

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

SHIZOFRENIYA

**Tibbiyot oliy o'quv yurtlari 5 kurs talabalar uchun
o'quv-uslubiy qo'llanma**

Toshkent – 2010

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»
**O'zR SSVning Fan va o'quv
yurtlari bosh boshqarmasi
boshlig'i prof. Sh.E.Ataxanov**

**2010y «__» _____
№_____ bayonnomma**

«KELISHILDI»
**O'zR SSVning Tibbiy ta'lismi
rivojlantirish markazi
direktori M.S.Yusupova**

**2010y «__» _____
№_____ bayonnomma**

SHIZOFRENIYA

**Tibbiyot oliy ukuv yurtlari 5 kurs talabalari uchun
o'quv-uslubiy qo'llanma**

Toshkent – 2010

Tuzuvchilar:

V.K.Talimbekova – ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi kafedrasini mudiri, t.f.n., dotsent

A.N.Saxojko - ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi kafedrasini assistenti

B.Z.Ergashev - ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi kafedrasining 2-kurs rezidenti

Taqrizchilar:

N.I.Xodjaeva– TTA psixiatriya kafedrasini mudirasi, t.f.d., professor

Sh.R. Suleymanov– ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi kafedrasini katta assistenti, O'zR SSVning bosh mutaxassisini

K.Sh.Turdieva - ToshPTI “O'zbek, rus, lotin tillari” kafedrasini mudiri, filologiya fanlari nomzodi

«Shizofreniya» mavzusidagi o'quv-uslubiy qo'llanma tibbiyat oliy o'quv yurtlari 5 kurs talabalari uchun mo'ljallangan.

O'quv-uslubiy qo'llanma ToshPTI MUKda muhokama qilindi.
2010 « » № bayonnomasi

O'quv-uslubiy qo'llanma ToshPTI Ilmiy Kengashida tasdiqlandi.
2010 « » № bayonnomasi

Ilmiy Kengash kotibi

E.A.Shomansurova

Mashg'ulotning mavzusi: Shizofreniya.

1. Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

- Shahar klinik ruhiy kasalliklar shifoxonasi psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi kafedrasi
- ko'rgazmali qurollar, tarqatma materiallar, shizofreniya bilan kasallangan bemorlar.

2. Mashg'ulotning davomiyligi

- 6 soat

3. Mashg'ulotni maqsadi

- shizofreniya kasalligi, uning klinik ko'rinishi to'g'risida umumiyl bilim berish;
- shizofreniya kasalligining tasnifini berish;
- shizofreniya kasalligini erta tashhislashni o'rgatish;
- shizofreniya bilan og'rigan bemorlarni davolashda psixotrop preparatlarni ta'sir mexanizmlari to'g'risida tushuncha berish;
- shizofreniya bilan og'rigan bemorlar reabilitatsiya tamoyillarni bilishni o'rgatish.

Vazifalari:

Talabalar bilishi lozim:

- shizofreniya kasalligini klinik tashhisini qo'yish;
- boshqa ruxiy kasalliklar bilan qiyosiy tashhisot o'tkazish.

Talaba bajara olishi lozim:

Amaliy ko'nikmalarni bajarish - bemor shikoyatlarini, anamnestik ma'lumotlarni yig'ish; bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazish; taxminiy tashhis qo'yish uchun asosiy anamnestik va klinik belgilarni ko'rsatish; shoshilinch holatlarda yordam ko'rsatish.

4. Mavzuni asoslash

Shizofreniya barcha ruxiy kasalliklar orasida keng tarqalganligi sababli aloxida o'rinn tutadi, ko'pchilik hollarda salbiy dinamika, bemorlarda chuqur ruhiy nuqson va mexnat qobilyatini yo'qolishi bilan ajralib turadi. Shizofrenianing turli klinik shakllarini kechishi, bolalar, o'smirlar va qariyalarda shizofrenianing yoshga xos xususiyatlarini bilish talabalarga umumiyl amaliyot shifokori faoliyatida kerak bo'ladi.

5. Fanlararo va fan ichidagi bog'liqlik

Shu mavzuni o'qitish talabalarning tibbiy genetika, farmakologiya bo'yicha bilimlariga asoslanadi. Dars davomida olingan bilimlar ambulator tibbiyot yo'nalishida kerak bo'ladi.

6. Mashg'ulotning mazmuni

6.1 Nazariy qism

Shizofreniya kasalligi o'sib boruvchi (progredient) ruxiy kasallik bo'lib irlsiy moyilik asosida paydo bo'ladi va uzlusiz yoki xurujsimon kechadi, ruhiyat dezintegratsiyasi, autizm, emotsiional qashshokqlanish va faolikni kamayishi kabi shaxs o'zgarishlariga olib keladi. Shizofreniya barcha ruhiy kasalliklar orasida keng tarqalganligi sababli aloxida o'rinn tutadi, ko'pchilik hollarda salbiy dinamika, bemorlarda chuqur ruhiy nuqson va mexnat qobilyatini yo'qolishi bilan ajralib turadi.

Epidemiologiyasi. Ruxiy kasalliklar orasida eng ko'p uchraydigan kasallik hisoblanib psixonevrologik dispanser bemorlarini 1/5, ruhiy shifoxonalarni 2/3 qismini shizofreniya bilan kasallangan bemorlar tashkil etadi. Tekshiruvlar shuni ko'rsatadiki har bir 1000 kishiga 9-11 bemor to'g'ri keladi, ya'ni shizofreniya 0,9-1,1% tashkil etadi. Ko'pincha har 1000 kishiga 4-8 bemor hisobga olinadi. 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda shizofreniya nisbatan kam uchraydi (0.17-0.14 har 1000 kishiga). Eng keng tarqalgan yosh 18-44 xisoblanadi (9-11 har 1000 kishiga).

Etiopatogenezi. Shizofreniyani kelib chiqishi xaqida juda ko'p teoriya va gipotezalar bor. Yaqin vaqtgacha irsiy teoriya eng keng tarqalgan teoriya hisoblangan edi. Lekin hozirda ko'pchilik olimlar tomonidan rad etilmoqda. Noqulay sharoitlarda bosh miya po'stlog'idagi toliqish jarayonlari miyadagi fermentlar almashinuvu buzilishi avlodan avlodga berilishi mumkin va shunday qilib ularda himoya mexanizmlarini pasayishiga olib kelishi kasallik paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin.

Ayrim shizofreniyani o'rganuvchi olimlar kasallikni sababi infektsiya deb aytsa ayrimlari viruslar deb aytadi.

Hozirda autointoksiatsion teoriya ko'pchilik olimlar tomonidan tan olinmoqda. Bu teoriyaga asosan kasallik organizmni tipologik, ontogenetik xususiyatlari atrof muhit noqulay sharoitlari ta'siri natijasida kelib chiqadi. Organizmga tashqaridan oqsil almashinuvini oxirigacha parchalanmagan maxsulotlari tushadi, ushbu maxsulotlar miya to'qimasida fermentativ jarayonlarni bloklaydi, miya kislorodni yaxshi o'zlashtira olmaydi va kasallik kelib chiqadi deb hisoblashadi. Bunda bo'ladigan kislород ochligi markaziy nerv sistemasidagi neyrodinamik va morfologik o'zgarishlar tufayli bo'lib, shizofreniyada kuzatiladi.

Ruxshunos V.P.Protopopov shizofreniyani patogenezi xaqida I.P.Pavlov kontseptsiyasini maquladi. Bu kontseptsiyasiga ko'ra shizofreniya patogenezi asosida bosh miyada po'stlog' jarayonlarini pasayishi surunkali gipnotik holatlar borligi va ularni tarqalishi yotadi.

Shizofreniyani rivojlanish mexanizmi asosida hadan tashqari tormozlanish yotadi. Shizofreniyani ba'zi belgilari (mutizm, katatoniya, negativizm) bosh miyada hadan tashqari tormozlanish oqibati bo'lib, po'stlog' osti strukturalar po'stlog' boshqaruvidan chiqadi. Lekin shizofreniyani kelib chiqish mexanizmlari mana shular deb to'xtab bo'lmaydi, bu jarayonlar hali ohirigacha o'rganilmagan.

Shizofreniyaning tasnifi

HKT-10 shizofreniya "Shizofreniya, shizotipik va vasvasaviy buzilishlar" bo'limiga kiradi. Shizofreniyani kichik bo'limlari quydagilarni o'z ichiga oladi.

1. Paranoid shizofreniya (G' 20.0)
2. Gebefrenik shizofreniya (G' 20.1)
3. Katatonik shizofreniya (G' 20.2)
4. Diferentsialanmagan shizofreniya (G' 20.3)
5. Postshizofrenik depressiya (G' 20.4)
6. Qoldiq shizofreniya (G' 20.5)
7. Shizofreniyaninig oddiy tipi (G' 20.6)
8. Shizofreniyani boshqa tipi (G' 20.8)
9. Aniqlanmagan shizofreniya (G' 20.9)

Shizofreniyani kechishi va turiga ko'ra tasnifi

1. Uzluksiz shizofreniya

O'ta progredientli shizofreniya (xavfli)

paranoid shizofreniya

katatonik shizofreniya

gebefrenik shizofreniya

oddiy shizofreniya

O'rtacha progredientli shizofreniya

Past progredientli shizofreniya

nevrozsimon shizofreniya

psixopatsimon shizofreniya

oddiy shizofreniya

2. Rekkurent shizofreniya

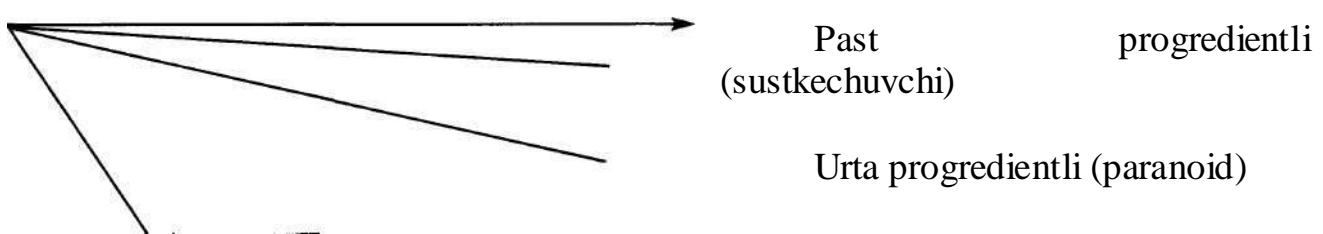
3. Xurujsimon progredientli shizofreniya

4. Shizofreniyani boshqa formalari

paranoyyal shizofreniya

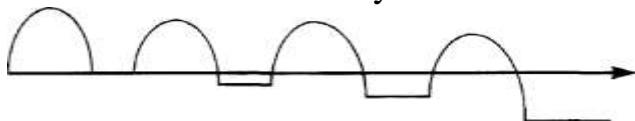
febril shizofreniya

Shizofrenyaning kechish turlari (grafik ko'rinishi)



O'ta progredientli

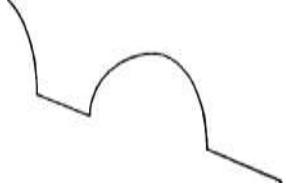
1.Uzluksiz shizofreniya



2. Rekkurent shizofreniya



3.Xurujsimon progredientli shizofreniya



Shizofrenyaning psixopatologiyasi

Shizofrenyaning belgilarini turlicha va o'ziga xosdir. E.Bleyler fikri bo'yicha shizofreniyada asosiy o'zgarishlar fikrlash va mayl-hissiyot doirasida kuzatiladi. Fikrlash buzilishlar: fikrlarni uzuq-yuluqligi, rezonyorlik, paralogik fikrlash, autizm, simvolik fikrlash, tushunchalarni qisqarishi, mentizm, perseveratsiya va boshqalar. Mayl-hissiyot doirasida kuzatiladigan buzilishlar: affektni aynishi, sovuqqonlik,

paratimiya, hissiyotlar gipertrofiyası, ambivalentlik, apatiya va abuliya. E.Bleyler boshqa ekzogen turdagı sindromlar (amneziya, amentsiya, deliriy, tutqanoq) ishtiroki yo'qligi va fikrlarni uzuq-yuluqligi, hissiyotni parchalanganligi, depersonalizatsiya, ruhiy avtomatizm, katatoniya, gallyutsinatsiyalar manifest ko'rinishda ko'rsatilgan bo'lishi kerakligini aytadi. Kasallikni tashxisotida eng tan olingen birlamchi simptomlar K. Shneyder simptomlari hisoblanadi.

