

ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН		Ўқув АДАБИЁТИ

Н. И. ХУЖАЕВА,

А. У. ШОЮСУПОВА

ПСИХИАТРИЯ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва
урта махсус таълим вазирлиги тиббиёт
институтларининг талабалари учун
дарслик сифатида тасдиқлаган

Тошкент

Абу Али ибн Сино номидаги
тиббиёт нашриёти
2008

Т а к р и з ч и л а р : тиббиёт фанлари доктори, проф. Алимов У.Х,

тиббиёт фанлари доктори, проф Магзумова Ш.Ш

.М а х с у с м у х а р р и р : тиббиёт фанлари доктори, проф. З. Саъдуллаев

Хужаева Н. И., Шоюсупова А. У.

Психиатрия: Тиббиёт олий ўқув юрти талабалари учун дарслик.— Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 1995 – 351 б.

Дарсликда психик (рухий) касалликларнинг клиникаси ва даволаш масалалари кўриб чиқилади. Шунингдек психиатрик ва наркологик ёрдамни уюштиришга, беморларни текшириш усулларига алоҳида ўрин берилган.

Дарслик тиббиёт олий ўқув юртларининг талабаларига мўлжалланган, ундан ординаторлар, аспирантлар, врач-психиатрлар ҳам фойдаланишлари мумкин.

© Абу Али ибн Сино номидаги
тиббиёт нашриёти, 1995

Иккинчи нашрга суз боши (кириш)

Психиатрия китобининг биринчи нашри чоп этилганига 13 йилдан ошди. Бу йиллар ичида, психиатрик ёрдамни ташкиллаштириш буйича сезиларли ўзгаришлар бўлди. «Психиатрик ёрдам тугрисидаги» қонун фаолроқ ижро этила бошлади. Уз.Рес. Жиноят Кодекси ва Фуқаролик Кодексларида суд-тиббий экспертizasини утказиш буйича, ва харбий-тиббий экспертisasiни утказиш буйича касалликлар янги рўйхати буйича бандлар пайдо бўлди.

Халқаро касалликлар таснифининг янги қуриниши (КХТ - 10) пайдо булди. Психиатрик амалиётда янги психотроп препаратлар пайдо булиб кенг қулланила бошлади.

Дарсликнинг ҳар бир бўлимига тестлар ва вазиятли масалалар қўшилди. Бу эса китобни УАШ учун қимматли китобга айлантиради.

Психопатологик синдромларнинг баъзи характеристикалари КХТ - 10га мос холда аниқлаштирилган. 10 - Халқаро касалликлар таснифининг мутаносиблик жадвали келтирилган. Муаллифлар томонидан ананавий психиатриядаги клинико - нозологик қуринишлар ва КХТ - 10да курсатилган рухий бузилишларнинг мос келувчилари мутаносиблиги курсатилган.

Дарсликда баъзи боблар қайта ёзилган, баъзилари тулдирилган. Жумладан хотира бузулишлари қайта ёзиб чиқилди, психосексуал бузилишлар бобига қўшимчалар киритилди.

Китобдан хозирги вақтда тақикланган даво усуллари олиб ташланиб, янги усул ва дори воситалари киритилган.

Дарсликда берилган ахборот хажми тиббий институтлари ва университетларнинг тиббий факультетларининг талабаларини уқитиш дастурига мос келади.

КИРИШ

Психиатрия — рухий касалликларнинг пайдо бўлиш сабаблари, белгилари, кечиш хусусиятларини ўрганадиган ва уларнинг олдини олиш, даволаш ва касал одам рухий қобилятини тиклаш усулларини ишлаб чиқадиган тиббиёт фанидир.

Рухий касалликлар — бу бош мия касалликларидир деган тушунча билан бир қаторда рухий ўзгаришлар бутун организмдаги ўзгаришларга боғлиқ деган тушунча мавжуддир. Лекин психозлар — бош мия касалликлари деган фикр биринчи ўринда туради.

Психиатрия ҳам бошқа клиник фанлар каби пропедевтик психиатрия, умумий психопатология ва хусусий психиатрияга бўлиб урганилади. Пропедевтик психиатрияда бош мия анатомияси, гистологияси, гистохимияси, генетика асослари урганилади. Умумий психопатология рухий касалликларнинг симптом ва синдромларини, уларнинг бирин кетин пайдо бўлиши ва ривожланиши рухий касалликлар кечишидаги умумий қонуниятлар рухий ўзгаришларни келиб чиқиш механизмлари ва рухий касалликлар таснифини урганади. Хусусий психиатрияда айнан бир рухий касалликка хос клиника, диагностика ва даволаш урганилади.

Рухий жараён ва унинг бузилишлари ҳамда бош миянинг тузилиши ўта мураккаблиги туфайли уларни ўрганиш катта қийинчиликлар туғдиради. Шунинг учун узок вақтгача психиатрия тиббиётнинг бошқа бўлимларидан орқада қолиб келган, натижада психиатрия — «тиббиётнинг қоронғи қисми» деган фикр пайдо бўлиб, бу узок вақтгача сақланиб қолган. Рухий касалликларга давоси йўқ дард деб қараганлар ва бу фикр психиатрияни иккинчи даражага тушириб қўйган эди.

Шунга қарамай, рухий касалликларни ўрганиш кўпгина олимларни ўзига жалб қилди, чунки психозлар фақатгина тиббий эмас, балки умумий фалсафий аҳамиятга молик муаммодир, бунда инсоннинг энг олий функциялари (масалан, онг) ўзгаради ҳамда рухан касалланган киши жамиятнинг тўлақонли аъзоси бўла олмайди. Шу туфайли рухий бузилишларга аҳамият бермаслик мумкин эмас. Ҳар бир врач, тиббиётнинг қайси соҳасида ишлашидан қатъий назар, беморга фақат касал бўлган организм сифатида эмас, балки тирик инсон, шахс сифатида қараши лозим. Бунинг учун ҳар бир врач психиатриядан яхши хабардор бўлиши лозим чунки рухий бузилишлари бўлган беморларнинг кўп қисми биринчи навбатда тиббиётнинг бошқа мутахассисларига, айниқса терапевтларга, невропатологларга мурожаат қиладилар.

Психопатология - психиатриянинг бир бўлими бўлиб, инсонни касалликка хос узини тутишини, кайғуришини, ижтимоий биологик ва рухий ҳолатини муносабатларини белгилайди.

Рухий касалликларнинг клиникаси, ташхиси даволаш чораларини ва профилактикасини билиш учун умумий психопатология катта аҳамиятга эга.

Умумий психопатология қабул қилиш, сезга, идрок, тафаккур, хотира, диккат, ақл,

хиссиёт, ҳаракат, майл, ирода, онг бузилишларни симптом ва синдромлари ҳақида талабалар етарли даражада билимга эга булишлари лозим.

Дарсликнинг асосий мақсади тиббиёт институтларнинг талабаларига рухий касалликлар симптоматологиясини, даволаш усулларини ўргатишдан иборат. Китобдан ёш психиатр-врачлар ҳам ўз амалий фаолиятларида фойдаланишлари мумкин.

1 - ҚИСМ

I БОБ

ПСИХИАТРИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Психиатрия тарихи, тиббиёт тарихи каби ўз манбалари билан асрлар қаърига кириб боради.

Рухий касалликлар барча касалликлар каби одамзод айдо бўлган даврдан буён мавжуд.

Рухий касалликлар ҳақидаги дастлабки маълумотлар Миср папирус ёзувларида, хитой ва хинд муқаддас китобларида, Инжилда ва Хитой, Хинд, Уссурия ва Вавилонияда, Миср ва Яхуд (бизнинг эрамиздан минг йиллар аввал) тиббиётига доир ҳамда антик Юнон ва Рум тиббиётига тегишли манбаларда (бизнинг эрамиздан бир неча юз йиллар аввалги) келтирилган. Қадимий тиббиётда тўпланган тажрибаларни ҳар томонлама ва чуқур қилиб машҳур олим Букрот (Гиппократ) (460—377 йй.) эрамиздан аввал жамлади ва умумлаштирди. Унинг яшаган ва ижод қилган даври қадимги юнон маданиятиниинг энг гуллаган даврига тўғри келди. У буюк юнон файласуфи ва мутафаккири Демокрит таъсирида бўлган. Олим соматик ва рухий касалликларни тушуниш асосига материалистик тушунчани қўйди.

Букротнинг рухий касалликларга материалистик дунё қарашини қуйидаги сўзларидан англаса бўлади: «Рохат қилиш, хурсандчилик, кулгу, бошқа томондан эса қайғу, гам, норозилик ва шикоятлар миядан чиқади... Унда биз ақлсизланамиз ва васвасага тушамиз, бизни ташвиш ва

кўркув ёхуд кечаси, ёхуд кундузи тутади». Букрот одамнинг мижози ҳақидаги ғояни илгари сурди ва 4 хил мижозни фарқлади: сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик. Мижознинг бу таснифи бугунги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Букрот томонидан касалликларнинг барча кўриниш ва кечинмаларини аниқлаб ўрганиш касалликларни ажратишга олиб келди. У «меланхолия ва манияни» биларди, туғруқдан, тутканок ва ўткир иситмалашдан сўнг келиб чиқадиган рухий касалликларни биларди, «истерия ва ичиш васвасаси» симптомлари унга маълум эди.

Алохида симптомлардан эшитиш галлюцинацияси гам-гусса хисси холатларини биларди (Шюле Г.). Букротнинг алохида касалликларни ажратиши эмпирик ва тасвирлашдан иборат эди.

Букротдан кейин руҳиёт соҳасида кўзга кўринга шифокорлар Герофио ва Эразистратлар (Александри мактаби), Цельс, Аретей, Аврелий ва машхур Гале (кадимий Рум мактаби) иш олиб бордилар. Руҳиётнинг Букротдан Жолинус (Гален) гача тараққиёти 500 йилни ўз ичига оладн.

Руҳият ҳақидаги фаннинг тараққиёти. Қадимги антик тиббиёти даврида рухий касалликлар моҳиятини тушунишда оддий теологик тушунишлардан, теологик схоластикадан ташқари тушунчаларга ҳам биринчи қадам қўйилган ва рухий касалликларга ёрдам бериш элементлари пайдо бўлган эди. X—XI асрга келиб кадимий Шарқ табиблари, хусусан Абу Али ибн Сино (Авиценна рухий касалликларни ўрганишга катта хисса қўшибгина; қолмай, хатто Марвда бундай беморлар учун шифохона очди. XII асрда рухий беморлар учун шифохона Бағдодда, Қуддусда, Дамашқда очилди.

Урта асрларда узоқ вақт турғунликдан кейин (бу даврда катта инқироз бўлиб ўтди) XVIII—XIX асрларга келиб рухий касалликлар ҳақидаги янги фанни ривожлантириш босқичи бошланди. Бу босқич машхур француз врачлари Пинел ва Ж. Конноли босқичи дейилади ва улар беморларни сақлаш ва парваришланишнинг янги усулларини қўлладилар. Пинелнинг катта хизмати шундан иборатки, ўша давр учун дадил ҳаракат қилиб рухий касалликлардан занжирни олдирди. Ф. Пинел (1745—1826) рухий касалликлар бўйича дастлабки илмий ишлар муаллифидир, у хусусан «Психиатрия тўғрисида тиббий-фалсафий трактат» ёзган.

Францияда психиатриянинг тараққиёти учун Ф. Пинелнинг шогирдларидан Жан — Этьен Доменик Эскирол (1772—1840) катта хизмат қилди. Унинг «Рухий беморлардаги галлюцинациялар ҳақида»ги илмий иши диққатга сазовордир. У биринчилардан бўлиб иллюзия билан галлюцинация ўртасидаги тафовутларни ёзди ва Франция рухий касалликлари муассасаларида доворакларча қилган фаолиятни алмаштиришни ўз асарларида кўрсатди.

Эскирол томонидан очилган авж олувчи фалаж касаллигини кейинроқ унинг шогирди Бейл (1882) ўрганди ва унинг клиникаси ва патологик-анатомик кўринишини тасвирлаб, уни алоҳида нозологик бирлик сифатида ажратди.

Англияда Пинел ишларининг давомчиси Жом Конолли (1794—1866) бўлди. У рухий беморларни ҳар қандай "сиқувдан холи қилишга қатъий даъват этиб, шу ҳақда «Рухий касалликни механик сиқилишларсиз даволаш» китобида ёзди. Германияда Вильгельм Гризенгер (1817—1868) ҳақли равишда немис илмий психиатриясининг асосчиси ҳисобланади. 1845 йилда Гризенгер ўзининг «Рухий касалликлар патологияси ва даволаш» деб номланган ўқув қўлланмасини ёзади ва у тез орада рус тилига таржима қилинди. У рухий беморларга ёрдам кўрсатишни ташқил қилишга катта қизиқиш билдирди ва Конолли ғояларининг тарафдори бўлганини кўрсатди.

Теодор Мейнерт (1833—1892), веналик машҳур невролог ва психиатр, фаолиятнинг катта яримшарларда жойлашганлиги ҳақидаги назариясини ва уни пўстлоқ ва пўстлоқ ости бўлимлари билан муносабатини психиатрик клиникага кўчирди. У рухий касалликлардаги бузилишларнинг анатомик асоси ўрганилгандагина психиатрия илмий фан даражасигача кўтарилади, деган фикрни илгари сурди. Мейнерт ўз ғояларини «Мия олдинги бўлимининг тузилишига, озиқланишига ва алмашинувига асосланган касалликлар клиникаси» китобида келтирди.

Немис психиатри Карл Вернике (1848—1905) Мейнерт сингари психозларни анатомик-физиологик ўрганиш билан машғул бўлди. У ўзигача кам ўрганилган алкоғолли галлюциноз, ўткир геморрагик полиэнцефалит (алкоғолизмга учраган беморларда кузатиладиган), унинг номи билан аталган (пресбиофрения — қарилик психозининг бир кўриниши) касалликларни тасвирлади.

Олим клиник психиатрияга бир қатор янги симптомлар: ўта қимматли ғоялар, псевдодеменция, галлюциноз, галлюцинатор чалқашлик ва бошқаларни киритди. Психиатриядаги унинг таянчларининг бош йўналиши Мейнерт сингари психозларнинг анатомик асосларини ўрганишдан иборат эди.

Гризингер замондоши, машҳур психиатр Морел (1809—1872) рухий касалликларни ўрганишга уларнинг этиологияси жиҳатидан ёндошди. У рухий касалликларнинг келиб чиқиши наслий етишмовчиликка боғлиқ бўлиб, авлоддан-авлодга кўчиб боради, деган хулосага келди. У касалликлар, айниқса сил, захм, алкоғолизм бошқалар каби рухиятнинг наслий оғирлашганлиги кейинги авлодларда аста йиғилиб невроз ҳолатда психопатияга, ундан рухий касалликларга, пировардида идиотизмга олиб келиши мумкин деб ҳисобларди. Бунда Море умумий ва рухий касалликларнинг ижтимоий сабабларини ҳисобга олган. Морелнинг фикрлари Франция Маньян (1835—1916), Олмонияда Крафт—Эбинг (1840—1902), Румда Ломброзо (1836—1909), Россияда Чиж томонидан чуқурлаштирилди ва ривожлантирилди.

Психиатриянинг тараққиёти учун йирик немис психиатри Эмил Крепелин (1856—1926) катта ҳисса қўшди.

Мейнерт ва Верникедан фарқли ўларок Крепелин биринчи ўринга психозларнинг анатомик ўрганилишини эмас, балки рухий касалликларнинг кечиши ва якунига кўпроқ аҳамият берди. Рухий касалликларнинг синчиклаб ўрганилган клиникаси ва якунига қараб, Крепелин ўзига хас хукм суриб келаётган синдромологик систематика ўрнига нозологик таснифни таклиф этди. Крепелин томонидан нозологик тасниф қўллаш психиатрияни умумий тиббиётга яқинлаштирди ва психиатрия касалхоналарига касалларни умумсоматик текшириш, даволаш принципларини киритишга ундади.

Крепелин даврида мия гистопатологияси назарияси пайдо бўлди ва шу асосда рухий беморларнинг патологик анатомия асослари яратилди. Масалан, Ф. Ниссль (1903) ва айниқса А. Альцгеймер (1906) томонидан авж олувчи прогрессив фалаж ва атрофия касалликларининг патологияси тасвирланди. Бу касалликларда ошиб борувчи интеллектнинг сусайиши билан бирга баъзи белгилари (афазия, агнозия, апраксия) учраши кузатиладиган касаллик Альцгеймер касаллиги дейилади. Бу ишлар билан пресенил деменция билан, масалан, Пик (1892) касаллигини ажратишга асос солинди.

Крепелиннинг эрта ақли пастлик ҳақидаги таълимоти машҳур Швейцария психиатри Э. Блейлер (1911) томонидан ривожлантирилди. Тахминан шу даврдан бошлаб немис психиатриясида рухий касалликнинг келиб чиқишини (патогенез) изохлайдиган бир қатор йўналишлар вужудга келди. Бу йўналишлар амалий хулосаси асосида касалликлар тўғрисида фикр юритилди. Психозлар концепцияси (Конрад), экзистенционал ва антропологик йўналиш, Юнг ва Ясперс ва бошқаларнинг таълимоти шулар қаторига киради. Булар орасида З. Фрейд таълимоти катта таъсир кўрсатди. У психиатрияда рухий анализни (психоанализ) қўллади. Фрейд таълимоти Оврупода ва айниқса АҚШда кенг тарқалди. Фрейд назарияси бўйича одамнинг ахлоқи зиддиятда аниқланади, атрофдагиларни ақлий баҳолари онгида сиғдира олмайдиган қизиқиш ва инстинктлар тўқнашуви билан ҳал бўлади. Булар орасида асосий аҳамиятга эга бўлгани жинсий майлдир. Одам яшайдиган жамият шундай тузилганки, инсонни қамрайдиган қизиқиш реакцияси бўлолмайди, уни онг ости ҳолат билан сиқиб чиқаради ва ташувчи унинг мазмунини билмайди. Қизиқишни сиқиб чиқариш асосан оғриқли симптомларда ёки туш кўрганда бўлади. Одамни даволаш, уни оғриқли ҳолатлардан қутултириш учун, унинг яширин қизиқишларини билиш лозим. Бунинг учун симптомнинг нимаданлигини билиш лозим. Психоанализ ана шу муаммо билан шуғулланади.

Россияда рухий беморларга одамийларча муносабатда бўлишарди, уялмаслик системасининг асосий йўналишлари тезда кенг қўламда эътироф этилди. Кўпгина онгидан жудо бўлганлар «хузур-халоватдаги кишилар» (демона) деган ном билан аталадилар. Инглиз элчиси Флетер Москвада ҳатто алоҳида хурматга сазовор эди. Диний мистик дунёқарашлар узоқ яшовчан бўлса ҳам, Россияда нисбатан эртароқ рухий бузилишлар билан жафо чекувчиларга беморлар деб қарай бошладилар.

Биринчи рухий шифохоналар Россияда ташкил топган эди. Новгородда, Рига, Москвада 1776 йили, 1779 йили эса Петербургда Обухов касалхонаси очилди. Россияда илмий психиатрия бўйича биринчи қадамлар П. П. Малиновский, И. М. Балинский, И. П. Мержеевский номлари билан боғлиқдир.

И. М. Балинский ва унинг шогирди И. П. Мержеевский Петербург рухий касалликлар мактабига асос солганлар. И. М. Балинский 1857 йилда Россияда биринчи бўлиб медицина-жаррохлик академиясида психиатрия шўъбасини ташкил этди ва бошқарди. Бу мактаб ишлари материалистик дунёқараши ва биологик йўналиши билан ажралиб туради.

И. М. Балинскийдан ишни қабул қилган И. П. Мержеевский (1838—1908) Петербург клиникасида илмий ишларни қизғин ривожлантирди. И. П. Мержеевский ва шогирдлариинг илмий ишлари психиатрияни умумий соматик тиббиёт билан яқинлаштирди.

1893 йилда И. П. Мержеевский истеъфога чиққандан сунг ўрнига В. М. Бехтерев (1857—1927) тайинланди. В. М. Бехтерев бош мия анатомияси ва физиологияси соҳасида иш олиб борган йирик мутахассисдир. Гипноз ва ишонтириш йўли билан даволашни қўллашга доир кўп ишлар қилган. Кўпгина машхур психиатрлар (В. П. Осипов, В. П. Протопопов ва бошқ.)

В. М. Бехтеревнинг шогирдлари эди.

Петербурглик психиатр В. Х. Кандинский (1849—1889) фаолияти амалий ва илмий ишни кўшиб олиб боришнинг ёрқин намунаси дир. Унинг 1887 йилда I съездда қабул қилинган психозлар таснифини мисол қилиб келтириш мумкин.

Олимнинг «Псевдогаллюцинациялар ҳақида» ги асарини дунё олимлари тан олган. Россияда психиатриянинг тараққиётида ва Москва психиатрлар мактабини яратишда С. С. Корсаков (1854—1900) катта рол ўйнади. 1887 йилдан бошлаб Москвада мустақил курс сифатида маърузалар ўқиладиган бўлди. Хозир Москвада С. С. Корсаков номидаги клиника ишлаб турибди. Корсаков психиатрияда нозологик йўналиш лозимлиги ҳақида уқдириб ўтган эди. Халқаро психиатрия Анжуманида (1857 йил) у тасвирлаган полиневротик алкоголь (амнестик) психоз «Корсаков касаллиги» деб номланди. У рухий касалликлар учун конституционал тузилишнинг аҳамиятини кўрсатиб берди. Бу ишларни С. А. Суханов ва П. Б. Ганушкин давом эттирдилар. Корсаковнинг шогирди В. П. Сербский учун суд психиатрияси бўйича кататониялар ҳақидаги илмий ишлар мансубдир.

С. С. Корсаковнинг вафотидан сўнг клиникани унинг энг яқин ёрдамчиси В. П. Сербский бошқарди. Олий нерв фаолиятининг физиологик механизмлари мохиятига ва психиатриянинг мохиятига И. М. Сеченов ва И. П. Павловларнинг ишлари, материалистик қарашлари таъсир кўрсатди. И. М. Сеченов 1863 йилда «Бош миянинг рефлекслари» китобини нашр эттирди.

И. П. Павлов (1849—1936) И. М. Сеченов ишларини ривожлантирди. 1901 йилдан бош мия

фаолиятини, 1918 йилдан эса рухий касалликларни ўргана бошлади. И. П. Павлов олий нерв фаолияти тўғрисида таълимот яратди ва психиатриянинг ҳақиқий физиологик ва патофизиологик йўналишларини кўрсатди. Унинг психоз ва невроз соҳасидаги ишларини А. М. Иванов-Смоленский, К. М. Биков, Л. А. Орбели, М. К. Петрова, Н. И. Красногорский, В. П. Протопов давом эттирдилар. Кейинчалик рус ва хориж илм-фани илғор ғояларини қўллашга, амалга оширишга катта имкониятлар очилди.

1992 йилда Москвада рухий касалларга ёрдамнинг янги тури — шифохонадан ташқари, рухий неврологик диспансерларда ёрдам бериш бошланди ва бу барча йирик шаҳарларга тарқалди.

Кейинчалик диспансер ва стационарлар рухий бемор болалар учун ҳам очилди (Г. В. Суҳарев, Т. П. Симпсон, А. А. Озерицкий).

Психиатрия тараққиёти даврида амалий ва назарий масалаларни ишлаб чиқадиган илмий текшириш марказлари очилди (П. Б. Ганнушкин, В. П. Осипов, В. А. Гиляровский, Т. И. Юдин, В. П. Протопов, А. В. Каннабих, М. О. Гуревич, Е. Л. Попов, М. М. Асатиани, Е. К. Краснушкин, П. Б. Снесарев ва б.). П. Б. Ганнушкин кўпгина истеъдодли олимларни (Н. И. Озерицкий, О. В. Кербиков, С. К. Жислин, Ф. Ф. Детенгоф, И. М. Зиновьев, В. М. Морозов ва б.) тарбиялади. Улар кўпгина олий илмгоҳларда психиатрия кафедраларини бошқардилар.

Собиқ иттифоқ психиатрлари шизофренияни, маниакал-депрессив психоз чегара ҳолатларини ўрганишда катта ютуқларга эришдилар, (А. В. Снежневский, Л. А. Рохлин, В. М. Баншиков, Е. Н. Кашеева, И. И. Лукомский, Г. А. Ушаков, Р. Я. Голант, Н. А. Портнов, Л. Д. Зурабашвили ва б.), янги даволаш усуллари ишлаб чиқилди, уларнинг олдини олиш, ишга жойлаштириш, ижтимоий реадaptация (Г. А. Гейер, Д. Е. Мелехов, М. М. Кабаков) масалалари ўртага қўйилди.

Рухий касалликларнинг таснифи билан боғлиқ бўлган масалаларни ечиш кейинги ун йилликка келиб синдромология ва нозология синтезига ҳаракат қилиш билан боғлиқдир.

Бу соҳада А. В. Снежневский мактабининг ишлари диққатга сазовор. Рухий касалликларни ўрганишдаги динамик кузатишлар касаллик ривожланиши жараенида аниқланган бир қатор синдромлар яратишга имкон берди. Шунинг билан бирга рухий касалликларнинг синдромли ва нозологик таснифи яратилди.

Кейинги 60 йилда рухий касалликларни жиддий даволашга эришилди. Инсулинтерапия, электротитраткич (ЭСТ) билан даволаш усуллари топилди.

Бу даволашдан аста-секин мутлақо янги бўлган психоморфологик дорилар билан даволашга ўтилди. Литий тўзларини қўллаш рухий бузилишларнинг олдини олишга имкон яратди. Даволашнинг янги усуллари рухий касалликларни ва уларнинг кечишини ўзгартириб юборди (терапевтик патоморфоз) ҳамда уларнинг патогенезини алоҳида ўрганишга имкон яратди.

Рухий касалликларни даволаш соҳасидаги ютуқлар рухий касалликларнинг биологик асосларини ўрганишга қизиқиш уйғотди. Бу йўналиш нейрогуморал регуляторларни, аутоиммун жараёнларни ўз ичига олди. Хусусан кўпгина рухий касалликлар патогенезида биоген аминлар бузилиши ётади (Анохин И. П.). Бунга яна ҳозирги замон ирсий текширишлар усулларини ҳам киритмоқ керак. Бу текширишлар бир қатор рухий касалликлар этиологиясини ўрганишда (шизофрения, аффектив психозлар, олигофрения) сезиларли натижа берди. Психиатриянинг тараққиётида охириги йилларда рухий беморларга ёрдам кўрсатиш ишида тубдан ўзгаришлар бўлиб утди. Нисбатан янги йўналиш пайдо бўлди, яъни ижтимоий даволаш тадбирларига реабилитацион йўналиш бериш (очиқ эшиклар куни, кундўзги ва тунги стационарлар ва ҳоказо).

Рухий беморлар даволанадиган ўринлар кўпайди. Чекка туманларда шифохоналар очилди. Бир қатор илмий-текшириш муассасалари ишга туширилди. 1907 йилда Петербургда В. М. Бехтерев номидаги Психоневрологик институт очилди, кейинчалик у илмий-текшириш институтига айлантирилди. 1941 йилда Москвада суд экспертизаси институти очилди, кейинчалик В. П. Сербский номидаги суд психиатрияси институти очилди.

1921 йилда Киевда, 1926 йилда Ҳарьковда илмий-текшириш институти очилди. Бу иккала институт Украина психоневрологик институтига айлантирилди. 1925 йилда Грузияда Асатиани номидаги психоневрологик институт очилди.

1938 йилда собиқ РСФСР соғлиқни сақлаш вазирлигининг психиатрия институти очилди.

1944 йилда собиқ СССР МФА психиатрия институти очилди, унинг биринчи раҳбари В. А. Гиляровский эди, кейинги йилларда институтга Д. Д. Федотов раҳбарлик қилди. 1982 йилда бу институт базасида СССР МФАнинг рухий соғлиқни сақлаш маркази ташқил этилди. 1985 йилда Мамлакат Соғлиқни сақлаш вазирлигининг наркологианинг тиббий-биологик муаммолари бўйича марказ ташқил топди.

ЎЗБЕКИСТОНДА ПСИХИАТРИЯНИНГ РАВНАҚИ

Ўзбекистонда психиатрия фани ривожланишига 1920 йилда жуда улкан тарихий воқеа— ўрта Осиё Давлат дорилфунуни очилиши туртки бўлди. 1920 йилда дорил-фунуннинг тиббиёт кўллиётида психиатрия кафедрасининг очилиши нафақат Ўзбекистонда, балки Урта Осиё жумхуриятлари ва Қозоғистоннинг барча шаҳарларида психиатрия илмининг раванқ топишига имкон берди.

Психиатрия хизмати фаолиятининг чуқур таҳлил этилиши, жумхурият тиббиёт олийгоҳлари ва муасса-саларида мўтахассислар тайёрлаш ҳамда назарий ва амалий йўналишлар бўйича муайян ишланмаларнинг амалга оширилишига йўқ очади.

Тошкент тиббиёт олий билимгоҳининг психиатрия кафедраси ўзининг дастлабки кунлариданоқ илмий ва амалий психиатр-шифокорларни тарбиялаб етиштиришга киришди. Шу тариқа Ўзбекистон психиатрларининг илмий мактаби вужудга келди. Психиатрларнинг катта гуруҳи шу ерда ихтисослиги бўйича жиддий тайёргарлик олди.

Жумхурият психиатриясининг асосчилари — профессор Ю. В. Каннабих доцент Л. В. Анциферов, кейинроқ профессор Ф. Ф. Детенгоф психиатрия хизматининг ташкилотчиларини ва юқори малакали мўтахассисларини тарбиялаб етказдилар.

Психиатрия кафедрасининг дастлабки мудирини Ю. В. Каннабих кафедрага жуда оз муддат раҳбарлик қилди. Шундан кейин кафедранинг доцент С. А. Преображенский бошқарди, у билан бирга яна учта илмий ходим ишлади. Кафедранинг илмий фаолияти маҳаллий турмуш шарт-шароитлари билан боғлиқ психозларни тадқиқ этишга қаратилган эди: бу — гиёҳвандлик полюдизм, шунингдек безгакнинг психозлар пайдо бўлиши ва кечилишига таъсирини ўрганиш кабилардир. Бундан ташқари, Туркистоннинг тоғли жойларида болалар нуксонларининг келиб чиқиш муаммолари, хусусан кретинизм омиллари ўрганилди.

Жумхуриятда психиатрия ёрдамини ташкил этиш бўйича доцент Л. В. Анциферов ташаббускор бўлиб чиқди. Доцент Преображенскийдан сўнг у Тошкент тиббиёт олий билимгоҳининг психиатрия кафедрасини бошқаради ва айни кезде 1921 йилдан бошлаб умрининг охирига қадар (1934 й.) ўлка психиатрия шифохонасига ҳам раҳбарлик қилди. Олим томонидан гиёҳвандлик психозининг кечилиши ва уни даволаш ўрганилди, бир қатор қимматли асарлар, жумладан «Гиёҳвандлик психози» деб номланган монография яратилди. Ўзбекистонда илмий психиатрия ривожининг илк босқичидаёқ ўлка касалликлари — лейшманиоз, бруцеллёз, қутуриш, бод, пеллагра ва айниқса безгакка оид масалалар жуда катта қизиқиш уйғотди.

1940—1972 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт олий билимгоҳининг психиатрия кафедрасига Москвадан келган профессор Ф. Ф. Детенгоф мудирлик қилди. У психиатриядаги муаммоларнинг кенг доирасига—эпидемик энцефалитдаги рухий ўзгаришларга, грипп асоратига боғлиқ бўлган психозларга, юкумли, туғруқдан кейинги шизофренизм кўринишидаги психозларнинг ўзига хос хусусиятларига бағишланган асарлари билан машҳур бўлган. Профессор Ф. Ф. Детенгоф психозларнинг соматик (организмга оид) асосларини ўрганишга, рухий касалликка учраган беморларни даволаш тажрибасига, ўлка касалликлари (безгакдаги рухий бузилишлар, маҳаллий энцефалитлар, захарланиш, бруцеллёз) масалаларига катта эътибор берди. Улуг Ватан уруши йилларида кафедра жамоасининг диққат-эътибори ҳарбий даврга — жароҳатланиш ва реактив

холатга боғлиқ бўлган рухий ўзгаришларга қаратилди. Жароҳатланиш оқибатидаги тутқаноқ ва мутизмни даволаш усуллари яратилди ва амалда жорий қилинди. Олим томонидан учта монография ва талабалар учун ўқув қўлланмаси яратилди. Ф. Ф. Детенгоф кўплаб илмий ходимлар ва амалиётчи шифокорларни етиштирди. Махаллий миллат вақилларидан етишиб чиққан шифокорлар ва илмий ходимлар — тиббиёт фанлари номзодлари доцентлар Н. А. Орипов, М. Ф. Руломов, А. А. Абдурахимов, А. У. Шоюсупова, Р. С. Турсунова, А. Қ Компанцева, О. Н. Елисеева ва бошқалар шулар жумласидан.

Доцентлар Ю. А. Блиновский, А. Е. Бланкфельд, Н. А. Орипов, А. А. Абдурахимовларнинг илмий тадқиқотлари 30-йиллардан кейинги улка касалликлари: безгақ лейшманиоз, бруцеллёз, пеллагра ва ҳоказолардаги рухий ўзгаришлар масалаларига бағишланган эди. М. Ф. Руломовнинг номзодлик диссертацияси ва монографияси кутуриш касаллиги ҳақидаги адабиётга муҳим ҳисса бўлиб қушилди. Ю. А. Блиновскийнинг жигарнинг захарланишини йўқотиш вазифаси, тутқаноқнинг пайдо бўлиш ва ривожланишидаги висцеро-кортикал омиллар тўғрисидаги ўтказган кизиқарли тадқиқотлари пировардида докторлик диссертацияси юзага келди.

Сўнги ун йилликларда эса Тошкент Давлат тиббиёт олий билимгоҳининг психиатрия кафедрасини 1973 йилдан бу`н бошқариб келатган профессор Х. А. Алимов раҳбарлигида шизофрения ва нарколегия муаммолари бўйича муҳим тадқиқотлар олиб бориляпти.

