәжірибелік сабақтар: оқу құралы(2-ші басылым).- Қарағанды.- 2014. 158б.- 40-43б.
- Снежевский А.В., Руководство по психиатрии, М., 1983
- Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., Психиатрия: учебник, М.: Медицина, 2002. – 544 с.
- Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике : руководство для врачей / Р. А. Евсегнеев. - М. : Мед. информ. агентство, 2010. - 592 с
- Психотропные средства : Справочник практикующего врача / ред. Александровский Ю.А. - М. : Литтерра, 2006. - 292 с. - (Терапевтические справочники)



**Назарларыңызға
рахмет!!!**