Shneyder bo'yicha shizofreniya birlamchi simptomlari

Fikrlar ochiqligi – fikrlarni masofadan eshtilish hisi.

Begonalik hisi – fikrlar, harakatlar tashqaridan kelishi va bemorga begonalik hisi.

Tashqaridan boshqarilish - fikrlar, sezgilar va xarakatlar qandaydir tashqi ta'sirlarga bog'langanligi va ularga bo'y sinish hisi.

Vasvasaviy idrok etish - real sezgilarni yolg'on ta'savvurlar bilan aralashtirib janjallar qilish.

Eshitish gallyutsinatsiyalari - boshni ichidan eshitiladigan tovushlar bemor harakatlarini sharhlashi. Bemor qisqa va uzun so'zlarni shivirlashlarni past tovushdagi so'zlarni eshtishi mumkin.

Ikkilamchi belgilarga katatoniya va nutq, xissiyot va kechinmalarning patologik ekspressiyasi kiradi. Bu belgilarni ko'p qismi zamonaviy tasnidiga xam ko'rsatib o'tilgan.

HKT-10 bo'yicha shizofreniya uchun quydagи belgilardan biri bo'lishi shart.

1. "Exo fikrlar" - o'z fikrlarini eshitilishi, boshqa fikrlar qo'shilishi yoki o'z fikrini chiqib ketishi, fikrlar ochiqligi.
2. Tashqaridan ta'sir etish vasvasasi. Motor, sensor, ideator avtomatizmlar, vasvasaviy idrok etish. Bu psixiatriyada Kandinskiy-Klerambo sindromi deb ataladi.
3. Sharhlovchi eshituv chin va soxta gallyutsinatsiyalar va somatik gallyutsinatsiyalar.
4. Madaniy va dunyoviy to'g'ri kelmaydigan vasvasa g'oyalari.

Shizofreniyani klinik ko'rinishlari negativ va produktiv belgilarga bo'linadi.

Negativ psixopatologik belgilar.

Shizofreniyani fundamental negativ ko'rinishiga *sxizis* (intrapsixik ataksiya) kiradi. Sxizis deb ruhiyatni parchalanganligi, dezintegratsiyasi, aralash-quralashligi tushuniladi. Masalan, xotira o'zgarmaydi, lekin fikrlash va nutqni uzuq-yuluq tarzdagi og'ir buzilishi kuzatiladi. Ruhiyatni parchalanganligini aniq belgisi nutqni uzuq-yuluqligidir. Bunda so'zni grammatik tuzilishi o'zgarmaydi faqat mantiqi, mazmuni o'zgarad. Shaxsni ikkilanishi, depersonalizatsiya, ambivalentlik va boshqalar kuzatiladi. Shizofreniyani yana bir asosi belgisi *autizmdir*. Bunda real borliq bilan aloqa kamayadi, bemor o'z dunyosiga berilib ketadi. Ba'zi hollarda bemorlar borliqdan to'liq ajralib qoladi. Ba'zan esa o'zini haddan ortiq analiz qilish bilan cheklanadi. Intraverziya va autoerotizmni ham autizmga kiritish mumkin. Yana bir shizofreniyaga xos qaytmas emotSIONAL o'zgarish *apatiyadir*. Apatiya ba'zan ko'ngil bo'shlik, nozik hissiyotlar bilan qo'shilib kelishi mumkin. *Mayl buzilishlari* shizofreniya bilan og'rigan bemorlar uchun xosdir. Bemorlarda istaklarni pasayishi xato abuliya ham kuzatilishi mumkin. Bemor bekordan bekorga yuradi, chekadi, oddiy biologik talablarni qondiradi. Ba'zan istaklar pasaysada kasbiy faoliy saqlanib qoladi. Ayrim hollarda apatiya va abuliya birlashib ketadi. Apatiko-abulik sindrom paydo

bo'ladi. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarda kupa incha parabuliya, ambitendentllik, impulsivlik paydo bo'ladi.

Bemorlar fikrlashida turli hil o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Birinchi o'rinda fikrlashni uzuq-yuluqligi, paralogik fikrlash, autistik fikrlash, simvolik fikrlash, amorf fikrlash, neologizmlar, bir fikrdan boshqasiga sakrash bo'ladi. Shuning bilan birga ba'zi bemorlarga abstrakt fikrlashni yuqori darajadaligi xosdir. Fikrlashni bunday xususiyatlari ba'zida bunday odamlarni kasbiy faoliyati davomida yuqori cho'qilarni zabit etishiga imkon beradi. Bunday odamlarga misol qilib Nyuton, Nitsshe, Gogol, Van Gog larni ko'rsatish mumkin. Ko'pchilik bemorlarda xotiraning formal qobiliyatları o'zgarmaydi. Xotirani pasayishi xotirani emotsiyal komponentlarini pasayishi bilan bog'liqdir. Yana bemorlarda mimika o'zgargan bo'ladi. Gipomimiya, paramimiya, amimiya kuzatiladi. Shizofreniya bilan og'igan bemorlarni psixomotor faoliyatida ham o'zgarishlar kuzatiladi. Ularni harakatlari qo'pol, tajang, sog'lom odamlarga o'xshamaydigan bo'ladi. Bemorlarda boshqa odamlar bilan aloqa qilish buziladi. Ular odamlarga kam qo'shiladi, odamlar bilan tanlab muloqotda bo'ladi va ayrim hollarda ular odamlarga umuman qo'shilmaydi.

Produktiv psixopatologik belgilar.

Psixotik produktiv belgilar. Ko'pchilik bemorlarda vasvasa va gallyutsinatsiya uchraydi. Shizofreniyadagi vasvasa g'oyalar haqiqatga to'g'ri kelmaydigan, be'mani bo'ladi. Va ko'pincha bemorlarni hulq atvori bilan to'g'ri kelmaydi. Vasvasa g'oyalar turli tuman bo'lishi mumkin shuninig bilan birga ba'zi vasvasa g'oyalar faqat shizofreniya bilan og'igan bemorlada uchraydi: reformatörlik vasvasasi, ruxiy ta'sirlanish vasvasasi, muhim ahamiyatga ega bo'lish vasvasasi, kosmik vasvasasi, antagonistik vasvasasi, begona ota-onalar vasvasasi.

Idrok buzilishlarga psevdogallyutsinatsiya kiradi, psevdogallyutsinatsiya ko'pincha verbal, sharhlovchi, antagonistik tuzilishga ega bo'ladi. Boshqa sezgi buzilishlari nisbatan kam uchraydi.

Shizofreniyani klinik ko'rinishlari orasida ruhiy avtomatizmlar muhim rol o'ynaydi. Ayniqsa ideator avtomatizm ko'p uchraydi: fikrlar ochiqligi har-hil fikrlar paydo bo'lishi, fikrlarni uzulib qolishi, eho fikrlar, begona fikrlar, parallel fikrlar. Shizofreniya uchun barcha gallyutsinators-paranoid sindromlar xosdir: paranoyyal, Kandinskiy-Klerambo, parafren. Kamdan kam hollarda gallyutsinoz uchraydi.

Katatonik va gebefrenik buzilishlar faqat shizofreniya uchun xosdir. Maniya va depressiya shizofreniya bilan og'igan bemorlarda uchrashi mumkin. Maniya atipik ko'rinishda bo'lib bemorlar jahldor, darg'azab, ahmoqnamo bo'ladi. Depressiya endogen harakterda bo'lib kayfiyat kun davomida o'zgarishi, fasla qarab o'zgarishi mumkin.

Nopsixotik produktiv belgilar. Shizofreniyada har-hil nevrozsimon va psixopatsimon o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Ba'zan ular o'ziga hos klinik ko'rinishda bo'ladi. Shizofrenik qo'rquvlar oddiy emasligi bema'nili, qo'rquvni kuchayib borishi, rituallarga boyligi bilan ajralib turadi. Surunkali depersonalizatsiya shizofreniyaning autopsixik turida kuzatiladi.

Shizofreniyaga xos bo'limgan psixopatologik sindromlarga barcha ong xiralashuvi sindromlari, psixoorganik sindrom, epileptik sindrom, Korsakov sindrom,

organik dementsiya hisoblanadi. Ong hiralashuvi sindromlari orasida faqat oneyroid shizofreniyaga xosdir.

Kasallik bosqichlari: boshlanish, manifest, remissiya, qayta psixoz defitsitar. 10% hollarda bemorlar o'zidan o'zi tuzalishi yoki uzoq muddatli remissiya kuzatilishi mumkin (10-yilgacha).

Shizofreniyaning kechishi bo'yicha turlari ***Uzluksiz shizofreniya***

Kasallik bu turi to'xtovsiz kechishi bilan harakterlanadi. Kasallikni progredientlik darajasi juda keng bo'lib xavfli va sust kechishi mumkin psixopatologik simptomatikani kuchayishi va susayishi davirlari kuzatilishi mumkin. Ammo to'liq remissiya kuzatilmaydi. Lekin juda ko'p yillar o'tishi bilan kasallik stabillashuvi bazan produktiv va negativ simptomlarni qisman reduktsiyasi bo'lishi mumkin.