Шизофрения муаммоларига доир тадқиқотлар бу касалликнинг клиник хусусиятларини, динамикасини, кайтиш топологиясига олис муддатли прогнозни, клиник-диагностик мезонларини, шунингдек шу касалликнинг келиб чиқиш сабабларини ўрганишга бағишланган.

Алкоголизмга доир ҳар томонлама олиб борилаётган клиник патогенетик эпидемиологик тадқиқотлар замонавий методлар ёрдамида амалга оширилмоқда. Текширишлар бу касалликнинг клиникасини, патогенезини, меҳнатга мослашуви, ремиссияси ва кайталанишига қарши даволашга оид муҳим қонуниятларини очиқ берди. Бу ва бошқа тадқиқотлар проф. Х. А. Алимовнинг раҳбарлиги остида 5 монографияга ва қатор диссертацияларнинг тайёрланишига асос бўлди. Проф. Ш. А. Муртолибов (вафот этган), ҳамда тиббиёт фанлари докторлари Н. И. Хужаева, Б. П. Каюмов, Б. А. Тошматов (вафот этган), тиббиёт фанлари номзодлари И. Х. Монасипова, А. А. Аскарлов, Г. Р. Рустамов, И. А. Слободской, А. П. Орипов, Д. Ф. Гуломов, А. А. Зильберштейн, Ф. З. Ғафуров, М. Х. Халилов, Л. Қ Морозова ва бошқалар проф. Х. А. Алимов раҳбарлиги остида номзодлик ва докторлик диссертацияларини ёқлашга муваффақ бўлдилар.

Самарқанд тиббиёт институти психиатрия кафедраси (кафедра мудири проф. Х. А. Аминов) ва унинг жамоаси шизофрения ва томирларга боғлиқ психозлар муаммоларини ишлаб чиқишда фаол иштирок қилмоқдалар.

Андижон тиббиёт институти психиатрия кафедрасида (кафедра мудири М. Л. Аграновский)

шизофрения, алкоголизм ва гиёхвандликларнинг клиник ижтимоий-меҳнат, эпидемиологик ва бошқа жиҳатлари ўрганишмоқда. Тошкент врачлар малакасини ошириш институти психиатрия кафедраси (кафедра мудири проф. Алимов У.Х.) сурункали алкоголизм ва алкоғолли психозларни клиник-ижтимоий муаммоларини, бошқа рухий хасталиклар билан қиёсий асосларини эпидемиологик текшириш натижалари бўйича ўрганишга ўз диққатини қаратган. Проф. Алимов У.Х раҳбарлиги остида докторлик ва номзодлик диссертациялари тайёрланган ва давом этмоқда.

ТошМОИ кафедраси қошида наркология кафедраси ташкил этилган (2001), кафедра мудираси проф. т.ф.д. Турсунходжаева Л.А.

1972 йилда Тошкент педиатрия тиббиёт институтида психиатрия кафедраси ташкил этилган эди. Унга ҳозирга қадар тиббиёт фанлари доктори Т. И. Исмоилов мудирлик қилган. (вафот этган). Ҳозирги вақтда кафедрага Ш.Р. Сулаймонов раҳбарлик қилмоқда.

Кафедра жамоаси проф. Т. И. Исмоилов раҳбарлиги остида болалар психиатриясини ривожлантиришда, олий малакали мутахассисларни тайёрлашда ўзларининг сезиларли хиссаларини қушган.

Дастлабки йилларда кафедрада клиник-иммунологик боғларни ўрганиш ва аутоиммун ҳолатлар кўрсаткичларини психопатологик синдромларнинг оғирлик шқалаларига боғлиқлигини аниқлаш ўтказилди. Кейинчалик эса кафедра илмий текшириш ишлари миқёсини кенгайтириб «Она ва бола» тизимида ўзаро муносабат масалаларига ўтиб, туғруқдан кейинги даврда ривожланувчи шизофрениани клиник катанамнестик ўрганиш каби долзарб муаммоларини камраб олди. Ушбу долзарб масала тиббиёт фанлари номзоди А. Қ Компанцева томонидан докторлик диссертацияси сифатида яқунланди. Шунингдек Ш. Р. Сулаймонов томонидан «Ижтимоий депривация ва наслий омилнинг мактабгача ёшда бўлган болаларнинг рухий дизонтогенезига таъсири» деган мавзудаги номзодлик диссертацияси ёзиб тугатилди. «Ўз-ўзини ёқишнинг эпидемиологик ва ижтимоий демографик асослари» деган илмий-текшириш (асс. М. А. Нуриддинова) Қашқадарё вилояти материаллари асосида давом эттирилмоқда. Янги мавзу «Ижтимоий депривация шароитида тарбияланаётган болалардаги психопатологик тузилмалар бузилиши ва рухий дизонтогенез алоҳидаликлари»га боғишланган ишлар бошланди. «Болалар ва усмирларда алкоголизм ва токсикоманиянинг клиник-эпидемиологик асослари» мавзусини ўрганиш (т.ф.н. доц. О. Н. Елисеев томонидан) давом этмоқда. Кафедранинг илмий-текшириш ишлари нафақат назарий, балки болалар психиатриясининг амалий, этилган масалаларига ҳам бағишлангандир.

Т.М.А. психиатрия кафедраси (кафедра мудири проф. Н. И. Хужаева) билан ҳамкорликда шизофрения ва наркология муаммолари бўйича илмий ишлар олиб борилмоқда, илмий-педагогик кадрлар тайёрланмоқда, шуларни каторида к.м.н. Султанов Ж.Х, к.м.н. Шамсиев А.Т, к.м.н.

Бреянцева Н.Н. Хусусан доц. А. Н. Арипов «Алкоголизмни даволаш усулларини мукамаллаштириш» муаммоси бўйича докторлик диссертациясини якунламокда.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти (кафедра мудирини доц. Р. Н. Ҳасанов)да рухий касалликларни эпидемиологик сабабини мушохада қилишнинг янги услублари ишлаб чиқилмокда (доц. В. П. Исҳоқов).

Ўзбекистонда психиатрия хизматини ташкил этиш соҳасида муҳим ютуқларга эришилди. Хозир бизда 6 та психиатрия кафедралари мавжуд бўлиб, уларда психиатрия ва наркологиyanинг долзарб муаммоларини ҳал қилиш билан шуғулланилмокда, психиатр ва нарколог шифокорларнинг малакаси оширилмокда, рухий беморларга малакали ёрдам кўрсатувчи етук мўтахассислар тайёрлаимокда.

Бу серкирра фаолиятда айниқса Тошкент шаҳар клиник психиатрия шифохонаси (бош врач, тиббиёт фанлари номзоди Х. Н. Ҳусанхўжаев) ва Республика клиник психиатрия шифохонасининг(бош врач, тиббиёт фанлари номзоди доц. Ф.Б. Абдулкасымов) жамоаси фаол иштирок этмокда. Бу шифохоналарда беморлар учун ўринлар ва мутахассислар сони кейинги ўн йилликда салмоқли равишда кўпайди. Мана шу давр ичида деярли барча вилоятларда психоневрологик шифохона ва диспансерлар ташкил этилди. Беморларни рўйхатга олиш, рухий беморлар орасида диспансерлар томонидан утказиладиган чора-тадбирлар анча яхшиланди. Шифохонадан ташкари хизматга эътибор берилмокда. Чунки замонавий психиатрияда рухий беморлар профилактикасига, қайта тиклаш ва қайта мослаштириш масалаларига кенг эътибор берилмокда.

Республикада психиатрия тармоқлари учун мўлжалланган ўринлар сони оширилиши билан малакали шифокорлар сони ҳам кўпайди. Тажрибали мўтахассислар кенг кўламда касалликнинг олдини олиш билан бирга ижтимоий ва суд психиатрияси масалаларига катта эътибор бермокдалар, рухий касалларни даволаш ва соғлигини қайта тиклаш ишларини муваффақиятли олиб бормокдалар, шунингдек илмий иш билан шуғулланмокдалар.

Таққослаш учун кўйидаги мисолни келтирамиз. 1896 йилда Тошкент Округ ҳарбий госпитали қошида 50 ўринли психиатрия бўлими очилган эди. 1918—20 йилларда ҳарбий госпитал бўлимида 150 ўринли улка рухий шифохонаси қайта ташкил этилди ва бунда атиги 3 нафар шифокор хизмат қиларди. 1935 йилга келиб шу шифохонада 500 ўрин бўлиб, 49 шифокор ишлар эди. 1965 йилда республикадаги шундай шифохоналар сони 7 тага етди. 1977 йилда беморлар учун 9150 ўрин ажратилиб, шундан 660 таси болалар рухий хасталиги ва 205 таси наркологик беморлар учун мулжалланган.

Хозир (1991) республикада бундай беморларга шифохоналарда 13075 та ўрин ажратилган, шундан 11450 таси катта ёшдагилар учун, 860 таси болалар, 785 таси психосоматик ва

2860 таси наркологик беморлар учун мулжалланган. Шунга мувофиқ холда психиатр-шифокорлар сони 1149 тага ва наркологлар эса 449 нафарга етди.

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Рухий касалликларнинг сабаблари турличадир. Рухий касалликларни келиб чиқиши ҳақидаги тушунчаларда кўп ноаниқликлар бор. Рухий касалликларга кўпгина омиллар сабаб бўлади.

Рухий касалликларнинг келиб чиқиши, ривожланиши, кечиши ва якуни уни келтириб чиқарган сабаб, муҳитнинг турли зарарли таъсиротлари, ташки (экзоген) ва ички (эндоген) омилларнинг ўзаро муносабатига боғлиқдир. Шундай қилиб, рухий хасталикларнинг сабаблари ички ва ташки омилларга бўлинар экан.

Эндоген омилларга ирсият, нерв фаолиятининг ҳолати, одамнинг конституционал ва хасталикдан олдинги давридаги хусусиятлари, жинси, ёши, организмнинг иммунологик ва реактив ҳолатлари киритилади.

Экзоген омилларга инфекция (грипп, сурункали тонзиллит, ревматизм, бруцеллёз, терлама касалликлари, захм, СПИД, энцефалитлар, менинго-энцефалитлар ва ҳоказолар), интоксикациялар (алкоголизм, наркоманиялар, гиёҳлар, саноат ва қишлоқ хужалик заҳарлари), бош мия жароҳатлари, тананинг ўткир ёки сурункали касалликлари (юрак-қон томирлари, ўпка, меъда, ҳазм йўллариининг касалликлари), эндоген безлар фаолиятининг бузилишлари (қалқонсимон, меъда ости, буйрак усти ва бошқ), бош мия томирларининг касалликлари (церебрал артериосклероз, ҳафқон касаллиги), бош мия усмалари ва паразитлари (эхинококк, цистицеркоз, рухий жароҳатлар ва бошқалар) киради.

Психиатрияда ҳам бошқа соҳаларда бўлгани каби сабаб ва оқибат орасида анчагина ўрганилмаган масалалар бор. Турли касалларда ва ҳар хил рухий касалликларда эндоген ва экзоген этиологик омилларнинг аҳамияти турличадир.

Ташқи муҳитнинг юқорида санаб ўтилган зарарлари, ҳолатлар баъзан рухий касалликларнинг сабаби, бошқа ҳолатларда келиб чиқишга шароит яратувчи ёки унинг кечиши оғирлашувига ёрдам бериши мумкин.

Ички ва ташқи муҳит шароитлари, аниқ ҳолатни ҳисобга олганда касалликнинг келиб чиқишига тускинлик қилиши ёки ёрдам бериши мумкин.

Рухий касалликнинг келиб чиқишида бошқа касалликлардаги каби ички ва ташқи муҳит таъсири ҳал этувчи аҳамиятга эга. Сабаб ҳамма вақт ҳам касалликни пайдо қилавермайди, балки маълум шароитлар бўлгандагина уни юзага келтиради, бу фикр барча сабабларга ҳам тегишлидир. Инфекция кўзговчилари организмга тушганда баъзилари албатта касаллик кўзгайди (ўлат),

бошқалари маълум бир шароит бўлгандагина (грипп, бўғма, ичбуруғ) касаллик пайдо қилади. Ҳар қандай инфекция касаллик пайдо қилмаганидек ҳар бир инфекцион хасталик ҳам психоз келтириб чиқармайди. Нима учун битта сабаб, масалан, грипп, бир ходисада ўтувчи, бошқасида сурункали психоз чакиради, жуда кўп одамларда эса ҳеч қандай рухий ўзгаришларсиз ўтади, деган саволга жавоб топиш Қийиндир. Рухий жароҳатга нисбатан ҳам шундай ҳол рўй беради, яъни бир ҳолатда ўтувчи, бошқасида сурункали психоз, учинчисида эса ҳеч қандай ўзгариш пайдо қилмайди.

Касалликнинг сабаби ўзига хос усулда таъсиротни қабул қила оладиган организмнинг касаллик чакирувчи таъсири билан ўзаро муносабати жараёнидир. Масалан, ҳатто бир хил расмий асосга эга бўлган бир тухумли эгизакларда бирининг шизофрения ёки маниакал-депрессив психоз билан касалланиши, иккинчиси ҳам 100 фоиз ҳолларда касалланади деган гап эмас. Шунинг учун эндоген омиллар ҳақида ҳам борганда рухий касалликнинг насл суриши эмас, балки унга наслий мойиллик ҳақида фикр юритиш керак. Наслий мойиллик одам яшаб тўрган муҳит шароитларига боғлиқдир.

Насл сурувчи касалликлар орасида рухий касалликлар катта ўрин тўтади. Буларга шизофрения, маниакал-депрессив психоз, эпилепсия ва бошқаларни мисол қилиб келтириш мумкин. Бир ва икки тухумли эгизаклар оиласида рухий хасталикни ўрганишда, хусусан шизофрениянинг ривожланишида генетик омилнинг муҳим аҳамияти борлиги аниқланди. Шунинг билан бирга наслий мойиллик вужудга келишида кўшимча зарарлар ҳам маълум аҳамиятга эга. Рухий касалликларнинг келиб чиқишида она корнида эмбрион ва хомиланинг зарарланиши ҳам маълум аҳамиятга эгадир. Ҳомиладорлик даврида онадаги хасталиклар (инфекцион, алкоголь интоксикацияси, соматик, эндокрин ва бошқа касалликлар), ҳомиладорлик токсикози, жисмоний ва рухий жароҳатлар, туғиш вақтидаги касалликлар хомиланинг ҳолатига таъсир кўрсатиб, у ёки бу рухий ўзгаришлар ёки касалликларни пайдо қилиши мумкин. 20 — 30 ёш орасида шизофрения энг кўп учрайди, урта ва катта ёшда анчагина камаяди. Жинснинг таъсири, айниқса қарилик инволюцион, томирлар, алкоголизм, алкогольли ва жароҳат психозларида, бангиликда, маниакал-депрессив психозларда яққол билинади. Қарилик бошланишида, қариликда маниакал-депрессив психозлар аёлларда кўпроқ учрайди. Ижтимоий ҳаёт тарзи билан боғлиқ бўлган алкоголизм психозлари, бангилик жароҳат; томирлар, захм психозлари эркаларда кўпроқ учраши табиийдир. Шизофренияга келганда эркалар ва аёллар барабар касалландилар.

Даврий кечувчи эндоген психозлар учун МДП, тутқаноқ, асосан мавсумий омиллар маълум аҳамиятга эгадир. Шундай қилиб, касаллик сабаблари ҳам, уларнинг пайдо бўлиш шароитлари ҳам ички ва ташқи бўлиши мумкин.

Клиник амалиётда кўпинча касалликнинг аниқ сабаби ва шароитларини, касаллик ривожидан давомида сабаб ва оқибатларини аниқлаш жуда қийин бўлади (И. В. Давидовский).

У ёки бу психознинг келиб чиқишини қандайдир бир этиологик омилга боғлаб бўлмайди. Рухий хасталикларни омилга боғлаб бўлмайди. Рухий касалликларнинг сабабига келсак, бу анча мураккаб бўлиб, бир қатор омилларнинг ўзаро таъсиридан иборат бўлиб, баъзилари асосий, бошқалари иккинчи даражадаги аҳамиятга эгадир.

Ҳар бир рухий касалликнинг алоҳидалигини аниқлашда этиологияси ва патогенези биринчи ўринда туради.

Патогенези. Касалликнинг тараққий қилиш механизми. Бошқача қилиб айтганда нозологияи бирлик (юнонча — патос касаллик). Мустақил рухий касаллик бир хил сабаб таъсиридан, бир хил тараққиёт механизмларидан иборат касалликлар хосиласидан тузилган. Бир сабабдан пайдо бўладиган касалликларнинг ривожланиш механизми турлича бўлса, нозологик мустақил касалликка киритилмайди. Этиологияси жихатидан бир хил, нозологик жихатидан ҳар турли бўлган касалликларга захм психози, орқа миянинг куриши, ривожланувчи фалажликларни киритиш мумкин. Бу барча касалликлар захм инфекцияси туфайли вужудга келсада, аммо уларнинг патогенези ўзгача ва бўларни нозологик турли касалликлар деб қаралади. Оқ алаҳлаш, алкоғолли галлюциноз, алкоғолдан рашк васвасаси, Корсаков психози ҳақида ҳам шундай дейиш мумкин. Уларнинг этиологияси битта — сурункали алкоғолизм, аммо патогенези турлича бўлгани учун ҳар бири алоҳида касаллик деб қаралади.

Шунинг билан бирга турли сабаблар бир хил патогенезга эга бўлиши мумкин. Масалан, делирий (алаҳлаш) сабаблари бўлиб кўпгина инфекциялар, мия жарохати, захарланишлар, тана касалликлари хизмат қилиши мумкин. Аммо алоҳида олинган на сабаб, на патогенез нозологик шакл моҳиятини очиб беролмайди. Нозологик шаклда этиология ва патогенез бирликда бўлади.

Этиология ва патогенез бирлиги барча рухий касалликларда ҳам ўрганилган эмас. Бир қатор рухий касалликларнинг сабаби топилган бўлса ҳам патогенези хали текширилмаган. Бошқаларида эса патогенези мукамалроққ ўрганилган-у, аммо этиологияси номаълум. Кўпгина рухий касалликлар нозологик бирлик сифатида клиник бир хил кўринишлари асосидагина бирлаштирилган. Сўзсиз, бундан кейинги рухий касалликларнинг этиологияси, патогенези ва клиникасини текшириш соҳасидаги тараққиёт касалликларни нозологик таснифига малакали тўзатишлар киритади.

Рухий касалликларнинг кечиши ва якуни. Рухий касалликларнинг кечиши ҳар хил бўлади. Психозларнинг бир қисми ўткир бошланади ва ўтувчан-транзитор характерга эга. Кўпинча бўлар экзоген (интоксикациялар, инфекциян, мия-калла жарохати, тутқаноқ ва бошқ.) психозлардан алаҳлаш ҳолатлари, хусусан оқ васваса, алкоғолли алаҳсираш, онгнинг хиралашуви, онейроид, кататоник синдромлардир. Ўткир кечадиган рухий синдром ва касалликларнинг давомийлиги минут, соат, кун ва кам ҳолларда— ҳафталаб давом этади. Рухий касалликларнинг бошқа қисми

секин ривожланади (зимдан), шунда рухий соғломлик ва касаллик ораси аниқ бўлмай қолади, касалликнинг бошланиш саналарида йиллаб хато қилиниши мумкин. Шунга ўхшаш сезиларсиз, аниқмас, аста-секин бошланувчи ҳолат сурункали кечадиган касалликларга шизофрения, тутқаноқ, алкогольли параноидлар (рашк васвасаси) ва сурункали галлюцинозлар учун хосдир.

Рухий касалликлар кечиши бўйича прогредиентли ва гредиентсизларга бўлинади. Касаллик прогредиентли усулда кечса касаллик ҳолати аста-секин ёмонлашиб, оғирлашиб, доимий майбликка олиб боради. Миянинг органик касалликлари (кексалик психози, айниқса мия жарохатидан кейин пайдо бўлган захм психозлари, томир психозлари, айниқса мияга кон қўйилгандан сўнг ва бошқалар), алкогольизм, нашавандлик шизофрения, тутқаноқ ва бошқалар аклсизликка олиб келади. Касаллик чегараларида прогредиент даражалари турлича бўлиши мумкин. Масалан, оз прогредиентлисига рекуррент шизофрения, кўпол прогредиентлисига ёмон кечувчи, усмирларда бўладиган касалликни киритиш мумкин.

Рухий касалликларнинг кечиши ўзлуксиз ёки хуружсимон бўлиши мумкин. Ўзлуксиз давом этганда касаллик кечиши даврий бўлиб (кайталанувчи) ўткирлашуви (кайтиши), бўшашуви кузатилади, аммо касалликдан тўла фориғ бўлиш кузатилмайди.

Хуружсимон кечганда рухий касаллик касаллик белгилари бир неча кўплар давом этадиган ёруғ кунлар интермиссия (амалий соғломлик ҳолати) билан ўзилиб туради. Хуружсимон кечишнинг бу хил кўринишини интермиттирловчи ёки циркуляр касаллик дейилади. Шунга ўхшаш маниакал-депрессив, циркуляр, психоз, даврий шизофрения кечади. Хуруждан кейин ремиссия даврида бемор касаллик ҳолатидан тулик чика олмайди ва етишмаётган белгилар касаллик хуружи ошиши билан кўпаяди. Касалликнинг транзитор ўтувчи тури кўпинча ўткир, экзоген (оқ алахлаш, инфекцион алахлаш) психозларда кўринади.

Шундай қилиб, прогноз бўйича транзитор (утувчан) ва циркуляр турлари осонроқ кечади. Касаллик кечишида маълум ўзгаришлар бўлиши мумкинлигини айтиб куйиш лозим. Масалан, транзитор кўринишидаги кечиши, циркуляр интермиттирловчи ёки, аксинча, узок йиллар ўзлуксиз давом этадиган хуружсимон ва ремиттирловчи ҳарактерга утиши мумкин. Рухий касаллик давомида қўйидаги асосий даврлар фарқланади;

1) продром—дастлабки белгиларнинг пайдо бўлиш даври;

2) манифест — касалликнинг яширин тўла бориш ва мураккаблашув даври.

3) редукция — касалликнинг орқага қайтиши, белгилари сусайиши, касаллик жараёнининг айнаш даври (касалликнинг якуни). Рухий касалликнинг якуни қисман тўзалиш, ёки соғайиш бўлиши мумкин. Тула тўзалганда колдик бузилишлар давомли қолиши мумкин, улар рухий оламнинг турли даражада сусайишларидан (доимий астенизация, психопатизация, хис-хаяжоннинг сусайишларидан) иборатдир. Прогредиентли кечадиган касалликларнинг фаоллиги, сўнгра

патологик ҳолат анчагина ифодаланган колдиклар бўлади. Бўлар органик тутқаноқ ёки шизофреник ақлий сусайиш ҳолатида бўлиши мумкин. Рухий касалликдан улиш жуда кам учрайдиган ҳолдир.

3 БОБ

ИДРОК ЭТИШНИНГ БУЗИЛИШИ

Идрок этиш — бу сезги органларининг рецептор қисмига бевосита таъсир этиш орқали атрофдаги нарсаларни, воқеа-ҳодисаларни онгда акс эттирилиши ва англаб етилишидир. Сезиш жараёни билан биргаликда ҳис қилиш инсоннинг ташки дунёда бевосига ҳиссий мулжалини таъминлайди. Ҳис қилиш билим ва тафаккурнинг муҳим босқичидир ва доимо у ёки бу даражада фикрлаш, хотира, диққат билан боғлиқдир. Агар инсон сезги орқали ўзини ураб турган нарса, воқеа, ходисаларнинг алоҳида белгиларини онгда акс эттирса, идрок этиш орқали уларни бутунлигича, барча хусусиятлари билан биргаликда яхлит қабул қилади. Лекин шунга асосланиб идрокни сезгилар йиғиндиси деб булмайди.

Идрок жараёнининг асосида бир неча сезги аъзоларига баб-баравар таъсир этиш натижасида юзага келувчи бош мия пўстлоғидаги синтез, яъни вақтинча боғланиш (шартли рефлекс) ётади. Идрок одатда ихтиёрий ва ихтиёрсиз бўлади.

Ихтиёрсиз идрок ҳамиша ихтиёрсиз диққат билан боғлиқ бўлиб, маълум бир мақсадсиз, ҳеч қандай ирода кучи сарф қилинмасдан юзага келади.

Ихтиёрий идрок эса олдиндан белгиланган бирор мақсад асосида амалга ошади. Ихтиёрий идрок одамдан доимо иродавий эътибор беришни талаб қилади, ҳар қандай ихтиёрий идрокда ирода иштирок этади.

Рухшуносликда содда ва мураккаб идрок тафовут этилади; содда идрокка: кўриш, эшитиш, ҳид ва маза билиш киради.

Мураккаб идрокка фазо (макон) ва вақтни идрок этиш киради.

Идрок ўзига хос сифатларга эга бўлади. Бўларга идрокнинг тезлиги, тўлалиги, аниқлиги ва тўғрилиги киради. Турли рухий касалликларда ана шу сифатларнинг у ёки бу даражада ўзгарганлигини ёки бузилганлигини кўраимиз. Бу гуруҳга сезиш, ҳис қилиш, тасаввур қилишнинг ҳар хил бузилишлари билан тавсифланадиган белгилар йиғиндиси киради. Буларнинг ҳосил бўлишида кўп ҳолларда абстракт билишнинг (фикрлаш, таҳлил қилиш, танқид) бузилиши иштирок этади, лекин билишнинг сезги асослари бузилишида кўйидаги аломатлар катта рол ўйнайди.

Гиперестезия — меъёр ҳолатларда мўътадил бўлган ташки кўзгалишларни қабул қилишнинг ошиб кетиши. Одатдаги ёруғлик кўзни камаштиради. Атрофдаги предметлар (буюмлар) кўзга яққол ташланади. Товушлар қулоқни қар қиладигандек эшик ёпилишидаги товуш

худди уқ отилгандек бўлади. Идиш-товоқларни қўйганда чиқадиган товушлар чидаб бўлмайдиган даражада кучли эшитилади. Ҳидлар жуда ўткир туюлади. Баданга тегиб турган кийимлар эса қўпол сезилади. Бу бузилишлар ўта чарчашда ва ўткир психозлар бошланишида, онгнинг ғира-ширалиги ҳолати ривожланишида намоён бўлади.

Гипестезия — гиперестезияга қарама-қарши бўлган жараён дир. Ташки кўзғалишларни қабул қилишнинг сусайиши билан тавсифланади. Атроф-муҳит худди тумандагидек ноаниқ буюмлар рангсиз, ноаниқ шаклда бўлиб қолади. Овозлар буғиқлашади, атрофдаги товушлар жарангдорлигини йўқотади ва фарқсиз бўлиб қолади. Ҳаммаси ҳаракатсиз котиб қолгандек туюлади.

Гиперестезияда бўладиган олий нерв фаолиятининг бузилишлари бир хил эмас. Баъзан фаол тормозланишнинг бузилиши натижасида кўзғалишлар дадилланувчи ва бош мия пўстлоқ хужайралари кўзғалишининг ошиши натижасида гиперестезия келиб чиқса, баъзи ҳолларда эса иккинчи сигнал системасининг тормозланиши натижасида келиб чиқади. Шундай қилиб, гиперестезия пўстлоқ остининг патологик кўзғалиши ва унинг пўстлоққа иррадиация бериши ҳамда периферик анализатор охирлари импульсларининг кучайиши натижасида келиб чиқади.

А. С. Чистович таъбири бўйича гиперестезия иккинчи сигнал системаси сақланган ҳолда биринчи сигнал системаси ва пўстлоқ ости фаолиятининг сусайиши натижасида юзага келади. И. Н. Тимофеев бу бузилишни кўрув дўмбоғининг шикастланиши (фаолиятининг сусайиши) билан боғлайди.

Сенестопатия—тананинг турли соҳаларидан ва айрим ички аъзолардан чиқадиган, соматик текшириш усуллари билан сабабини аниқлаб бўлмайдиган ҳар хил ноҳуш сезгилар. Бўлар худди куйиш, босим, тирнаш, қўйилиш каби сезилади.

Сенестопатияларнинг юзага чиқишини Л. А. Орбели экстрарецепторларни сошлаш ва босиб турувчи таъсири натижасида интрарецептив системанинг тормозланиши билан тушунтиради.

Идрок этишнинг бузилишлари бугунги кунда қўйидагича таснифланади:

1. Галлюцинациялар.
2. Иллюзиялар.
3. Психосенсор бузилишлар.

Галлюцинациялар деб, реал мавжуд бўлмаган объектларни идрок этишга айтилади.

Галлюцинациялар объектив борликдан ташқарида шаклланувчи ва ўз-ўзидан пайдо бўлувчи объектив мавжудлик хусусиятини олган тасаввурлар дир.

Галлюцинациялар инсон онгида бирорта тасаввурнинг доминантлиги натижасида келиб чикувчи ҳақиқий таъсиротнинг сохта ички образга айланиши туфайли юзага келади. Шунинг учун галлюцинациялар ўз-ўзидан келиб чикувчи, хиссийлик касб этувчи реал борлиққа кўчирилган ва шу

туфайли хакикийлик объектив мавжудлик хусусиятини олган тасаввурлар деб ҳисобланади. Гольдштейн фикрича, галлюцинациялар аввал идрок этилган нарсаларни шу идрокка боғлиқ бўлган янги ташки таъсирларсиз хиссий равишда бошдан кечиришдир. Сизги органларига қараб, кўриш, эшитиш, хид ва таъм билиш, умумий сезги галлюцинациялари фаркланади.

Физиологик нуктаи назардан галлюцинациялар бош мия пустлогидида инерт кўзғалишларининг патологик учоклари ҳосил бўлиши натижасида юзага келади. Пўстлок хужайралари шундай куч билан кўзғаладики, улар реал таъсирловчи кўзғалишларга мос келади. Ташки ва ички агентлардан таъсирлар қабул қиладиган хужайралардаги инерт кўзғалишлар учоғи концентрацияси курув, тактил, висцерал галлюцинациялар юзага чиқишига ёрдам беради.

В. А. Гиляровский электроэнцефалографик текширувларга асосланиб галлюцинация ҳосил бўлишида иштирок этувчи инерт кўзғалиш учоклари бош мия пустлогининг умумий тормозланиши фонидида юзага чиқади, деган хулосага келган.

Олий нерв фаолиятининг бузилишида галлюцинациялар ва бошқа рухий бузилиш белгилари, бош мияда модда алмашинувининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Галлюцинациялар галлюциногенлар (кўпинча адренохром ва буфотенил таъсирларида) ҳосил бўлади. Бу моддалар бош мияда икки хил шароитда ҳосил бўлади деган фикрлар бор:

- 1) адреналиннинг парчаланиши.
- 2) серотониннинг парчаланиши.

Кўриш галлюцинациялари. Энг оддий куриш галлюцинациялари — фотопсиялардир, бунда беморнинг кўзига шаклсиз, ноаниқ нарсалар кўринади — олов, тутун, туман.

Галлюцинатор образлар жуда катта (макропсия) ёки жуда кичик (микропсия) бўлиб кўриниши мумкин.

Галлюцинациялар рангли ёки рангсиз, баъзида бир рангли бўлади. Саҳнасимон галлюцинациялар беморга кўринаётган нарсалар, воқеа-ҳодисалар саҳнада ва кино экранидида кўринаётганидек туюлади. Экстракомпил галлюцинацияларда образлар беморнинг куриш майдонидан ташқарида, ёнида, орқасида пайдо бўлиши мумкин.

Эшитиш галлюцинациялари. Жаранг, бонг, ўқ овози ва шунга ўхшашлар киради. Эшитиш галлюцинациялари интенсивлигига қараб секин баланд, гарант қилувчи бўлиши мумкин. Улар тепадан, пастдан, у ёки бу томондан, баъзи холатларда узокдан, баъзида эса яқиндан эшитилади.

Вербал галлюцинациялар фарқсиз, тахдид солувчи, жаҳлдор бўлиши мумкин. Овоз доимо бир хил, баъзида битта сўзни такрорлаши, исми ва отасининг исмини айтиши, баъзида ўзундан-ўзун монолог, баъзи холларда эса диалог эшитилиши мумкин, кўп овозлар олдинги қилинган ишлар ҳақида мунозара бўлиши мумкин. Товушлар таниш, нотаниш, аёл, эркак товуши, ёш болалар

овози бўлиши мумкин. Бундан ташқари, шархловчи ва императив галлюцинациялар бўлиши мумкин. Шархловчи галлюцинацияларда товуш ёки бир неча товушлар беморнинг ҳар бир қилган ишини шархлайди ва ўз фикрини билдиради.

Императив галлюцинацияларда товуш беморга у ёки бу ҳаракатни бажаришни буюради, баъзан бу ҳаракат бемор ёки унинг атрофидагиларга зарарли бўлиши мумкин. Товушлар ҳаракат вақтида поезддан сакраш, бировни баланд бинодан ташлаб юборишни, улдиришни буюриши мумкин. Ҳид, таъм билиш галлюцинациялари одатда икқиламчи бўлиб, васваса ғоялар асосида келиб чиқади ва мустақил равишда камдан-кам учрайди.

Ҳид билиш галлюцинацияларида бемор ҳар хил тутун, чирик хидлар сезади, камдан-кам ҳолларда хушбуй ҳид келади.

Таъм билиш галлюцинациялари тановул қилинаётган овкатга тўғри келмайдиган таъм сезиш билан тавсифланади.

Тактил галлюцинацияларда бемор терисида турли хашаротларнинг юрганини, терида ёки тери остида турли бегона нарсаларнинг мавжудлигини хис қилади.

Висцерал галлюцинацияларда бемор тана бушликларида, кўпинча коринда бегона нарсалар мавжудлигини хис қилади. Висцерал ва тактил галлюцинацияларни сенестопатиядан фарқлаш лозим. Аввало сенестопатиялар предметсиз оғир хислардир.