O'ta progredientli (xavfli turi) shizofreniya. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarni 5-8 % ni o'ta progredientli shizofreniya tashkil etadi. Odatda o'smirlik davrida boshlanadi. Kasallikni boshlanish davrida shaxsni shizoidlashuvi, emotsiyal bir hillik, aktivlikni pasayishi, qiziqishlarni kamayishi, odamlar bilan muloqotni qiyinlashuvi, xulq atvorni g'ayri oddiyligi kuzatiladi. Keyin psixoz boshlanadi, turli produktiv ruxiy buzilishlar paydo bo'ladi va kuchayib boradi: katatonik, gebefrenik, gallyutsinato-paranoid. Shaxsni negativ o'zgarishlari ham paralel tarzda kuchayib boradi: apatiya, energetik potentsialni pasayishi, autizm. Kasallik klinikasi faqat polimorfizm, kasallik kechish darajasi bilan emas simptomlarni sindromal etilmaganligi bilan harakterlanadi. O'ta progredientli shizofreniyani katatonik gebefrenik, paranoid va oddiy formalari bor.

Katatonik shakli lyutsid katatoniya (ongni oneyroid buzilishisiz) ko'rinishida bo'lib substupor holatda bo'ladi va vaqtiga vaqtiga bilan katatonik qo'zg'alish kuzatiladi. Ikkinchisi o'rinda gallyutsinato-paranoid buzilishlar bo'ladi.

Gebefrenik shakli bema'ni ahmoqona hulq-atvor, eyforiya, qo'pol hazillar, g'ayritabiy qiliqlar, aftni burushtirish, isliqi, qiyshanqi ko'rinishida bo'ladi. Vaqtiga vaqtiga bilan katatonik va gallyutsinato-paranoid buzilishlar kuztilib turadi.

Paranoid shakliga tartiblashmagan vasvasa g'oyalar (kuzatish, ta'sirlanish, buyuklik) doimiy bo'limgan verbal soxta gallyutsinatsiyalar, ruhiy avtomatizmlar xarakterli. Bu simptomlarga vaqtiga vaqtiga bilan katatoniya qo'shilib turishi mumkin. O'ta progredientli shizofreniya bilan og'igan bemorlarda vasvasa g'oyalar rivojlanishida paranoyyal, paranoid, parafren sindromlar ketma-ketligini kuzatib bo'lmaydi.

Oddiy shaklda negativ simptomlarni doimiy kuchayib borishi kuzatiladi. Emotsional qashshokqlashish, xafsallasizlik, nutqning uzuq-yuluqligi kuzatiladi. Og'ir apatiko-abulik sindrom shakllanadi. Katatonik va gallyutsinato-paranoid buzilishlar vaqtincha bo'lishi mumkin.

O'ta progredientli shizofreniyani dinamikasi fojiali bo'lib 2-5 yil ichida ohirgi bosqichiga etib keladi va o'ziga hos shizofrenik aql pastligi, emotsiyal bo'shlilik, nutqni qo'pol buzilishi, iroda va hulq-atvorni buzilishi paydo bo'ladi. Chuqur emotsiyal-irodaviy defekti paydo bo'ladi va qoldiq katatoniya, gallyutsinato-paranoid simptomlar kuzatilib turadi. Bu holatlar butun umr saqlanib qoladi.

O'rta progredientli paranoid shizofreniya. Ko'pincha 25-40 yoshda rivojlanadi. Kasallik juda sekin boshlanadi. Kasallikni initsial davri juda ko'p yilarni o'z ichiga oladi. Bu davrda bemorlarda qo'rquv, obssesiyalar, senestopatiyalar, chalachulpa vasvasa g'oyalar paydo bo'ladi. Initsial davrning o'zida shaxsni negativ o'zgarishlari paydo bo'ladi. Keyin kasallikni manifest davri boshlanadi. Manifest davrni borishi odatda bir necha ketma-ket keladigan bosqichlardan iborat: paranoid, paranoid, parafren. Ko'pincha yana bir bosqich kasallikni ohirgi bosqichi ajratiladi. Bu bosqichda gallyutsinator-paranoid buzilishlar yo'q bo'lib qo'pol ruhiy defekt paydo bo'ladi.

Paranoyyal bosqichda doimiy yoki o'tkir bo'ladigan tartiblashgan vasvasa g'oyalari (rashk, kuzatilish, sudbozlik, kashfiyotchilik, isxotchilik) paydo bo'lib yillar davomida kuchayib boradi. Paranoid bosqichda verbal gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Verbal gallyutsinatsiyalar asta sekinlik bilan soxta gallyutsinatsiyalarga aylanadi. Ruhiy avtomatizm va tasirlanish vasvasa g'oyalari paydo bo'ladi, oxir oqibatda Kandinskiy-Klerambo sindromi shakillanadi. Parafren bosqichda fantastik darajadagi buyuklik vasvasasi paydo bo'ladi.

Shaxsni negativ o'zgarishlari xam parallel tarzda kuchayib boradi. Ohirgi bosqichda negativ buzilishlar chuqur ruhi defekt darajasiga etib keladi. Galyutsinatorsvavasa sindromlar o'z axamiyatini yo'qotadi va yo'q bo'lib ketadi. Paranoid shizofreniyani ohirgi davri apatiko-abulik simptomakompleks bilan xarakterlanadi. Galyutsinator vasvasa qoldiq ko'rinishida qoladi va shizofaziyalar kuzatiladi. Ba'zi hollarda paranoid shizofreneya ijobiy tugashi mumkin va kasallik parafren davrda to'xtashi mumkin. Unda shaxs o'zgarishlari juda kuchli bo'lmaydi.

Past progredientli (sust kechuvchi) shizofreniya. Barcha shizofreniya bilan kasallangan bemorlarni 17-35 % -ni kam progredientli shizofreniya tashkil etadi. Xurujsimon progredientli shizofreniyadan so'ng ikkinchi o'rini egallaydi. Bu shizofreniyani nopsixotik yoki subpsixotik formasi bo'lib nisbatan ijobiy kechadi. Shaxsni defitsitar o'zgarishlari juda sekin boradi va shizofrenik aql pastlikga xech qachon etib bormaydi. Nopsixotik va subpsixotik produktiv simptomlar juda sekin rivojlanadi.

Kasallikni boshlanish bosqichi shu darajada sekin va sezilarsizs bo'ladiki bu bosqichni qancha vaqt davom etishini aniq aytib bo'lmaydi. Ba'zi emotsiyal o'zgarishlar, aktivlikni pasayishi, xulq atvorni g'alati bo'lishi fikrlash va nutqni o'zgarishi juda sekinlik bilan boradi.

Nopsixotik (qo'rquv, shilqimlik, depersonalizatsiya) produktiv buzilishlar xam juda sekin rivojlanadi. Vaqti-vaqti bilin qoldiq vasvasa g'oyalari, gallyutsinatsiyalar, ruhiy avtomatizmlar kuzatilishi mumkin. Produktiv simptomlar ustunligiga qarab progredientli shizofreniyani nevrozsimon va psixopatsimon turlari farqlanadi.

Ba'zi bemorlarda shaxsni negativ o'zgarishlari birinchi o'ringa chiqishi produktiv simptomlar esa rudimentar xolda bo'lishi mumkin.

Rekurrent (davriy) shizofreniya

Shizofreniyani bu turi produktiv ruhiy buzilishlar xurujlari kurinishida kechadi va sust kechuvchi shizofreniyaga uxshab shaxsni chuqur bo'lmagan o'zgarishlariga olib keladi.

Rekurrent shizofreniya xurujlari turli strukturaga ega bo'ladi. Affektiv xurujlar turli darajadagi yoki maniya ko'rinishida bo'ladi. Affektiv-paranoid xurujlar ham ikki hil ko'rinishda bo'ladi: depressiv-paranoid, manikal-paranoid. Kayfiyat buzilishlari ta'sirlanish, buyuklik, sahnalashtrilgan, antagonistik vasvasalari, ruhiy avtomatizmlar, verbal soxta gallyutsinatsiyalar bilan keladi. Oneyroid – katatonik xurujlarda stupor yoki substupor katatonik qo'zg'alish epizodlari bilan ongni xiralashuvi orqali bo'ladi. Ba'zan rekurrent shizofreniya xurujlari bir necha kun davom etishi mumkin, ko'pincha bir necha xafadan bir necha oygacha davom etadi. Xurujlar soni xam turlichadir. Ba'zi bemorlarda butun umri davomida bir marta xuruj bo'lsa, ba'zilarida bir nechta va ayrimlarida o'ntadan ortiq bo'lishi mumkin. Ayrim bemorlarda barcha xurujlar bir biriga o'xshash klinikaga ega. Ayrim bemorlarda esa klinikasi xar xil bo'lган xurujlar kuzatiladi. Bunda oneyroid – katatonik xurujlar affektiv vasvasa xurujlari bilan almashinadi, ba'zan buni teskarisini kuzatish mumkin.

Rekurrent shizofreniyani maxsus turi tsirkulyar shizofreniya xam bor. Bunda faqat affektiv (maniakal va depressiv) xurujlar kuzatiladi. Rekurrent shizofreniyani bu turini dapressiv psixozdan ajratish juda qiyin.

Birinchi va ikkinchi xurujlardan so'ng shaxs o'zgarishlarini aniqlash qiyindir. Faqat keyingi bo'ladigan xurujlarda shaxsni engil negativ o'zgarishlarini aniqlash mumkin. Bunday shaxs o'zgarishlari har bir xurujdan so'ng kuchayib borishi mumkin, lekin chuqur ruhiy defekt darajasiga etib kelmaydi. Ba'zi bemorlarda bir ikki xurujdan so'ng uzoq davom etuvchi intermissiya kuzatilishi mumkin. Bu davrda o'tkazilgan psixozni hech qanday belgilari kuzatilmaydi. Bunday intermissiyalar deyarli sog'ayish deb hisoblanadi.

Klinikasi. Nozologik jixatdan qaraganda bunday o'zgarishlarni Rekurrent paranoid shizofreniyaga ham affektiv psixozlarni atipik variantiga ham kiritish mumkin.

Shizoaffektiv buzilishlar o'tkinchi endogen funktsional buzilishlar bo'lib o'zidan so'ng hech qanday defekt qoldirmaydi va affektiv buzilishlar uzoq davom etadi. Xurujlar yuqori polimorfizm bilan ajralib turadi. Xurujlar strukturasi depressiv-paranoid va manikal-paranoid ko'rinishida bo'ladi.

Depressiv-paranoid xurujlari kayfiyatni pasayishi bilan boshlanadi. Keyirchalik ularga o'z-o'zini ayblash, o'zini zaxarlash, tuzalmas kasalliklar (OITS, o'smalar) bilan og'rish vasvasalari qo'shiladi. Xurujlarni cho'qisida depressiv stupor yoki depressiv oneroid kuzatilishi mumkin. Shizofreniya uchun xarakterli birlamchi simptomlar (fikrlar ochiqligi, buyuruvchi eshituv gallyutsinatsiyalari) paydo bo'lishi mumkin. Butun olamni yo'q bo'lishi g'oyalari (Qotar vasvasasi, nigelistik vasvasa), umrbod gunohkorlik vasvasasi (Agasfer sindromi), ipohondrik vasvasa depressiya bilan tugashi mumkin.

Manikal-paranoid xurujlar ekspansiv yoki manikal affekt bilan boshlanadi. Uyquni kamayishi, to'htovsiz xursandlik, buyuklik g'oyalari, gipnotik g'oyalar bilan davom etadi. Fikrlar, xulq atvor va sezgiga har hil uskunalar bilan ta'sirlanish hisi paydo bo'ladi. Psixoz cho'qisida kosmik tuzilishga ega oneyroid, magik vasvasa va vaqtini o'zgarishi hislari paydo bo'ladi. Psixozdan chiqish gipomaniya bilan boradi.

Aralash xurujlarda affektni o'zgarishi gipomaniakal va maniakaldan depressivgacha bo'lishi mumkin. Bunda ijobiy va salbiy kuchlarni kurashishi

kuzatiladi, xamda ularga mos tarzda pozitiv va negativ eshituv gallyutsinatsiyalari kuzatiladi. Aralash xurujlarda depressiv-paranoid va manikal-paranoid buzilishlar almashinib kelishi mumkin.

Psixozni davomiyligi ikki xtaftadan ortiqdir. Intermisсиya davrida emotsiional-irodaviy doirasida defekt kuzatilmaydi. Lekin o'tkir psixozdan so'ng ma'lum vaqtgacha shizofrenik yoki affektiv simptomlar saqlanib qolishi mumkin.

Xurujsimon progredientli(shubsimon) shizofreniya

Shubsimon shizofreniya shizofreniyani barcha turlari orasida eng ko'p uchraydigan turi hisoblanadi. Shubsimon shizofreniya asosida uzlusiz va davriy shizofreniyani aralashib kelishi yotadi. Kasallikni initsial davrida shizofreniya uchun xarakterli bo'lgan shaxsni negativ o'zgarishlari kuchayib boradi. Ayrim hollarda produktiv simptomlar shilqimlik, depersonalizatsiya, o'ta yuqori g'oyalar ko'rinishida bo'ladi. Keyinchalik kasallikni manifest va xuruj davri keladi. Shubsimon shizofreniya xurujlari klinik har-hilligi bilan ajralib turadi. O'tkir paranoyyal, o'tkir paranoid, katatono-gebefrenik, katatono-depressiv, depressiv gallyutsinator, depressiv, obsessiv va boshqa xurujlar kuzatiladi. Har bir xuruj shaxsni negativ o'zgarishlarini va produktiv buzilishlarini kuchayishi bilan boradi. Ayrim hollarda negativ o'zgarishlar va produktiv buzilishlar sekin boradi.

Shubsimon shizofreniyani progredientlik darajasi, ruhiy defekt paydo bo'lishi turli darajada bo'ladi. Ayrim hollarda yomon sifatli formaga o'xshash kechadi va shizofreniyaga xos aql pastligi paydo bo'ladi. Ba'zan esa sust kechuvchi shizofreniyaga o'xshash bo'ladi va shaxsni chuqr defekti kuzatilmaydi. Ko'pchilik hollarda shubsimon shizofreniya bu ikki variant orasidagi joyni egallaydi.

BOLALARDA VA O'SMIRLARDAGI ShIZOFRENIYaNING XUSUSIYATLARI

Shizofreniya bolalar va o'smirlarda kattalarga nisbatan kam uchraydi. Bolalar va o'smirlarda kasallikni boshlanishi bolalarni ruhiy rivojlanish jarayoni va endogen jarayonlarni qo'shilish hamda ontogenetiki o'zgarishi bilan boradi.

Bolalar va qisman o'smirlar shizofreniyasi uchun klinik belgilarni rudimentarligi, bilinmasligi va etilmaganligi xosdir. Negativ simptomlar bolalarda emotsiional kashshoklik va bo'shilik, faollikni pasayishi, autizm, ruhiy rivojlanishni har hil darajada ekanligi bilan harakterlanadi.

Deffekt holatlar esa oligofreniyaga o'xshash bo'ladi. Shizofreniya pubertat davrida boshlansa shaxsni negativ o'zgarishiga disgarmonik ruhiy infantilizm belgilari kiradi.

Produktiv simptomlarga diffuz sababsiz qo'rquv, harakatlarni tormozlanish sindromi, patologik xayolparastlik kiradi.

Bolalar va o'smirlar shizofreniyasini barcha ko'rinishlarini quydagи to'rtta psixopatologik guruhlarga birlashtirish mumkin.

1. *Patologik xayolparastlik.* Asosan mакtab yoshigacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Patologik xayolparastlik boshlanish davrida sog'lom bolalar xayolparastligidan deyarli farq qilmaydi. Lekin keyinchalik real hayotdan ajraladi, bola o'zini fantastik dunyosida yashay boshlaydi. O'zini fantastik dunyosida ularga hama narsa mumkin bo'ladi. Bola o'z olamidagi o'yinlar bilan yashaydi va real hayotga qarama-qarshi bo'ladi. Real hayotda amalga oshirib bo'lmaydigan hayollar

bilan yashaydi. Kuch qudrat, yangi mamlakatlarni ochish haqida orzu qiladi. Kashfiyotchilikka qiziqishni boshlaydi, falsafa muamolarmi, hayot, vaqt, odamlar haqida o'ylay boshlaydi. O'zini quyon yoki ot deb hisoblay boshlaydi va oddiy ovqatlardan bosh tortadi hamda unga sabzi, o't, don berishlarini talab qilishni boshlaydi.

2. *Abuliya*. Maktab yoshidagi bolalarda abuliya nisbatan kuchli bo'ladi. Bola sust bo'ladi, oldin qiziqib qilgan ishlariga qiziqmay qo'yadi, atrofdagilarga tushunarsiz bo'lib qoladi. Uzoq muddatli bekorchi hayotga moyilik, ruhiy faoliyatni pasayishi, ish qobiliyatni keskin tushishi, surinkali charchashga o'xshaydi, lekin bular shizofreniyani birlamchi alomatlari hisoblanadi. Ota-onalar va pedagoglar ko'pincha abuliyanı ayyorlik deb o'ylashadi. Aslida esa bu shizofrenik jarayonni boshlanishidir. Vaqt o'tishi bilan aktivlikni pasayishi kuchayib boradi, bola o'z majburiyatlarini bajarmay qo'yadi, hech narsaga qiziqmaydi, maqsadsiz uy ichida burchakdan-burchakga yuraveradi, soatlab yotadi, hech qanday xoxish va qiziqishlari bo'lmaydi. Mayl buzilishlari bilan birga aqlga sig'maydigan impulsiv harakatlar qilishi mumkin. O'zidan-o'zi baqirishi, kattalarni urib qolishi yoki begona odamni o'pishi, haqoratl so'zlarni aytishi mumkin. Bu holatlarga ko'pincha ipohondrik vasvasa g'oyalar, ta'sirlanish vasvasasi va gallyutsinatsiyalar qo'shilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda ular turg'un bo'lmaydi.

3. *Emotsional to'mtoqlik*. Bu shizofreniyaga xarakterli doimiy belgilaridan biridir. Emotsialarni doimiy so'nib borishi natijasida bola atrofdagilar bilan aloqa qila olmaydi, oldin qiziqqan narsalariga qiziqmay qo'yadi, yaqinlari va do'stlariga befarq bo'lib qoladi. Bola qo'pol, tap tortmas jaxli tez bo'ladi. Sal narsaga o'rishib ketadi, lekin kuchli ta'sirlarga hech qanday e'tibor qilmaydi. Bolani kechinmalari xiralashadi, hech narsaga qiziqmaydi, hech narsadan xursand va xafa bo'lmaydi, yig'lamaydi. Kasallik kuchayib borishi bilan hamma narsaga befarq va emotsiyal to'mtoq bo'lib qoladi.

4. *Fikrlashni uzuq-yuluqligi*. Shizofreniyani har qranday shakli uchun xarakterli belgidir. Keraksiz aqli fikrlarni gapira boshlaydi, fikrlash real borliqdan ajralgan bo'ladi. Ayrim bolalar juda ko'p gapiradi, ayrimlari umuman gapirmay qo'yadi yoki ba'zi so'zlarni joylarini almashtirib takrorlab gapiradi. Ularni nutqida oddiy hayotda ishlatilmaydigan yangi so'zlar ko'payadi. Bunday bolalar yozushi ham o'zgargan bo'ladi.

QARILIK DAVRIDAGI SHIZOFRENIYA NI HUSUSIYATLARI

Shizofreniya 50 yoshdan so'ng kamdan-kam uchraydi. Shizofreniya formalari orasida paranoid shizofreniya ko'proq uchraydi. Kamdan kam hollarda xurujsimon shizofreniya uchraydi. Sust kechuvchi va yomon sifatli shizofreniya yoshi qarilarda deyarli kuzatilmaydi. Qarilik davrida shizofreniya uchun klinik belgilarni bilinabilmamasligi, belgilarni atipikligi va nisbatan salbiy kechishi xosdir.

Paranoid shizofreniya zarar etkazish, rashk, zaharlanish, ipoxondrik vasvasalar bilan boradi. Verbal gallyutsinatsiyaga hidlov va taktil gallyutsinatsiyalar qo'shilish ketadi. Ruhiy avtomatizmlardan asosan senestopatik avtomatizmlar kuzatiladi.

Xurujsimon shizofreniya uchun uzoq cho'ziladigan vahima, vasvasa va ipoxondrik depressiyalar xosdir. Kamdan-kam hollarda atipik maniya kuzatiladi. Xurujlar orlig'ida affektiv buzilishlar, rezidual vasvasa g'oyalar kuzatiladi. Kech boshlangan

shizofreniya chuqur ruxiy defektga olib kelmaydi. Shaxsni negativ o'zgarishlari yoshga xos ruhiyat o'zgarishlari soyasida bilinmaydi.

Tashxisot. Kasallikni tashxisoti asosiy produktiv simptomlarini aniqlanishiga asoslangandir. Produktiv belgilar negativ belgilarga qo'shilib keladi va boshqalar bilan munosabatlarini yo'qolishiga olib keladi. Produktiv belgilar orasida fikrlarga ta'sirlanish, harakatlarga ta'sirlanish, kayfiyatga ta'sirlanish belgilari, soxta eshitish gallyutsinatsiyalar, fikrlar ochiqligi, fikrlar uzuq-yuliqligi, katatonik harakat buzilishlari kuzatiladi. Negativ simptomlarga energetik potentsial reduktsiyasi, sovuqlik, boshqalarga dushmanlik, boshqalar bilan, munosabatlarni yo'qolishi ijtimoiy pasayish xosdir. Psixopatologik tekshirishlar va irlar moyilik borligi tashxisi yana birbor tasdiqlaydi.

Diagnostik mezonlar

Xurujlarni davomiyligi prodromal va rezidual davrlarni qo'shganda 6-oydan n bo'lmasligi kerak.

Bu vaqt oralig'ida doyimiy tarzda negativ simptomlar (affektiv to'mtoqlik, gedoniya, abuliya, apatiya) bo'lishi kerak. Bu 6-oy ichida 1- oydan ortiq davom digan o'tkir davr bo'lib o'tishi kerak va quydagi simptomlarning ikkitadan ko'pi zatilishi kerak.