Псевдогаллюцинациялар (сохта галлюцинациялар) — бўлар ҳам чин галлюцинациялардай ихтиёрсиз вужудга келадиган кўринишлар, товушлар, хидлар ва бошқалардир. Уларнинг чин галлюцинациялардан фарқи беморлар овозлар, образлар ҳақида айниқса кўп гапирадилар. Бемор уларни реал борлик билан тенглаштирмайди, борликдан ташқарида қабул қилади ва улар ясама хусусиятга эга бўлиб, кимлар томонидандир «солиб қўйилгандек» бўлади. **Сохта галлюцинациялар** чин галлюцинациялар сингари сезиш аъзолари буйича булинади.

Куриш сохта галлюцинациялари - атайлаб курсатиладиган куринишлар, тасвирлардир. Улар шаклсиз ёки аниқ шаклли, рангсиз ёки рангли, бир ёки бир неча шахсли сахналаштирилган куринишларга ухшаш булади. Уларнинг мазмуни куркинчли, ҳақоратли, эротик ва шунга ухшаш бўлиб, баъзан улар беморга тегишли булмайдиган ва бемор уларга бефарқ булади. **Куриш сохта галлюцинациялари** беморнинг хуши сақланган ҳолда пайдо булади.

Эшитиш сохта галлюцинациялари - "килинган", ички, хаелий товушлардир. Товушлар кимсасиз, эркак ёки аёлники, таниш ёки нотаниш булиши мумкин. Мазмуни ҳам турлича: дук-пуписа, буйрук, маслаҳат ва шунга ухшаш булади.

Сезги, висцерал, таъм, хид билиш сохта галлюцинациялари - шу тарздаги чин галлюцинациялардан фарқ қилиб, бу хилдаги галлюцинацияларга атайин "килинганлик" туйғуси хосдир: "килинган" хидлар, таъм (таъм узгариши, корин бушлигига тушиб қолган жисмлар).

Фикр харакати галлюцинациялари.

Бемор уз хошишдан ташкари ташки таъсир натижасида килинган харакатни сезади. Баъзида тил харакати билан сузларни айтиши кузатилади.

Функционал галлюцинациялар - уткир интоксикацион психозлар ва уткир бошланувчи шизофрениянинг бошлангич симптомлари хисобланади. Функционал галлюцинациялар реал китикловчи манба асосида пайдо булади ва шу реал китикловчи манба йуколгунча сакланади. Иллюзиядан фарқи функционал галлюцинациялар реал (объект) манба кушилмайди, реал манба билан

биргаликда пайдо булади. Масалан: автомашина моторининг шовкини асосида бемор овоз эшитади, беморни куркитувчи автомашина юриб кетиб шовкинни эшитилмай қолиши билан бир вақтнинг узида галлюцинация ҳам йуколади.

Гипногагик галлюцинация — бу галлюцинациялар беморда ухлашдан олдин кўзлар юмилган ҳолда қоронғи қуриш майдонида кўринади, ҳар хил буюмлар, одам танасининг бир хил қисмлари ва фантастик кўринишлардан иборат бўлади. Бу кўринишлар реал объект билан боғлиқ бўлмайди, псевдогаллюцинацияларга яқин бўлади.

Гипнопомпик галлюцинациялар - гипногагик галлюцинациялардан фарқи уйқудан уйғониш пайтида пайдо булади. Гипногагик ва гипнопомпик галлюцинациялар ҳар хиллиги билан ажралади. Бир ҳолатда предметлар, ҳайвонлар, одамларни фантастик образларни қуради (қуриш гипногагик еки эшитиш, хид билиш, тактил гипнопомпик галлюцинациялар), бошқа ҳолатда товуш пайдо бўлиши (эшитиш гипногагик еки гипнопомпик галлюцинациялар ҳар хил хидларни сезиш), хид билиш гипногагик еки гипнопомпик галлюцинациялари (бегона қуллаарнинг тананинг ҳар хил қисмида таъсири -тактил гипногагик еки гипнопомпик галлюцинациялар).

Булар соғлом одамда чарчаганида пайдо бўлиши мумкин. Гипногагик ва гипнопомпик галлюцинациялар баъзи ҳолларда интоксикацион ва инфекцияцион психозларнинг бошлангич даври бўлиши мумкинлигига қарамадан, беморда психотик ҳолат деб баҳолашга асос бўлолмайди.

Сингдирувчи галлюцинациялар - улар галлюцинатор тайерланиш ҳолатида юзага келади.Қупрок учрайдиган турлари қуйидагилар:

Липман симптоми - бемор уйғок вақтида қузлари бекилган ҳолатда қуз олмасига босим таъсирида қуриш галлюцинациялари пайдо бўлиши мумкин.

Рейхард симптоми - бемор тоза қозда қизилган расми қуради еки йук текстни уқийди.

Ашаффенбург симптоми - бемор учирилган телефон орқали гапириши мумкин.

Баъзи ҳолларда беморлар галлюцинатор ташвишларини яширади. Бу ҳолда галлюцинацияларнинг объектив белгилари врачга ердям беради. Масалан:

бемор эшитиш галлюцинацияси билан товушга қулок салади, товушга жавоб беради еки

ёмон, нохуш товушни эшитмаслик максадида кулогини пахта, коғоз, пластилин, лой билан бекитади.

Хид билиш галлюцинациясида бемор бурнини кули билан бекитади. Куриш галлюцинацияларида кузи билан йук предметни кузатади еки кузини бекитади. Огиз ютиниш галлюцинацияларида огиз бушлигидан номаълум жисми хар доим йук нарсани олиб ташлайди (ип, соч ва х), огзини сув билан чайкайди, доим тупуради, тилини чикаради, тилидан йук предметни олади.

ИЛЛЮЗИЯЛАР

Бу реал мавжуд объектни нотўғри, бўзук холда идрок этиш. Идрок этилаётган нарса, воқеаходисаларнинг мавжудлиги билан иллюзиялар галлюцинациялардан фарқ қилади. Худди галлюцинациялар каби иллюзиялар ҳам сезги аъзолари бўйича эшитиш, куриш, сезги, хид ва таъм билиш иллюзияларига бўлинади.

Шуни ҳам айтиб утиш керакки, иллюзиялар меъёрда ҳам учраб туради. Бунга жисмий иллюзиялар мисол бўлади. Стакандаги чойга солинган қошиқ худди сингандек кўринади. Буни эса оптик конун бунича тушунтириб бериш мумкин.

Рухий касалликларда аффектив, вербал, парейдолик иллюзиялар учраб туради.

Аффектив иллюзиялар кўрқув, хавотирга, тушкунликка тушган беморларда учрайди. Бунда осифлик тўрган кийим бекиниб олган котилга ухшаб кўринади. Ошхонада эшитилаётган идиш-товоқлар жаранги беморни улдириш учун тайёрланаётган қурол овози бўлиб эшитилади.

Вербал иллюзияларда атрофдаги одамлар суҳбатининг маъноси бўзук мазмунда идрок этилади. Бу иллюзиялар каттиқ қурқув, ваҳима холатида хар нарсага шубха билан қарайдиган беморларда учрайди. Бунда атрофдагиларнинг беморга тегишли бўлмаган суҳбатларида беморга фитна, ғийбатлар эшитилиши мумкин.

Парейдолик иллюзиялар аффектнинг туб ўзгаришисиз, рухий фаолият пасайган холатларида учрайди. Мазмуни бўйича фантастик ва тасвирий қиёфали булади. Девордаги, гиламдаги накшлар, девор ёриқлари беморнинг кўзига ғаройиб, куркинчли мавжудотлар, бахайбат бинолар бўлиб куриниши мумкин. Иллюзиялар турли касалликларда, кўпинча интоксикацион психозларда учрайди.

ПСИХОСЕНСОР БУЗИЛИШЛАР

Психосенсор бузилишларга метаморфопсиялар, тана тузилишининг бузилишлари, деперсонализация ва дереализация киради. Психосенсор бузилишлар ёки функционал галлюцинациялар фақат ташки реал таъсир натижасида юзага келади ва унга кушилмаган холда

таъсир тугагунча давом этади.

Метаморфопсиялар. Идрок қилинаётган нарса ва макон катталиги ёки тўзилишининг бузилиши. Бунда беморга уни ураб олган нарсалар кичик бўлиб кўринади (микрופсия), баъзан эса катталашиб улкан улчамга этади (макрופсия). Шунингдек дисмегалопсияга предметларни узунлашган, кенгайган, айлана ҳолда қабул қилиш киради. Одатда дисмегалопсия ҳолатида маконни идрок этиш ҳам ўзгаради. Макон қисқа, предметлар яқинда, ва аксинча, макон ўзунлашиб, предметлар узоклашиб кетгандек туюлади (паропсия).

Бу ҳолатнинг галлюцинациялардан фарқи шундаки, бунда реал мавжуд бўлган предметлар ўзгарган ҳолда акс эттирилади. Галлюцинацияларда эса йўқ нарсалар идрок этилади.

Тана тузилишининг бузилишлари. Ўз танасининг тўзилиши ва катталигини сезишнинг бўзилиши ҳолатида беморда ўз танасининг катталашиб ёки кичиклашиб, оғирлашиб ёки енгиллашиб кетгани ҳақида тасаввурлар пайдо бўлса, парциал(қисман) бузилиш ҳолатида тананинг айрим қисмлари ўзгаргандек сезилади, яъни беморга оёқлари ёки кўллари катталашиб ёки кичиклашиб ёки кўллари катталашиб ёки кичиклашиб кетгандек туюлади. Кўпинча тана тузилишининг бузилгандек туюлиши метаморфопсиялар билан биргаликда важудга келади.

Деперсонализация—ўз шахсини идрок этишнинг бузилиши, шахс барча руҳий хусусиятларининг бегоналашуви. Бунда беморларга фикр-хаёллари, тафаккури ўзгаргандек аввалгидан бошқача бўлиб қолгандек туюлади. Беморлар ўзларини ўзгариб қолганликлари, бошқа одам бўлиб қолганиклари ҳақида гапирадилар. Деперсонализацияда бемор ўз хисларини йўқотганини, қувонч, ташвиш, оғрик сезмаётганини, иштаҳаси, уйқуси йўқлигидан шикоят қилади. Баъзи ҳолларда шахснинг парчаланиши, иккиланиш ҳисси ҳам кузатилади.

Дереализация-ураб турган борлиқни буюмлар шакли, оралик масофа ва вақтга нисбатдан идрок этишнинг бузилиши. Бу ҳолатда беморга олам ўзгариб қолгандек ўзоқлашгандек туюлади, атроф ноаниқ, тушунарсиз, парда билан ураландек кўринади, атрофдаги мавжудотнинг ҳақиқийлигига шухба туғилади. Баъзида беморга ўзи яшаб тўрган атрофдаги одамлар бегонадек кўринади ёки аксинча, бегона жой, бегона одамлар худди танишдек авваллари ҳам кўргандек туюлади.

Дереализация депрессив ҳолатларда ва шизофренияда, эпилепсияда кузатилади .

Идрок бузулишлари бўйича тест саволлари

1. Чин галлюцинацияларнинг клиник хусусиятларини курсатинг

*реал образлар билан ухшашлик

зуравонлик ва уюштирилганлик хисси билан

*бемор танасидан ташкари, атрофида, рецепторларни сезиш чегарасида проекцияланади

беморнинг хулк-атвори галлюцинатор образлар мазмунига мос келмайди

сезги анализаторлари сферасида проекцияланади: тана ичида ёки оптик горизонтдан узокда

бемор ишонадики, галлюцинатор образлар атрофдагилар томонидан идрок килинади

2. Сохта галлюцияналар клиник хусусиятларини курсатинг

реал образлар билан ухшашлик

*зуравонлик ва уюштирилганлик хисси билан

бемор танасидан ташкари, атрофида, рецепторларни сезиш чегарасида проекцияланади

сезги анализаторлари сферасида проекцияланади: тана ичида ёки оптик горизонтдан узокда

Купрок эндоген прсихозларда учрайди

3. Психосенсор бузилишларига кировчи бузилишни курсатинг:

макропсия

*сенестопатия

микропсия

метаморфопсия

Парестезия

парамнезия

4. Иллюзия хилини курсатинг:

куркув

сенестопатия

*вербал

*парейдолик

парестезия

парамнезии

5. Галлюцинациялар учун хос:

*реал объектсиз идрок этиш

танкиднинг йуклиги

ихтиёрига кура юзага келиши

ихтиерсиз юзага келиши

реал объектни бошка образ билан алмашуви

ихтиёрига кура юзага келиши

6. Иллюзияларга хос:

*ёлгон, хато идрок этиш

танкидий муносабат

алмашинган холда идрок
 шакли ва хажмини бузилган холда идрок этиш
 *реал объектнинг булиши
 ихтиёрига кура юзага келиши

7. Кандай галлюцинациялар алкоголь делирийси учун хос?

чин кўрув
 *сахнасимон куркитувчи
 *зоопатик
 чин вербал
 фантастик псевдогаллюцинациялар
 висцерал

8. Психосенсор бузилишларга киради:

*метаморфопсия
 иллюзия
 функционал галлюцинация
 *метаморфопсия
 *дереализация ва деперсонализация
 *сенестопатия

9. Карахтлик ҳолатидаги асосий сезги бузилишини кўрсатинг:

* гипостезия
 идрокни секинлашиш
 сенестопатия
 парестезия
 анестезия

10. Висцерал галлюцинацияларга хос:

образ ва аниқ жойланиши йўқлиги
 реал сабабларсиз идрок этиш
 ёқимсиз азобловчи характерга эга
 * ички аъзоларга проекцияланиши
 мавжуд бўлган соматик бузилишлар оқибатида ҳосил бўлиши

11. Галлюцинацияга хос:

* реал критика йўқ
 * образларни ихтиёрсиз ҳосил бўлиши
 бор образларни кабул қилиш
 образларни ҳосил бўлиши шахсга боғлиқ
 бор образлар нотугри кабул қилиш
 *Кўрув, чин, сахнасимон, кўркитувчи, зоопатик

12. галлюцинациялар кўпроқ қайси ҳолатда кўпроқ учрайди:

* алкоголь делирийда

- * шизофренияда
- * интоксикацион делирийда
- реактив параноидда
- инволюцион параноидда

13. Бемор гапига қараганда унинг териси остида қурт-қумурсқалар изғиб юрибди, бу бузилишни аниқланг:

- висцерал галлюцинациялар
- сенестопатиялар
- *тактил галлюцинациялар
- тактил иллюзиялар
- нейродерматит

14. Чин галлюцинациялар сохта галлюцинациялардан фарқли ўларок:

- *рецепторларнинг сезиш чегарасида
- рецепторларнинг сезиш чегарасидан чиқади
- тасавурлар доирасида
- таъсир кўрсатиш оқибатида
- *экзоген касаликларда кузатилади

15. Сохта галлюцинациялар чин галлюцинациялардан фарқли ўларок:

- * уюштирилганлик ва зўравонлик ҳисси бўлади
- ҳиссий жонланган реал образлар
- рецепторларнинг сезиш чегарасида
- ихтиёрсиз
- *эндоген касаликларда кузатилади
- қуйидаги ҳатти-ҳаракатлар

16. Галлюцинацияларнинг объектив белгиларга киради:

- қўрқув ҳисси
- *қулоқларни ёпиш
- *бурун беркитиш
- гипермнезия
- резонёрлик

17. Галлюцинациялар қуйидаги ҳолларда юзага келади:

- *изоляцияланган
- патологик сезгилар асосида
- васвасали интерпретация билан бир вақтда
- онг хиралашувида
- эмоционал кечинмалар билан кечади

18. Психосенсор бузилишларга хос :

- реал объектсиз идрок қилиш
- *ёлғон, хато идрок қилиш

- *ҳажм ва шаклни бузилган ҳолда идрок этиш
- қачонлардир курилган, «қачонлардир эшитилган» шаклда идрок этиш
- *реал объектларни нотўғри идрок этиш

19. Функционал галлюцинациялар кузатилади:

- *реал кўзгатувчи билан бирга идрок этилади
- реал кўзгатувчи билан қўшилиб кетади
- эндоген касалликда
- реал кўзгатувчини ўрнини босади
- *реал кўзгатувчи таъсири тугаши билан тўхтади

20. Бемор катта йўлни кичик идрок этади ва бу қуйидагича квалификация қилинади:

- * микропсия
- * психосензор бузилишларга киради
- дереализация
- *метаморфопсия
- макропсия

21. Артист Ю. Никулин «Кавказ асираси» кинокартинасида қўлини чўзиб оек панжасини кашиб, қуйидаги патологияни иллюстрация килади:

- *аутоморфопсия
- * метоморфопсия
- макропсия.
- микропсия
- психосенсор бузилишлар

22. Психосенсор бузилишлар кўпроқ қуйидаги ҳолатга хос:

- бош мия интоксикацияси ёки энцефалитлар
- шизофрения
- реактив психозлар
- *экзоген рухий касалликда
- * эпилепсия

23. Бензин буғларини ҳидлаб олган ўсмир токсикоман ариқдан сакраб ўтолмайди, уни кенг дарё сифатида идрок этади, бу:

- *макропсия
- галлюцинация
- иллюзия
- *психосензор бузилишлар
- Дереализация

24. Соғлом кишилар учун хато идрок этиш қуйидаги шаклда кузатилади

- галлюцинация
- *аффектив иллюзия

*физик иллюзия
 метаморфозиялар
 «қачонлардир эшитилган»
 «қачонлардир кўрилган»

ХОТИРА ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ.

Хотира рухий ҳолатнинг асосий ва мураккаб қисмини ташкил этади. Маълумки, одам тугилган соатидан то сунгги нафасигача доимий ташки мухитнинг таъсирида булади. Кузатишлардан олинган, уқилган ва эшитилган маълумотлар ёки киши шохид булган ҳар хил ҳодисалар одамнинг онгида маълумот сифатида сақланиб қолади. Шу сақланиб қолган маълумотларнинг ҳаммаси хотира деб аталади.

Хотира шартли равишда уч қисмга бўлинади: 1.Эслаб қолиш (фиксация). 2.Уларни узок муддат ичида сақлаш (ретенция) қобиляти ва 3.Қайтадан эслаш, ёдга олиш (репродукция). Хотиранинг бу хусусиятлари вақтга боғлиқ булади, яъни таассуротларни ёдлаб олиш, сақлаб қолиш ва уларни зарур вақтида қайтадан тиклаш жараёнлари маълум бир тартибда вақтга нисбатан кетма-кетлик билан ва мантик қоидаларига амал этилган ҳолда кечади. Хотиранинг яна бир бошқа сифати шундан иборатки, инсон ҳаёти учун зарур булмаган маълумотлар қиска муддат ичида (баъзан тез кунда, баъзан секин-аста) эсдан чиқарилади. Аммо бу маълумотлар хотирадан учмаган ҳолда кишилар онгининг тубида сақланиб туради.

Хотирага боғлиқ булган ҳама хусусиятлар болалар тугилиб нутқи ривож топганидан бошлаб то усмирлик (12-14 ёшлар) даврига яхши ривожланиб боради.

Сунгра унга нисбатан секинроқ булса ҳам унинг ривожи 22-25 ёшларгача давом этади.Одам бу ёшда ҳар томонлама қамол топади. 45-50 ёшдан бошлаб хотира рухий соғлом кишиларда ҳам аста-секин пасаяди.

Шахснинг ёлғиз узига хос хусусиятлари унинг тарбияси ва бошқа омилларга қараб,хотирани қурув, эшитув, ҳаракат ёки аралаш турларга ажратиш мумкин. Кейинги пайтларда хотирани қиска муддатли (оператив) ва узок муддатли (долгосрочний) турлари устида ҳам мулоҳазалар юритилаёпти. Ундан ташқари,хотирани тақлид қилиш (механик) ва мантикий (логик) туркумларга ҳам бўладилар. Механик тури қупроқ ёш болалик даврига тугри қелиши керак.Чунки суз ва гапнинг мазмунини тушунмасдан туриб болалар тақлид этиш қобилятига асосланиб хотирани ривожлантиришлари мумкин. Бундай аломатлар тугма ақли норасолиги булган беморларда ҳам узок вақтгача кузатилиши мумкин.

Маълумотларни узлаштириш ва умуман хотиранинг сифатлари уларнинг кизикарли бўлишига боғлиқ, мустақамлиги эса машққа ва қайтадан эслаб туришга боғлиқ. Хотиранинг сифати одамнинг тарбия топаётган мухитига, оиланинг маданияти-савиясига, одамларнинг қайфиятига, касбига, соғлигига ва бошқа омилларга ҳам боғлиқдир.

Хотиранинг бузилиши натижасида уч туркум аломатлар кузатилади:

- 1.Дисмнестик.
- 2.Амнестик.
- 3.Парамнестик ҳолатлар.

Хотиранинг бузилиши натижасида кузатиладиган ҳар хил белги ва аломатлари қуйидаги 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Дисмнестик тури	Амнестик тури	Парамнестик тури
1.Пасайиши (ги-поамнезия)	ретроград антероград	1.Конфабуляция а)алмашиниш

2.Уткирланиши (гиперамнезия)	фиксацион прогрессив	(заместительная) б)фантастик
кечиккан нотулик (чекланган) Тулик	2.Криптоамнестик а)ассоциатив б)диссоциатив	3.экмнестик

Корсаков психози	Корсаков синдроми
полиневрит антероретроград амнезия фиксацион амнезия конфабуляция (псевдореминесценция) дезориентировка (фиксацион амнезия натижасида)	полиневритдан бошка хамма белгилари кузатилади

ДИСМНЕСТИК БУЗИЛИШ турларида хотиранинг сусайиш еки кучайиш белгилари учрайди. Хотиранинг пасайиш ҳолатларида маълумотларни узлаштириш, саклаб қолиш ва ёддан билиш қобилиятлари алоҳида-алоҳида ёки уларнинг ҳаммаси ялписига сусайиши мумкин. Бундай ҳолатлар ута акли заифлик синдромларининг ҳамма турларида учрайди. Фақат шизофрения таркибида учрайдиган акли заифлик бундан мустасно.

Хотиранинг кучайиш ҳолатлари баъзи бир беморларда кузатилиб, купрок одам онгидаги аниқ ва тўғри-хислатларга ута боғланган маълумотлар едга тушади. Мисол учун бу ҳол маниакал ҳамда паранойял синдромлари таркибида кузатилади. Баъзан интоксикацион ёки инфекцион касаллик натижасида кузатиладиган делирий ҳолатида ҳам бутунлай эсан чиқиб кетган воқеалар едга тушиши мумкин.

АМНЕЗИЯ-хотирада сакланиши керак бўлган ходисаларнинг эсан чиқиб қолиши натижасида беморларнинг онгида "оқ доғлар"(бушликлар) пайдо бўлади. Улар асосий хусусиятларига қараб ретроград, антероград, антероретроград, фиксацион, прогрессив, кечиккан, тула ва чекланган турларга бўлинади.

Жиддий ҳасталикларнинг бошланиши билан кузатиладиган онгнинг бузилишигача дастлабки даврда беморлар хали ҳушини йўқотмасдан олдин уз бошидан кечирган воқеаларнинг маълум муддат ичидагисини (бир неча минутлар ёки соатлар) хотирадан тушириб қолдирадilar. Бу белги, яъни хотиранинг бузилиши ретроград амнезия деб аталади. Демак, ретроград амнезияда касаллар онгининг бузилишигача бўлган воқеалар, ходисаларнинг ҳаммаси уларнинг эсидан чиқиб қолади. Бундай ходисалар минутлар, соатлар ёки бир неча кунлар ичида юз берган бўлиши мумкин.

Антероград амнезияда - беморларда онгнинг бузилишидан ёки бошқа бир уткир психоз ҳолатлардан чиқиб, ҳуши тиклангандан кейин бўлиб ўтган ходисалар эслаб қолинмайди. Бу ҳолат бир неча минут ёки бир неча соатлар давом этиши мумкин. Кизиги шундаки, касаллардаги бу ҳолатнинг давом этишига қарамадан улар шу даврда хати-характлари тўғри бўлади, эс-ҳушлари бутун бўлиб, атрофдагилар билан мантикли муомалада бўладilar. Шу билан бирга уткир касаллик ҳолатидан тўзалганларидан сўнг шу давр ичида бўлиб ўтган ходисаларнинг ҳаммаси хотирадан унутилади.

Антероретроград амнезия -фақат онгнинг бузилиш давригача эмас, ундан кейинги бўлиб ўтган ҳамма воқеалар беморларнинг эсида сакланмайди. Амнезиянинг бундай турлари

интоксикацион, инфекцион психозларда ва онг бузилишининг хар хил турлари намоен буладиган экзогеник ва органик касалликларда учрайди.

Фиксацион амнезияда кундалик вокеаларни, таассуротларни курган ва кечирган маълумотларнинг хеч кайси бири эсда сакланиб колмайди. Кишиларнинг киёфасини, исmlарини, шу билан бирга вақтга ва турган жойларига булган хотиралар хам сакланмайди.

Беморлар шифохонадаги ходимларнинг еки узлари етган хонадаги касалларнинг исmlарини эсларидан чиқариб куядилар. Улар билан киска муддат ичида бир неча марта куришганларига карамасдан хар сафар биринчи марта куришган кишидек куюк саломлашишади ва бир неча марта номларини айтилганига карамасдан хар сафар исми-шарифларини эсда саклаб туролмайдилар.

Кундалик таассуротлар едда сакланмагани учун улар атроф мухитга, борликка ва вақтга булган хушёрлик-аниклик(мулжал)тулик равишда йуколади. Шунинг учун кишилар билан хар сафар куришганларида худди хозир-бугун биринчи маротаба учрашиб саломлашибгина колмасдан, шифохонага качон келганларини хам эсдан чиқариб юборишади. Узок муддат ичида даволаниб турган касалдан качон бу ерга келдингиз деб сурашса-"Мен кеча еки илгари куни келдим" деб жавоб беради. Булимнинг ичида юриб бир неча ой даволанганларига карамай, узларининг палаталарини кидириб топиша олмайди, адашиб юришади.

Фиксацион амнезия Корсаков психози номи билан юритиладиган синдромлада кузатилади ва уларнинг асосий белгиларидан бири хисобланади.

Бундай холат шизофрения билан маниакал-депрессив психозлардан ташкари, купчилик экзоген ва органик хасталикларда учраши мумкин.

Прогрессив амнезияда эслаб колиш кобилияти йуколиши билан бир вақтда хотира бойлиги секин-аста камайиб боради, хотирадаги бор захира шу даражагача кашшоклашадики, бундай беморлар узларини кузгуга караб кимлигини эслай олмайдилар. Узларини худди болалик еки усмирлик даврда юргандек хис этадилар.

Бу холат экмнезия деб хам аталади - "утмишдаги хаёт" - бу белги парамнестик бузилишлар натижасида юзага келадиган аломатлар каторида курилади. Бу холатда аввал биринчи навбатда хотирадаги янги, кейинги вақтда олдинги йилларда узлаштирилган вокеалар йуколади (учади). Ешликда, ундан кейинги йилларда узлаштирилган ва доимий кайтариб турилган маълумотлар хотирада узок вақт сакланиб туради. Янги кабул килинган, аммо кимматли вокеалар тез эсдан чиқиб колади. Беморларда хотиранинг шу татибда узгаришини Рибо (француз олми) конуни деб юритилади.

Шуни хам эсда тутиш лозимки, характ ва хулк-атвор оркали олинган таассуротлар, одат, хотира, узини тутиш билан боглик хатти-харакатлар касалликнинг огирлигига ва жиддийлигига карамасдан узок вақт сакланиб колади. Улар кишилар хаётида тез-тез кайтарилади, шунинг учун хам хотиранинг захирасида мустахам урин эгаллайди.

Юкорида эслатиб утилгандек, амнезияларнинг тулик, нотулик хамда кечиккан турлари булади. Тулик хилида касаллик вақтидаги объектив ва беморда кузатилган хар хил патологик кечинмаларни бемор хуши узига кайтгандан сунг эслай олмайди, уларнинг хаммаси унинг бутунлай эсидан чиқади. Бундай белги айрим бир-бирига ухшаг онгнинг бузилиши синдромларини фарклаш учун зарурдир. Амнезиянинг тулик тури сумерик хамда амнестик синдромларга хосдир. Амнезиянинг нотулик хилида касалнинг бошидан утказган кечинмалари хамда ташки мухитдан олинган таассуротларининг бир кисми уларнинг хотираларида сакланиб колади ва хушларига келганларидан сунг, ушаларни эслаб гапириб беришади.

Амнезиянинг нотулик тури делирий ва онейроид синдромларида кузатилади.

Беморлар делирий холатидан чиккандан сунг, атроф-мухитга доир таассуротлар билан патологик кечинмалар тугрисидаги маълумотларни эслаб гапиради, аммо улар " узук-юлук" холда, яъни нотулик маълумотлардан иборат булади. Онейроиддан чиккан касаллар атроф-мухитга тегишли хотираларни бутунлай эсдан чиқариб юборадилар. Лекин улар субъектив дунёсидаги кузатилган хаёлий вокеаларни ва ходисаларни тула ва муфассал гапириб берадилар.

ПАРАМНЕСТИК хотиранинг бузилишига конфабуляция криптоамнезия ва юкорида кайд этилган экмнезиялар киради. Буларнинг хаммасини сохталаштирилган хотира деса хам булади.

Конфабуляциялар икки хил турда учрайди.

Биринчиси- одатий, яъни фиксацион амнезия натижасида пайдо буладиган хотирадаги бушликни хакикий булиб утган еки булиши мумкин булмаган ходисалар билан тулдирилган холатдир. Узок вакт ичида шифохонада даволанетган бемор, масалан, куни кеча сафардан келгани, у ерда булган вокеалар, узининг таришларини кургани, баъзи бир идораларга кириб хизматга зарур топширикларни бажарганини айтади. Конфабуляциянинг бу турини псевдореминесценция хам деб аташади. Бу холат фиксацион амнезия ва бошка аломатлар билан Корсаков психозида ва унинг номи билан аталадиган синдромлар таркибида хам кузатилади.

Конфабуляциянинг хаёлий-фантастик тури хам учраб туради. Беморлар уларнинг иштирокида кизик, галати ва улугвор ходисалар булганини, катта мансабли амалдорлар билан сухбатлашгани еки уларнинг севганларидан гоҳ кимматли совгалар олганини, антика масалалар устида ихтиро этганини ишонч билан тасдиқлайдилар. Бу холат парафрения синдроми билан огриган беморларда кузатилади. Фантастик конфабуляцияни конфабулятор чалкашлик (спутанность)дан ажратиш лозим. Касалларнинг гапида мантикан ва грамматик боғланиш йуколади, атрофдагиларни узининг якин кишиларидек кабул килади, узини шифохонада эмас, бошка жойда еки камокда деб хисоблайди. Даволовчи врачни гоҳ, кариндошим, гоҳ касбдошим булса керак деб тушинади (симптом положительного двойника-нотаниш кишиларни танишдек кабул килиш). Уларнинг назарида ташки мухит ва атрофдаги кишилар доим узгариб хар хил киефада ва мазмунда туюлаверадилар. Уларнинг назарида ташки мухит ва атрофдаги кишилар доим узгариб хар хил киефада ва мазмунда туюлаверадилар.

Баъзан бегона шахсларни узларининг кариндошларидек кабул киладилар (симптом отрицательного двойника).

Криптоамнезия 0-касалларда узидаги бор маълумот билан узгага тегишли ходисалар, вокеаларни ажратиш қобилиятининг бузилишидир. Касаллар узлари курган, укиган ва эшитган вокеаларни бегонадек бошка кишиларга хос (менга тегишли эмас) деб тушунишади. Бу бегона хотира диссоциатив хотира (бегоналашган хотира) хисобланади. Аксинча, бошка бир вақтда тушида курган, укилган еки эшитилган, бошка бировларга тегишли маълумотлар беморга худди узиникидан туюлади, бу узлаштирилган хотира (ассоциированное воспоминание) хисобланади. Бу холатлар хотиранинг бузилиши билан таърифланадиган хамда уткир бредларда учрайдиган синдромлар таркибида кузатилади.

Хотиранинг бузилиши натижасида кузатиладиган ва юкорида келтирилган рухий касалликларнинг хар хил турларида учрайдиган аломатлардан ташқари, баъзи бир мураккаб белгиларда таркиб топган холатлар хам булади. Шулардан энг мухими Корсаков синдромидир. Бу холат юкорида келтирилганидек, узлуксиз кечадиган ичкиликбозлик натижасида келиб чиқади. Бу касаллик таркибида полиневрит белгиси билан кушилиб, биринчи марта С.С.Корсаков томонидан полиневритик психоз номи билан юритилиб, илмий жихатдан асосланган эди. Кейинги изланишлар шуни курсатдики, бу холат полиневрит белгисиз интоксикацион, инфекцион ва кенг микесдаги органик касалликларнинг хаммасида хам учраши мумкин экан. Бу синдромга куйидаги аломатлар хосдир.Ретроантероград ва фиксацион амнезиялар, конфабуляция (псевдореминесценция), вақтга, маконга ва кишиларга булган муносабат сохталашади, бутунлай йуколади (дезориентиовка во времени, места, лицах).

Жахон психиатрларининг анжуманида полиневритик психозни Корсаковнинг номи билан аталиши маъкул курилиб, сурункали ичкиликбозликда учрайдиган турлари эса Корсаков номи билан аталадиган булиб, Корсаков синдроми номини олди.

Хотира — бу бизнинг онгимиздаги хаётий тажриба, билим ва воқеликларимизнинг акс этиши, киска ва ўзоқ вақт сақланишидир.

Хотира одам рухий фаолиятининг энг мухим функцияларидан бири бўлиб, 3 та боскични ўз ичига олади:

- а) тушадиган ахборотни қабул қилиш;
- б) уни сақлаш;
- в) такрор айтиб бериш.

Ахборотни қабул қилишнинг икки тури тафовут қилинади:

1) қиска вақтли хотира (бунда хотирада ташқи таъсиротларнинг излари товуш манбалари содир булгунча туради, сўнгра учиб кетади).