1. Vasvassa
2. Gallyutsinatsiya
3. Fikrlash va nutq dezorganizatsiyasi (masalan, boglanishsiz fikrlash, r'lashni uzilishi)
4. Katatonik yoki bema'ni hulq-atvor
5. Negativ belgilar
 - logikani yo'qligi
 - affektiv to'mtoqlik
 - angedoniya
 - abuliya
 - apatiya

Bu belgilar kasallik davomida bemor hayot faoliyatini buzilishiga olib keladi. Bu gilar bemorlarning somatik kasalliklari, narkotik va alkogol qabul qilishi, affektiv zilishlar, shizoaffektiv buzilishlar bilan bog'liq bo'lmasligi kerak.

ShIZOFRENIYaNI DAVOLASH

Medikamentoz davolash. Shizofreniyani davolash va xurujlar profilaktikasida neyroleptiklar 40 yildan ko'proq vaqt davomida qo'llanib kelmoqda. Bu vaqt oralig'ida bu dori vositalarini samaradorligi ishonchli tarzda isbotlandi. Neyroleptiklar fikrlash buzilishlarini, vaxima, vasvasa, gallyutsinatsiya va boshqa shizofreniyani belgilarini yo'qotadi. Shuning bilan birga bu dori vositalari negativ simptomlarga har doim ham samara bermaydi.

Psixotrop preparatlar tasnifi va qo'llanilishi

Neyroleptiklar

Preparat va analoglar	Minimal sutkalik dozalar, mg	O'rtacha sutkalik dozalar, mg

Azaleptin (leponeks, klozapin)	25	150
Aminazin (largaktil, xlorpromazin)	25	300
Aripiprozol	15	30
Galoperidol (galdol, senorm)	1.5	30
Droperidol		7.5
Zipreksa (olanzepin)		20 (sutkada 1 marta)
Imap (flushpirilen)		8 (xaftada 1 marta)
Karbิดин	50	200
Klopiksol	4	50
Majeptil (tioproperezin)	1	30
Moditen-depo (flufenazin-dekanoat)		50 (3 xhaftada 1 marta)
Navan (tiotiksen)		10
Neuleptil	15	60
Orap (pimozid)	1 (sutkada 1 marta)	8 (sutkada 1 marta)
Pipolfen (diprazin)	50	100
Piportil (pipotiazin)		30 (sutkada 1 marta)
Risperidon (rispolept, risperdal)	2	8
Semap (penflyuridol)	20 (xaftada 1 marta)	60 (xaftada 1 marta)
Sonapaks (melleril, tioridazin)	20	250
Teralen (alimemazin)	20	300
Tiapridal (tiaprid)	200	800
Titsertsin (levomepromazin)	25	150
Trisedil (trifluperidol)	1	6
Triftazin (stelazin, tifluperazin)	5	60
Fluanksol (flupentiksol)	1	20
Frenolon (metafenazin)	10	40
Xloprotiksen (taraktan)	15	150
Eglonip (dogmatil, sulpirid)	100	600
Etaperazin (perfenazin)	10	150

Neyrolepsiya korrektorları

Akineton	2	16
Amizil	3	8
Dimedrol	25	150
Trembleks	125	375
Tropatsin (benzatropin)	20	75
Tsiklodol (parkopan, romparkin)	2	12

Antidepressantlar

Azafen	50	300
Amitriptilin (triptizol)	25	300
Anafranil (klomipramin)	50	250
Befol	300	600
Velbutrin	50	300
Gepral (ademetionin)	800	1600
Gerfonal (trimeprimin)	50	300
Zoloft (sertralin)	50	300 (sutkada 1 marta)
Inkazan	50	300
Insidon	50	150
Koaksil (tianeptin)	25	50
Ludiomil (maprotilin)	25	300
Melipramin (imipramin)	25	250
Mianserin (lerivon)	100	300
Nialamid (nuredal)	25	300
Paksil (paroksetin)	20	40 (sutkada 1 marta)
Petilil (dezipramin)	50	200
Pirazidol	50	300
Sidnofen	5	30
Sinekvan (doksepin)	30	300
Trazodon	150	300
Fluoksetin (prozak, prodep)	20	60
Ftoratsizin	50	250
Tsipramil (tsitalopram)	20	60

Talvasaga qarshi preparatlar

Benzonal (benzobarbital)	100	600
Geksamidin (primidon)	125	800
Depakin (konvuleks, enkorat, dipromal)	300	1500
Difenin (fenito in)	117	585
Karbamazepin (finlepsin, tigretol)	200	1200
Lamiktal (lamotridjin)	50	200
Metindion	250	1500
Okskarbazepin (trileptal)	600	1200
Pufemid	750	1500
Trimetin (tridion)	400	900
Fenobarbital (lyuminal)	50	400
Xlorakon	2000	4000
Etosuksimid (suksilep, piknolepsin)	250	1000

Nootropalar va litiy preparatlari

Aminalon (GAMK)	1500	3500
-----------------	------	------

Amiridin	30	60
Pantogam	1500	3000
Pikamilon	40	200
Piratsetam (nootropil)	1200	3200
Piriditol (entsefabol)	300	400
Tanokan i bilobil	100	120
Litiya karbonat (litobid, litosan, kontemnol)	300	1200

Trankvilizatorlar

Alprazolam (ksanaks)	1	1
Ataraks	25	200
Bushpiron	5	60
Grandaksin	50	300
Diazepam (sibazon, seduksen, relanium, valium)	5	35
Donormil	7,5	15
Ivadal	5	20
Imovan	7,5	15
Klonazepam (antelepsin, rivotril)	0,5	10
Lendormin	0,25	0,5
Lorazepam	1,25	4
Mebikar	600	3000
Metrobamat	200	1200
Oksazepam (tazepam, nozepam)	10	90
Oksibutirat natriya	1500	2500
Oksilidin	20	300
Rogipnol	1	2
Rudotel (mezapam)	10	50
Tranksen	5	50
Trioksazin	600	1500
Fenazepam	0,25	5
Fenibut	750	1500
Xlordiazepoksid (elenium, librium)	5	50

Psixostimulyatorlar

Kofein	5	10-50
Sidnokarb	5	10-150
Meridil (ritalin, tsentedrin)	5	10-30

Neyroleptiklarning ta'siri.

1. *Global antipsixotik ta'siri.* Psixozni turli ko'rinishlarini to'xtatish kasallikni progradientligini kamaytirish. Bunday ta'sirni shok metodlariga o'xshatish mumkin. Neyroleptiklarni bunday ta'siri emotsiotrop ta'sir bilan bog'liq bo'lib kuchli affektlarni (qo'rquv, vahima, ishonchsizlik, maniya, depressiya) kamaytirishga qaratilgan. Psixotik simptomlar (vasvasa, gallyutsinatsiya) bir necha kun yoki xafadan so'ng

yo'qolib boradi. Psixozga qarshi ta'sir bilan birga nojo'ya ta'sirlar (rigidlik, ikkilamchi sedatatsiya) paydo bo'la boshlaydi. Neyroleptiklarni global antipsixotik ta'sirini ularni kamaytirishi bilan bog'lashadi.

2. *Birlamchi sedativ ta'siri.* Gallyutsinatsiyalar vasvasa yoki manikal qo'zg' algan bemorlarga tez tinchlantruvti ta'sir ko'rsatadi. Psixomotor tormozlovchi ta'sirdan tashqari tashqari bradipsixizm, diqatni kamaytiruvchi, gipnotik, vigilitetni pasaytiruvchi ta'sir ham ko'rsatadi. Davolashning birinchi xafasi davomida bu simptomlar odatda kamayib boradi. Shuning bilan birga ayrim neyroleptiklar o'zgacha ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bunday ta'sir preparat dozasi oshirilganda yoki xolikolitilar qo'llanganda kuzatiladi. Birlamchi yoki spetsefik bo'lмаган sedativ ta'sirni ikkilamchi spetsefik ta'sirdanfarqlash kerak. Ikkilamchi sedatatsiya faqat neyroleptik terapiya uchun xos bo'lib, global antipsixotik ta'sirni bir qismi hisoblanadi. Ikkilamchi sedatatsiya affektiv indeferentligi, emotsiyal reaktsiyalarni neytralligi va uzoq payt qo'langanda ham yo'qolmasligi bilan xarakterlanadi. Neyroleptiklarni bunday effekti tufayli nevrozsimon va psixopatsimon sindromlarda yaxshi samara beradi.
3. *Selektiv antipsixotik ta'siri.* Neyroleptiklarni alohida simptomlarga masalan, vasvasa, gallyutsinatsiya, fikrlash buzilishi,xulq-atvor buzilishiga ko'proq ta'sir etishi.bu ta'sirlar ikkilamchi bo'lib, global antipsixotik va sedativ ta'sirdan so'ng paydo bo'ladi. Shuning uchun bu ta'sirni paydo bo'lishi uchun uzoq muddat neyroleptiklar qabul qilish lozim.
4. *Faollashtiruvchi ta'siri* (dezingibirlovchi, antiautistik). Bu ta'sir sekin paydo bo'lib boradi va katatonikbelgilarni, autistik buzilishlarni kamayishi bilan bog'liqdir.ruhan aktivlovchi ta'sir negativ simptomlar bor bemorlarda ayniqsa namoyon bo'ladi. Ularda apatik-abulik simptomlar nisbtan kamayadi. Bemorlarni initsiativligi oshadi, muloqotga kirishuvchanligi yaxshilanadi, psixoterapiya, reabilitatsiyaga kirishuvchanligi oshadi. Aktivlovchi ta'sir davolashni birinchi bosqichlarini o'zida bilina boshlaydi. Ayniqsa kuchli global antipsixotik ta'sirga ega neyroleptiklar qo'llanilganda. Bu ta'sir akataziya va tasikineziya bilan birga keladi. Hozirgi paytda dezingibirlovchi va antiaustik ta'siri birinchi o'rinda bo'lgan neyroleptiklar gurihi paydo bo'ladi. Masalan, sulpirid, karpipramin, amisulpirid, ritakserin, klokapramin. Ba'zi avtorlar antidefitsitlar ta'siri deb ham ko'rsatishadi. Dezingibirlovchi neyroleptiklarni uzoq muddat qo'laganda dofamin retseptorlarini sezuvchanligi oshib ketishi va psixotik simptomlarni qaytalanishimumkin. Hozirgi paytda bunday ta'sirlardan xoli bo'lgan atipik neyroleptiklar (rosperidon,seravel, sertindol, olanzapin) paydo bo'ladi. Bunday neyroleptiklar antidefitsitar ta'sir bilan birga sezilarli darajada psixozga qarshi ta'sirga xam ega.
5. *Depressogen ta'siri.* Neyroleptiklarni uzoq muddat qo'llaganda o'ziga xos neyroleptik depressiya chaqirishi. Neyroleptikni turiga qarab depressiya depressiya ham xar xil bo'ladi. Sedativ neyroleptiklar ta'siri da sust apatik depressiya kuyali antipsixotik neyroleptiklar ta'sirida geperventil depressiya paydo bo'ladi.
6. *Neyrotrop ta'siri.* Bu ta'sir ekstrapiramid nerv sistemasida dofamini blklanishi bilan bog'liq bo'lib, turli nevroligik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. O'tkir paroksizmlardan to surunkali qaytmas o'zgarishlar ham kuzatilishi mumkin.