2) ўзок вақтли хотира (ахборот ўзок вақт сақланади) - инсонларда билимлар, тажрибалар, ихтиролар манбаи бўлиб хизмат қилади.

Хотирада сақлаш инсоннинг эсаги таассуротларини қайта айта олиш қобилияти (репродукциясига) боғлиқ бўлади. Эсаги таассуротларни айта олиш қобилияти (репродукция) 2 хил бўлади.

- 1) бевосита — тўғри:
- 2) билвосита — логик (мантиқан).

Тўғри репродукция яна такрорланаётган факт ва кўринишларни билиш билан боғлиқ масалан, қачонлардир кўрган тасвир ва киёфаларни эслаш.

Логик репродукция қандайдир бир фактни эслаш асосида ётувчи ҳар хил ассоциатив боғланишларни татбиқ қилишдан иборат. Бу факт шу кўринишга нотўғри муносабатда бўлади. Шундай қилиб, «имтиҳон» деган сўз инсонда уқиш фаолияти билан боғлиқ бўлган кўп ассоциацияларни чақириши мумкин.

Инсонда мотор, ёки механиқ ҳамда қуриш, эшитиш, хиссий ва фикрлаш хотиралари бўлади.

Дисмнезия деб, хотира пасайишининг кўйидаги турларига айтилади — эса сақлаш қобилиятининг пасайиши, қабул қилиш ва татбиқ этиш қобилиятининг пасайиши. Хотиранинг пасайиши рухий касалликларнинг кўп турларида кузатилади. Хотира бузилишининг эрта кўриниши — бу танлаш репродукциясининг пасайишидир, яъни хотирадаги маълум бир вақтда керак бўлган маълумотни эса келтиришнинг қийинлашувидир. Бунда бирор ном ва атамаларнинг асл маъносини, яъни хотирадаги индивидуал, дифференциал маълумотлари татбиқ қилишнинг қийинлашуви кузатилди.

Амнезия—хотиранинг йўқолиши.

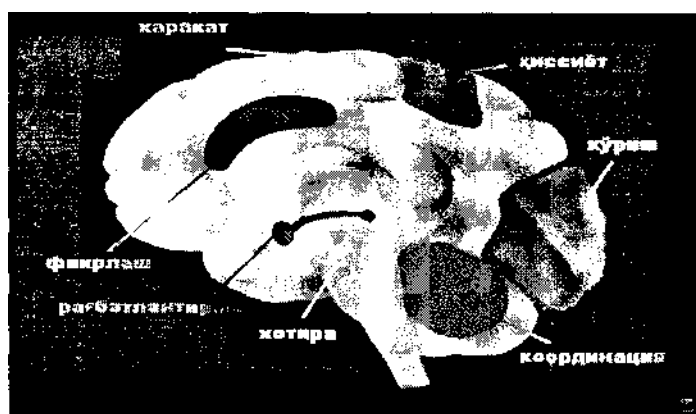
Ретроград амнезия деганда эсини йўқотиш бошланаётган пайтдаги воқеаларнинг эсан чиқиши тушунилади.

Антероград амнезия — бу беморнинг хушсизлик ҳолатидан кейинги ёки бирор рухий бузилишлардан кейинги воқеаларни эслай олмаслигидир. Бундай эслай олмаслик ретроград

амнезиядек соатлаб давом этиши мумкин. Баъзи холларда бир неча кун ва ҳафталарга чўзилиши мумкин. Бу вақт ичида бўлган воқеалар бемор хотирасидан изсиз йўқолади.

Антероретроград амнезия—бу ретроград ва антероград амнезияларнинг биргаликда кузатилишидир. Бунда фақат хушсизлик ҳолати ёки касаллик бошланаётган пайтдаги воқеаларгина эмас, балки бу ҳолатдан кейинги воқеалар ҳам хотирада қолмайди.

Фиксацион амнезия - ҳозирги вақтдаги воқеаларни хотирада сақлаш ва эслашнинг йуқолиши. Фиксацион амнезия Корсаков синдромининг асосий белгиси ҳисобланади. Бу беморларда эслаш қобилияти йуқолиши натижасида вақтни ва атрофдаги одамларни нотутри англайдилар (дезориентировка). Улар узини даволовчи врачини, эрталабки нонуштасини эсламайдилар. Бир киши билан бир кунда бир неча мартаба нотаниш одамни кургандек саломлашиши мумкин.



Корсаков синдроми (амнестик синдром):

- ҳозирги вақтдаги хотиранинг бузилиши (фиксацион амнезия);
- вақтга, турган жойига дезориентировка;
- қонфабулятор бузилишлар йигиндисидан иборат.

Корсаков синдроми алкоғолизмда, бош мия жароҳатларидан кейин, уткир гипоксия (ошиш, газ билан захарланиш) ҳолатларида учрайди.

Психоорганик синдром (органик психосиндром).

Бу ҳолат Вальтер-Бюль учлиги билан характерланади еки ифодаланади:

- 1.эслаш қобилиятининг пасайиши;
- 2.ташки ходисаларни тушунолмаслиги;
- 3.аффеқтни тутиб туролмаслиги;

1.Психоорганик синдром ҳолатида эслаш қобилияти ҳамма жихатдан едда сақлаш, ретенция (қабул қилинган ахборотларни хотирада сақлаб қолиш) ва репродукция (хотирада сақлаб қолган ахборотларни керак пайтда эслаб олиш) у еки бу даражада бузилади.

2.Беморлар диққатининг ҳажми чекланиб, уларнинг атрофни аниқлаш қобилиятлари емонлашади.

Аввалига беморлар турган жойни, атрофдаги воқеалар ва ходисаларни билиши кийинлашади. Агар уларнинг ҳолатлари оғирлашса, улар уз шахсларини ҳам адашадилар. Беморнинг аклий фаоляти ҳам бузилади: муҳокама ва ҳулосалаш даражалари, беморнинг атрофни ва уз шахсини тугри талкин қилиш қобилияти пасаяди. Мураккаб вазиятларни тушуниб етиш имкони бутунлай йуқолади. Беморнинг фикрлаши ортикча тафсилотларга бой бўлиб, фикрларнинг асосий мазмунини ажратиб ололмайди. Бемор нутқининг суз

бойлиги кашшоқлашади.

3. Аффектив бузилишлар аффектни тутиб туrolмаслиги кунгил бушликнинг юкори даражаси билан ифодаланади. Қайфиятнинг тез-тез узғариб туриши, арзимаган сабабга пасайиши еки ошиб кетиши. Аффект беморнинг хатти харакатларини уз таъсирига олади, бу бемор томонидан қонунни бузишларга олиб бориши мумкин. Психоорганик синдром кетма-кет келувчи бир неча босқичларга утади. Психоорганик синдромнинг хар хил клиник турлари деб ҳам аталади.

Астеник тури - тез жисмоний ва рухий чарчашлик, толиқиш, жахлдорлик гиперестезия каби белгилар, аффектни тутиб туrolмаслиги кам намоен булади.

Эксплозив тури - бу ҳолат жахлдорлик, узини тута олмаслик, кунгил бушлик, дисмнестик бузилишларнинг енгил даражалари билан ифодаланади.

Эйфорик тури. Қайфият кутарилишининг эйфория ҳолатигача булган узғаришлар кузатилади. Беморларда бегамлик, узини танқиднинг пасайиши, дисмнезия,

интилишларнинг тухтай олмаслиги учрайди. Бирдан пайдо буладиган газаб аффекти тезда ожизликка, йиглокиликка айланиши ҳам кузатилади.

Апатик тури - кизикиш доирасининг торайиши, атрофдаги ходисаларга бефарқлик, дисмнестик бузилишлар билан ифодаланади. Психоорганик синдром бош мия жароҳатининг узок вақт утган даврида, қон томир ва бош миянинг бошқа органик касалликларида учрайди (инсульт, усма).

Корсаков синдромли бемор демонстрацияси.

Бемор 30 ешда авлодларида рухий касалликни рад этади. Болалигида кизамик, ангина, грипп касалликлари утказган. Яхши усган, маълумоти 10-синф, яхши уқиган. Феъли доим тинч, юмшок, уятчан, зийрак булган. Мактабни битиргандан кейин университетнинг кечки физ.мат булимида уқиган ва омбор мудир булиб ишлаган. Уқиш ва иш енгил берилган, кийинчилик сезмаган. Спиртли ичимликлар вақт-вақти билан истеъмол қилган. Кейинчалик алкогольга мойиллик, хошиш пайдо булган. Шу сабабли оилада жанжал булиб турган. Шундай кунларнинг бирида, маст ҳолатда оилавий жанжал сабабли уз жонига қасд қилган, ипдан ечиб олинган. 2 кун реанимация булимида эс-хуши йуқ ҳолатда сакланган. Комадан чиккандан кейин, безовта булган, узини нотугри тутган,

дезориентировка холати кузатилган, узини нарсаларини кушни кроватдан кидирган, атрофдаги одамларни билмаган, хар томонга югурмокчи булган. Бу холат бир неча соат давом этган. Уйкудан кейин эс-хуши узига келган, бушашиб, бефарк булиб колган. Саволларга дарров жавоб беролмаган булиб, утган вокеани эслолмаган. Шу холатда беморни рухий касалхонага кучирилган. Касалхонага келган куни беморнинг буйнида странгуляцион тугун изи куринган. Бемор кам кувват, кам харакат, мустакил хеч нарсага кизикмаган. Узини булимдалигини билмайди, узини кроватини тополмайди, ердамга мухтож. Сухбат вактида тезда холдан тояди. Саволларга бир неча марта кайтаргандан кейин жавоб беради. Узи хакида киска анамнестик маълумот беради, охирги вақтлардаги вокеалар вақтини адашади. Хотирасида купол бузилишлар аникланади, асосан хозирги вақтда охирги 2 йиллик хаetidан хеч нарса айтолмайди. Каердалигини ва атрофдаги одамларни билмайди. Хозирги кунни, ойни, йилни айтолмайди. Узини кроватини, даволовчи хакимини эслолмайди. Сухбат пайтида бир неча маротаба бир хил савол билан мурожаат килади. Бир одам билан бир неча маротаба саломлашади. Баъзан хотирасидан йуколган ходиса урнини, узок йиллик вокеалар билан тулдиришга харакат килади. Бир ойга якин касалхонага етганига карамай, бир неча кун олдин киевдан келганини тасдиклайди. Онаси касалхонага келмаган булса хам, хозир онаси билан сухбатлашганини айтади. Уйланганлиги 3 ойлик боласи борлиги, университетда укиши бутунлай хотирасидан йуколган. Хатто каерда ишлагани, кандай ишни бажарганини хам билмайди. Уз жонига суикасд килганини хам эсламайди. Узини бемор хисобламайди. Баъзида жахлдор булиб, уйга жавоб беришини сурайди, ишга кеч колаетганини айтади. Лекин тезда тинчланади, хеч нарсага кизикмайдиган, бефарк булиб колади. Куп вақт тушагида етади, хеч ким билан гаплашмайди.

Юксалиб (ривожланиб) борувчи амнезия — бу кетма-кетлик қонуни асосида ривожланиб борувчи хотира бузилиши. Бунда бемор биринчи навбатда яқин орада бўлган воқеаларни эсдан чиқаради. Кейинчалик астасекин ўтмишдаги воқеалар ҳам эсдан чиқади. Эрта ўзлаштирадиган хотира маълумотларида хаётнинг эрта давридаги воқеалар кўпроқ сақланади. Хотира маълумотларининг йўқолиши, тескари, яъни янгидан эскига, яқинда ўзлаштирилганидан ўтмишда ўзлаштирилганига, индивидуал ва танланганда умумийга йўналган бўлади (Рибо қонуни).

Юксалиб борувчи амнезияда биринчи навбатда кам тахассуслашган, кам ўзлаштирилган маълумотлар хотирадан ўчади. Ўтмишда ўзлаштирилган, мустаҳкам ташқил қилинган, яхши ўзлаштирилган маълумотлар кўпроқ вақт сақланади.

Болаликда, усмирлик ва етуклик даврларида ўзлаштирилган хотира маълумотлари кўп марта татбик қилинади ва бўлар асосида кейинги қабул қилинган хотира маълумотлари мустаҳкамланади.

Бу эса олдин ўзлаштирилган маълумотларни мустаҳкамлайди. Кўп татбик қилинган маълумотлар муҳим барқарор табиатга эга бўлади.

Парамнезия — бу сохта хотира бўлиб, унинг уч тури тафовут қилинади: 1) конфабуляция — бу хотиранинг шундай бузилиш шаклики, бунда хотирадаги ахборотнинг унутилган жойи уйдирма ва фантастик воқеалар билан тулдирилади;

2) псевдореминисценциялар—бунда бемор хотирадаги ахборотнинг унутилган жойини олдин бўлиб ўтган воқеалар билан тулдиради. Масалан, бир неча кундан бери даволанаётган бемор кеча Москвага бориб келдим деб айтади. Хақиқатда эса у Москвага бошқа вақт бориб келган.

Криптомнезия—хотирада унутилган ходисалар ўрнини беморлар кинода кўрган, китобда ўқиган, бировдан эшитган, тушида кўрган воқеалар билан тўлдирадilar. Бунда хақиқатда бўлган воқеалар билан тушида кўрган, китобда ўқиган воқеалар орасидаги фарқ йўқолади ва аралашиб кетади.

Хотира бузилиши бош мия пуслогининг кўзғалиш функциясининг сусайиши натижасида келиб чиқади.

Хотира бузулишлари мавзуси буйича тест саволлари

1. Корсаков синдроми учун қуйидаги симптомлар хос:

конфабуляция, псевдореминисценция
 пиромания
 * фиксацион амнезия
 дисфория
 ретроград амнезия

2. қандай амнезия тури Корсаков синдромида кузатилади

* фиксацион
 ретардирланган
 прогрессияланувчи
 антероград
 ретроград

3. Парамнезия турлари:

стационар амнезия
 * конфабуляциялар
 прогрессланувчи амнезия
 псевдореминисценция
 фиксацион амнезия

4. Конфабуляциялар псевдореминисценциялар, қуйидаги хусусиятларга эга:

* парамнезияларга киради
 * бу ҳақиқатда бўлмаган фантастик воқеалар
 *бу хотиранинг бузилиши бўлиб, хотираларнинг бегоналашуви ёки бегона хотираларнинг ўзлаштирилиши кузатилади
 *бу хронологик силжиш бўлиб – хотирадаги бўшлиқлар бошқа вақтда бўлган воқеалар билан тўлиб қолиши
 бу – бошқа одамларни хаётида булган воқеалар

5. Корсаков синдромида амнезияни қайси тури учрайди:

кучайиб борувчи
 антероград
 ретроград
 Тула амнезия
 фиксацион

6. Корсаков амнестик синдромида қайси симптом кузатилади:

*фиксацион амнезия
 абулия
 апатия
 псевдореминисценциялар

депрессия

7. Амнезия куйидаги холларда кузатилади:

* бош мия органик патология
катта тутканок
маниакал депрессив психоз
шизофрения
невроз

8. қандай касалликда амнестик синдром махсус белги ҳисобланади:

*Корсаков психози
Посттравматик ҳолат
инволюцион параноид
қон томир психози
маниакал-депрессив синдром

9. Қандай ҳолат учун тула амнезия хос:

онгнинг номозшомсимон бузилиши
Аменция
онейроид
*делирий
невроз

10. Корсаков психозига, Корсаков синдромидан фаркли уларок қайсилар киради?

вакт ва маконга нисбатан дезориентация
фиксацион амнезия
* токсик полиневрит
антероретроград амнезия
алкоголга толерантликни пасайиши
алкоголга психик ва физик боғлиқлик

11. Корсаков психозига хос :

галлюцинация ва васваса
парамнезиялар
амбулатор автоматизмлар
вақтга нисбатан дезориентировка
неврологик бузилишлар
*фиксацион амнезия

12. Корсаков синдроми учун куйидагилар хос :

*булаётган воқеаларга хотира пасайиши
конфабуляциялар
псевдогаллюцинациялар
псевдореминесценциялар
рухий автоматизмлар
полинейропатия

13. псевдореминесценциялар, қуйидаги хусусиятларга эга:

- парамнезияларга киради
- бу ҳақиқатда бўлмаган фантастик воқеалар
- бу хотиранинг бузилиши бўлиб, хотираларнинг бегоналашуви ёки бегона хотираларнинг ўзлаштирилиши кузатилади
- * бу хронологик силжиш бўлиб – хотирадаги бўшлиқлар бошқа вақтда бўлган воқеалар билан тўлиб қолиши
- бу – бошқа одамларни ҳаётида бўлган воқеалар

ФИКРЛАШ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ

Фикрлаш — индивиднинг билиш фаолиятидаги муҳим жараёни бўлиб, атрофдаги борликнинг инсон онгида акс этишининг олий шакли ҳисобланади. Ҳис қилиш, тасаввур, идрок қилиш, билиш жараёнининг бошланғич босқичидир. Предметларнинг хоссалари ҳақидаги билимларни умумлаштириш тушунчаси фикрлашнинг асоси бўлиб ҳисобланади.

Фикрлаш жараёни анализ (тахлил) ва синтез, таққослаш, солиштириш, кўз ўнгига келтириш ва аниқлаштириш, умумлаштириш, кейин эса тушунчанинг шаклланишига ўтиш босқичларидан ташқил топган. Фикрлашнинг моддий асоси — сўз ҳисобланади. Ҳар бир сўз маълум бир тушунчани билдиради: масалан, аниқ (стол) ёки хаёлий (босқич). Фикрлаш субстратининг ёпик еки хаёлий тушунчалар билан мос келиши қўйидагича фарқланади, яъни аниқ — тасвирий фикрлаш, хаёлан — мантиқан фикрлаш. Охириги хусусият нутки ривожланган, мураккаб тушунчани умумлаштира оладиган катта ёшдаги одамларга хосдир.

Фикрлашнинг таркибий хусусиятларидан бири — бу ассоциатив фаолиятдир. Ассоциатив жараён—тасаввурларнинг кечиши ва бир неча тасаввурлар орасидаги боғланишидир. Меъёрда бир ассоциация йига хос бўлган ассоциациянинг жонланишига олиб кади (масалан, оқ-қора, иссиқ-совуқ). Бўлар ёрдамида бизнинг фикрларимиз узвий боғланиш ва мантиқли бўлади.

Фикрлашнинг физиологик асоси бўлиб бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг фаолияти ҳисобланади. Бу фаолият сигнал системаларининг ўзаро таъюланиши орқали юзага келишини Павлов ва унинг шогирдлари кўрсатиб берган эди.

Руҳий беморларда фикрлашнинг бузилиши турли-тумандир. Фикрлаш хасталиги қўйидаги курадшларда бўлиши мумкин: ассоциацияларнинг кечиш суръатининг бузилиши, баъзи фикрлар орасидаги боғланишнинг тартиб ва мақсадга йўналтириш жиҳатидан йўқолиши, ҳукм чиқариш ва хулоса қилиш хусусиятларининг бузилиши.

Фикрлашнинг тезлик жиҳатидан бўзилиши

Фикрлашнинг тезлашиши кўп сонли фикрлар кечишининг тезлашиб кетиши, баъзан эса фикрларнинг сакраш даражасигача («пулемёт» нутқи) етиш билан тавсифланади. Тўхтовсиз пайдо бўлувчи уйлар фикрлар, хулосалар юзаки ва қўққисдан пайдо бўлади. Беморнинг чалғувчанлиги кўзга шундай ташланиб туради, у бир мавзудан иккинчи мавзўга енгил кўчиб, бирор фикрни охирига етказа олмайди. Фикрлаш бузилишининг бу тури маниакал ҳолатлар, яъни маниакал-депрессив психознинг маниакал босқичи, циркуляр шизофрения, экзоген психозлар учун хосдир. Фикрлашнинг тезлашиши нутқ тезлашуви — «тахилалая» кўринишида намоён бўлади.

Фикрлашнинг секинлашиши. Фикрлашнинг секинлашиши — фикрлаш ва нутқ тезлигининг секинлашиши, унинг кечишининг қийинлашиши, ассоциацияларнинг камлиги ва бир хиллигидир. Беморлар саволларга катта ораликдан кейин, бир хил ва паст товуш билан жавоб беришади. Бу патологик фикрлаш турли депрессив ҳолларда: маниакал-депрессив психознинг депрессия босқичида, шизофрения, реактив ва бошқа психозларда учрайди.

Фикрлашнинг тутилиб, узилиб қолиши— фикрлашнинг патологик шакли бўлиб, бунда бемор фикрлаш тезлигининг бузилиши билан бирга унинг ихтиёрсиз равишда қисқа муддатда ўзилиб қолиши ҳам кузатилади. Тўхталишлар вақтида фикрлаш умуман бўлмайди. Бу ҳолат асосан шизофренида кузатилади.

Фикрларнинг сурилиб кетиши (ментизм) — бирданига, қўққисдан бир қанча фикрлар оқими пайдо бўлади. Бу бемор иродасига боғлиқ бўлмаган ҳолда пайдо бўлиб, бир фикр бошқаларига сурилиб кетади. Фикрлар ўзилиб қолиши каби фикрларнинг сурилиб кетиши ҳам Кандинский—Кисралит руҳий автоматизм синдромининг таркибий қисми ҳисобланади.

Фикрлашнинг тартиб ва мазмун жиҳатидан бузилиши

Фикрлар тутуруксизлиги — бу нутқнинг грамматик шакли сақлангани ҳолда тушунчалар орасида ментизм ва мазмун жиҳатдан боғланишнинг йўқлигидир. Бунда беморлар фикри ва нутқи тутуруксиз бўлиб, гаплар орасида боғланиш булмайди. Агар нутқнинг грамматик шакли ҳам бузилса, нутқ умуман мазмунсиз бўлиб қолади ва сўз қоришмасига айланади. Бунда беморлар ҳам мазмун, ҳам грамматик жиҳатдан боғланмаган бўлак-бўлак сўз туркумларини келтиришади. Беморларнинг фикри «пойма-пой гап»га айланади.

«Тутуруксиз» фикрли бемор хати-Ўзбекистон ҳозирча Исфара ҳукмдорлигида яшамоқда. Мен учун тўлдирилган касаллик тарихи бланкаларини РСФСР га мос келувчи ягона Индия мустақил

рухий эгасига келтиришингизни сўрайман. Ер шари дунёси. Нуғай тили мусулмон майлиси «Рухлантирувчи комитет». Нўғай... фахчи... Душанбега жўнаб кетувчи командировкага ўзига ишонган... мусулмон Асан Аджи, менинг тартибли, кузатувчи муҳтож... Валентина ўз тутишини ВКП(б)га хабар берман... Ер шари интралитетлари онаси Худо, мен туғилганман... 15 йил муқаддам сабабсиз ишдан бўшатирилган, командировкани оқлаш Микоян хаким Италия Ўзбек, Қрим, РСФСР. Фикрларнинг тутуруқсизлиги шизофренияда учрайди.

Резонёрлик — куруқ маҳмаданалиқ гўё ўзини донишманд деб ҳисоблаш. Бунда мақсадсиз, маъносиз, тартибсиз фикрлаш кузатилади.

Бу ҳолат шизофренияда, психопатиянинг шизоид шаклида учрайди.

Аутизм — реал борлиқдан ўзилган ҳолда ҳеч ким билан мулоқот қилмасдан, ўзининг рухий кечинмаларига берилиб кетиш. Шизофрения касаллигига хос.

Фикр амбивалентлиги—бир вақтнинг ўзида қарама-қарши, бир-бирини инкор қилувчи фикрларнинг мавжудлиги. Бемор хатидан қўйидаги намуна бунга мисол бўла олади: «Менинг болаларим мени ақлдан озган дейишади. Менга бу кизикарлидек туюлади, лекин менинг болаларим ўтмишда ҳам, ҳозир ҳам, келажакда ҳам умуман йўқ». Бу патологик фикрлаш шизофренияда учрайди.

Паралогик фикрлаш — яққол мантиқий бузилишлар билан тавсифланади, фикрлашда мантиқий боғланиш бўлмайди. Бемор ҳеч асосланмаган, етарли исботга эга булмаган хулосаларга келади. Бу патологик фикрлаш шизофрения, паранойя, психопатиянинг баъзи шаклларида учрайди.

Куюшқоқлик — фикрлашда ортиқча тафсилотларга берилиб, майда-чуйдаларга тутилиб, асосий фикрларни иккиламчи даражасидан ажрата олмаслик. Аҳамиятга эга бўлган майда-чуйдаларнинг кўплиги, «жойида ер тепиниш» ҳиссини уйғотади. Беморлар нутқи секин, куюшқоқ аниқ жавоблар ўрнига жавобга алоқаси булмаган тафсилотларга тўхталиб жавоб берадилар. Фикрлашнинг бу шаклда бузилиши эпилепсия ва бош миянинг органик касалликларида, эпилептоид психопатияда учрайди.

Боғланишсиз фикрлаш (инкогеренция) — фикрлашнинг бу бузилиши онгнинг бузилиши туфайли атроф борлиқни боғланиш ва ўзаро муносабатларда идрок қилиш хусусиятининг йўқолиши билан тавсифланади. Беморлар нутқи тартибсиз ва мазмунсиз қиска сўз ва гаплардан ташкил топган бўлади. Бу ҳолат оғир кечувчи экзоген-органик психозлар (инфекцион, интоксикацион, соматоген) да, онгнинг аментив бузилишларида учрайди.

Персеверация — бир фикр ва хулосага қайта-қайта келиш натижасида юзага келадиган патологик фикрлаш. Оғир ҳолларда бемор бир хил жавобни ҳа деб қайтараверади. Масалан, «Исмингиз нима?», «Ёшингиз нечада?» ва бошқа саволларга бемор фақат «Эшмат Тошматович» деб жавоб беради.

Персеверация эси пастлик билан кечувчи бош миянинг органик касалликларида церебрал атеросклероз, гипертония касаллиги, инсультлардан кейин, бош мия усмалари, қариллик ақл пастлигида учрайди.

Фикрлашнинг мазмун жиҳатдан бузилиши

Ўта қимматли ғоялар — бирон аниқ далил билан боғлиқ холда вужудга келувчи, аҳамияти катта бўлмаган хулоса, фикр, ғоя ва тасаввурларни бемор ўзи учун жуда катта аҳамиятли деб билади. Бу фикрлар ўзок вақт бошқа фикрлардан уступ туради ва беморнинг юриш-туришини аниқлаб беради. Масалан, ҳақиқатдан ҳам шеър ёзувчи киши ўзини истеъдодли шоир деб билади ва ўзини шундай тутаяди. Атрофдагилар уни тан олмасликларини ёмон ниятлилар, куролмаслик деб тушунади. Ўзининг ягоналиги ҳақидаги бундай ўта қимматли ғоялар бошқа қобилиятли одамларда, яъни музика чалувчи, илмий иш қилувчиларда ўзига ортик баҳо бериш натижасида ҳам келиб чиқади. Жисмонан етишмовчиликда ўта қимматли ғоялар ҳам бўлиши мумкин. Ҳақиқатдан ҳам хафа бўлган одам бошқа нарса ҳақида уйлай олмайди, унинг барча фикр ва диққати мана шу воқеага қаратилган бўлади.

Бундай одам энди хафа қилмайдиган, ҳатто яхши ниятли бошқа ҳаракатларни ҳам ёмон қабул қилади. Бундай одамларда ўз-ўзига танкид сусайган бўлиб, уларни бирор нарсага ишонтириш қийин бўлади. ўта қимматли ғоялар таркиби турличадир.

Энг кўп учрайдиганлари: кашф қилиш, реформаторлик умр йўлдошига бевафолик ипохондрик тавсифга эга бўлади ёки моддий, оилавий жудоликка боғлиқ ёвузликлар қилиш ўта қимматли ғоялардир.

Ўта қимматли ғоялар васваса ғояларидан хулосада яққол хатоларнинг йўқлиги, реакцияларнинг аниқ ходисаларга боғлиқлиги, шахсда ўзгариш бўлмаслиги билан фарқ қилади. Маълум вақтдан кейин ўта қимматли ғоялар жадаллигини йўқота бошлайди ва бутунлай йўқолади.

Агар касаллик тобора ривожланиш билан кечса, ўта қимматли ғоялар, васваса ғояларига айланиши мумкин. Баъзида ўта қимматли васваса ғоялар орасидаги оралик ҳолат учрайди. Баъзи муаллифлар бу оралик ҳолатни ўта қимматли васвасага хос дейдилар. (А. В. Снежневский). Ўта қимматли ғоялар патологик фикрли дисгармоник шахсларга, параноид психопатияларга хосдир.

Ўта қимматли ғояларни соғлом кишиларда учрайдиган, уларнинг касби, муҳити, вазияти, қизиқишлари билан боғлиқ бўлган устивор ғояларидан фарқлаш керак. Масалан, иш вақтида доимо уйдаги касал отасини уйлаш. Фикрлашнинг мазмун жиҳатидан бўзилиши — субдепрессив ҳолларда учрайди.

Шилким (миядан кетмайдиган) фикрлар. Бемор нотўғрилигини билгани холда уни хаёлидан чиқариб ташлашга қанчалик ўринмасин барибир унинг онгида ирода ва хоҳишига боғлиқ

бўлмаган ҳолда вужудга келувчи фикрлардир. Шилким (ёпишқоқ) фикрларнинг таркиби бир хил, баъзан кўкқисдан; баъзан жуда оддий нарсалар: куй, шеърдан парча, ракамлар, мақол, бирор сўз мияда ўтириб қолади. Бемор уларга танқидий муносабатда бўлади. Шилким фикрлардан ташқари, шилким ходисалар ҳам бўлади, бунга фобиялар, икқиланишлар, эсга олишлар, интилиш, қизиқиш, ҳаракатлар, урф-одатлар киради. Бу ҳолатлар яқка ҳолда ёки биргаликда келиши мумкин.

Шилким фикрлар чалғувчан, тасвири, сезгили бўлиши мумкин. Чалғувчан шилким фикрлар дониш-мандликда вужудга келиб, тухтовсиз ва кераксиз уйлар, шилким эслашлар билан тавсифланади. Масалан: бемор тўхтовсиз, ўз хоҳишига қарши ҳаётининг ва дунёнинг пайдо бўлиши ёки нима учун одамда учта эмас, балки иккита қўл борлиги ҳақида уйлайди.

Чалғувчан шилким фикрлар индифферентлик беморнинг ўз кечинмаларига бефарқ қараши билан тавсифланади.

Шилким сонлар, фикрлар беморни ўз хоҳишига қарши уйлар ракамани, автобуслар ракамани, деразалар сонини, ўтиришлар сонини санаш, мияда мураккаб санок операцияларини бажаришга ҳаракат қилиш билан ифодаланади. Эсланадиган шилким фикрлар эса бемор ўз хоҳишига қарши утмишни, утган одамлар исмини, нарсалар номини эслашга киришиб кетади.

Тавсифли, сезгили шилким фикрларда утмишдаги ноҳуш воқеаларни енгиб булмайдиган даражада қайта эслаш ва бу воқеалар оғир ҳиссиёт кечинмалари: уят сезгиси, шармандагарчилик ҳисси билан давом этади. Бу гуруҳга кам учрайдиган антипатия (ёмон куриб қолиш) ҳисси ҳам киради. Антипатияда одам ўз хоҳишига қарши яқин кишидан айниб қолади.

Чалғувчан шилким фикрлардан фарқли улароқ тасвири ва сезгили шилким фикрлар таркиби бўйича ва кийновчи аффектив кечинмалар билан давом этади.

Шилким фикрлар таркиби ва туридан қатъи назар, шилким кўрқувлар (фобиялар) билан бирга келиши мумкин. Бу кечинмалардан бемор қутула олмайди. Энг кўп учрайдиган фобияларга: юрак касали билан оғришдан қурқиш — кардиофобия, рақ билан касадланишдан қурқиш — канцерофобия, захмдан қўрқиш — сифилисофобия, ОИТСофобия — ОИТС касаллигидан қурқиш, танафобия — улимдан қурқиш, уйдан чиқишдан қурқиш, кучадан ўтишдан қурқиш — агорафобия, ёпик хоналардан қўрқиш — клаустрофобия, баланд жойдан қурқиш — чинсофобия, ойнанинг 13-қунидан қўрқиш — трискайдекафобия ва бошқалар киради. Фобияларнинг жуда кўп шакллари бор (350 тагача).

Тасаввурли шилқимликларга — икқиланиш ва эҳтиёткорлик киради. Икқиланиш шилқим фикрлари — бу бажарилган ишнинг охирига етказилганликдан икқиланиш. Бунда беморлар эшикни кулфлаганликлари, дазмолни учирганликларини қайта-қайта текширадилар, бу текширишлар уларни кониктирмайди ва улар яна текширадилар.

Шилқим эҳтиёткорликда беморлар аввал ўз-ўзидан бажариб юрган ишларини, одатдаги

физиологик ишларни бажара оламанми ёки йўқми? деб қўркишади. Бир неча йил ўқиган маъруза матнини унутиб қуйишдан қўркиш, овқатни ютишдаги эҳтиёткорлик, эркакларнинг жинсий алоқа вақтида эрекция булмаслигидан қўркиши («куёвлар неврози») шулар қаторига киради.

Шилким ҳаракатлар — ритуаллар (ирим-сиримлар) маълум бир ҳаракатни бажаришга ҳаракат қилиш шилкимлиги. Беморлар ҳар хил шилкимликлардан қутулиш учун ҳар хил урфодатлар, иримлар қиладилар. Масалан, стулга росмана утириш учун бир неча марта ўтириб туришади, пальтони кийишдан олдин бир неча бор силкитишади. Шилким ҳолатлар вужудга келиши ва жадаллиги бўйича турли-тумандир, лекин ҳар доим ҳам улар руҳий касаллик белгиси бўлавермайди. Улар амалий соғлом одамларда ҳам учрайди ва бўлак бўлаклиги, ҳар замонда одамни ижтимоий жиҳатдае издан чиқармаслиги билан фарқ қилади.

Асосан шилкимлик неврозлар, шилким ҳолат неврозлари, соматик касалликлар: юрак-томирлар, ошқозоничак йўқи касалликларида, сил, қандли диабет, хавfli усма касалликларининг неврозсимон ҳолати учуй тавсифлидир. Шунингдек шилким ҳолатлар шизофрения, эпилепсия, турли депрессив ҳолатлар, экзоген органик психозларда учрайди.

Васваса ғоялар — касалдик натижасида вужудга келувчи ҳақиқатдан йирок хаёллар, нотўғри уйлаш ва хулоса чиқариш ҳолати ҳисобланиб, уларни тўғрилаб ва ишонтириб булмайди. Васвасада атроф-муҳитга баҳо бериш бузилади, лекин буни беморга тушунтириб булмайди. Бемор ҳақиқатга мос келмайдиган фикр, хулосаларни мутлоқ тўғри деб билади ва уларда васваса хаёлларга танқид йўқ бўлиб, ўзларини руҳий соғлом одам деб ҳисоблашади.

Қўйидаги мисолда васваса ғояларининг кўп асосларини билиб олиш мумкин: оилада якка киз, тиббиёт олийгоҳида яхши уқийди. Ҳеч қандай асосиз ота-оналарининг унга муносабати ўзгарганини айтди. Онаси ва отаси уни захарлаб улдириш ниятида вақти-вақтида овқатига хлорофос сепиб улдиришмоқчи бўлишган. Натижада киз ошқозон яраси ва гепатит касаллигига чалинганини, бу касалликлар ракка айланганини ҳамда яқин вақтлар ичида ёмон она ўзининг дунёдаги якка орзуси унинг улимига етишишини айтади. У уйидаги овқатларни емай қўйган. Бу хаёлларнинг ҳақиқатга мос келмаслигига қарамасдан у ота-онасига ҳеч ишонмайди.

Васваса ғоялар қўққисдан, баъзида ва тез вақт ичида вужудга келиши мумкин. Аста-секин ривожланаётганда аввал аффеktiv таранглиқ ваҳима ва яқинлашиб келаётган нохушлик ва хавф ҳисси, васваса кайфияти юзага келади. Атроф муҳит ва ўз-ўзини идрок қилиш ўзгаради, атроф муҳит бемор учун хавф солувчи, салбий бўлиб кўринади.

Кейин эса васвасанинг анимашуви, тозаланиши бўлиб, бунда васваса хулосалар — аниқ тартибга эга, бемор учун эса ҳамма нарса аниқ ва тушунарли бўлиб қолади — васваса ғоялар тулик шаклланади. Бемор фикрида ташқи дунё, ички кечинма, атрофдагиларга (одамлар, жамият) муносабат ўзгаради.

Васваса ғоялар — рухий касаллик белгисидир.

Рухий касаллик аломатини соғлом одамларда учрайдиган хато хулосалар ва фикрлардан фарқлаш керак. Масалан, шайтон ва рухлар, жинларга ишонмаслик холлари. Бу холлар одамларда илмнинг етишмаслиги ва шу муҳитнинг кўп йиллар давомидаги таъсири натижасида пайдо бўлган. Бу холатларнинг ҳақлигини, халқнинг маданий даражасини кўтариш йўли билан англатиш мумкин. Васваса ғоялари эса тушун-тириб бўлмаслик билан тавсифланади. Улар касаллик асосида пайдо бўлиб, фақат хасталик жараёни тухташи билан йўқолади. Васваса ғояларнинг умум қабул қилинган таснифи йўқ.

Васваса ғоялар таркиби, мазмуни, механизми, аҳамияти, динамикаси ва оқибати бўйича турли-тумандир. Таркиби бўйича кўйидаги васвасалар фарқланади: муносабат, таъкиб қилиш, рухий ва жисмоний таъсир қилиш, заҳарланиш, ипохондрик рашк қилиш, ўз-ўзини айблаш, юксалиш, ўғирлик қилиш ва бошқалар.

Васавасанинг аниқ таркиби беморнинг яшаётган даврига, уларнинг маданий даражасига, муҳити, касби, ривожланиши, маълумотига боғлиқ Аср урталарида васваса таркибини — шайтон, жин, жодугар, сеҳрлашлар, кейинчалик — шапнитизм, гипноз, телепатия, ҳозирги вақтда эса — биотоклар, атом энергияси, изотоп, коинот нурлари, ўзга сайёраликлар ташкил қилади. Шу муносабат билан илгариги (1871 й.) олимларнинг: «Бузилишлар ҳар доим одамга даврнинг озми-кўпми таъсирдан келиб чиқади» — деган фикри тўғридир.

Васвасанинг асосий 2 тури мавжуд: бирламчи (интерпретатив, параноял.системлашган).

Иккиламчи васваса - образли хиссиетли.

1.БИРЛАМЧИ ВАСВАСА - ташки олам, ички сезгиларда содир булган факт ва ходисаларга хасталик оқибатида нотугри баҳо бериш, талкин қилиш асосида юзага келадиган хасталик белгиси хисобланади. Бирламчи васваса жараенида оқилона,мантикий билиш хусусияти яъни нарса ва воқеаларни ички алоқаларини кайд этиш хусусияти шикастланади, хиссий билиш жараени эса узғаришсиз қолади еки бир мунча камрок зарарланади. Бирламчи васваса куйидаги айрим хусусиятларига эга:

1.Бошка турдаги психопатологик узғаришларга боғлиқ булмаслиги, нисбатан мустакил. Бирламчи васваса ғояларининг шаклланишида бошка хил кечинмалар яъни аффектив, иллюзор, галлюцинатор бузилишларнинг мутлоқо учрасмаслиги еки уларнинг ниҳоятда кичик урин эгаллаши аҳамиятлидир (васвасага нисбатан кейинги уринни) эгаллаши муносиб.

2.Бирламчи васваса ғоялар талкин васвасаси деб хам аталади (интерпретатив). Бемор ташки воқеалар хилма-хиллиги ичидан фақатгина уз васваса ғоялари мазмунига тегишли булган далилларни танлаб олган холда талкин қилиш билан машгул булади.

Шу жихатдан хам мулохаза кобилиятининг бузилиши кузатилади. Хиссий билиш кобилияти зарар курмайди. Васваса гоялари мазмунига тааллуқли булмаган барча ходиса ва нарса бемор томонидан тугри талкин топади.

3. Бирламчи васваса гоялари мазмуни алохида олинган оддий маъноли тавсифга эга мазмуни жихатдан бирламчи васваса гоялари хилма-хил булиши мумкин (ихтирочилик гоялари, рашк, игвогарчилик, кузатувчанлик, олий табакага эга булган оиладан келиб чикиш гоялари, ипохондрик, маъшуклик (севги) гоялари, эротик гоялар, зиен етказиш гоялари, угирлик, кашшокланиш гоялари).

4. Бирламчм васваса гоялари асосида етган фикр, мулохаза ва хулосалар бемор томонидан чуқур ва хар томонлама ишлаб чиқилган.

Беморнинг бутун вужуди ва хаёт турмуши шу ривожланиб, такомиллашиб бораётган бирламчи васваса асосида етади.

5. Бирламчи васваса гоялари узининг барқарорлиги, ривожланиб бориш хусусиятига эга эканлиги билан тавсифланади. Даволаш чоралари бу гояларига қор қилмайди.

II. Хиссий - иккиламчи васваса гоялари (образли васваса гоялари) - уткир психозларда учрайдиган васваса турига қиради. У узининг эркинлиги, эмоционал жихатдан туйимлилиги, узгарувчанлиги, пластиклиги билан ажралиб туради. Бу билиш жараенининг хиссий томонининг бузилишидан далолат беради. Бу васваса турини сезги васвасаси деб хам атаймиз (К. Ясперс). Чунки, бу холда атроф-мухит, унда содир булаётган барча воқеаларни, бемор дархол васвасавий қабул қилади, яъни васвасавий дереализация содир булади. Шу билан бир қаторда бемор атрофида реал шароитда содир булаётган барча воқелиқлар айнан беморнинг фараз қилиш жараенини узғариши яъни унинг ички фантастик образлар, хаеллар, фантазиялар билан тулдириб қурсатилади. Шунинг учун хам бу васваса тури образли васваса, хаелий васваса деб аталади.

Хиссий васвасанинг бирламчи интерпретатив васвасадан асосий фарқловчи белгилари қуйидагилардан иборат.

1. Унинг бошқа хил психопатологик кечинмаларга узвий боғлиқлиги аффектив (жазава), галлюцинатор, хушнинг бузилиши кабилар. Шунинг учун хам хиссий васвасани иккиламчи васваса деб хам аталади. Бундай аталишининг сабаби бу васваса турининг юқорида қайд этилган психопатологик кечинмалар билан мураккаб синдром ичида боғлиқлигина эмас, балки бошқа хил психопатологик кечинмалар натижасида юзага қелишдадир.

2. Хиссий васваса гоялари узининг қуринишлиги (қургазмалийлиги), образлилиги, ишонарлилиги билан ажралиб туради. Хиссий васваса гоялари бемор руҳида тайер холда, яъни бирор бир таҳлил ва шубҳасиз пайдо булади ва шу хислати билан бирламчи васваса гояларидан фарқ қилади.

3. Хиссий васваса гојлари системалашига мойиллигининг йуклиги билан хам тавсифланади. Васваса гојларининг бу хилида бирламчи васваса гојларига хос бир-бирига боглик булган исбот ва далилларнинг, мантикнинг аник бир системаси мавжуд булмайди.

4.Куп мавзулилиги, яъни маъно жихатидан бир хил, баъзан ноаник

булган холда яхши шаклланмаган васваса гоялари бемор онгида ноаник образлар оркали урнашиб олади.

5.Хиссий васваса гоялари фантастик (гайриоддий) куринишга айланишдан мойиллиги холи эмас.Касалликнинг уткирлашуви, чукурлашуви натижасида конкрет хусусиятига эга булган хиссий васваса гоялари урнини гайриоддий васваса гоялари эгаллаши кузатилади.Бу холларда васваса гоялари жахон, коинот микесида булиб, бемор бу кечинмаларда марказий уринни эгаллайди (буюклилик васваса гояси, мегаломаник васваса гояси).

Муносабат васвасаси васваса тизими ташкил топишининг бошланғич босқичида кузатилади. Беморга атрофдаги одамлар (оғайнилари, ўртоқлари, бегоналар) унга нисбатан муносабатини ўзгартиргандек туюлади. Унинг хаёлида ёмон ниятли одамлар унга қарши ёмон нарсалар уюштираётгандек бўлади. Унинг устидан кулиб, ёмон ниятли, ғазабли кўзлар билан қарашаётгандек бўлади. Бемор ўз яқинларига шубҳа ва ишончсизлик билан қарай бошлайди. Касаллик ривожланиши билан васвасанинг бошқа кўринишлари, яъни таъкиб қилиш васвасаси пайдо бўлади. Бемор таъкиб объекти, уни бир ёки бир гуруҳ одамлар (кушнилари, оғайнилари, дўстлари, бегоналар) ёки бутун ташкилот ҳатто чет эл разведкачилари таъкиб қилаётгандек бўлади. Бемор уни ҳар доим таъкиб қилишаётганига иймони комил ва таъкиб қилишдан мақсад уни ва яқинларини улдириш, ишдан бўшатиш, олийгоҳдан ҳайдаш деб билади. У ўзининг таъкиб қилувчиларини кучада, жамоатда, иш жойида, транспортда уларнинг мимикасидан, ҳаракатларидан ва сўзлашларидан билади.

Таъсир қилиш васвасаси (руҳий ва жисмоний заҳарлаш) кўп холларда таъкиб васвасаси билан келади. Бемор унга таъкиб қилувчилар руҳан ва жисмонан, гипноз, телепатия, экстрасенс, магнетизм, космик рентген ва лазер нурлари, электр токи, изотоплар ва бошқалар билан таъсир қилаётганини айтади. Энг янги аппаратларни қўллаб унинг овқатига заҳар солиб, хоналарини газлаб радиоактив воситалар билан нурлантириб, кучли жавҳарлар билан қўйдириб улдирмокчи эканлигини айтади. Ташки таъсир кўп тизимлар ва аъзоларни, асосан бош мия ва сийдик-таносил аъзолар фаолиятини бузишга йўналтирилган деб тушунишади.

Махсус аҳамиятли васваса гоялар бунда беморга кундалиқ одатдагидек воқеаларга махсус мазмун беради. Масалан, даволовчи шифокор беморга унинг ўлим куни яқинлигини билиб қора куйлак кийганлиги, кулдонда чекилган сигаретни қолдириш (хоч шаклида) унинг ўлиши ва кумилишини англатади деб тушунади.

Саҳналаштириш васвасаси (интерметаморфозлар)

Бемор атрофдаги муҳит доим ўзгараётганини, маълум (сценарий) бўйича кино олинаётганини таъкидлайди. Икки ёклама уйин, яъни бемор ётган касалхона эмас, балки текширув бўлими, шифокор ва тиббиёт ҳамширалари эса халат кийиб олган текширувчилар, касаллик тарихи эса унинг устидан очилган жинойи иш деб уйлайди. Бегона одамларни яқин кишилари, лекин бегоналардек гримланган ёки тескариси, кариндош ва танишларини — бегоналар, лекин танишлардек гримланган деб тушунади. **Ижобий ёки салбий иккилик — иккиланиш васвасаси аломати (Капгра синдроми)**, яъни атрофдагиларни ёлғон таниш синдроми.

Ўз-ўзини айблаш, гуноҳкор деб билиш ва ўзини-ўзи йўқотиш васвасаси ҳар доим депрессив ҳолат фонида келиб чиқади. Бунда бемор ўзини жиноятчи, гуноҳкор, ўз оиласи, жамоаси, жамият олдида гуноҳкор деб билади ва бунинг учун ўзини жазоланишга, қийноқларга ва улимга лойиқ деб тан олади. Суицидал ўринишларга майл (ўзини улдириш) кузатилади.

Улуғлик бойлик васвасаси — кўтаринки кайфият фонида шаклланади. Бемор ўзини энг буюк улуғ ва бутун дунё устидан ҳукмрон деб билади (прогрессив фалажлик билан хасталанганлар эса ўзларини бутун Урусия, Евроосиё, Америка Қўшма Штатлари, Ҳиндистон устидан ҳоким деб айтишади). Бойлик васвасасида эса беморлар ўзларини энг бой, ҳеч туганмас ва улмас бойлик олтин, қимматбаҳо буюмлар эгаси, мультимиллионерларни ўз олдида кашшок деб ҳисоблайдилар. Бошқа беморлар эса кўп мамлакат тилларини билиши, бир вақтнинг ўзида бир нечта дорилфунунни битирганликларини ва уларни чет элга ишга тақлиф қилишганини айтишади. Бу васвасага ихтирочилик ва реформаторлик васвасаси яқин, бунда бемор ўзини буюк кашфиётчи, кўп янгиликлар муаллифи деб ҳисоблайди. Бемор у ясаган асбоб-ускуналар билан бутун ер шари иқлимини ўзгартириши мумкинлигини айтади. Бундай беморлар катта фаолликка эга бўлиб, китоблар (мақола) ёзиб чизмалар чизишади. Тан олинишига эришиш учун давлат ташкилотлари ва халқаро ташкилотларга мурожаат қиладилар.

Ипохондрик васваса—депрессив ва субдепрессив ҳолат фонида вужудга келади. Ипохондрик васвасада беморлар ўзларини оғир касал (рак, ОИТС, захм)га чалинган деб билдилар. Ўзларича бу касаллик белгиларини топиб, тез орада улишини айтишади. Кетма-кет текширувлардан ўтишади, жавобларнинг салбий чиқиши (Вассерман реакциясининг 16 марта манфийлиги) уларни қониқтирмайди.

Нигилистик васвасада беморлар ўзларининг барча ички аъзолари сезилиб тўрганлигини, юрак урмаётганлиги, ўпкалар нафас олмаётганлиги, ошқозон-ичак йўли атрофияланганлигини, ўзи улганлигини, тирик мурда эканлигини бошқаларга тушунтирмоқчи бўладилар.

Бир беморга «Сен ўлганмисан?» — деб сурашса, «Мен ўлганман, лекин менинг тилим валдираяпти» — деб жавоб берган. Касаллик ривожланганда фантастик тавсифга эга бўлади, яъни бемор фақат у эмас, балки бутун дунё ўлганлигини таъкидлайди — Котар васвасаси.

Ипохондрик васвасага жисмонан етишмовчилик васвасаси яқин. Бу васваса болалик ёшлик даврига хос бўлиб, беморлар ўзининг кўринишини бадбашаралашгандек, кулок, бурун, лунж ва кўз шакллари ўзгариб, нохуш бўлиб қолгандек хис қилишади. Баъзан беморлар танасининг ўзунлашиб кетганини (Гулливердек), кўл, оёқ кўкрак кафасининг ўзунлашиб кетганини, беўхшов коматли эканликларини таъкидлашади. Иккинчи гуруҳ беморлар эса сассиқ хидлар тарқатаётгандек (оғиз ва ичидан) бўлишади. Шунинг учун ҳамма ундан қочаётгандек туюлади, бунда муносабат васвасаси келиб чиқади: кайфиятлари тушкун, кечинмаларини бекитиш ҳаракатида бўлишади. Бир гуруҳдаги беморлар ўзларидаги камчилик-нуқсонларни жарроҳлардан тўғрилашни талаб қиладилар. Ўғирланиш ва зарар етказиш васвасаси — бемор уни ўғирлаб, унга катта зарар етказишганини айтади. Бемор аёл унинг болалари сочиқ, иккита қошиқ чиллагини ўғирлашганини, 87 ёшли аёл эса эртага никоҳга кийиб бориши керак бўлган никоҳ куйлагини ўғирлатиб қўйганини таъкидлайди. Ўғирланиш васвасаси қариллик ақли пастлиги ва церебрал атеросклерозда учрайди.

Рашк васвасаси (умр йўлдоши бевафолиги). Соғлом одам одатдаги рашкидан фарқли уларок касаллар ҳеч қандай сабабсиз ҳамма нарсадан бевафолик исботини топишга ҳаракат қилишади.

Индукцирланган васваса — оға-инилар ёки васваса касаллиги билан оғриган шахс билан ўзок вақт мулоқотда бўлган шахсларда учрайди. Масалан: агар отада васваса касаллиги бўлса, унда маълум бир давр ўтгандан кейин қолган оила аъзолари (она, болалар) ҳам касал отанинг васваса фикрларини такрорлай бошлашади.

Васвасалар бирламчи интерпретатив ва иккиламчи сезги (тасаввур) турларга ажратилади. Бир беморда уларнинг ҳар иккаласи ҳам бўлиши мумкин.

Бирламчи васваса — интерпретатив васваса бошланиш нуқтаси бўлиб, ташки дунёнинг далил ва ходисалари ҳамда ички хислар ҳисобланади. Васвасанинг мустаҳкамланиши учун бир қанча далиллар келтирилади. Бир қанча аввал бўлиб утган воқеалар ҳам ўзгарган ҳолда ёритилади.

Васвасанинг бу турини тургунлиги, ривожланиб системаланиши ва беморлар ўзок вақт меҳнатга қобилиятини сақлаб қолиши билан тавсифланади. Васвасага боғлиқ бўлмаган ҳолатларда ўзларини тутишлари ўзгармайди. Васвасанинг мазмуни ҳар хил бўлади (кашфиёт, реформаторлик рашк васвасаси).

Иккиламчи, сезги (образли) васваса — асосан сезги хусусиятининг бузилиши билан кечади. Унинг таркибига: қабул қилишнинг бузилиши, галлюцинация (депрессия, куркув), онгнинг бузилиши (делирий) киради. Васваса ғоялари бу ҳолда фрагментар, конкрет тасаввурли ваҳима, куркув билан давом этади. Иккиламчи васваса мазмуни бўйича ҳар хил (ўзини айблаш, гуноҳкорлик ипохондрик нигилистик ва бошқалар) бўлади. Иккиламчи тасаввурли васвасалар ўткир экзоген психозлар, шизофрениянинг ўткир ва ўртача ўткир бошланишида, инволюцион ва томирли психозларда учрайди.

Васваса ғоялари шунингдек тизимлашган ва тизимлашмаган турларга бўлинади.

Тизимлашмаган васваса бўлак-бўлак боғланмаган, ўзук-юлуқ тавсифга эга бўлиб, алдамчи сезгилар: иллюзия, галлюцинациялардан келиб чиқади. Васвасанинг бу тури рухий касалликларнинг бошланишида учрайди. Касаллик ривожланиши билан, маълум бир вақт утгандан кейин васваса ғоялари тизимга тушади, яъни васвасада ҳамма нарса ўзаро боғланган ва тушунарли қарашлар тизими шаклланади. Шунинг учун агар касаллик тизимлашган васваса кўринишида вужудга келса, касаллик анча аввал бошланганлиги ҳақида хулоса чиқариш мумкин.

Васвасанинг тизимлашган тури ўз тузилмаси бўйича ҳар хил — паранойял, параноид ва парафрен васваса синдромлари кўринишида бўлиши мумкин.

Паранойял васвасада—бирламчи интерпретатив васваса доминант бўлиб, аниқ онгда келиб чиқади. Бунда атрофдаги аниқ воқеалар, далиллар бир томонлама мушоҳада (интерпретация) қилинади ва енгил хукм, тасдиқлар бўлмайди. Паранойял синдром шизофрения, параноид психопатия, шахснинг патологик ривожланишида кузатилади.

Паранойял синдром аста-секин ривожланиб, маълум вақтдан кейин, баъзан бир неча йилдан кейин параноид (галлюцинатор васваса) синдромига ўтади.

Параноид (галлюцинатор — параноид, галлюцинатор) васваса синдроми васваса ғояларининг (таъкиблаш, таъсир қилиш, захарлаш, ипохондрик ва бошқалар) галлюцинация ва иллюзиялар билан кушилиувидан иборатдир. Бундан ташқари, васвасанинг бу турида Кандинский — Клерамбонинг психик автоматизм ходисаси ҳам бор.

Параноид синдром бир канча рухий касалликлар: шизофрения, эпилепсия, экзоген психоз, экзоген органик психоз билан бирга келади.

Баъзи рухий касалликларда (масалан, шизофренияда) параноид синдром парафрен синдромга айланиши мумкин.

Парафрен синдроми васваса тизими шаклланишида якуний босқич ҳисобланади ва рухий фаолиятнинг оғир бузилганлигини кўрсатади.

Парафрен синдром—синдром тузилмаси улуғлик буюклик таъкиб, таъсир қилиш, рухий автоматизм — фантастик васвасаларидан иборат. Кўтаринки кайфият билан кечади. Парафрен синдром баъзан ўткир ва кўпинча сурункали бўлиши мумкин. Васваса ғоялари баъзан фантастик конфабуляциялар билан кушилиб келиши мумкин. Бунда беморлар ўзларини бутун дунё армияларининг кумондони, катта бойлик эгаси деб ҳисоблашади. Бемор ўзига ясаган коинот кемасида бутун сайёраларни кезиб чиққан ва у ерларда уни ўз императорлари деб тан олишган, улар жуда катта кучга эга, яъни жимжилокларида ерни кўтара олади, хозирги вақтдаги ва утмишдаги ернинг кимирлашларини уларнинг Ер билан қилган манипуляциялари (қўллари) натижасидир деб таъкидлашади.

Парафрен синдром шизофрениянинг сунгги боскичида, экзоген ҳамда экзоген-органик психозларда учрайди.

Кандинский-Клерамбо рухий автоматизм синдроми.

Бир вақтнинг ўзида бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда икки рухшунос рус Кандинский ва француз Клерамбо томонидан аниқланган.

Рухий автоматизм синдроми мураккаб аломатлар мажмуаси бўлиб, марказий патология ўз-ўзига тааллуқли, ўз рухий фаолиятлари: фикрлаш, сезиш, ҳаракат фаолиятларининг бегоналашуви ёки бутунлай йўқолиши ҳисобланади. Бунда организмга доимий равишда ташқи куч таъсир қилиб туриш ҳисси пайдо бўлади. Шу билан бирга таъкиб, таъсир қилиш псевдогаллюцинация васваса ғоялари ҳам бўлади.

Рухий автоматизм синдромининг 3 та асосий тури бор:

1. Ассоциатив (идеатор).
2. Сенсор (сенестопатик сезги).
3. Ҳаракат (мотор, кинестопатик).

1. **Ассоциатив (идеатор) автоматизм** — фикрлаш жараёнларига ташқаридан таъсир ҳисси, бемор фикрига, иродасига қарши, мажбуран, доимий қандайдир куч таъсирида унинг фикрларини бошқаради ва бошига бегона фикрлар солиб кўяди, унинг фикрларини тезлаштиради, фикрларни секинлаштиради (ментизм), фикрларини олиб уқийди (очиклик симптоми), унинг фикрларини эшиттиради, мажбуран фикрларини ўзади, фикрларини қайтаради, псевдогаллюцинациялар учрайди.

2. **Сенестопатик (сенсор, сезги) автоматизм** — ички аъзоларда ташқи куч таъсирида чақирилган нохуш оғриқ ҳиссининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Беморлар куйиш, совуқлик буралиш, тирналиш, тортишиш ҳисларини сезади. Бундан ташқари, беморларда таъкибчилар жинсий кўзгалиш чақиривади, дефекация ва сийдик ажрелиш актларини тўхтатишади ёки ноқулай жой ва вақтда чақиривади. Беморлар эмоционал муҳитга таъсирни ҳис қилишади, бу таъсирлар уларни ғамгин ёки кўтаринки кайфият, ғазаб, қурқув ёки бефарқликка олиб келади.

3. **Ҳаракат (мотор, кинестопатик) автоматизм** -беморлар бажараётган ҳаракатларини ташқи куч таъсирида юзага чиқаётганини айтадилар. Уларнинг оёқ-қулларини, хатти-ҳаракатларини ташқи куч ҳаракатлантираётганига иймонлари комилдир. Бу куч улар иродасига қарши қўлларини кўтаряпти, бошини бураяпти, қотириб кўйишяпти, баъзи гап ва сўзларни гапиришга мажбур қилаяпти деб уйлайдилар — нутқ кўзгалиш автоматизми.

Кандинский — Клерамбо синдромига ҳар хил рухий касалликлар: шизофрения, психик эпилепсия, алкоғолли психоз, органик психозларда кузатиш мумкин.

Фикрлаш бузилишининг патогенетик механизми хозиргача етарли даражада аниқланмаган. Фикрлашнинг бузилишини психоморфологик биологик-эволюцион нуктаи назарлардан талкин қилишга ўринишлар бўлган.

Физиологик нуктаи назаридан тушунтиришга ўринишлар Павлов томонидан қилинган бўлиб, кейинчалик физиолог, психиатр, психологлар, биокимёгар ва морфологлар томонидан ривожлантирилган.

Фикрлашнинг бузилиши хасталик механизмларини очиб ўрганиш учун олимларнинг биргаликда изланишларига боғлиқ

Фикрлаш бузулиши мавзусига оид тест саволлари

1. Таффакур бузилишларига хос:

шперрунг
персеверация
криптамнезия
каталепсия
резонерлик
гипоамнезия

2. Ипохондрик васвасада бемор шундай деб исоблайди:

*унда огир касаллик
уни умаришмокчи
у жиноятчи
уни захарлашмокчи
унинг касаллигини ҳеч ким тушуна олмайди

3. Шизофренияга хос булган фикрлаш бузилишини курсатинг:

патологик батафсиллик
персеверация
Символизм
*Аутизм
куюшкоклик
Резонерлик

4. Ёпишқок шубхалар учун қуйидагилар хос:

* уларнинг носогломлигини тушуниш, уларга танкидий муносабат
беморнинг ихтиёридан ташқари юзага келади
ташки кучлар таъсирида юзага келади
бир марта текширилгандан с'нг беморнинг тинчланиши
тугри ва аник бажарилганлигига шубхаланиш
хаел, шубхаларни бошқара олиш қобилияти

5. Васваса синдромларига қиради:

Кандинский Клерамбо синдроми
Корсаков синдроми
онейроид синдром
Котар синдроми
* парафрен синдром
психоорганик синдром

6. Васваса ташхиси учун қуйидаги мавжуд мезонлар бирлигидан нотўғриси қўрсатинг:

реал асос

щзгармас ишонч комиллик
 хақиқатга тшқри келмаслиги
 коррекцияланмаслик
 критика йшқлиги
 *тушунтириш орқали корренкцияланиш

7. Шифокор ташхисини қўйиш - бу тафаккур жараёнининг қуйидаги босқичидир:

анализ
 умумлаштириш
 солиштириш
 абстракция
 конкретизация

8. Терапевтик даволашни тактикаси – бу қуйидаги тафаккур операциясидир:

анализ, синтез
 умумлаштириш
 солиштириш
 абстракция
 конкретизация

9. Васвасада бемор қуйидагини сезади:

* электр токни таксири
 гиперстезия
 сенестопатия
 парестезия
 анестезия

10. Фикрлашни патологик батафсиллик қуйидаги касалларда кузатилади:

эпилепсия
 бош мия органик патология
 *оддий шизофрения
 гебефреник шизофрения
 кататоник шизофрения

11. Депрессив параноид синдром учун қуйидаги васвасаса турлари хос :

экспансив
 * айблаш
 гуноҳкорлик
 нигилистик
 Котар васвасаси

12. Васвасаса қуйидаги бузилишда асосланган:

патологик заминда асослаш
 * танкид йук
 борлиқни логик билиш

борлиқни талқин этиш
объектив вазиятни системлашиши

13. Патологик ўта қиммат ғоялар қуйидагиларда ҳосил бўлади:

ўз соғлига ўта муҳим муносабат
психопатияда
ижод билан машғуллик
диссертация устида тинимсиз ишлаш
рационализаторлик тавсиялар киритиш

14. Ўта муҳим ғоялар васвасали ғоялардан фарқли ўлароқ қуйидагиларда ҳосил бўлади:

* реал асосга эга
психопатияда
ҳақиқатга зид равишда
коррекцияланмайди
танқид йўқлиги

15. Кандинский Клерамбо синдроми учун хос :

*таъсир васвасаси
псевдогаллюцинация
псевдоременисценция
рухий автоматизмлар
каталепсия
трансамбулатор автоматизм

16. Кандинский-Клерамбо синдроми учун хос:

псевдогаллюцинациялар
рухий ва жисмоний таъсир васвасаси
атрофни иллюзор идрок этиш
тафаккур инкогеренцияси
*рухий автоматизмлар
амбулатор автоматизмлар

17. Патологик батафсиллик кайси нозологияда кузатилади:

тотал деменция
*шизофреник
олигофрения
эпилептик
бош мия жарохати асоратлари

ХИССИЁТ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ

Ҳиссиёт деб, ташқи оламдаги нарса ва ходисаларга нисбатан бўлган муносабатларимизнинг ва бўлардан ҳосил бўлган ички кечинмаларимизнинг акс эттирилишими тушунамиз. Барча руҳий жараёнлар хиссиёт реакциялари билан кечади, чунки уларсиз билиш фаолияти бўлиши мумким эмас. Ҳиссиёт билиш фаолиятининг барча босқичларида иштирок этади (сезиш, идрок қилиш, фикрлаш) ва уларни салбий ёки ижобий хиссиётларга ажратади. Кайфиятни белгиловчи хиссиётнинг таркибига атрофдаги борлик, ички муҳит ва инсон ҳолати таъсир этади.

Руҳий ҳаётда бош миянинг функционал хиссиёт ҳолатини кўтарувчи омил ҳисобланиб,

инсон фаолиятини рағбатлантиришда катта ўрин эгаллайди. Рухий фаолиятда хиссиётнинг аҳамиятини Ч. Дарвин ишонарли даражада таърифлаб берган. Ч. Дарвиннинг «Хайвон ва одамлардаги сезги» деб номланган асари чоп этилган эди. Дарвин фикрига кўра хиссиёт фаолиятга тайёргарликда катта аҳамият касб этади. Ҳимоя ёки ҳамлага тайёрланиб тўрган одам ва хайвон маълум бир ҳолатни эгаллайди: бунда у ёки бу фаолият турига организмнинг барча фаолиятлари мослашади. Америкалик физиолог В. Кеннов «Хиссиёт физиологияси» номли асарида кўрқув ва ғазаб хиссиёти қонга адреналиннинг кўп тушиши билан кечишини кўрсатди. Маълумки, гиперадреналинемия симпатик тизимни кўзғатади ва у инсон фаолиятини оширади. Канадалик Ганс Селе кучли хиссиётда буйрак усти беши ва гипофиз инкретор фаолиятининг ўзгаришини таъкидлаб ўтган. Панец томонидан илгари сурилган хиссиёт назарияси эмоционал фаолиятда бирламчи ўринни лимбик тизимга беради. Унинг фикрича, кортикал хиссиёт жараёнлари гиппокамп, гипоталамус ва таламусларда келиб чиқади (Панец доираси). Хиссиёт назарияси бўйича Мак-Лин ва Гельгорн текширишлари хиссиётнинг келиб чиқишида лимбик тизим (висцераллия), яъни гипоталамус ҳамда ретикуляр формациянинг бош мия пўстлоқ-пўстлоқ ости тузилмалари фаолиятида бирламчи ўрин эгаллашини кўрсатиб беради. Гипоталамуснинг кўзгалувчанлиги ҳамда унда симпатик ва парасимпатик нерв тизими марказларининг борлиги хиссиётнинг келиб чиқиш далилини тушунтириб беради. Юқоридаги ҳолат ҳар қандай хиссиёт реакцияеи пульснинг тезлашиши, артериал босимнинг ўзгариши, нафас олиш сонининг ўзгариши, юзнинг кизариши ёки оқариши, ғазабнинг кучайиши, ичак фаолиятининг бузилиши («айик касаллиги»), терлаш ёки қуруқлик, биокимёвий кўрсагкичлариинг ўзгариши билан бирга кечиш сабабини ҳам тушунтириб беради.

Кўп сонли тажрибавий текширишлар, хиссиётнинг физиологик мазмунини очиб берди. Хайвонларда лимбик тизим баъзи анатомик тузилмаларини, яъни *Corpus amygdaloidea*, *septum* ни рағбатлаш ва бўзиш тажри-балари хиссиёт ва ҳаракат реакцияларининг ўзгаришини тасдиқлади. *Corpus amygdaloidea* ни стимуллаш агрессив реакцияларининг (бошқа хайвоиларга ташланиш), ҳаракат фаоллигининг жонланишини, тўсиқни рағбатлаш эса хиссиёт ва ҳаракат реакцияларининг тормозланишини келтириб чиқаради.