7. *Somatotrop ta'siri.* Neyroleptiklarni neyro-vegetativ va endokrin nojo'ya ta'siri hisoblanib, qon bosimini tushishi kuzatiladi. Neyroleptiklarni tanlashda asosiy e'tibor global antipsixotik va birlamchi sedativ ta'sirlarga qaratiladi.

Neyroleptiklarni qabul qilish tartibi. Neyroleptiklar va ularni dozasi tanlangandan so'ng ularni qabul qilish tartibi tuziladi. Davolashni 48-72 soatidan so'ng preparatni bir sutkada 4-5 marta qabul qilish shart emas. Organizmdan chiqib ketish davri katta bo'lga neyroleptiklar katta dozada bir mahal berilishi mumkin. Bitta tabletkadan bir mahal kechki payt berish va doimiy neyroleptik dozasini oshirib borish bemor uchun ham tibbiyot xodimlari uchun ham qulay hisoblanadi. Shuning bilan birga dorini kechki payt qabul qilish dori vositalarini yaxshi o'zlashtirilishiga va nojo'ya ta'sirlarini kamayishiga olib keladi.

Qullab-quvvatlovchi davolash va neyroleptiklarni to'xtatish. O'tkir davrni o'tishi va bemor ahvolini yaxshilanishi bilan (2-12 xafta) neyroleptiklar dozasi bir necha xafta davomida kamaytirish lozim. Bemorlarni teng yarmida ushlab turuvchi davolash samarali hisoblanadi. Juda uzoq muddat neyroleptiklar qabul qilgan bemorlarga har xaftada 1-3 kun dam berish mumkin. Neyroleptiklarni bunday to'xtatish og'ir oqibatlarga olib kelmaydi. Neyroleptiklarni to'xtatish to'g'risida xozircha aniq ko'rsatmalar yo'q. Ambulator bemorlarda neyroleptiklarni to'xtatish ko'pincha xurujlarni boshlanishiga olib keladi. Bemorda 6 oy davomida to'liq remissiya kuzatilsa yoki juda kichik ushlab turuvchi dozada bo'lsa, shifoxona sharoitida neyroleptiklarni to'tatish mumkin. Neyroleptiklar organizmdan juda sekin chiqib ketad va ularni to'xtatishdan so'ng bir xaftha xatto bir necha oylardan so'ng kasallik qaytalanishi mumkin. Ushlab turuvchi dozani 30 % ga kamaytirib 6-8 oy kuzatiladi. Agar bemor ahvoli og'irlashmasa yana 30 % ga kamaytiriladi. Agar bemor doimiy kuzatuva bo'lsa, bemor axvoli yomonlashuvi belgilarini osson aniqlash mumkin va neyroleptiklar dozasini oshirib xurujlar oldini olish mumkin. Lekin ko'pchilik bemorlar dorilarni o'z vaqtida qabul qimaydi va bu xurujlarni tez-tez takrorlanishiga olib keladi. Shizofreniyani turg'un surunkali formalarida ikki yil davomida daimiy tarzda neyroleptiklar qabul qilish bemorlarni ijtimoiy xayotga moslashuviga olib kelishi mumkin. Atipik neyroleptiklarni bunday ta'siri haqida aniq ma'lumotlar yo'q. Shizofreniyani har qanday formasida neyroleptiklarni doimiy tarzda qabul qilish samarali ekanligi isbotlangan.

ShIZOFRENIYa BILAN OG'RIGAN BEMORLAR REABILITATsIYAsI.

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlar reabilitatsiyasi bemorni shaxsiy, shaxslararo, kasbiy ko'nikmalarini tiklash va rivojlantirishga qaratilgan. Bemor xurujdan so'ng qanchalik mutaqil bo'la olishini xurujdan aniqlash juda muhim hisoblanadi. Agar bemorlarni oilasi va ish joiy bo'lsa reabilitatsiya ishlari nisbatan samarali bo'ladi. Bemorni jamiyatda hayot kechirishi va ishtiroki ko'pincha jamiyatga bog'liq bo'ladi. Shaxslararo munosabatlarni tiklashda va reabilitatsiyada psixoterapiyani o'rni juda katta hisoblanadi. Psixoterapiyani turli usullaridan foydalanib xurujga sabab bo'ladigan ichki va tashqi omillarni bartaraf etish mumkin. Bundan tashqari bu metodlar orqali ijtimoiy adaptatsiyani yaxshilaydi va bemor axvolini yomonlashtiruvchi sharoitlarni bartaraf etish imkonini beradi. Bemorga munosabat realistik tabiatda bo'lish kerak. Bemorga qo'yiladigan talablar bemorni oldingi ahvolidagi talablardan farq qilishi kerak. Faqat kompleks yondashish, ya'ni dori

darmonlar bilan davolash, reabilitatsiya, paxsoterapiya, ruhiy yordam ko'rsatuvchi muasasalarni kechayu kunduz ishlashi bemorlar ahvolini yaxshilanishiga va mustaqil hayot kechirishiga imkon beradi.

Profilaktika. Hozirgi kunda shizofreniyani birlamchi profilaktika shizofreniyaga moyil ota-onalarga tibiy-genetik mas laxat berish va ularni farzandlarida shizofreniya bo'lishi mumkinligi haqida ogohlantirish bilan chegaralanadi. Agar ota yoki ona shizofreniya bilan kasallangan bo'lsa bolalarni kasallanish xavfi 14 % ni tashkil etadi. Agar ota—ona ham shizofreniya bilan kasallangan bo'lsa bu xavf 46 % ga etadi. Dizigot ekizaklarining birida shizofreniya rivolansa, ikkinchisida kasallikni rivojlanish xavfi 23% ni tashkil etadi. Agar egizaklar monozigot bo'lsa bu xavf 70 % ga etadi. Shizofreniyani ikkilamchi profilaktikasi (xurujlar va retsidiylar oldini olish) va uchlamchi profilaktikasi (ruhiy defektni shakllanishini sekinlashtirish va to'xtatish) uzoq muddat ambulator farmakoterapiya, paxsoterapiya va ijtimoiy – reabilitatsiya choralaridan iboratdir.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar: «Qora quticha»

«QORA QUTICHА» USULINI QO'LLASH

Ushbu usul mashg'ulot davomida hamkorlikda ishlash va har bir talabaning faol qatnashishini ko'zda tutadi, o'qituvchi butun guruh bilan ishlaydi. Har bir talaba qora qutichadan noma'lum sindromning simptomlari yozilgan kartochkani oladi. Talabalar o'z javoblarini asoslagan holda ushbu sindromni aniqlashlari kerak. Talabaga javob berish uchun 3 daqiqa beriladi. So'ngra javoblar muhokama qilinadi, sindromning psixopatologiyasi va patogenezi to'ldiriladi. Usulning oxirida o'qituvchi berilgan javoblarni muhokama qiladi va talabalarning faolligini aniqlaydi. Ushbu usul talaba nutqi, fikrlash qobiliyatini rivojlantiradi va talabada mustaqil klinik fikrlash, mulohaza yuritishni shakllantiradi.

Sindromlar turlari:

1. Sindromni aniqlash: Bemor Yu., 16 yoshda, militsiya tomonidan qo'shnilariga nisbatan bezorilik qilgani uchun o'shlangan. Oynani sindirgan, noo'rin so'zlar gapirgan, qo'shnilarini uni fikrlarini o'g'irlamoqda, ular boshqarmoqda, gipnoz orqali jinoyatga undamoqda, uni og'izi bilan gapirmoqda, harakatlarini boshqarmoqda deb xisoblagan. (Kandinskiy-Klerambo sindromi).

2. Sindromni aniqlash: Bemor D., 16 yoshda, ruhiy kasalliklar shifoxonasiga yotqizilgan. Ko'rvuda: psixomotor qo'zg'alish, ahmoqona qiliqlar, ota-onasiga dushmanlarcha munosabatda, fikrlashi uzuq-yuluq, emotSIONAL sovuqlik kuzatilmoqda. Ota-onasi so'zidan maktabga bormay qo'ygan, qiziqishlari yo'qolgan. (Gebefrenik sindrom).

3. Sindromni aniqlash: Bemor R., 19 yoshda, ohirgi bir oy davomida Xudoning ovozi boschi ichidan kelmoqda, atrofdagilar fikrlarini bilmoxda, u butun dunyonni kutqarishligini kabi belgilar kuzatilmoqda. Bemor odamlar hayoti va butun borliqni boshqaryapganligi to'g'risida gapirmoqda. (Parafren sindrom).

4. Sindromni aniqlang: Bemor M., 47 yoshda, kup yillar davomida shizofreniya bilan kasallangan. Kuni bilan to'shakda yotadi, hech narsa qilmaydi, hech narsaga ahamiyat bermaydi, nigoxi qotib qolgan, mimikasi sust. (Apatog'abulik sindrom).

5.Sindromni aniqlash: Bemor Z., 38 yoshda, boshini ichida harakatlarini boshqarayotgan ovozlar eshitmoqda, kimdir fikrlarni boshiga solmoqda. Bu ovozlar koinot bilan bog'liqidir, koinotdan nurlar unga ta'sir qilib butun quvvatini olib qo'yomda deb sezadi. (Kandinskiy-Klerambo sindromi).

6.2 Taxliliy qism

Vaziyatli masalalar

1. Bemor ruxiy kasalliklar shifoxonasiga olib kelangan. Qo'shnisini pichoqlagan. Kabulda: bezovta, g'azab langan, gapidan qo'shnisi 1,5 yil oldin o'zining uyidagi apparati orqali bemor fikrlarini magnitofonga yozib olmokda, o'zini fikrlarini bemor miyasiga solib qo'ymoqdadir. Ohirgi paytda bemor qo'shnisi turli tajribalar o'tkazib, bemorni majburiy turli joylarga yuborgan, noo'rin gaplar gapirtirgan, yasama kulgi chaqirgan.

Javob: Kandinskiy-Klerambo sindromi.

2. Bemor 29 yoshda. Birinchi marotaba 17 yoshda kasallangan: kayfiyati yomonlashgan, holsizlik, befarqlik kuzatilgan. Uyquga ketishdan oldin ovoz eshitgan. Ovoz bosh ichida jaranglagan. Kechasi bilan uxlamagan, o'zida «to'lqinga» o'xshash ta'sirni sezgan va ushbu ta'sir Xudodan deb bilgan. Bemorga uni fikrlari hammaga ayonligi tuyulgan. Hayolchan, parishonxotir, savollarni mazmunini kechikib tushunadi.