Corpus amygdaloidea ни парчалаш ўзок вақтгача ҳаракат-таъсирланишларнинг йўқолишига, тусикни парчалаш эса хиссий таъсирланишнинг бирдан кучайишига олиб келади. Хиссиётлар ҳаётнинг ҳолис қонуниятини сифатида, жонзот ҳаётида мослашувчи омил сифатида мураккаб эволюцион йўқни босиб ўтди. Туб ва олий хиссиётлар фарқланади. Туб хиссиётга хайвонлар хиссиёти билан умумий бўлган овқат ейиш, ухлаш, сув ичиш, жинсий майл билан боғлиқ хиссиётлар киради.

Олий хиссиётларга эса фақат одамларгагина хос бўлган юқори даражада такомиллашган

хиссиётлар киради. Олий хиссиётлар инсоннинг иктисодий, эстетик этик интеллектуал талабларини кондиршиш ёки кондира олмасликка боғлиқ хиссиётдир. Бўлак шахслар ораси-даги этик хиссиётлар жамиятнинг даражаси билан ўзвий боғлиқдир. Эстетик хислар деганда биз гўзалликни ндрок қилиш, ундан завкланиш, яратишда уларга интилишни тушунамиз. Интеллектуал хислар — бу одамнинг ақлий фаолияти билан боғлиқ бўлган хислардир. Шундай қилиб, олий хислар инсоннинг рухни холатини бел гилайди.

Сезги, ҳис доираси бой ва турли-тумандир. Сезгининг турли-туманлиги унинг кўплаб таърифланишидан ҳам анланади. Масалан: кутилаётган хавф турли хил чегарага эга, яъни курқиш, хавфсираш, бадбинлик ёки норозилик белгиси турли таърифга эга, яъни нафрат-ланиш, газаб.

Хиссий холатлар ўз кучи, давомийлиги, тезлигига эга, яъни одатдаги хурсандчилик жуда хурсандлик чуқур севги, юзаки севги ва хоказолар.

Хиссиёт дунеси ҳам жуда кенг ва турли-тумандир. Шунингдек яна ижобий ва салбий хиссиётлар фарқланади. Ижобий хиссиётга ёқимли кечинмалар, шодлик хурсандлик хўзур қилиш, салбий хиссиётга хафалиқ газабланиш, гам, қахр киради.

Инсон хиссиётида қўйидагилар фарқланади:

Кайфият — унчалик кучли булмаган, лекин ўзок вақт давом этадиган барка рор хиссий холат бўлиб, ҳеч қандай патологиясиз соғлом одамда кўтарилийги ёки иасайиши мумкин. Соғлом одам кайфиятининг ўзгариб туриши ҳам антероцептив, ҳам экстероцептив таъсир-ларга:

— уқишдаги, хаётдаги, хизматдаги ютуқларга боғлиқ бўлади.

Кучли даражадаги хиссий ўзгаришлар аффект дейи-лади.

Аффектлар — тусатдан пайдо бўлиб, қиска муддат давом этувчи, лекин анча жадал хиссиётдир. Қахр, газаб, ажабланиш, хурсандчилик аффектлари бўлиши мумкин.

Патологик аффект — психик фаолиятнинг қиска муддатли бузилиши бўлиб, сабабсиз ёки адекват бўлмаган сабаб туфайли юзага келувчи жушқин хиссий реакциядир. Патологик аффект онгнинг торайиши туфайли психомотор, баъзан хавфли, агрессив ҳаракат (хужум қилиш, ўлдириш)лар билан кечади. Патологик аффектдан кейин қисман ёки тўлиқ амнезия бўлади. Патологик аффектга бош мия жарохати бўлган, эпилепсия билан хасталанган шахслар, алкоголиклар, гиёҳвандлар берилувчан бўлади. Эмоционал бузилишлар — рухий хасталиқда катта ўрин эгаллаб, жуда турли-тумандир. Хиссий бузилишлар ҳам касаллик бошланиши, ҳам ривожланиши босқичида учраб, хавф, куркув аффекти, кайфиятининг пасайиши, депрессия ва кўтаринки кайфият кўринишида намоён бўлади. Хиссий бузилишлар рухий касалликлар клиникасида асосий синдром кўринишида (маниакал-депрессив синдром), ёки бошқа психопатологик рухий хасталик синдромлари (депрессив-параноид синдром, эйфория ва эси пастлик) билан бирга кечиши мумкин.

Қўрқув— клиник синдром бўлиб, келаётган хавфни кутиш ва асабий таранглик ҳолатидир. Қўрқув аффекти невроз билан оғриган беморларга хос (танатофобия — улимдан қўрқиш, алиентофобия — ақлдан озишдан қўрқиш, лиссофобия — кутуришдан қўрқиш, канцерофобия — усмалардан қўрқиш, сифилофобия — захмдан қўрқиш).

Жуда кучли қўрқув аффекти — алахлашдир. Болаларда кечки қўрқув аффекти борлиги кузатилади.

Ваҳима безовталиқ — асосланмаган тинчсизланиш сезгиси (ўз ютуғи ва яқин кишилари ютуғи). Ғамгин кайфият баъзан қўрқув аффекти билан бирга кечади. Инволюцион ва томир психозларида, неврозда, соматик касалликларда кузатилади.

Паст кайфият — депрессив синдромга хос. Паст ғамгин кайфият билан кечади ва депрессив синдром билан кушилиб келади. Соматик касалликларда, невроз, реактив психозларда кузатилади.

Дисфория — ғамгин эзилган кайфиятли ходат бўлиб, таъсирчанлиқ ўзидан норозилиқ атрофдагилардан норозилиқ ва тажовўзкорлик белгилари билан намоён бўлади.

Қалби сустлилик — эмоционал нотурғун, сезги доирасида бекарорлик ҳолатидир. Арзимаган сабабга кўра кунгилнинг бўшаши кузатилади. Церебрал атеросклероз, соматоген астения, сурункали ичкиликбозликнинг инволюцион даврида курилади.

Ҳиссий амбивалентлик—бунда бир вақтнинг ўзида бирон одам ёки предметга қарама-қарши сезгининг мавжудлиги. Масалан: онасига нибатан яхши кўриш ва кўра олмаслик ҳисси. Шизофреникларга хосдир.

Апатия — ҳиссий бефарқлик ҳолати, барча нарса ва ходисаларга бефарқлиқ Апатия — баъзида бутунлай ҳаракатсизлик билан бирга кечади (абулия). Пато-абулик синдром шизофренида, қарилик эси пастлигида ва мия усмасида бўлади.

Кўтаринки кайфият—маниакал синдромга хос. Турғун, асосланмаган кўтаринки, хурсанд кайфият ҳолати бўлиб, беморнинг фаоллиги ошиши билан кечади. Маниакал-депрессив психознинг маниакал фазасида шизофренида кузатилади.



I-расм. Депрессив синдромда беморнинг мимикаси.

Эйфория — майлларнинг кўтарилиши билан кечадиган қувончли, кўтаринки кайфият. Эйфорияда фаолиятга интилиш, фикрлаш тезлигининг ошиши кузатилмайди. Бундай кайфият, одатда, меъёрида беморлар аҳволининг оғирлигига (қариллик психози, юксалувчи фалаж), силдан улаётган беморга мое келмасада, рухий хасталик белгиси сифатида кузатилади. Эйфория, шунингдек, алкоголь ва гиёхлардан маст бўлишга ҳам хосдир. Патологияда, яъни депрессив ва маниакал синдромда эйфория жуда яққол юзага чиқади.

Депрессив синдром (синоними меланхолия, депрессия). Учлик белги билан тавсифланади: 1. Хафаконлиқ ҳорғинлиқ паст кайфият. 2. Фикрлашнинг кескин сустлашуви. 3. Ҳаракатларнинг тормозланиши. Кайфиятнинг сустлашуви турли даражада: ғамгинлик ҳиссидан тортиб то жуда чуқур ғам, ҳатто юрак соҳасида ғриқ сезиш даражасигача бўлиши мумкин. Фикрлашнинг секинлашуви, товушнинг пастлашуви ва сўзлашишнинг секинлашиши, саволларга жавобнинг маълум танаффусдан кейин бўлиши, хотиранинг сусайиши фикрлашнинг ожизлиги билан намоён бўлади. Бемор ҳаракатлари сусайган, баъзан эса бутунлай тўхтаган бўлиб, бемор ётади, ўз-ўзини бошқара олмайди, қотиб қолади ва тулик ҳаракатсизлик— депрессив ступор юзага келади. Уларга депрессив

мимика ва ҳолатда: эгилган қомат, елкалар осилган, юзнинг таъзияли кўриниши билан тавсифланади. Бутун атроф муҳит ва келажакни улар иложсиз, истикболсиз деб тушунадилар. Депрессив ҳолатлар кўпинча алаҳлаш фикрлари (ўзини айблаш, ўзини улдириш) билан кечади. Энг кўп ҳолларда ўз жонига қасд қилиш ўйлари — суцидиал уйлар учрайди. Бу ҳолат жуда барқарор бўлиб, доимий назоратни талаб қилади. Ғамгин кайфиятнинг ошиши натижасида махсус ҳолат, яъни кийновчи котиллик ҳамма сезгиларнинг йўқолиши, ички бўм-бўшлик ҳиссига олиб келади. Бу ҳолат руҳий калб анестезияси дейилади. Бунда беморлар тошдай қотиб, фикрлай олмасликларидан шикоят қиладилар. Бу хасталикнинг мазмуни шундан иборатки, беморлар ғам чекишни йўқотиб, оғир бифарқликдан шикоят қиладилар ва ўзларига аввал хос бўлган куйиниш, ҳаяжонланиш ҳисларининг йўқолганлиги ҳақида қайғуришади. Уларда ўз яқин кишиларининг ғам-алам ва хурсандчиликларига сиртдан қараш ҳеч қандай ҳис уйғотмайди. Бундай беморлар бу ҳолатнинг ўз касалликлари билан боғлиқ эканлигини яхши тушунишади.

Хафаконлик ҳолати тез орада жуда юқори даражага етиши мумкин, бунда беморларда ҳаракат бузилишлари: ваҳима, куркув, ўзини у ёқдан бу ёққа уриш, инграш, ўз қўлларини синдириш вужудга келади. Беморлар оғир сезгилар: бахтсизлик фалокат, яқинларининг ўлими, ағдартунтарларни сезгандай бўлишади. Бу ҳолларга депрессив аффеқтнинг портлаши — меланхолик рантус дейилади. Бундай ҳолларда беморлар тез-тез суцидал ўринишлар қилишади. Депрессиянинг бу шакли инволюцион ва томир психозларида учрайди. Депрессив ҳолатларга кун давомида депрессиянинг ўзгариб туриши, кечга яқин кайфият ва аҳволнинг бироз яхшиланиши хос.

Депрессив беморларда соматовегетатив бузилишлар: уйқунинг, иштаҳанинг бузилиши, оғиз куриши, озиб кетиш, қабзият, оқариб-сарғайиб кетиш, тез қариш, эндокрин фаолиятларнинг бузилишлари кузатилади.

Депрессив ҳолат бошқа психопатологик бузилишлар:

— алаҳлаш фикрлари, автоматизм синдроми, депрессив алаҳлаш синдроми, депрессив галлюцинатор-синдром, депрессив кататоник синдром билан бирга келиши мумкин. Баъзан суст кайфият субдепрессия даражасида кечади. Бундан ташқари, қўйидаги ҳоллар: 1) адинамик депрессия — ҳаёт тонусининг пасайиши билан тавсифланувчи; 2) ингровчи депрессия — таъсирчанлик норозилик; 3) неврастеник депрессия — неврастеник ва истерик бузилишлар; 4) ананкастик депрессия — ақлга сиғмайдиган фикрлар, эслашлар, қўрқув; 5) ёш улуғланишита хос депрессия — кўнгил бўш бўлиб қолувчи; 6) сенестопатик депрессия — енгил депрессиялар ҳам бўлади.

Никобланган (маскировка қилинган) яширин депрессия. Бундай ҳолат барқарор бош оғриғи, юрак соҳасидаги оғриқлар, ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилишлари, тананинг турли соҳаларида нохуш сезгилар, уйқунинг бузилиши, эркакларда жинсий ожизлик аёлларда —

фригидлик артериал босимнинг ўзгариши, бронхиал спазм, диэнцефал пароксизм белгилари билан намоён бўлади. Бунда суст кайфият — субдепрессия кўринишида бўлиб, бу ҳолат юқоридаги соматовегетатив хасталиклар билан ниқобланади. Бу ҳолатларни ҳақиқийсоматик касалликлар йўқлиги, антидепрессантлар билан даволашнинг таъсирчанлигига асосланиб депрессив синдромга киритамиз.

Маниакал синдромга—учта психопатологик аломатлар киради: 1) кўтаринки — кувноқ кайфият; 2) фикрлаш ва нутқнинг тезлашуви; 3) ҳаракат кўзгалишлари.

Кайфиятнинг юқорилиги кувноқлик кунгил равшанлиги, ўзини жуда яхши хис қилиш, бахтлилик, куч-қувватининг меъёридан ортиқлиги хисларида намоён бўлади. Уларнинг кўтаринки кайфиятини ҳеч ким пасайтира олмайди.

Маниакал аффектда диққатнинг ўзгарувчанлиги, фикр булинувчанлиги, баъзан ғазабли мания билан тавсифланади. Беморларнинг барча кечиималари камалак тусларига бўялган, беморлар ташвиш ва муаммоларсиз, ўтган қайғулари унутилган, ҳозирги нохуш воқеалар қабул қилинмайди, келажаги фақат порлоқ намоён бўлади, ҳеч қачон куёш ботиши ҳақида уйла-майдилар. Улар жонланган мимика, тез ҳаракатлари, ўткир «ақлли» нутқи туфайли ўз ёшига караганда ёш кўринишади. Буни юзларининг қизарганлиги, кўзларининг чакнаб туриши, доимий очиқ чехрали юзлари тасдиқлайди. Беморлар ўз ҳолати ва қобилиятига керагидан ортиқ баҳо берадилар, гуёки улар дунёда энг гўзал аёл, барча эркаклар севишади, кўп чет тилларини билишади. Фикрлаш ва нутқнинг тезлашуви «пулемётдан отилаётгандек нутқ» тинмай тез ва каттиқ гапиришга, бир фикрни тугатмай бошқасига утиб кетишига олиб келади. Нутқ жуда чалқаш бўлади, яъни ҳазил, цитата, ўзи тукиган шеърлар, ноўрин кулиш, уйинга тушиш билан узилиб қолади.

Ҳаракат кўзгалувчанлигининг кучаюви қўйидагиларда: мимиканинг жонлилиги, ҳаракатларнинг тез ва ўзлуксизлиги, қилик ва ҳолатларининг ўзига хослиги, бир жойда ўтира олмаслиги, ҳолатларини тез ўзгартириб туриш, жойидан сакраб туриш, барча ишларга аралашиб кетишларда юзага чиқади. Ҳаракат фаоллиги жуда ошиши мумкин ва маълум мақсадга қаратилганлиги билан тавсифланади, лекин бемор эътиборининг чалғувчанлиги туфайли бирон бир ишини охиригача етказмайди. Беморнинг барча қизиқишлари, иштаҳа, чанқаш, жинсий майли ошган. Енгил, кучсиз маниялар — гипомания дейилади.

Маниакал синдром бошқа психопатологии бузилишлар билан бирга келганида қўйидаги шакллари билан фарқланади: 1) кувноқ мания — юқори оптимистик кайфият, бунда нутқ ва ҳаракат кўзгалувчанлиги бир оз кўтарилган бўлади; 2) ғазабли мания — юқори кайфият ғазаб билан бирга келади; 3) самарасиз мания — юқори кайфият, ҳаракат кўзгалувчанлиги кўтарилган бўлиб, фаолиятга интилиш булмайди; 4) алахлаш манияси — кўтарилган кайфият, алахлаш (болалардек

масҳарабозлик хисси) билан бирга келади.

Классик маниакал синдром маниакал депрессив психознинг маниакал боскичига хос бўлиб, шизофрения, экзоген-органик психозларда учрайди.

ИРОДА ВА ҲАРАКАТ ДОИРАСИНИНГ БУЗИЛИШИ

Инсон олдига қўйилган мақсадга эришишга қаратилган фаолият ирода деб юритилади. У нафақат ташки муҳитни қабул қилади ва уни ёки буни хис қилади, балки дунёни ўз ўй, сезги, хоҳиш ва талабларига мослаштирмоқчи бўлади. Ирода инсон, муҳит фаолиятида онгли ва бир мақсадга йўналтирилган, бошланган ишни қийинчилик ва тусикларга қарамай охиригача етказиш хусусиятида намоён бўлади.

Ирода ўзининг олий шаклида онгли мақсадга интилган фаолият: инсоннинг танлаб бажарган қилмишларида юзага чиқади. Идеалистлар иродани сабабсиз фаолият деб тушунтирмоқчи бўлишган— бу волюнтаризм оқимидир. Бу оқим намоёндалари Шопенгауэр ва Ницше иродани бутун борликнинг асоси деб айтишган. Улар ҳамма нарсани иродага тақаб, у билан тушунтиришарди.

Хорижий мамлакат руҳшунос ва философлари — идеалистлар ирода эркинлиги принципи кўтариб чиқишди. Улар ирода жараёнларининг детерминантланмаганлиги ва ироданинг ташки муҳит ва иқтисодий муҳит таъсирларига боғлиқ эмаслигини айтишди.

3. Фрейд фикрига кўра ташки таъсирловчилар эмас, балки қизиқишлар одам хатти-ҳаракатининг асоси ҳисобланади. Материалистик дунёқараш намоёндалари иродани психик фаолиятнинг бир қисми деб, уни детерминантланган ва ташки дунё конунларига бўйсунди дейишади. Детерминизм позицияси Сеченов ишларида ўз физиологик асосини топди. Сеченов фикри бўйича одам ҳаракатлари хаёллар, сезгилар, талаблар, хоҳишлар билан аниқланади. Одам хаёти давомида ирода қобиляти қабул қилиш, вазият, ҳаёт шароитлари таъсирида шаклланади. Кейинчалик детерминизм принципи, аниқроғи сабабсиз ҳаракат йўқ деган нуқтаи назар И. П. Павлов томонида асос қилиб олинди.

И. П. Павлов ирода ҳаракатлари механизмини олий нерв фаолиятига бўйсунувчи шартли ассоциатив жараён мажмуаси деб тушунтирди.

Инсоннинг барча фаолиятини учта ҳаракат шакли деб қараш керак: 1) иродавий, 2) автоматик ва 3) ҳақиқий. Бундай бўлиниш шартлидир, чунки иродавий актда ҳам инстинктив, ҳам иродавий ҳаракат унсурлари бор.

Иродавий жараён мураккаб ва унда қўйидаги қисмлари бор: а) мақсадга эришишга бўлган эҳтиёжларнинг уйғониши; б) мақсад келиб чиқишининг сабаблари; в) мақсадни амалга ошириш.

Ироданинг бузилиши унинг кучайиши, сусайиши ёки йўқолишида намоён бўлади.

Гипобулия — ирода фаоллиги уйғониш импульсларининг сусайиши. Уларнинг бутунлай йўқлиги абулия дейилади. Бу ҳолат шизофрения, қариллик психози, церебрал атеросклероз, инсультдан сўнгги ҳолатлар, ривожланувчи фалажлик бош мия жароҳатида, мин ўсмаларида кузатилади.

Гипербулия — ирода фаоллигининг уйғониш импульсларининг кучайиши. Уларда фаолиятга интилиш жуда катта бўлиб, ҳар қандай ишни қизиқиш билан бошлашади, лекин тез чалғувчанлиги туфайли бирор ишни охиригача етказишмайди. Маниакал ҳолатларда кузатилади.

Майлнинг бузилиши

Майл — бу энг оддий рухий ҳаракат бўлиб, у физиологик талаблар: чанқаш, очлик ўз-ўзини химоя қилиш, жинсий қизиқишни қондиришга қаратилган бўлади. Майлнинг асосида асосий ўринни инстинктив фаолият эгаллайди. Шундай ҳолларда қачонки талаб онгли равишда сезилса, қачон мақсад ва унга эришиш йўллари аниқ бўлса, шунда хоҳишлар ҳақида гапирилади.

Майлнинг бузилишлари куйдагиларда юзага чиқади:

- 1) майлнинг патологик сусайиши,
- 2) майлнинг патологик кучайиши,
- 3) майлнинг айниши.

Майлнинг сусайиши: кўп ҳолларда рухият клиникаларида ўз-ўзини сақлаб қолиш инстинкти бўлган овқатланишга майлнинг сусайиши кузатилади. Хасталик ичида кўп ҳолларда иштаҳанинг сусайиши ёки овқатдан бутунлай бош тортиш ҳоллари бўлади (анорексия). Ўзок вақт овқатдан бош тортиш ёмон оқибатларларга олиб келади ва унинг сабаблари турли-тумандир. Баъзи беморларда бу ҳол иштаҳанинг йўқолиши, очлик хиссининг қисман ёки батамом йўқолиши сабабли бўлса, бошқаларда бу ҳол кўрқув, эшитув, таъм билиш галлюцинаниялари билан боғлиқ бўлади. Беморларнинг овқатланмаслигига сабаб, улар овқатдан чириган, мурда хиди, бемаза, чанкатувчи таъм сезгандек бўлади. Баъзи беморлар эса овқатланиш пайтида тақиқловчи товуш эшитишади ва бу буйруқ галлюцинациялар таъсирида овқатланишдан ўзок в акт бош тортишади. Алаҳлаш важларига кўра овқатдан бош тортиш катта аҳамиятга эга бўлиб, бунда беморларнинг овқатланмасликларига сабаб, улар ўзларини «қаттиқ гуноҳқор», «овқатланишга», «давлат нонини текинхўрларча ейишга ҳаққи йўқ»

— дейишади. Агар овқатланишса болалари очликдан улишади деб уйлашади. Заҳарланиш кўрқуви бўлган беморлар овқатдан заҳарланишдан кўркиб ейишмайди. Психопатлар эса овқатдан бош тортишни шифокор ва кариндошларидан хафа бўлганлигига норозилик деб билдилар. Кататоник беморларнинг овқатдан бош тортиши асосида салбийлик ётади. Асаб анорексияси ҳам бўлиб, у етилган кизларда семириб кетишдан кўркиш туфайли

келиб чиқади. Анорексия билан оғриган беморларда бу ҳолат кахексиягача, қайтмас ўзгаришлар, эндокрин бўзилишларга, модда алмашинувининг чуқур бузилишига олиб келиши мумкин. Бундай беморларни тезда шифохоналарга ётқизиш керак. Овқатдан бош тортиш, депрессив ҳоллар, кататоник синдром, шизофренияда, оғир соматик касалликларда, неврозларда учрайди. Майлнинг сусайиши бирдан юқори даражасида суицидал ҳаёлларга (ўз-ўзин улдириш) олиб келади. Суицидал майллар ўз-ўзини айблаш, ўз-ўзини йўқотиш (улар яшашга ҳақимиз йўқ деб ҳисоблашади), рашк қилиш (ўз севгилисини ўлдиради), таъкиб қилиш (бемор таъкиб қилувчилар кўлида ўлгандан кўра, ўзини-ўзи улдиришни афзал деб билади), делириоз ҳолат, галлюцинацияларда (товушлар ўзингни ўлдири деб буюришади) намоён бўлади. Суицидал тенденцияларнинг борлиги, беморни дарҳол госпитализация қилишни талаб қилади ва улар устидан қаттиқ назорат олиб бориш керак. Суицидал фикрлар маниакал-депрессив психоз, шизофрения, эпилепсия, экзоген органик психозларда кузатилади.

Жинсий майлнинг сусайиши — гипосексуализм, шизофреник беморларнинг депрессив ҳолатида, бош миянинг органик шикастланишида кузатилади.

Майлнинг кучайиши — иштаҳанинг патологик кучайиши полифагия, бўлимия, чанкаш ҳиссининг кучайиши — полидипсия, жинсий майлнинг кучайиши—гиперсексуаллик ҳоллари маниакал ҳолатлар, соматик касалликлар, қандли диабет, бош мия органик касалликлари-энцефалит, менингит, бош мия ўсмаси, қариликдаги эси пастликда кузатилади.

Майлнинг айниши — ўзини асраш инстинктининг айниши ўз-ўзига жароҳат етказиш, масалан терисини қўйдириш, пичоқ билан жароҳатлаш, жинсий олатни миҳлаш, қулоқни кесиб ташлаш, темир буюмларни ютиш кабиларда намоён бўлади. Овқат майлининг айниши еб бўлмайдиган овқатларни, масалан: хом гушт, макарон, кўмир, тупрокни ейишда намоён бўлади. Жинсий майлнинг айнишига гиперсексуализм, мазохизм, садизм, педофилия, геронтофилия, некрофилия ва бошқалар киради. Махсус гуруҳ майл айнишларига импульсив майл айнишлари кириб, бунда жуда кучли енгиб бўлмайдиган майл пайдо бўлади. Пиромания — ўт ёқишга интилиш, клептомания—уғриликка бўлган эҳтирос, дромомания — дайдиликка эҳтирос. Буна бемор ўз оиласи, шаҳри, ишини ташлаб бир жойдан иккинчи жойга кучади. Дипсомания — алкогольга бўлган кучли майл. Майл айниши қандай тез бошланса, шунча тез якунланади. Ичишлар орасидаги ораликда алкогольга майл йўқолади ва бемор хушёрлик билан ҳаёт кечиради. Майл айнишлари психопатиянинг баъзи шакллари, бош мия органик касалликлари (энцефалит, менингит, мия ўсмалари) ва бошқа касалликларга хос.

Ҳаракатнинг бузилишлари

Ҳаракат бузилишлар гуруҳини ҳаракат акти ва фаолиятнинг бузилиши ташқил қилади. Ҳаракат бўзилишлари яқка холда — аломат ёки бошқа психопатологик ҳолатлар билан бирга — синдром кўринишида кечиши мумкин.

Ҳаракат бузилишлари ступор кўринишида — ҳаракатсизлик нутқ ва ҳаракат кўзгалишларига ажратилади.

Ступор — ҳаракатнинг бутунлай бўлмаслигидир. Бу ҳолатда беморлар фақат ётади ёки утиришади, ҳеч қандай таъсирларга берилмайди, баъзи ҳолларда гапларга мимика билан жавоб берадилар, тез-тез овқатланишдан бош торитишади, овқатни мажбуран бермокчи бўлинганда қаттиқ каршилик кўрсатишади. Тиббий муолажаларга, текширишларга каршилик қиладилар — негативизм. Атроф воқеаларига эътибор бермайдилар, ўзларига қарашмайди, шунинг учун искирт бўлишади. Агар беморда бир оз ҳаракат қилиш сезилса — субступор ҳолати бўлади.

Ступорнинг қўйидаги турлари бор:

1. Кататоник 2. Психоген, 3. Депрессив, 4. Истерик

2. Кататоник ступор — ҳаракатсизлик мушак тонусининг ошиши, нутқдан воз кечиш — мутизм хосдир. Бир ҳолатда ўзок вақт қолиб кетишади, ступор негативизм билан давом этади. Кататоник ступор — кататоник синдром структурасига кириб, шизофрения, экзоген, экзоген—органик психозларда учрайди.

3. Психоген ступор — ҳам соғлом, ҳам аффлектор карахтлик реакцияларида, беморга руҳий жароҳат берувчи ҳолларда: фалокат, табиий офат, яқин кишисинянг тўсатдан улимидан келиб чиқади. Кўриниши: бемор тусатдан улиб қолади, тулик ҳаракатсизлик беморга руҳий жароҳат қандай ҳолатида таъсир этса, шу ҳолатида қотиб қолади.

Саволларга жавоб бермайди, юзида бадбинлик ўзини йўқотиб қўйган кўрқув ҳолида бўлади. Қон-томир вегетатив реакциялар ривожланган бўлади, яъни юзи ё оқаради ёки қизаради, терлайди, юрак уриб кетади, кусади, ич кетиши мумкин. Онги — тафаккури сусайган руҳий ступор давомийлиги минут, соат, баъзан кунлаб бўлади. Ступордан чиққандан кейин қисман амнезия бўлади.

3. Депрессив ступор—депрессиянинг чўққисида вужудга келиб, ҳаракат ва нутқ тормозланишига олиб келади. Депрессив ступор депрессив ҳолатнинг юксалиши буиича аста-секин вужудга келади, бунда бемор кун буйи ётади, саволларга бутунлай жавоб бермайди, овқатланишдан бош тортади, юзи ғамгин, кўзлари қуруқ қомади эгилган, елкалари осилган, юзи рангпар ёки захил бўлади. Депрессив ступор депрессив маниакал психозда, шизофрения ва бошқа психозларда учрайди.

4. Истерик ступор — истерик тавсифли шахсларда, истерик неврозда, истерик психопатияда учрайди. Бундай беморлар бўлар-бўлмас сабабларга ҳам кучли реакция қилади. Бемор ўзига лат

етказмаслик учун аста-секин ўзидан кетиб тулик ҳаракатсизлик вужудга келади. Беморнинг юзи таранглашган, ғамгин, кўзларида ёш, нотулик мутизм, баъзи саволларга жавоб олса бўлади. Онгнинг чуқур бузилиши юз бермайди, вазиятни хис қилиб туради, юзида сомато-вегетатив аломатлар: юзнинг қизариши, тез нафас олиш, терлаш, томир уришининг тезлашуви, қорачик таъсирланишининг ошиши кўриниб туради. Истерик ступор бошқа истерик таъсиротлардек (истерик парез ва фалаж, астазия-абазия, истерик курлик карлик гунглик) касалликка ўзини уриш ва шу йўқ билан муаммони хал қилишга интилади. Ступор тугагандан кейин ҳеч қандай из қолмайди.

Ҳаракат кўзгалишлари

Руҳий касалликлар клиникасида беморларнинг нотинч, бесаранжом ҳолати эътиборни ўзига жалб қилади.

1. Бу нутқ кўзгалиши бўлиши мумкин, нутқ эса баъзи ҳолларда тушунарли, баъзиларида эса умуман тушуниб булмайдиган бўлади.

2. Кўзгалиш соф ҳаракатли бўлиши ҳам мумкин. Бунда беморлар тинимсиз сакрайди, буралади, уйнайди.

3. Кўзгалиш ҳам нуткий, ҳам ҳаракатли бўлади (психомотор кўзгалиш), бунда нуткий безовталиқ ҳаракат безовталиги билан бирга кечади. Кўзғалувчанлик тажовузкор тавсифга эга бўлиши мумкин, бунда беморлар уй жихозларини синдиради, окликларни йиртади, бошқа бемор ва тиббий ходимларни уради. Кўзғалиш тажовўзсиз ҳам кечиши мумкин.

Психомотор кўзғалишлар кўп ҳолларда психопатологик бузилишлар: аффектив, галлюцинатор, алаҳлаш, онгнинг сусайиши, эси пастлик билан бирга кечади.

Психомотор кўзғалишларнинг кўйидаги турлари фарқланади: маниакал-кататоник геберрениқ галлюцинатор-алаҳлашли, психопатик истерик психоген, эпилептик кўзғалишлар.

Кўзғалувчанлик ва тормозланишнинг алмашинуви турли хил психопатологик синдромларда кузатилади. Кататоник синдромда, касалликлардан эса маниакал-депрессив психоз ва шизофренияларда энг кўп учрайди.

Кататоник синдром — кататоник ступор ва кататоник кўзғалишдан иборат.

Кататоник ступор— тўлик ҳаракатсизлик бунда беморлар бир хил, кўпинча ноқулай ҳолатда: бир оёғида туриб, кўлини кўтарган ҳолда котиб қолишади. Беморлар бошини ёстикқа тегизмай ётиши — «хаво ёстиғи аломати», хомила ҳолатини эгаллаши мумкин. Ступор тўлик ёки қисман гапирмаслик — мутизм ҳамда фаол ёки ланж негативизм билан давом этиши мумкин. Фаол негативизм ҳамма нарсага, яъни шифокор илтимосларига ҳам, овқатланишга ва даволанишга фаол қаршилиқ қилишдан иборатдир. Баъзан беморлар талабга тесқари жавоб ва қарама-қарши ҳаракатлар қилишади, масалан кўзингизни очинг деса қаттиқ юмиб олишади, шифокор олдига

олдига чақирса, ундан йироқлашади. Бушанг негативизмда бемор ўзига мурожаатларнинг биронтасига ҳам жавоб бермайди. Кататоник ступорда баъзан «мум эгилувчанлиги» аломати учрайди, бунда бемор қайси ҳолатга қўйилса, шу ҳолатда тураверади, Кататоник ступорга мушак тонусининг ошиб кетиши жуда тавсифлидир.

Кататоник кўзғалиш— бир хил сўз ва ҳаркатларни қайта-қайта такрорлаш билан кечадиган ҳаракат кўзғалиши ҳолатидир.

Кўзғалиш бирдан импульсив бошланиб тартибсиз, маъносиз, бир мақсадга қаратилмаган тавсифга эга бўлади. Беморлар бир хил, стереотипии ва импульсив ҳаракатлар қилишади. Ўз-ўзидан атрофдагилар гапини такрорлашади — эхололия, уларнинг ҳаракатларини қайтаришади — эхопроксия. Беморлар нутқи ўзуқ-юлуқ бўлиб, бир хил сўзлар ва гапларни қайта такрорлашади. Беморлар мимикаси мое эмаслиги билан тавсифланади. Кататоник синдром онгнинг бузилиши билан бирга келиши мумкин — бу онейроид кататония дейилади. Аниқ онг ҳолатида кечувчи кататония люицид кататония дейилади. Кататоник синдром шизофрения, экзоген — органик психозда, мия усмаларида учрайди.

Маниакал кўзғалиш — фаолиятга интилишнинг кучайиши, унинг тугалланмаганлиги, кайфиятнинг кўтаринқилиги, фикрларнинг бойлиги билан тавсифланади. Беморлар ҳаддан ташқари ташаббускор, ҳар доим бирор иш билан машғул, лекин чалғувчанлиги туфайли бирон бир ишни охиригача етказмайди, ҳамма нарсаларга фаол аралашади. Бунда беморлар жуда гапдон бўлиб, жуда тез ва пала-партиш гапиришади, бир фикрни охи рига етказмай бошқасиги ўтиб кетишади, ўзлари тўқиган шеърларни ўқишади ва уйинга тушишади, сексуал жиҳатдан суюқ бўлиб, аёллар билан тез танишиб олади ва тез-тез жинсий алоқалар қилади. Улар ўз имкониятларига керагидан ортик баҳо берадилар. Ўзларини катта бойлик ва кашфиётлар эгасидек тутишади. Маниакал кўзғалишлар маниакал-депрессив синдромнинг маниакал фазасида, шизофренияда, интоксикацияда (акрихин, наша), юкумли касалликда (грипп) учрайди.

Гебефреник кўзғалишлар — ҳаракат ва нутк кўзғалишлари, ақлсизлик болалардек ҳолат, ортикча аффект билан кечиши ҳисобланади. Ҳаракат кўзғалишлари ахмоқлик ҳар хил қилиқлар, тилини кўрсатиш, эхололия, эхопраксия, ҳазиллашиш қилиқлари билан бирга келади. Кайфияти бекарор — ё жуда қувноқ сабабсиз кулади, башарасини бужмайтиради, гулдираб бирдан жиддий, тажовўзкор бўлиб қолади. Нутқи ўзуқ-юлуқ сўзларни кўшиб гапиради, неологизм билан давом этиши мумкин. Баъзи ҳолларда гебефреник синдром тузилмасига нотурғун галлюцинация, алаҳлаш ва кататоник бузилишлар кириши мумкин. Гебефреник синдром ёш усмирларга хос. Шизофрения, бош мия жароҳати, интоксикацион психозда учрайди.

Галлюцинатор-алаҳлашли кўзғалишлар

Бу кўзғалишлар асосан ҳаракат кўзғалишлари бўлиб, нутқ кўзғалишлари бунга қушимча бўлади. Тажовўз галлюцинация ва алаҳлаш ҳаёллари, таъкиб қилиш, рашк таъсирида ривожланиб беморлар ўз-ўзини қутқаришга ўринишлари, қочиш, химояланиш, баъзи сўзларни бакириб, атрофдагиларга ташланиш ҳаракатларни қилишади. Кўзғалиш онгнинг бузилиши билан кечиб, субкоматоз делирий, онейроид, аменция ҳолидаги беморларда ва онгнинг қоронғилашиш ҳолларида учрайди. Вазиятга баҳо беришнинг бузилиши туфайли беморлар кўзғалган, қаёққадир қочган, қурқувда ойнадан ўзини ташламоқчи бўлади, атрофдагиларга ташланишади ёки ўзини қутқаришади, кийимларини йиртишади. Беморларнинг ўзини тутиши онгнинг — тафаккурининг бузилиш даражаси ва ҳолатига боғлиқ

Эпилептик кўзғалиш — онгнинг қоронғилашиши ва дисфория билан боғланган. Кўзғалиш жаҳлдор-ғазабли аффект билан кечиб, беморлар тажовўзкор ва бўзгунчи бўлиб, атрофдагиларни улдириш даражасига ҳам етади.

Психоген кўзғалиш — қўққисдан қучли рухий таъсирлар: фалокат, ҳаётда хавfli ҳолат, яқин кишисининг улими, мол-мулкини йўқотиш, портлаш натижасида келиб чиқади. Ҳаракат кўзғалишлари аффектив торайган онг фонида вужудга келади, бундай одам атрофмуҳитга мулжалини йўқотади, қўрқув гирдобига тушиб қочади, йўқларни танламайди, куйиш ва жароҳатланишда оғрик сезмайди, мотивацияланмаган оддий, бетартиб ҳаракат бажаради, ёниб кетаётган уйда қолган одамдек бўлиб қолади. Очик тўрган эшикни тополмай деворга мушглаб уради. Бу ҳолатлар бир неча минутдан бир неча соатгача давом этиб, тугагандан кейин сезиларли амнезия бўлади.

Хиссиёт, ирода, майл бузулишлари буйича тест саволлари

1. Anesthesia psychica dolorosa қуйидаги синдром ва касал тизимида ривожланади:

депрессив синдром
шизофрения
маниакал синдром
апатик синдром
астеник синдром

2. Депрессив синдром учун хос:

* тафаккур жараёнларининг секинлашуви
рухий ривожланишнинг ортда қолиши
жисмоний ривожланишнинг секинлашуви
идрок бузулишлари
дистимия
физик иш қобилиятини пасайиши

3. Қуйидаги симптомлардан қайсилари депрессив синдром таркибига қиради?

ўта тартибсезварлик, ассоциатив жараёнларнинг тезлашуви
пасайган қайфият, театрал интонация
*пасайган қайфият, қайғуга берилиш
интеллектуал тормозланганлик
мотор тормозланганлик, гиподинамия

4. Қуйида кўрсатилган касалликларнинг қайсиларида депрессив синдром учрайди?

рекуррент шизофрения
* МДП
идиотия даражасидаги олигофрения
бош миё органик касалликлари
прогрессив фалажлик IV босқичи, маразм

5. Улуғворлик ва бойлик васвасаси билан кечадиган маниакал синдром қуйидаги касалликда учрайди:

прогрессив параличда
шизофренияда
кексаллик ақли заифлигида
маниакал-депрессив психозида
бош миё жарохатида

6. Маниакал-депрессив психоз учун энг маъсус бўлган ҳолатлар:

*депрессия ва мания
дисфория
эмоционал лабиллик

касаллик прогнозининг яхши сифатлилиги
 амбивалентлик
 к'нгиб'шлик

7. Мания турларига киради:

ажитация
 кувноқ мания
 қахр-¶азабли мания
 масхарабоз мория
 довдираган мания
 апатико-абулик

8. Маниакал синдромга хос :

эйфория
 *тафаккур тезлашуви
 гипермнезия
 конфабуляция
 персеверация
 дистимия

9. Кататоник синдром уз ичига куйидаги симптомларни олади:

* капюшон симптоми
 *хартум симптоми
 прогрессияланувчи амнезия
 псевдореминесценция
 эмбрионал поза
 Липман симптоми

10. Кататоник синдромга хос:

эмбрион холати
 *каталепсия
 конфабуляция
 *негативизм
 обсессия
 эйфория

11. Кататоник кузгаалишдаги бемор нутқида кузатилади:

патетиклик ва демонстративлик
 вербигерация
 персеверация
 резонерлик
 * эхололия
 Апатия

12. Кататоник ступор турлари :

гипотоник ступор (депрессив)
 ступор мумсимон эгилувчанлик билан
 реактив ступор
 ступор харакатсизлик билан
 субступор
 истерик ступор

13. Люцид кататонияни онейроид кататониядан фарки:

тиниқ онг фонида кечади
 довдираган-патетик кузгалиш кузатилади
 ступор ва мумсимон эгилувчанлик кузатилади
 фантастик тушсимон тасаввурларнинг оқиб келиши кузатилади
 вақт, жойга ва уз шахсига дезориентировка кузатилади
 ориентировка сақланган бўлади

14. Кататоник ступор симптомларига киради:

мушак гипотонуси
 *мутизм
 *негативизм
 фаолиятга чанқоқлик
 харакатсизлик
 овкатдан бош тортиш

15. Кататоник ступорда тактика уз ичига олади:

*ёток яраларни профилактика қилиш
 тозаловчи клизмалар
 * парентерал овкатлантириш
 ноотроплар
 бензодиазепинлар
 беморни фиксация қилиш

16. Кататоник қўзғалиш учун хос:

довдираган-патетик қўзғалиш
 тентакнамолик
 * эхололия, эхопраксия
 намоишкорлик
 импульсивлик, стереотипия

ОНГНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

Онг — ҳақиқийборликни, воқеликни мияда акс эттиришнинг юқори даражаси бўлиб, у шахснинг теварак-атрофдаги нарсаларни, ҳозирги ва утмиш даврини яхши билиши, қарорлар қабул қилиш ва вазиятга қараб ўз хатти-ҳаракатини бошқариш қобилияти билан намоён бўлади. Онг — бош миянинг жуда ҳам мураккаб бирлаштирувчи фаолияти бўлиб, ўз вақтида, жойида, атрофдаги шахсларда ҳамда ўзининг шахсида мўлжаллини олиш ва фаол фаолиятига тайёр туриш демакдир. Онг — жамият меҳнат фаолияти натижасида пайдо бўлган ҳақиқиймавжуд воқеликни инсон миясида акс этилишининг олий туридир.

Онг рухий жараённинг ҳамма томонлари билан ҳамбарчас боғлангандир. Онг фаолиятининг амалга оширилиши бош миянинг энг қулай қўзғалишини талаб этади. Онг ўзгаришларининг ҳар қандай турида бош мияла албатта физиологик жараёнларнинг бузилиши бўлади.

Шундай қилиб, онгнинг бузилиши умумий мия реакцияси ҳисобланади, бу бузилишнинг турлари орасида фарқ мавжуд бўлиб, бу бузилишлар тормозланиш жараёнининг кучи бир хилда тарқалмаслиги, хасталик ўчоғининг маълум даражадаги жойлашуви билан ҳам фарқ қилади. Беморларда онг бузилишининг учраши бу хасталик жараёнининг ўткирлигини, оғирлигини ва жадаллигини кўрсатади. Онг бузилишининг бир неча турлари тафовут қилинади, аммо шундай аломатлари борки, улар онг бузилишининг барча турларига хосдир. Бўларни Ясперс тизимлаштирган ва қўйидагича изоҳлаган:

1. Атроф муҳитдан, ташки оламдан маҳрумлик Бунда атрофдаги барча нарсалар аниқ идрок этилмайди ёки батамом идрок этишнинг иложи бўлмайди. Баъзи ҳолларда аниқ воқеликнинг акси боғланмаган, ўзук-юлуқ кичик бўлақлар ҳолида учраши мумкин.

2. Вақтга, жойга, атрофдаги шахсларга ва ўз шахсига нисбатан мулжаллини у ёки бу даражада ололмаслиги.

3. Фикрлашнинг бузилиши. Фикрлар ўзук-юлуқ боғланмаган ёки жуда суст бўлиши мумкин.

4. Атрофда бўлаётган воқеаларни эслаш қийинлашади. Эс-хушнинг кирар-чиқар

холати кузатилиб воқеаларни қисман эслайди ёки умуман эслай олмайди. Қисман ёки тулик амнезия бўлади.

Эс-хушнинг ёки онгнинг бузилиш ҳолатини аниқлаш учун биз шу туртта белгини у ёки бу даражада беморда кузатишимиз шартдир. Беморда биргина ёки иккита аломатнинг мавжудлиги онгнинг бузилиш ҳолатини аниқламайди.

Онгнинг учиши миянинг устун тизмаларининг жароҳатланиши билан вужудга келади. Онгнинг учиши дезинтеграция бўлмай, аксинча, онгнинг тушиб қолиши: қисман ёки тулик онгсизлик ҳолатидир, аммо патологик маҳсулсиз (яъни галлюцинация, васваса ғоялариёиз) бўлади.

Онг бузилишининг психотик шакллари ёки дезинтеграцияси—бу мия пустлогининг бўлаклари ўртасидаги боғларнинг мураккаб бузилиши бўлиб, патологик маҳсулот (яъни васваса ғоялари, идрок бузилишлари, алахлаш, хулқ-атворининг бузилишлари) билан кечади.

Эс-хушнинг бузилиш синдромларини қўйидаги тасниф бўйича ўрганилади:

I. Онг бузилишининг нопсихотик шакллари ёки онгнинг қисман ёки тўлиқ ҳолда тўхташи.

Бўларга: кулоқ битиш холати, обнубуляция, сомноленция, сопор, кома ҳолатлари киради.

II. Онг бузилишининг психотик шакллари ёки онгнинг хиралашуви.

Буларга: делирий, аменция, онейроид, эснинг кирар-чиқар ёки ғира-ширалик ҳолати, транс, амбулатор автоматизмлар, сомнамбулизм киради.

I. Онг бузилишининг нопсихотик шакллари

1. Обнубуляция (лотинча—булут сўзидан олиган) — онгнинг енгил ёки қисман бузилиши. Онг бир неча дақиқа ёки минут давомида худди хиралашгандай, енгил булут билан қоплангандай бўлади. Бу ҳолатда вақти-вақти билан онгнинг равшанлашувини, кайфиятнинг у ёки бу томонга (эйфория ёки кўзғалувчанлик) ўзгариши кузатилади. Обнубуляцияни вақтида аниқлаш жуда муҳимдир, чунки у интоксикациянинг кучайиб бораётганлигини кўрсатади. Заҳарланишларда, оғир юкумли касалликларда, бош мия жароҳатларининг ўткир босқичларида учраши мумкин.

2. Сомнолемция (уйку босиш). Бу ҳолат анча ўзок (соатлаб, баъзан кунлаб) давом этади. Мулжал олиш бунда бузилмайди, баланд товуш билан саволлар бериб беморнинг диққатини оширишимиз ва саводимизга хос қисқа жавоб олишимиз мумкин. Кўпинча нейротроп заҳарланиш — ичкиликдаи, транквилизатор ва ҳоказолардан заҳарланиш асосида вужудга келади.

3. (Қарахтлиқ) **Кулоқ битиши** — анча оғирроқ ҳолат. Беморлар ланж, шашти пастрок бўладилар, ўзларига берилган саволларга дарҳол жавоб бера олмайдилар, уларнинг фаҳми паст, хотираси заифлашган бўлади. **Қарахтлиқ Кулоқ битиши** турли даражада ифодаланади ва гипергликемия ҳолатида, зотилжам касаллигида, перитонитда, нейроинфекцияларда, камқонлик

терлама касалликларида учрайди.

4. Сопор (сопороз ҳушсизлик) ёки субгалатоз ҳолат — кулоқ битишининг юқори даражаси. Бунда бемор ҳаракатсиз бўлиб қолади. Оғриққа жавоб бериш, кўз қорачиғининг ёруғликка реакция бериши, конъюнктивал ва корнеал рефлекслардан ташқари, бошқа рефлексларга жавоб реакциялари бўлмайди. Бу ҳолат оғир кечган юкумли касалликларда, заҳарланишларда, оғир кечган юкумли касалликларнинг декомпенсация ҳолатида кузатилади.

5. Кома — онгнинг батамом тўхташи. Бундай ҳолатда беморда оғрик рефлекслари ҳам, конъюнктивал, корнеал рефлекслар ҳам пайдо бўлмайди. Юқорида кўрсатилган ҳолатларнинг янада оғирлашувида, шунингдек оғир мия жароҳатларида кузатилади.

II. Онг бузилишнинг психотик шакллари

I. Делирий ёки делириоз синдроми.

Онгнинг бузилишлари фонида идрок этишнинг ёркин бузилишлари (галлюцинациялар ва иллюзиялар) пайдо бўлганда, шунингдек ваҳима ва қурқиш сифатида ҳиссий (эмоционал) бузилишлар юзага келганда онгнинг делириоз бузилиши ҳақида сўз боради. Беморларда ўз шахсига мўлжалини сақлаган ҳолда жойга, маконга ва атроф-шароитга мўлжалнинг бузилиши кузатилади. Бунда кўриш ва эшитишга доир жуда кўп галлюцинацияларнинг пайдо бўлиши типик ҳодиса бўлиб, улар одатда кўрқиш тавсифига эга бўлади. Парейдологик иллюзиялар ва сахнасимон қуриш галлюцинациялари тавсифлидир. Атрофда содир бўлаётган воқеалар ўзуқ-юлуқ ноаниқ идрок этилади, кучли психомотор ҳаракат кўзғалишлари вужудга келади. Кўп ҳолларда икқиламчи ҳиссий образли, галлюцинацияларга мос равишда васваса ғоялар пайдо бўлади. Натижада бемор хавотирланиб ўзини ҳимоя қилишга, чопиб қутулиб қолишга интилади, баъзи ҳолларда атрофдагиларга хавф туғдиради. Делирийда онгнинг «мен»и сақланиб қолади, шунинг учун бемор ўз онгида содир бўлаётган драматик воқеаларнинг марказида бўлади ва бу воқеалар беморга қаратилган бўлади. Делирий ҳолатида биз «люцид туйнуқларни», яъни беморларда қисқа муддатли ёки енгил ҳолларда кундўзги онгнинг равшанлашувини кузатамиз. Бунда бемор атрофдагиларни танқиди, саволларга тўғри жавоб беради, танкидий мулоҳаза юритади. Кечқурун ва кечаси эса онгнинг хиралашуви кучаяди.

Беморлар касаллик ҳолатидан чиққанларидан кейин бошдан кечирганларини қисман, ўзуқ-юлуқ ҳолда эслаб қоладилар. Алкоголизмда учрайдиган делирийни биз алкоголь делирийси ёки оқ алахлаш касаллиги деймиз. Бундан ташқари, делирий ҳолати баъзи юкумли касалликларда ҳарорат баланд бўлганда учраши мумкин ва кам ҳолларда бош мия шикастланишининг ўткир даврида кузатилади.

Делирийнинг оғир ўтадиган икки тўрини тафовут этамиз. Бўларга мусситирловчи ёки валдировчи ва касб делирийси киради.

Валдировчи делирийда ташқи таъсиротга реакция булмайди, тушакнинг ўзида кўзғалиш билан чекланади. Бемор тушунарсиз, нималарнидир валдирайди, маъносиз ва қўллари билан бир хилда ҳаракатлар қилади. Валдировчи делирий баъзи ҳолларда сопор ва комага ўтиши мумкин.

Касб делирийси шу билан фарқ қиладики, бунда иллюзиялар ва галлюцинацияларга Караганда ҳаракат кўзғалишлари кўпроқ ўрин тўтади. Мўлжалга олишнинг бузилиши жуда чуқур бўлади. Кўзғалиш асосан беморнинг касби билан алоқадор бўлган одатий ҳаракатлар тарзида кечади. Масалан: ошпаз пичоқлар билан ишлаётгандек дурадгор болға ёки арра билан ишлаётгандек хайдовчи машинани бошқараётгандек ҳаракатларни бажаради. Кўзғалиш баъзи ҳолларда касб билан боғлиқ бўлган айрим сўзларни такрорлаш билан ёки унсиз ҳаракатлар билан давом этиши мумкин.

2. *Аменция (аментив ҳолат)*

Бунда и ҳолат оғир ва ўзоқ вақт давом этадиган касалликларда, юкумли касалликлар, септикопиемия, кучли заҳарланишлар матижасида юзага келади. Бемор атрофии, вақт ва ўз-ўзини билмай қолади. Бемор теварак-атрофдаги нарсаларни англолмай қолади, нулей, фикрлаши ўзук-юлуқ боғланмаган (инкогеренция) ҳолда нималарнидир шивирлайди ёки бақиради, баъзи ҳолларда персеверациями кузатишимиз мумкин. Аменцияда делирийдан фарқли ўларок кўзғалиш бир хилда ҳаракатлар билан бемор ётган ўрнининг ўзида чегараланган ҳолда ўтади. Айрим ҳолларда мушакларнинг тортишувини, гиперкинезларни, ҳаттоки тутқаноқларни кўришимиз мумкин. Галлюцинациялар делирийга қараганда кам бўлади. Аментив ҳолат делирийдан кейини ёки ўзи мустақил учраши мумкин.

Аменция ҳолатидан чиққандан кейин беморниинг шу ҳолатидаги кечинмалари ҳақидаги хотиралари сақланиб қолмайди. (тўлиқ аменция кузатилади).

3. *Онейроид* (уйқусимон, фантастик васвасали онгнинг хиралашуви). Онейроид жойни, вақтни ва ўз шахсини нотулиқ кўпинча икки хил тушуниши билан тавсифланади. Бемор гуё уйқусимон тахайюлот хаёллар оламига тушиб қолгандек бўлади: ўзини бошқа сайёраларда, коинот кемаларида, экзотик боғ-роғларда юргандек сезади. Баъзилари эса денгиз урушларини, оламшумул жаигоҳларни бошқараётгандек ҳис қиладилар. Учинчилари эса эрамиздан олдинги жониворлар орасида юргандек жаҳаннатга ёки жаннатга тушиб қолгандек бўладилар. Тўртинчилари охир замонни, қиёмат қоимни кузатаётгандек вулқонларнинг отилишини, миллионлаб одамларнинг удаётганини, планета лараро урушларнинг гувоҳи бўладилар. Бунда фантастик воқеалар бир-бири билан боғланган ҳолда бўлади.

Онейроид ҳолати ҳар доим сохта галлюцинациялар хосил бўлиши билан кечади.

Онейроид ҳолатида, делирий ҳолатидан фарми ўлароқ ўз шахсининг мўлжали бузилади, бемор ўзини бошқа шахсга айланиб қолганлигини ёки фантастик кечинмаларга мос равишда шахсининг ўзгарганлигини ҳис этади. Агар делирийда беморнинг юриш-туриши галлюцинациялар ва васвасаларга мос келса, онейроидда бемор ҳаракатсиз, кам ҳаракат ёки бир хилда, маъносиз ҳаракат кўзғалишида бўлиши мумкин.

Беморнинг мимикаси гоҳ ҳамма нарсадан воз кечгандек ғамгин, гоҳ «сехрлаб кўйгандек» кўринади. Кўзлари кўпинча юмилган ёки ярим очиқ бўлади. Агар бемор билан гаплашиладиган бўлса, ўзининг «тушлари» ҳақида гапириб бериши мумкин, айти вақтда ўз номи ва палатасининг номсирини айтиши мумкин, бу икки хил фикр юритишдир. Бундан ташқари, беморда шундай ҳолат бўлиши мумкинки, у атрофдаги бегона одамларни худди яқин танишлардек ёки яқин одамларини бегоналардек худди уларнинг қиёфаларини олгандек идрок этиши мумкин, буни Капгар аломати ёки ижобий ва салбий икқиланиш аломати деб аталади. Баъзида эса грим билан ҳар гал ўзининг қиёфасини ўзгартирган ҳолда бир гал онасининг қиёфасида, бошқа бир гал дўстининг қиёфасида, бошқа бир гал эса врач қиёфасида (бир одамнинг ўзи), масалан таъкиб қилувчи беморнинг олдига келаётгандек туюлиши мумкин. Буни Фреголи аломати ёки ижобий икқиланиш васвасасининг аломати деб аталади.

Беморда бошдан кечирилган нарсалар ҳақидаги хотиралар сақланиб қолади. Беморлар касалликнинг энг оғир куринишлари ҳақида яхши ҳикоя қилиб берадилар. Онейроид оғир эндоген психозларда, баъзи бир юқумли касалликларда учраб туради.

4. Эс-хушнинг гира-ширалик ҳолати (сумерик ҳолат).

Бу ҳолат кутилмаганда, тўсатдан пайдо бўлиб, одатда ўзоқ вақт давом этмайди, шуниингдек тусатдан тухташи мумкин, шуни ҳисобга олган ҳолда транзитор, тез утиб кетувчи ҳолат деб ҳам юритилади. Бу синдром учун атроф-муҳитга, кишиларга мўлжал олишнинг чуқур бузилиши, галлюциноз ва ўткир хиссий васваса, кўркув, ғазаб ва алам аффеқтлари, шафқатсиз ҳаракатлар кўзғалишининг ривожланиши билан ёки ташқаридан қараганда тўғри ҳаракатлар бажарилаётгандек кўринган ҳолатлар хосдир.

Кучли аффеқт, васваса ва галлюцинациялар таъсирида бемор тусатдан жуда хавфли хатти-ҳаракатлар қилиши мумкин: ўзининг яқин одамларини душман деб идрок этиб шафқатсиз ўлдириши ёки оғир жароҳатлар етказиши мумкин, кучли ғазаб оқибатида атрофдаги кўзига тушган нарсаларни мақсадсиз бўзиши, синдириш ҳаракатларини бажариши мумкин.

Қовоғи солинган ҳолат вақтидаги хотиралар сақланиб қолмайди, қилган хатти-ҳаракатлари, баъзида оғир жиноятларга муносабати — бошқа одамлар қилгандек қабул этилади.

Бу ҳолатда делирий ва онейроиддан фарқли улароқ нафақат ҳақиқий воқеалар, беморнинг субъектив кечинмалари ҳам хотирада сақланмайди.

Қовоғи солинган ҳолатнинг васвасали ҳамда галлюцинацияли вариантлари тафовут этилади.

Агарда қовоғи солинган ҳолат васвасасиз, галлюцинациясиз ва аффектив ўзгаришларсиз кечса, буни амбўлатор автоматизм ҳолати деб юритилади. Бу ҳолатда беморлар автоматлашган хатти-ҳаракатлар туфайли ўзлари тушунмаган ҳолда шаҳарнинг қарама-қарши томонига бориб қоладилар. Бу онгсиз сайр вақтида улар механик равишда кучаларни кесиб ўтишлари, шаҳар транспортида юришлари, оддий саволларга жавоб беришлари мумкин. Уларни гангиб қолганларга ёки ўзининг хаёллари билан чуқур банд бўлган кишиларга ухшатиш мумкин.

Амбўлатор автоматизмнинг ўзок вақт-бир неча соатдан то бир неча кунларгача давом этадиган тўрини транс деб атаймиз. Бунда беморлар мақсадсиз ўзок жойларга, ҳатто поездларга ўтириб бошқа шаҳарларга сафарлар қилиши мумкин. Бу ҳолат тугагач бемор қандай қилиб бошқа шаҳарга, нотаниш жойга келиб қолганини эслай олмайди.

Жуда ҳам қиска, 1—2 минут давом этадиган амбўлатор автоматизми — фуглар деб аталади. Фуг сўзи чопиш маъноси билдиради. Бунда бемор бирданига ўзига-ўзи ҳисобот бера олмай, атрофдагиларни англамай қаёқадир чопади ёки бир жойда айланади. Бу ҳолат тугаб бемор ўзига келганда у билан қандай воқеа руй берганини, нима учун атрофдагилар унга эътибор бериб қолишганини тушунолмайди.

Абсанс — бу дақиқанинг бир неча улуши давомида руй берадиган онгнинг тухташи ёки «учиб қолиши»дир. Бунда беморлар тусатдан маъносиз нигоҳ билан, фикрини йўқотиб қўйгандек жимиб қоладилар. Агарда у бирор иш билан машғул бўлиб тўрғанда руй берса, уларнинг қўлларидан усқунанинг тушиб кетганини, овқатланиш вақтида қошиқнинг тушиб кетганини кузатилади.

Амбўлатор автоматизмга кирувчи яна бир ҳолат - сомнамбулизмдир. Сомнамбулизмда қисман, тулик бўлмаган уйғониш кузатилади. Бунда одамнинг худди ҳаракатлари уйғонгану, онги уйғонмаган. Беморлар тушакдан туриб хонада юрадилар, уйдан чиқиб кетишлари мумкин. Уларнинг хатти-ҳаракатлари онг билан бошқарилмайди, мақсадсиз ҳаракатлар бўлади.

Саволларга ва мурожаатларга эътибор бермайдилар ёки бу пайтда уйғониб кетишлари мумкин. Эс-ҳушнинг ғира-ширлик ҳолатлари тутқаноқ касаллигида, бош миянинг органик касалликларида учрайди.

Онг бузулишлари мавзусига оид тест саволлари

1. Онг бузулишлари кузатилувчи синдромларни курсатинг:

астеник
 *онейроид
 ипохондрик
 онгнинг номошшомсимон коронгилашуви
 апатико-абулик
 *Аменция

2. Ясперс буйича онг хиралашуви белгиларига киради:

довдираш аффекти
 ташки дунёдан ажралиб қолиш
 эйфория ва тафаккурининг тезлашуви
 тулиқ ёки қисман амнезия
 тафаккур инкогеренцияси
 амнестик бузулишларни булмаслиги

3. Онгнинг онейроид бузулишига хос:

ориентировкани ва узлигини англашнинг бузулиши
 *бемор узини фантастик воқеаларнинг иштирокчисидек сезади
 касаллик кечинмаларининг тула амнезияси
 фантастик характердаги галлюцинатор кечинмалар
 аффектнинг кутблилиги
 мусбат Ашшофенбург симптоми

4. Делирийга хос булган симптомни кўрсатинг:

дисфория
 уйку бузулиши
 *маконга ва вақтга нисбатан дезориентировка
 кўрув галлюцинациялари
 уткир хиссий ва образли васваса
 каталепсия

5. Делирий асосий симптомларини курсатинг

куркув аффекти
 резонерлик
 *чин галлюцинациялар
 псевдогаллюцинациялар фонида экстаз
 мания
 дезориентировка

6. Онейроиддан фарк қилиб делирийга хос:

*галлюцинацияга хос равишда узини тутиши
 фантастик галлюцинациялар
 таъсирли, образли васваса

вакт ва маконга нисбатан дезориентация
реал воқеага нисбатан амнезия
шахсиятига ориентировкани сақланиши

7. Делирий турига киради:

конфабулятор
аментив
типик
*мусситирловчи
амбулатор
профессионал

8. Онгни бузилиши қайси касалликда учрайди:

шизофрения
инфекцион
БМЖ
алкоголизм
инволюцион меланхолия
неврастения

9. Психотик онг бузилишларига киради:

*онейроид
*кулок битиши
кома
сопор
онгнинг номошшомсимон хиралашуви
*аменция

10. Делирий кузатилади:

шизофренияда
ўткир томир психозида
ўткир инфекцион психозида
неврастенияда
алкоголизм
ўткир травматик психозида

11. Делирийга хос :

*да шатли кўрув галлюцинациялари
қўрқув
харакатсизлик
психомотор қўзғалиш
ориентировканинг бузилиши
псевдогаллюцинациялар

16. Делирийга хос бўлган симптомни кўрсатинг:

дисфория
 уйқу бузилиши
 маконга ва вақтга нисбатан сохта ориентировка
 кўрув галлюцинацияларининг кўпайиши
 ўткир иссий ва образли васваса
 каталепсия

17. Карахтлиқ учун хос :

нутқий мулоқотнинг йўқолиши
 ташқи таъсирларга реакцияси
 фикрлаш жараенининг қийинлашуви
 иллюзиялар ва галлюцинациялар
 ориентировканинг сусайиши
 *тормозланиш

18 Онгнинг намозшомсимон хиралашуви вариантлари

транслар
 амбулатор автоматизм
 фугалар
 абсанс
 каталепсия
 *сомнамбулизм

19. Психотик онг бузилишига киради:

*намозшомсимон бузилиш
 обнубуляция
 *аменция
 сопор
 *делирий
 *онейроид

20. Нопсихотик онг бузилиши хос:

миа қон айланишининг бузилишига
 интоксикацияларга
 бош миа ўсмаларига
 сурункали буйрак етишмаслигига
 маниакал-депрессив психозига
 шизофренияга

22. Делирий ривожланашида сабаб бўлади:

инфекцион патология
 *алкоголизм
 соматик патология
 психогения

за арланиш
неврозсимон шизофрения

23. Онг хиралашуви мезонларига киради:

астеник • олат
резонерлик
*реал борлиқдан четланиши
жойга ва вақтга нисбатан дезориентировка
фикрлашнинг бузилиши
қисман ёки тўлиқ амнезия

24. Онг бузилишининг нопсихотик тури кузатилади:

оғир кечувчи интоксикацияларда
бош мия абцессиди
шизофренияда
бош мия ўсмаларида
психопатияларда
сурункали буйрак етишмаслигида

25. Онгнинг намозшомсимон бузилиши кузатилади:

шизофренияда
бош миянинг органик шикастланишида
эпилепсияда
инволюцион психозларда
патологик алкоголь ичкиликбозлигида
истерик психозларда

26. Делириоз синдромга киради:

субступор • олати
кўрув галлюцинациялари
псевдогаллюцинациялар
таъқиб, таъсир васвасаси
*кўрқув, ва има аффекти
вақтга ва жойга нисбатан ориентировка

27. Делирий кузатилади:

соматоген психозларда
инфекцион касалликларда
шизофрения психозларида
неврастения
маниакал-депрессив психозда
истерик неврозда

29. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

эпилепсияда
 алкоголизмда
 маниакал-депрессив психозида
 инфекцион психозларида
 реактив • олатларда
 акцентуант шахсларда

30. Онгнинг онейрод бузилиши учрайди:

сурункали инфекцияларнинг узоклашган даврида
 эпилепсияда
 бош мия жарохатида
 интоксикацияларида
 шизофренияда
 неврозларда

31. Онгнинг онейрод бузилишининг симптомларига киради:

чин галлюцинациялар
 эмоционал бузилишлар
 шахс ўзлигини англашнинг йўқолиши
 *сахнадагисимон галлюцинациялар ва фантастик курунишларнинг
 мавжудлиги
 теваарак атрофга ориентирни йўқотиш
 ўз шахсига оиентировка сақланганлиги

32. Онгнинг делириоз бузилиши учрайди:

қон томир касалликларида
 соматогенияда
 шизофренияда
 инфекцион касалликларда
 алкоголь психозида
 реактив психозларда

33. Онгнинг номозшомсимон бузилиши синдромига киради:

тула амнезия
 *реал оламдан узилиш
 вақт ва жойда ориентирни йўқотиш
 псевдогаллюцинациялар
 ёдда сақлаб қолишнинг бузилиши
 фикрлаш жараенининг бузилиши

34. Аменцияда учрайди:

довдираш
 тафаккурнинг боғлиқсизлиги
 сохта галлюцинациялар

ўз шахсига ориентировка сақланиши
чин галлюцинациялар
барча жавоблар тўғри

35. Онгнинг бузилишининг бемаъсул (нопсихотик) синдроми:

онейрод
*карахтлик
аменция
*кома
намозшомсимон • олат
делирий

36. Онг бузилиши аломати:

реал борликдан четланиш
атрофни аниқ идрок этиш
конфабуляция
ориентировканинг бузилиши
параноид
атрофни англашнинг сақланиши