Javob: Ruhiy avtomatizm sindromi.

3. Bemor 20 yoshda. Yoshligida odamovi bo'lган, o'rtoqlari bo'lмаган, qo'p vaqtini uyda o'tkazgan, o'qishda aniq fanlar bo'yicha a'lo bahoga o'qigan. Maktabdan keyin institutga o'qishga kirgan, birinchi semestrni tamomlagan. Ahvoli birdan o'zgargan, sarosimaga tushib, qo'llari va tanasi bilan stereotipik xarakatlar qilgan, keyin bir joyda qotib qolishni boshlagan, savollarga javob bermagan, vaqt-vaqt bilan ayrim so'zlar gapirgan: «koinot», «raketa», «go'zallik». Keyin ancha gapirmay qo'yan, muskullar tonusi oshgan, bergen holatda qotib turavergan. Kasalxonaga yotqizildi.

Javob: Katatonik sindrom.

4. Bemor 28 yoshda. Yoshligida odamovi bo'lган, sababsiz qo'rquvlar kuzatilgan. Kolledj bitirgandan so'ng payvandchi bo'lib ishlagan, lekin hech kim bilan muloqatda bo'lмаган. Kasalxonaga yotqizishdan ikki yil oldin dunyoni qayta qurish proektini fanlar Akademiyasiga taqdim etgan. Rad javobini dushmanlarning kirdikorlari deb o'ylagan, turli muassasalarga murojat qilgan, dushmanlari davlatga ziyon etkazmokchi va uning takliflarini rad qilmoqdalar deb hammani ishontirib yurgan. Huquqni himoya qilish muassasalari va prokuraturaga shikoyat qilgan.

Javob: Vasvasa sindromi. Reformatorlik vasvasa turi.

5. Bemor K., 16 yoshda. Yoshligidan rivojlanishi patologiyasiz. 13 yoshgacha kirishimli, maktabda qiziqish bilan o'qirdi, sport bilan qiziqardi. Keyin ahvoli o'zgardi: maktabda o'qishi pasayib, darslarni qoldirishni boshladи, filosofiya adabiyotlari bilan qiziqishni boshladи, tengdoshlar bilan muloqatlarni uzdi, yaqinlari bilan munosabatlar formal xarakterga ega bo'ldi. Hozirgi paytda kuni bilan to'shakda yotadi, hech narsa bilan shug'ullanmaydi, o'ziga qaramaydi, nigohi qo'zg'almas.

Javob: Apatiko-abulik sindrom.

6. Bemor P., 17 yoshda, yosligidan ruhiy kasal. Kasallik asta-sekin rivojlangan. Klinikasida bema'ni xulk-atvor kuzatilgan: shim o'rniga ko'yak kiyardi, to'shak tagida uxlardi, eshikdan orqasi bilan kirardi, onasiga nisbatan jahldor edi. Bir necha marotaba kasalxonada ahvoli bir oz yaxshilangan. Hozirgi statusda: axmoqona qiliqlar qilmoqda, shifokorga orqasi bilan o'tiribdi, o'zini «fotoapparatga qo'yilgan bir parcha sovun deb» tanishtirdi.

Javob: Gebefrenik sindrom.

Testlar

1. Kaysi kasallikda apatiko-abulik buzilish kuzatiladi:
 - ❖ A. shizofreniya
 - V. epilepsiya
 - S. bosh miya jarohati
 - D. psixopatiya
 - E. alkogolizm
2. Shizofreniyada manikal-depressiv psixozdan farqli ravishda kuzatiladi:
 - ❖ A. katatonik buzilishlar.
 - ❖ V. Kandinskiy-Klerambo sindromi
 - S. affektiv buzilishlar
 - D. gebefrenik buzilishlar
 - E. fazalar orasidagi tuzalish
3. Shizofreniyaga xos:
 - ❖ A. paralogik fikrlash
 - V. rezonerlik
 - ❖ S. energetik potentsialni pasayishi
 - ❖ D. inkogerentsiya
 - E. progradientlikni yo'qligi
3. Shizofreniyaning uzluksi kechuvchi turlari va ularning tavsifi orasidagi mutanosiblikni toping.
 - A. oddiy
 - B. gebefrenik
 - V. paranoid
 - G. katatonik.

“mumsimon egiluvchanlik”, “kapyushon”, “xavo yostig'i” simptomlari, mushaklar gipertonusi, negativizm ustun turadi

 1. o'smirlik davrida emotsional-irodaviy soxada pasayish bilan boshlanadi, intellektual buzilishlar, xatti-xarakatlardagi o'yinqarolik, uziluvchan vasvasa g'oyalari va gallyutsinatsiyalar
 2. birinchi o'rinda negativ simptomatika, tanqid yo'q, kechuvi bo'yicha yomon sifatli, shizofrenik tip bo'yicha qo'pol shaxs o'zgarishlari
 3. etuk davrda rivojlanadi, asosan paranoid sindrom, ko'proq Kandinskiy-Klerambo sindromi uchraydi.
- Javob: A-3, B-2, V-4, G-1.
4. Shizofreniyadagi negativ va pozitiv buzilishlar va ularning tasnifi orasidagi mutanosiblikni toping.
 - A. pozitiv psixopatologik buzilishlar

B. negativ psixopatologik buzilishlar

1. astenik sindrom
2. affektiv sindrom
3. autizm
4. vasvasali buzilishlar
5. dreyf xolati
6. tafakkur buzilishi
7. katatonik sindrom
8. energetik potentsialni tushib ketishi
9. abuliya.

Javob: A-1, 2, 4, 7 B-3, 5, 6, 8, 9.

5. Soxta gallyutsinatsiyalar qaysi kasallikka xos:

- A) shizofreniya
- V) bosh miya jarohati
- S) oq alaxlash
- D) simptomatik psixoz
- E) organik psixoz

6. Qaysi gallyutsinatsiyalar turida bemorlar havflidir:

- ❖ A) imperativ
- V) xidlov
- S) eshitish
- D) gipnopompik
- E) funktsional

7. Bemorda paralogik fikrlash va shaxs autizatsiyasi. Tashhis qo'ying:

- ❖ A) shizofreniya
- V) maniakal-depressiv psixoz
- S) epilepsiya
- D) nevroz
- E) involyutsion psixoz

8. Kandinskiy-Klerambo sindromi qaysi psixozda uchraydi:

- ❖ A) shizofrenik
- V) revmatik
- S) alkogol
- D) jarohatdan keyingi
- E) zahmda

9. Shizofrenik aql pastligida qaysi simptom uchramaydi:

- ❖ A) xotira va intellekt pasayishi
- V) fikrlashniuzuq-yuluqligi
- S) hissiy to'nglik
- D) abuliya
- E) apatiya

10. Apatiko-abulik sindromga kirmaydi:

- ❖ A) amneziya
- V) adinamiya
- S) apatiya

D) abuliya

E) asteniya

11. Shizofreniyaga xos emas:

- ❖ A) talvasa xurujlari
- V) psevdogallyutsinatsiyalar

S) vasvasa

D) apatiya

E) senestopatiyalar

12. Shizofreniya xurujlari orasidagi holat qanday nomlanadi

- ❖ A) remissiya
- V) kompensatsiya
- S) retsdiv
- D) tuzalish
- E) defekt

13. Shizofreniya kechishi bo'yicha turlariga kirmaydi:

- ❖ A) paranoid
- V) rekurrent
- S) sust kechuvchi
- D) xurujsimon-progredientli
- E) uzlucksiz

14. Shizofreniyadagi shaxs o'zgarishlariga xos emas:

- ❖ A) emotsional jonlik
- V) odamoviylik
- S) emotsional sovuqlik
- D) passivlik
- E) shubhalik

15. Shizofreniyaning negativ simptomatikasini ko'rsating

A) anoreksiya

- ❖ B) apatiya
- ❖ C) abuliya
- ❖ D) autizm

E) absans

16. Moslikni toping

A. Shizofreniyadagi negativ simptomlar

B. Shizofreniyadagi produktiv simptomlar

Belgilari

1. apatiya
2. gallyutsinatorno-vasvasaviy buzilishlar
3. autizm
4. gebefrenik buzilishlar
5. abuliya
6. affektiv-vasvasaviy buzilishlar

A-1,3,5, B-2,4,6

6.3 Amaliy qism

Bemor shikoyatlarini, anamnestik ma'lumotlarni yig'ish; bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazish; taxminiy tashhis qo'yish uchun asosiy anamnestik va klinik belgilarni ko'rsatish; shoshilinch holatlarda yordam ko'rsatish.

1. ShIZOFRENIYa BILAN KASALLANGAN BEMORNING RUHIY HOLATINI TO'LIQ YORITISH

Maqsad: shizofreniya bilan kasallangan bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazib, ruhiy holatini to'liq yoritish.

Bajaralidigan bosqichlar:

1. Bemor shikoyatlarini aniqlash.

2. Anamnestik ma'lumotlarni yig'ishda irsiyati, ilk bolalik, pubertat oldi va pubertat davrlardagi rivojlanish xususiyatlarini, ota-onasi, pedagoglar, tengdoshlari va ish joyidagi munosabatlarini aniqlash.

3. Ruhiy holati yoritishda bemorning tashqi ko'rinishi, affektiv buzilishlar, gallyutsinator va vasvasa kechinmalarning borligini, mazmunini tasdiqlash, patologik ijodiyotiga e'tibor berish.

2. ShOSHILINCh HOLATLARDA YORDAM KO'RSATISH.

Maqsad: psixotik psixomotor qo'zg'alishni bartaraf qilish.

Bajaralidigan bosqichlar:

1. Qo'ldaodeyalo ushagan holda qo'zg'algan bemor yoniga yaqinlashish.

2. Bemor ustigaodeyaloni tashlash.

3. Bemorni to'shakka oyoq-qullarini to'g'irlab yotqizish.

4. Bemor qo'llarini fiksatsiya qilish.

5. Aminazin (1,0-3,0), dimedrol (1,0-3,0)dan iborat litik eritmani bemorning mushak orasiga yuborish.

6. Samarasietarli bo'lmasa tizertsin 2,0 yoki galoperidol 10mg bemorga parenteral yuborish.

7. Yo'llanmada qaysi preparat va qanday dozada yuborilganligi yozish.

7. Malaka, ko'nikma va bilimlarning tekshirish usullari

- og'zaki;

- yozma;

- test;

- vaziyatli masalalar echish;

- o'zlashtirilgan amaliy ko'nikmalarni namoyish etish.

8. Joriy nazoratni baholash mezonlari

O'zlash-tirish foiz (%) va	Baho	Talabaning bilim darajasi

ballda		
96-100	A'lo «5»	Shizofreniya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, klinik turlari va shakllari, yoshga xos xususiyatlari bo'yicha to'liq va to'g'ri javob berish. Mustaqil xulosa va qaror qabul qilish, ijodiy fikrlay olish, mustaqil mushohada yuritish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri va ijodiy echish, javoblarni to'liq asoslab berish. Interaktiv uyinlarda faol va ijodiy qatnashish va ularni echishda ijobiy xulosalar va tahlil qilish. Shoshilinch holatda terapeutik taktikani aniqlash. Retseptlarni dori shakliga mos xolda, dozalari va ko'llash uchun ko'rsatmalarini to'g'ri ko'rsatib yozish.
91-95	A'lo «5»	Shizofreniya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, klinik turlari va shakllari, yoshga xos xususiyatlari bo'yicha to'liq va to'g'ri javob berish. Ijodiy fikrlay olish, mustaqil mushohada yuritish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri va ijodiy echish, javoblarni to'liq asoslab berish. Interaktiv uyinlarda faol va ijodiy qatnashish va ularni echishda ijobiy xulosalar va tahlil qilish. Shoshilinch holatda terapeutik taktikani aniqlash. Retseptlar dori shakliga mos xolda dozalari va ko'llash uchun ko'rsatmalar yozish.
86- 90	A'lo «5»	Shizofreniya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, klinik turlari va shakllari, yoshga xos xususiyatlari bo'yicha to'liq yoritish, lekin 1-2 ko'pol bo'limgan xatoga yo'l qo'yilishi mumkin. Mustaqil tahlil qilish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin ayrim noaniqlarni ko'rsatish. Interaktiv uyinlarda faol qatnashish, to'g'ri qaror qabul qilish. Retseptlar dori shakliga mos xolda dozalari va ko'llash uchun ko'rsatmalar yozish.
81-85	Yaxshi «4»	Shizofreniya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, klinik turlari va shakllari bo'yicha to'liq yoritish, lekin 2-3 ko'pol bo'limgan xatoga yo'l qo'yish. Amalda qo'llay olish, mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblarning to'liq yoritilmasligi. Interaktiv uyinlarda faol qatnashish, to'g'ri qaror qabul qilish. Retseptlar dori shakliga mos holda, dozalari va qo'llash uchun ko'rsatmalarini to'g'ri ko'rsatib yozish.
76-80	Yaxshi «4»	Talaba shizofreniyaning tasnifi, klinik turlarini bilishi, lekin ularning yoshga xos xususiyatlarini

		yaxshi bila olmasligi. Mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Interaktiv uyinlarda faol qatnashish. Vaziyatli masalalarga to'liq javob bermasligi mumkin. Retseptlar dori shakliga mos holda, dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin qo'llash uchun ko'rsatmalar to'liq ko'rsatilmasligi.
71-75	Yaxshi «4»	Savollar to'g'ri, lekin to'liq yoritilmaydi. Talaba tasnifni biladi, lekin klinik belgilarni, yoshga xos xususiyatlarni to'liq bila olmasligi. Mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarga to'liq javob bermasligi. Retseptlar dori shakliga mos xolda, dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin qo'llash uchun ko'rsatmalar to'liq ko'rsatilmagan.
66-70	Qoniqarl i «3»	Savollarning yarmini xatolarga yo'l qo'yilgan holda yoritish. Talaba kasallik tasnifini bilishi, lekin klinik belgilarni, yoshga xos xususiyatlarni yaxshi bilmasligi. Faqat ba'zi savollar bo'yicha mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblar asoslab berilmagan. Retseptlar dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin dorining ishlab chiqarilgan shakllarini yozib berishda xatoga yo'l qo'yishi.
61-65	Qoniqarl i «3»	Savollarning yarmi xatolarga yo'l qo'yilgan xolda yoritilishi. Kasallik tasnifini, klinik belgilar va shakllarini aytib berishda xatoga yo'l qo'yishi. Faqat ba'zi savollar bo'yicha mohiyatini tushunish, javobi to'liq emas. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblar asoslab berilmasligi, xato qo'yishi. Retseptlarning shakli to'g'ri, lekin qo'llanilishi ko'rsatmay yozilishi yoki dozalarida xatoga yo'l qo'yishi.
55-60	Qoniqarl i «3»	Savollarning yarmi xatolarga yo'l qo'yilgan xolda yoritilish. Kasallik tasnifini, klinik belgilar va shakllarini aytib berishda xatoga yo'l qo'yish. Javobi noaniq, mavzu bo'yicha birmuncha tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarni echishda xatoga yo'l qo'yish. Retseptlar xato yozilgan, qo'llanilishi ko'rsatmay yozilgan va dozalarida xatoga yo'l qo'yish.

54 va undan past	Qoni-qarsiz «2»	Javob va vazifalarni bajarish minimal darajadan past va bahola olinmaydi. Amaliy ko'nikmalarini o'zlashtirish past, to'liq xajmda emas.
------------------	-----------------	---

9.Mashg'ulotning xronologik xaritasi

№	Mashg'ulot bosqichlari	Mashg'ulot shakli	Davomi yligi (min.)
			270
1.	O'qituvchining kirish so'zi (mavzuni asoslash)		10
2.	Amaliy mashg'ulot mavzusini muhokama qilish, yangi pedagogik texnologiyalar (kichik guruhrar, munozara-bahs, vaziyatli masala, «Qora quticha», «Aylana stol» va h.k.), shuningdek, ko'rgazmali materiallar (slayd, audio-videokasseta va h.k.)ni qo'llagan holda talabalarning dastlabki bilim darajasini tekshirish	so'rov, tushuntirish	60
3.	Muhokamaga yakun yasash		15
4.	Talabalarga mashg'ulotning amaliy qismini bajarish uchun topshiriq berish. Topshiriqlarni bajarish tartibi bo'yicha ko'rsatmalar va tushuntirish berish. Mustaqil kuratsiya		45
5.	Talabalarni mashg'ulotning amaliy qismini o'qituvchi yordamida egallashi (tematik bemor kuratsiyasi)	kasallik tarixi, ishbilarmo o'yinlar, klinik vaziyatli masala	60
6.	Tematik bemorni patopsixologik tekshiruvlaridan olingan natijalarning tahlili, differential diagnostika, davolash va sog'lomlashtirish rejasini tuzish, retseptlar yozish va h.k.	Patopsixologik usullarni qo'llash	30
7.	Talabalarning o'zlashtirgan nazariy bilimlarini va amaliy ish natijalarini muhokama qilish, mustahkamlash va mashg'ulot maqsadiga erishilganlik darajasini hisobga olgan holda guruh faoliyatini baholash	og'zaki so'rov, test, munozara- bahs, amaliy ish natijalarini tekshirish	30
8.	Ushbu mashg'ulot bo'yicha o'qituvchining xulosasi, har bir talaba faoliyatini 100-ballik tizim bo'yicha baholash va e'lon qilish. Keyingi darsga tayyorlanish uchun talabalarga vazifa berish (savollar to'plami)	Axborot, mustaqil tayyorlanish uchun savollar	20

10. Nazorat savollari.

1. «Shizofreniya» tushunchas iga ta’rif bering.
2. Shizofreniyaning tasnifini ko’rsating.
3. Shizofreniyadagi negativ belgilarga nima kiradi?
4. Shizofreniyadagi produktiv belgilarga nima kiradi?
5. Uzluksiz shizofreniyaning klinik ko’rinishini ta’riflab bering.
6. Rekkurent shizofreniyaning klinik ko’rinishini ta’riflab bering.
7. Xurujsimon progradientli shizofreniyaning klinik ko’rinishini ta’riflab bering.
8. Bolalarda va o’smirlardagi shizofreniya xususiyatlarini ko’rsating.
9. Qariyalardagi shizofreniya xususiyatlarini ko’rsating.
10. Neyroleptiklarning ta’sir mexanizmini aytib bering.
11. Qo’llab-quvvatlovchi terapiya nima?
12. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning reabilitatsiyasini ko’rsating.
13. Shizofreniya bilan kasallangan bemorni tekshiruvdan o’tkazishning tartibi qanday?
14. Shoshilinch xolatlarda qanday yordam ko’rsatiladi?

11.Adabiyoqtalar

Asosiy:

1. Olimov X.O., U.X.Olimov Psixiatriya klinikasining mukaddimasi Toshkent, 1997.
2. Xodjaeva N.I., Shayusupova A.U. Psixiatriya.- Tashkent, 1995.
3. Jarikov N.M. i dr. Psixiatriya.- M., 1989.
4. Korkina M.B., Tsivilko M.A., Marilov V.V., Kareeva M.A. Praktikum po psixiatrii. Moskva, 1986

Qo'shimcha:

5. Detskaya psixiatriya. Pod red.Eydemillera E.G., Piter, 2005
6. Doklad VOZ po lekarstvennoy zavisimosti, Jeneva,2007.
7. Kovalev V.V. Psixiatriya detskogo vozrasta.- M., 1995.
8. Psixiatriya. Pod red.Sheydera R. Moskva, 1998.
9. Klinicheskaya psixiatriya. Pod red. Dmitrievoy T.B. Moskva, 1998.
10. Sovremennaya klinicheskaya psixiatriya. Popov Yu.V., Vid V.D. S-Peterburg, 2002.
11. Alimov U.X., Xarabara G.I., Abdulkasimov F.B. Klinicheskoe rukovodstvo: modeli diagnostiki i lecheniya psixicheskix i povedencheskix rasstroystv. Tashkent, 2003.
12. Kamenetskiy D.A. Nevrozologiya i psixoterapiya. Moskva,2001.
13. Lichko A.E. Podrostkovaya psixiatriya.- L., 1985.
14. Politika i plani v oblasti ohrani psixicheskogo zdorovya detey i podrostkov, VOZ, Jeneva, 2006.
15. Programma YuNISEF «Zdorove i razvitie molodeji». Obrazovatelnie programmi po ohrane zdorovya i profilaktike riskovannix form povedeniya, 2000.
16. Psixiatriyadan ma'lumotnomda. Pod red.Murtalibova Sh.A.-Tashkent, 1993.
17. Psixicheskoe zdorove v chrezvichaynix situatsiyax. VOZ, Jeneva, 2005
18. Pod red. Snejnevskogo A.V. Rukovodstvo po psixiatrii v 2-x tomakh, M., 1983.
19. Rukovodstvo po psixiatrii v 2 tomakh. Pod red. akad.RAMN Tiganova A.S.Moskva,2007
20. Rustanovich A.V., Shamrey V.K. Klinicheskaya psixiatriya (v sxemax, tablitsax i risunkax). Sankt-Peterburg, 2003.
21. Sartorius N. Ponimanie MKB-10. Klassifikatsiya psixicheskix rasstroystv. Kiev, 1997.
22. Spravochnoe posobie «Predotvrashchenie samoubiystv», VOZ, Jeneva, 2006.
23. Standarti diagnostiki i lecheniya psixicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №583 ot 04.12.05g.
24. Standarti diagnostiki i lecheniya narkologicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №433 ot 12.10.06g.
25. Xalilov M.X., Toshmatov B.A., Abdusattorov M.M. Psixiatriyada eng kup uchraydigan tibbiy atamalar va ayrim ruscha iboralarning kiskacha izoxli lugati. Samarkand, 2002.