37. Онгнинг психотик бузилиш синдроми:

сопор
карахтлик
*делирий
кома
хушдан кетиш (обморок)
*аменция

38. Онейроид синдроми учун хос бўлган аломат:

фантастик галлюцинациялар
фикр тезлашуви
инкогеренция
псевдогаллюцинациялар
хамма жавоблар тўғри
*чин галлюцинациялар
туғри жавоб йўқ

39. Кучли кўзқалиш қайси онг бузилишида учрайди:

сомноленция
карахтлик
*делирий
онгнинг намозшомсимон бузилиши
барча жавоблар тўғри
коматоз

40. Коматоз ••олат белгилари:

жавоблар паст овозда секин
психомотор қўзғалиш
шартсиз рефлекслари йўқ
*саволларга жавоб бермайди
қўзғатувчиларга реакцияси бор
•аракати йўқ

41. Онгнинг нопсихотик бузилиши кузатилади:

*бош мия жарохатида
*инфекцион касалликларда
шизофренияда
қон томир психозларида
бош мия касалликларида
психопатияларда

42. Делирий белгиларига киради:

эйфория
*иллюзиялар ва галлюцинациялар
*қўрқув ва вахима
каталепсия
тўлқинсимон кечиши
психомотор қўзғалиш

43. Делирий пайдо бўлади:

қон томир психозида
интоксикацион психозда
инволюцион психозларда
инфекцион психозида
травматик психозда
реактив психозларда

44. Делирий кузатилади:

травматик психозда
маниакал-депрессив психозда
интоксикацияда
инфекцион психозда
инволюцион психозларда
неврозларда

45. Намозшомсимон синдром қуйдаги касалликларга хос:

травматик психозга
шизофренияга
қон томир психозга
инфекцион психозга

маниакал депрессив психозга
эпилепсияга

46. Аментив синдроми учрайди:

ўсма касаллигининг охирги босқичида
оқ ала-лашда
сурункали сепсисда
истерик психозларда
оғир соматик касалликларда
оғир кечадиган юқумли касалликларда

47. җайси онг бузилиши кўпроқ социал хавфли ғисобланади:

аментив
номозшомсимон
онейрод
*делириоз
карахтлик
кома

48. Мусситрланган делирийнинг асосий белгиларига киради:

параноял васваса
онгнинг чуқур хиралашуви
фикрлаш бузилиши
тиник онг фонида кечиши
ўта соматик бузилишлар
ўта неврологик бузилишлар

49. Аменцияга хос:

нутқнинг боғлиқсизлиги (бессвязанность речи)
бўлаётган воқеаларни тушуниб етиш мумкинлиги
ёмон оқибат
ориентирнинг бузилиши
орентировканинг сақланганлиги
онгнинг чуқур бузилиши

50. Делирий учрайди:

шизофренияда
оғир кечадиган соматик касалликларда
неврастенияда
травматик психозда
истерик психозларда
церебрал атеросклерозда
инфекцион психозларда

51. Онейроидни делирийдан фарқловчи белги:

ўткир пайдо бўлиши
 ўзлигини англашнинг бузилиши
 психомотор қўзғалиш
 псевдогаллюцинациялар
 *вақтга ва жойга нисбатан дезориентировка
 аффектив бузилишлар

52. Онг бузилишининг умумий белгиларига киради:

психомотор қўзғалиш
 *борликдан ажралган • олат (отрешенность)
 галлюцинациялар
 *вақтга, жойга ва ўз шахсиятига дезориентировка
 фикрлаш бузилиши
 *амнезия

53. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

шизофренияда
 инфекцион психозларида
 алкоголизмда
 неврозларда
 реактив ҳларда
 эпилепсияда
 психопатияларда

54. Онгнинг сопороз бузилишига хос:

вақтга нисбатан дезориентировка
 шахсга нисбатан ориентировка
 мулоқотдан маҳрумлик
 маконга нисбатан дезориентировка
 кучли қўзғатувчига ҳаракат ва мимика реакциясининг сақланганлиги
 кучли психомотор қўзғалиш

55. Онгнинг делириоз бузилиши ривожланади:

шизофренияда
 ўткир симптоматик психозларида
 психопатияларда
 бош мия томир патологиясида
 интоксикацияларда
 бош мия жароҳатларида

56. Онгнинг намозшомсимон бузилишига хос:

васваса
 руҳий автоматизм
 галлюцинациялар
 сиқилиш, қахр-ҳазаб, қўрқув аффекти

атроф-мухитга нисбатан дезориентировка
аста-секин ривожланиши

57. Аменцияга хос :

ўз шахсига нисбатан онг сақланганлиги
атроф-мухитни тушиниб ета олмаслик
фикрлашнинг боғлиқсизлиги
довдираш
нисбатан оғир соматик ҳолати
ўз-ўзини англашнинг бузилиши

58. Онгнинг онейрод бузилиши белгиланади:

атроф-мухитга нисбатан мўлжал бузилиши
психомотор кузголиш
ўз-ўзини англашнинг бузилиши
чин зоопатик галлюцинациялар
*фантастик характердаги кечинмаларнинг мавжудлиги
вақтни идрок этишнинг бузилиши

59. Делирий синдромида учрайди:

фантастик характердаги кечинмалар
замон дезориентировка
*чин кўрув галлюцинациялари
ўз шахсига ориентировка бузилиши
қисман амнезия
ҳаракат қўзғалиш

60. Онгнинг намозшомсимон хиралашувида учради:

гипермнезия
дезориентировка
ўткир бошланиши
транзиторлик
кўрқув, қахр-Ҳазаб ва ғима аффеқтлари
ёпишқоқ фикрлар

61. Онгнинг аментив хиралашуви учун хос :

онгнинг чуқур хиралашуви
фантастик кечинмалар
фикрлаш боғлиқсизлиги
довдираш /растерянность/
ҳаракат қўзғалиши йук
эйфория

62. Делирийда қуйидаги симптомлар учрайди:

ҳаракат қўзғалиши
 кўрув ва вербал чин галлюцинациялар
 фантастик мазмунли кечинмалар
 қўрқув аффекти, кузатиш васвасалари
 ўзликни англашнинг бузилиши

63. Қуйидагилардан қайси бири онг йўқолиши синдромларига киради?

*делирий
 *кома
 карахтлик
 *онейроид
 обнубиляция

64. Кома ҳолатида қуйидаги бузилиш аниқланади:

*гипостезия
 гиперстезия
 пай рефлекс юқолиши
 парестезия
 анестезия

65. Бемор палатада утирибти, аммо ўзини бошқа планета учаётгандек хис қилади, буни қуйидагича квалификация қилиш мумкин:

*онейроид
 парафрен васваса
 гипногагик галлюцинация
 экстракампин галлюцинация
 гаптик галлюцинация

66. Карахтликда кузатилади:

ташки стимуляциядан сўнг организм кучларини мобилизацияси
 ҳаракат секинлашув
 брадипсихия
 мания
 вазиятни баҳолашнинг қийинлашуви

67. Делирий учун асосий аффект бўлиб:

* қўрқув
 дисфория
 апатия
 агрессия
 мания

2-БОБ

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ ПСИХОПАТОЛОГИК СИНДРОМЛАРИ

Рухий касалликлар ҳам организмнинг бошқа хасталиклари каби симптом (аломат)ларга эгадир. Ҳар қандай касаллик аниқлаш белгисидан бошланади. Аммо фақат аниқланган аломатларига қараб касалликни ташхис қилиш мумкин эмас. Алоҳида аломат ташхис аҳамиятига фақатгина бошқа белгилар билан биргаликдагина (синдром) аҳамиятга эга бўлади. Синдромлар ўз холига маълум бир касаллик учун махсус бўлмай, кўпгина рухий касалликларда кузатилиши мумкин. Шу билан бирга белги ва синдромлар касалликнинг клиник кўринишини вужудга келтирувчи материал ҳисобланади. Беморлардаги махсуслик синдромларнинг ўзигина эмас, балки уларнинг тавсифидир, яъни синдромларнинг шаклланиши, мураккаблашуви — қайтиши, уларнинг алмашинувидир.

Синдромлардан ва уларнинг навбатлашиб алмашинувидан касалликнинг клиник кўриниши ва тараққиёти шаклланади. Ҳар қандай рухий касаллик учун маълум бир синдромлар хосдир, ҳар бир касаллик учун маълум бир тартибда ўзгаради ва алмашинади. Бир синдромни бошқа бир синдромлар устидан устиворлиги, пайдо бўлиш тартиби, ҳар бир рухий касаллик учун одатда етарлича қатъий саманади. Бу эса алоҳида рухий касалликларни нозологик бирлик сифатида аниқлашга имкон беради.

Рухий касалликлар фанига «аломатлар мажмуаси» атамасини 1863 йилда кататонияни изохлашда Кальбаум томонидан киритилган. Аммо то шу пайтгача рухий хасталик синдромларини қониктирувчи тизимлаштириш нуктаи назари ишлаб чиқилмаган.

Синдромларни асосий ёки ук синдромлари (параноид, маниакал, депрессив ва бошқалар) ва ўткинчи (транзитор босқич) мезонлари бўйича таснифлашга ҳаракатлар бўлган. Асосий ва ўк синдромлар эндоген ва проградентли психозлар (шизофрения) ва экзоген органик психозлар учун хосдир. Улар кўпинча ўткинчи, босқич синдромлар билан қўшилади, аммо охиригилари соф ҳолда ҳам ўткир экзоген психозларда учрайди.

Касалликларнинг кечиш алоҳидаликларига қараб тасниф қилишга ўринишлар бўлди. (циркуляр, резидуал, бошланғич ёки невротик ва бошқа синдромлар). Баъзи муаллифлар катта ва кичик оддий ва мураккаб, умумий, хусусий ва бошқа синдромларни фарқлайдилар. Кичик оддий рухий хасталик синдромларда рухий бузилишларнинг даражаси юқори бўлмаган бузилишлари ўзи кайталувчандир, касалликдан сўнг шахсият сақланган ҳолда қолади. Кичик оддий синдромлар билан беморларда невроз ва психопатиялар намоён бўлади. Катта, мураккаб рухий хасталик

синдромларида турли аломат ва синдромларнинг мураккаблашуви ва қўшилувида бемор шахсияти ўзгаради, бўлар бош мияни органик касалликларида кузатилади. Д. Жексон (1864) биринчи бўлиб синдромларнинг клиник кўриниши қарама-қарши бўлган ижобий ва салбий бузилишлардан иборатлигини айтган. Агар негатив бузилишлар—ҳисҳаяжон — хоҳиш бузилишлари, шахсиятнинг руҳиятини чекиниш ақлсизлик — касаллик жараёни билан чақирилган бўлса, тўғри, ижобий бузилишлар галлюцинатор — васваса, аффектив, кататоник ва бошқалар ўзгармаган нерв хужайралари фаолиятининг натижасидир. Ҳар бир рухий касаллик айниқса у мураккаблашувга мойил бўлса, икки қатор рухий бузилишлардан ташқил топади. Тор маънода олганда психоз аломатларидан ва психозга ҳамроҳ бўлувчи касаллик пировардига қараб чуқурлашадиган шахсиятнинг ўзгаришидан (негатив бузилишларидан) ташқил топган бўлади. Ҳар бир синдром ижобий (позитив) ва салбий (негатив) ўтувчан ёки доимий аломатларнинг биргалигидан иборатдир. Шунинг учун позитив ва негатив бузилишларни қарама-қарши куйиб булмайди. Позитив ва негатив бузилишлар нафақат ўзаро чирмашиб кетади, балки бир қатор умумийлиги ҳам бордир: кайтувчан бўлиши мумкин, муаллақ туриш ва ривожланиши мумкин; нисбатан оддий ва мураккаб бўлиши мумкин.

Кўйида рухий фаолиятни босқичма-босқич чекини-шини тавсифловчи маълум бир тартибда рухий патологик энг энгил еиндромлардан бошлаб борган сари жиддийроқ, оғирроқ генераллашган синдромларгача келтирилади.

НЕВРОТИК СИНДРОМЛАР

Невротик синдромларга неврастеник (астеник), истерик ва абсессив (ёпишқоқ ҳолатлар) синдромлар тааллуқлидир.

Неврастеник (астеник) синдромлар—ўта чарчаш ҳолатидир, тез жаҳли чиқиш ва беқарор кайфият вегетатив аломатлар билан кушилади ва уйкуси бузилади.

Ўта чарчаш ҳолати астенияда ишнинг маҳсул-дорлигини камайиши билан, айниқса амий меҳнатпи ва хофизот кучини — эслаш кобилиятини пасайиши кузатилади, ўз-ўзини осон қўлга олиши сусаяди, таъсирчан, сабрсиз: тутоқувчан бўлиб қолади, кайфият эзилганлик ҳолатидан — хавотир, йиғи-сиғигача ўзгариб туради. Уйкуси юзаки, хавотирли тушлар кўради, тез-тез уйғонади, кундузи мудраб юради. Кўпинча гиперестезия кузатилади—ёруғ чирокни, ўткир хид, баланд товушларни кўтара олмайди.

Беморлар бош оғриғидан, хаётий жараёнларда ва амий меҳнатда унинг кучайишидан шикоят қиладилар.

Неврастенияга ҳамма вақт вегетатив ўзгаришлар ҳамроҳ бўлади. Кўпинча юрак-қон

томирлар тизими томонидап фаолият ўзгаришлари (қон босимининг тебраниши, тахикардия, пульснинг уйновчанлиги, юрак соҳасида нохуш сезгилар, бадани меъёр ҳароратда бўлса ҳам исиб ёки совиб кетиши, кучли тер ажратиши ва бошқалар) кузатилади. Диспепсия ҳолатлари ҳам (ич суриши, кабзият, ел ҳосил бўлишининг купайиши, иштаханинг пасайиши, вазнини йўқотиши, тушлари ўзгариши) кузатилади. Эркакларда кўпинча жинсий майл сусаяди, аёлларда хайз бузилиб, жинсий совумик пайдо бўлади. Агар неврастения кўринишида тутоқиб кетиш, таъсирчанлик сабрсизлик ички кучланиш, ўзини тутиб туролмаслик ғолиб келса, гиперстепик неврастеник дейилади. Бошқа ҳолатда кўп чарчашлик ялтоқланиш, иш кобилиятининг пасайиши, иш махсулдорлигини камайиши кузатилса, гипостеник неврастения дейилади. Неврастеник (астеник) синдромда кўпинча руҳияти ўзгаради. Психоген ҳосил бўлган неврастенияларда заҳарланишлардан, бош миянинг органик касалликларидан тўзалаётганида учрайди.



2- раем. Гебефреник масҳарабозли

Истерик синдром

Рухий, вегетатив ҳаракат ва сезги бузилишларининг аломатлари мажмуасидан иборатдир. Ҳиссиётларни кучли намоён қилувчи, тез ўзгарувчан симпатия ва антипатия, мимика, намоёишкорона ҳаракатлар, сунъийлик кузатилади. Нутқ образли, айтилаётган фактлар ошириб кўрсатилади, кўпинча уйлаб чиқарилган бўлади (хохиш ҳақиқатга айлантириб гапирилади). Беморлар ишонувчан ва ўз-ўзини ишонтирувчан бўлади. Кўпинча кўзғолувчанлик қичқириқ йиғисиғи, қўлларини шақил-атиш, юзни у ёки бу гуруҳ мушаклари қичиши ва бутун тананинг диффуз титраши, кийимларни йиртиши, сочларини юлиши, ўзидан кетиши, тутқаноқлар кузатилади.

Шу билан бирга шундай руҳий алоҳидаликлар билан бирга турлича табиати бўйича фаолият бузилишлари: ҳаракат парези, оёқ-қўлларнинг фалажи, гиперкинез, анестезиялар, гиперестезиялар, курлиқ карлик соқовлиқ мутизм ва бошқалар аниқланиши мумкин.

Истерик синдром истерик неврозда, шахснинг истерик тараққиётида истерик психопатиялар, баъзан эндоген психозларда (шизофренияда), экзоген органик касалликларда кузатилади.

Обсессив (миядан кетмайдиган) синдром

Шилқим синдромлар—турли хил шилқимлик билан намоён бўлади. Шилқим фикрлар эсдаликлари, ҳисоб-китоб, миянинг қўркув ва хавотир—фобиялар: юрак касаллигидан қўрқиш, захм ва бошқалардан қўрқиш, шилқим одатлар, кўпинча ҳаракат билан бўлади. Бемор ўзининг аҳволини, ноўрин гапларини тушунади, аммо ўзини енга олмайди ва шифокор ёрдамига муҳтождир. Шилқим ҳолатли синдромларда, психопатияда, шизофренияда, бош миянинг экзоген органик касалликларида учрайди.

Ипохондрик синдром

Касал бўлиб қолиш ҳақида қаттиқ хавотирланиш билан намоён бўлади. Бемор ҳар хил ҳиссиётларга ўз ҳаёлини жалб этади (сенестонатия).

Беморларнинг феъл-атворида ўз соғлиғига ўта диққат-эътибор қилиши кўзга ташланади, беморлар тушқунликка тушган, хавотирланадиган бўлиб қолади, турли мўтахассисларга мурожаат қилади, ўзини кўп текширтиради. Шунга ўхшаш синдром оғир касалликлардан тўзалиш даврида,

хусусан шизофренияда, циркуляр депрессияда, бош миянинг экзоген органик шикастланишларида бўлиши мумкин. Ипохондрик синдром пайдо бўлиши рухий табиатга боғлиқ бўлиб, рухий кечинмалардан кейин, хусусан ятрогения натижасида бўлиши мумкин.

ПСИХОПАТИК СИНДРОМЛАР

Хаяжон — ирода, хошиш доирасида рухий дисгармония сифатида намоён бўлади. Интеллектуал-мнестик фаолият сақланган ҳолда шахсиятнинг патологияси бўлиб ташки таъсиротга мувофиқ бўлмаган реакциялардир. Психопатик синдромлар ирсий келиб чиққан бўлиб, туғма ёки рухий таъсирот ва шунга ўхшаш ҳолатларда (психопатизация) шизофренияда, бош миянинг соматик касалликларида пайдо бўлиши мумкин.

Психопатик синдром кўринишлари психопатияларнинг клиник шаклларига астеник, психоастеник, шизоид, енгил кўзғолувчан, параноял, истерик ва хоказоларга мос кўринишда бўлади.

Аффектив синдром

Аффектив (эмоционал) синдромлар — кайфият муаллак шаклда депрессия ва маниакал синдромлар кўринишида намоён бўлади. Уларнинг ҳар бири ўзига хос учта симптомлар йиғиндисидан иборат.

Депрессив синдром (синоними депрессия, меланхолия)

Тушкунлик кайфиятидан, тафаккур сусайишидан ва ҳаракатнинг секинлашувидан иборат (депрессив учлик). Беморлар эзилиб, кийналиб ғам чекадилар, уларда кўпинча рухий эзилиш билан бирга юрак соҳасида оғирлик ҳам сезилади. Тафаккур ва нутқнинг секинлашуви охиста, секин гапириш билан намоён бўлади, саволларга беморлар қийинчилик билан жавоб беради. Кайфияти тушкунлигидан шикоят қилади, уни иложсиз деб ҳисоблайди, келажагини кўролмайди. Ўз-ўзини айблаш васвасаси тутиб қолади, ўзини айбдор ҳисоблайди, бутун умрини хатоликлар ва нотўғри ҳаракатлар мажмуаси деб баҳолайди. Беморлар суицидал ҳаракатлар қилиши мумкин. Беморларнинг ҳаракати суетлашган, бир хил ғарибона кўринишда ўтириши мумкин, боши қуйи солинган ёки ўзоқ вақт ўринда ётиши мумкин. Ҳеч ким билан гаплашмайди. Мимикаси қайғули, бир хил кўринишга эга, юзи оч қўнғир, кўзларида нам йўқ, лаблари пучайган, оғзидан очлик ҳиди келади. Депрессиянинг оғир ҳолларида тўлиқ ҳаракатсизлик (депрессив ступор) баъзи ҳолларда

бирдан меланхолияга айланиши мумкин. Депрессив синдром учун сезиларли соматик бузилишлар хосдир. Бўлар уйқу бузилиши, иштаха бузилиши (анорексиягача боради), ошқозоничак йўллари фаолиятининг бузилиши, касалнинг сезиларли даражада озиб кетиши, эндокрин фаолиятининг бузилиши дан иборат.

Баён қилинган типик депрессиялардан ташқари, бошқа кўринишлари ҳам фарқ қилинади: рухий анестезия—ҳиссиётни ва яқинларига мухаббатни йўқотиш билан кечувчи анестетик депрессия, бўшанглиқ бефарқлик: ҳиссий тонуснинг пасайиши, адинамик депрессия, ғам-ташвишли депрессия, хавотирлик кўрқув билан, оғир ҳолларда кучли кўзғолиш — ҳаракат ва инграш билан давом этадиган синдром, доимий шикоят билан кечувчи индовчи синдром, ҳаммадан норозилиқ уچارлик украйиш билан кечувчи, кажбахс депрессия, ўзини тутолмаслик билан кечувчи, йиги-сигининг уступ-лиги билан кечувчи йиғлоқилиқ депрессия: депрессив-параноид синдром бунда мураккаб бўлиб, депрессия, кўрқув, хавотирлик фониди, айбдорлик муҳокама қилиш, кузатиб юриш, бекитиш васвасалари билан жамланиб келади, булар биринчи навбатда турли хил сомато-вегетатив бузилишлар билан намоён бўлиши мумкин. Клиник жиҳатидан улар ўзоқ давом этувчи бош оғриғи, юракқон томирлар тизимига шикоят (юрак соҳасида нохуш сезгидан юрак пароксизми, юрак ритмининг бузилишидан кон босимининг ўзгаришигача боради).

Ошқозон-ичак йўқлари фаолиятининг бузилиши — иштаханинг сусайиши, қабзият, оғриклар, метеоризм ҳамда диэнцефал синдром ва бронхиал спазмлар, баданнинг турли хил қисмларида оғриклар (тиш оғриғи, бош оғриғи., бел оғриғи ва ҳоказолар). Жуда кўп ҳолларда уйқу бузилиши, уйқусизлик эндокрин бўзилишлар, эркакларда импотенция кузатилади. Шундай беморлар текширилганда органик ўзгаришлар кузатилмайди, ҳатто улар ўзларини ўзоқ вақт сопаток ва неврологик касал деб юрадилар ва уларга қарши ўзоқ вақт натижасиз даволанадилар. Депрессив ҳолатлар ўзига хос шаклда маниакал-депрессив психозларда кузатилади ҳамда улар неврозлар, барча рухий касалликлар учун хос бўлиб, рухий беморлик белгилари шаклланишида иштирок этади.

Маниакал синдром

МАНИАКАЛ СИНДРОМ (мания) психопатологик жиҳатдан учта аломат билан намоён бўлади.

1. Юқори кўтаринки кайфият.
2. Фикрлашнинг тезлашуви.
3. Ҳаракат фаоллиги.

Маниакал беморлар кувнок бўладилар, ғам-ташвиш қилмайдилар, тез алоқага киришадилар, улар тез-тез, каттиқ кўпинча тўхтамасдан гапирадилар. Ҳар қандай ташки таъсирларга берилади. Беморлар ортиқча қувват сезадилар, доимий нима биландир банд бўлишни хоҳлайдилар, фаолият

кўрсатишга ҳаракат қиладилар, эслаш ўткирлашган (гипермнезия симптоми), шеър ўқийдилар, кўпинча ўзлари шеър тўқийдилар, ашула айтадилар, рақсга тушадилар, сексуал тормозланган бўладилар, иштаҳалари жуда очилган бўлади. Маниакал синдром учун ўз шахсиятини ортиқча баҳолаш, имконига ортиқча баҳо бериш, манманлиқ бойлик васвасасигача бориш, бемор ўзларини машҳур кумондон, актер, шоир, бадавлат одамлар деб ҳисоблайдилар. Маниакал ҳолат бир қатор ҳолларда таъсирчанлиқ ғазаб билан кузатилади — ғазабли мания янада мураккаб маниялар кўринишида кайд қилинади: маниакал аффект ўткир хиссий кузатиш васвасаси билан қўшилади маниакал васваса синдромига галлюцинациялар қўшилганда маниакал галлюциноз васваса синдроми пайдо бўлади.

Маниакал синдром маниакал депрессив психоз учун хос бўлиб, яна шизофренияда, бош миянинг органик ўзгаришларида, юкумли касалликларда учрайди.

Галлюциноз — васваса (параноид) синдромлар

Галлюциноз — шундай ҳолатнинг клиник кўринишида тўхтовсиз, яъни кетма-кет галлюцинацияларда иборат бўлиб, беморларнинг ақли ва онги аниқ бўлиб, ўзига-ўзи танқидий қараши сақланган бўлади.

«Галлюциноз» атамаси 1900 йилда К.Вернике томонидан киритилган. Галлюцинацияни ёки псевдогаллюцинацияни турига қараб эшитув (вербал), камроқ ҳолларда, кўрув, сезув ва ҳидлов галлюцинозлари фарқ қилинади.

Ўткир галлюцинозлар хавотирлик ва кўрқув аралаш нотинчлик кўпинча галлюциноз васваса билан кечади ва бемор ўзига танқидий назар билан қарай олмайди.

Сурункали галлюциноз сезиларли аффеktiv бўзилишларсиз ва етарли даражада галлюциноз васваса билан кечади.

Вербал (эшитув) галлюцинози — эшитув (вербал) ёки псевдогаллюцинация бўлиб, монолог, диалог, кўпчиликнинг товуши, «товушлар хори» сифатида эшитилади. Товушлар мазмуни кўпинча кўрқитиш, сўқиниш, беморни ҳақоратлашдан иборат бўлади. Товушлар девор ортидан, йўқакдан, эшик орқасидан, болохонадан эшитилади ва ҳоказо. Эшитув псевдогаллюцинози шизофренияга хосдир.

Кўрув галлюцинози ёши улғайганларда қисман ёки бутунлай кўр бўлиб қолганларида учрайди. Кўп сонли ҳаракат, рангли кўрув галлюцинациялари кўрина бошлайди. Галлюцинацияларнинг мазмуни одамлар, ҳайвонлар турмуши кўринишларидан, табиатдан (манзара, офтоб тушиб тўрган боткоқликлар, гулзорларда уйнаб юрган болалар ва ҳоказолар) дан иборат бўлади. Уларга танқидий қараш сақланади. Сурункали давом этади.

Соматик психозлар томир касалликларида, юкумли касалликларда, захарланишларда учрайди.

Тактил галлюциноз (Экбомнинг дерматоз васвасаси, 1938), Берс-Конрад (1954) галлюцинози тери сезгиси ўзгариши васвасаси. Карилик олди даврида пайдо бўлиб, бемор баданида хашаротлар, бит, чувалчанг, кўнғиз, кана юргандек ҳис қилади ёки майда шиша, кум ботишини тери ёки тери остида хис қилади.

Ҳидлов галлюцинози кўпинча тактил ёки муносабат васвасаси билан қўшидган ҳолда учрайди, беморлар сўзаётганда кўпинча ўзидан ёкимсиз хид келаётганини сезади.

Параноял синдром—бирламчи тизимлашган интерпретатив васвасанинг устунлиги билан тавсифланади (атроф ҳақиқатини, ҳужжатларини васвасали тушунтириш). Мазмуни бўйича — рашк, эротик кашфиётчилик кузатиб юриш васвасаларидан иборат. Галлюцинациялар, неврогаллюцинациялар ва руҳий автоматизм ҳолатларида учрайди. Беморларнинг онги аниқ бўлади. Параноял синдром шизофрениянинг дастлабки босқичлари параноял психопатия ва алкоголь параноидлар учун тавсифлидир.

Кечиши бўйича ўткир ва сурункали параноял синдромлар фарқланади.

Ўткир параноял синдром — кўпинча интерпретатив бўлиб, бирдан пайдо бўлади, хавотирли кайфият кўрқув, баъзан экстаз элементлари фонидан бирдан ярк этиб пайдо бўлади.

Сурункали параноял синдром аста-секин васвасанинг проградиентли таракқиёти ва системалашуви ҳамда кенгайиши билан тавсифланади ва бемор шахсияти тобора ўзгариб боради. Сезиларли аффектив бузилишлар (хавотирли, кўрқув) деярли учрамайди.

Параноид-васвасали (галлюцинатор-параноид) синдромлар — кузатиш васвасасига жисмоний ва руҳий таъсиротлар, вербал галлюцинациялар, кўпинча псевдогаллюцинациялар ва руҳий автоматик (Кандинский— Клерамбо) синдромлари қўшилади. Галлюцинатор-васваса синдроми структурасида васваса ёки галлюцинациянинг етакчилигига қараб туриб уни галлюцинатор ёки васвасали кўринишлари фарқланади.

Параноид васваса (галлюцинатор-параноид) синдромларнинг ўткир ва сурункали шакллари фарқланади. Ўткир галлюцинатор-параноид синдром сезиларли аффектив бузилишлар — хавотирлик, кўрқув, шалвираш фонидан образли васваса ва руҳий автоматизм синдроми билан кечади.

Сурункали галлюцинатор-параноид синдром системалаштирилган васваса билан тавсифланиб, сезиларли аффектив бузилишларсиз кечади.

Руҳий автоматизм (Кандинский — Клерамбо синдроми, ташки таъсирот еиндроми, таъсир еиндроми, кириб бориш еиндроми, бегоналаниш еиндроми, қўлга олиш еиндроми) — ўзининг илк тушунчасидан бегоналаниш ёки йўқотиш, ўзининг руҳий кечинмалари жараёнларидан

бегоналаниш (тафаккур, сезги ҳиссиётларидан ва ташки кучнинг таъсиротини сезиш билан қўшилади. Жисмоний, руҳий таъсирот ва кузатиб юриш васвасалари билан кузатилади. Бу синдромни биринчи марта 1885 и. В. Х. Кандинский ёзган. Клерамбо (1920, 1926) ишларида бу синдром таснифланади. Руҳий автоматизмнинг уч тури фарқланади.

Ассоциатив автоматизм (идеатор) фикрларининг наслий тезлашуви ёки секинлашувидан иборат бўлиб, тасодифан бемор тафаккури тўхтаб бошига бетона фикрларнинг кириши, унинг фикрларини ўқиши, бошқариши, ихтиёрсиз образларнинг тошиб келиши — ментизм, ўзгаларнинг ясалган, тузилган фикрларини солиб қўйилиши, фикрларни олиб куйиш, зурлаб беморни кўпинча энг интим (очиклик белгиси) фикрларини ўқиш, хусусий ёки ясалган фикрларнинг жаранглаши (фикрлар акс-садоси) кузатилади. Ҳаёлий, товушсиз гаплашишлар, телепатик фикран алоқалар, фикрларни узатиш, беморнинг ўзини кузатиб юрганлар билан диалог сифатида мулоқоти, ассоциатив автоматизм мураккаблашуви: кўпинча бундай гаплашиш нохуш ва бемор учун кийноқлидир, улар депрессив аффект билан кузатилади.

Бундай бузилиш, акустик (товуш) компонентида ажралган бўлиб, руҳий галлюцинация атамаси билан белгиланади. Руҳий галлюцинациялар акустик компонент билан мураккаблашуви, товуш ҳосил бўлиши «ички» ҳиссиётга айланиши, эшитув псевдогаллюцинацияси пайдо бўлганлиги ҳақида дарак беради. Эшитув билан бирга қўрув ва бошқа псевдогаллюцинациялар пайдо бўлиши мумкин. Псевдогаллюцинациялар Кандинский— Клерамбо синдромининг асосий бузилишларидир.

Сенсор автоматизм (сенестопатик). Махсус мақсадда, ташки таъсирдан бўлаётган деб беморлар уйлайдиган — жисмоний таъсир, васваса деб номланувчи, асосан ички аъзоларда турлитуман нохуш, оғир оғриқлардан иборат ҳолат намоён бўлади. Беморлар уларнинг орқасидан кузатиб юривчилар махсус равишда уларда босиш, чўзиш, қўйдириш, совуқ жинсий кўзғалиш, иштахани бўзиш — еб бўлмайдиган нарсаларни едириш, қабзият ёки ич суришини чақириш, заҳар танглик ҳолатини чақириш ҳолларини бажарадилар.

Мотор (ҳаракат, кинетик) автоматизми. Беморда шундай ишонч ҳосил бўладики, у «ташқи куч» таъсирида ҳаракати ва фаолиятининг бошқаришини йўқотиб қўяётганидек туюлади. Улар ташқи таъсир остида, бошқанинг хоҳишига кўра қўллари кўтарилади, каллалари бурилади, чопишга мажбур бўлади ёки баъзида тескарисини, ҳаракатсиз жим туришга ва ҳоказоларга мажбур қилинади деб ишонадилар. Бунга нутқ ҳаракати псевдогаллюцинацияеи, ясалган нутқ акти, «лаб ва тилларнинг буюрилган ҳаракати, мажбурлаб, зўрлаб, эшитарли қилиб сўз ва гапни гапириш (бошида — хаёлан) ҳам киради (Сегла, 189,5, 1914).

Руҳий автоматизмнинг барча турлари тизимлашган кузатиб юриш ва таъеирот васвасалари билан бирга кузатилади.

Рухий автоматизм синдроми шизофренияда, эпидемик энцефалитда, рухий тутқанокда учрайди. Унинг ўткир варианты жароҳат, алкоголь, томирли ва бошқа психозлар учун хосдир.

Парафрен синдром (парафрения, парафрен васваса, тасаввур васвасаси, фантазиофрения, фантастик-параноид синдром). Тизимлашган таъкиб қилиш ва таъсирот васвасасининг, улуғворлик рухий автоматизмнинг барча турлари ва фантастик конфабуляциялар билан кушилуvidан иборатдир. Васваса ғоялари ўта бемаъ-нилиги билан ажралиб туради. Бсмор ўзида коинотни бошқариш хокимияти бор деб, ўзини дунёвий кудрати ҳақида, худоларинг худосиман деб, Ерни эгасиман деб уйлайди, табиат конунларини ўзгартираман деб ваъда беради, минтакани тагидан ўзгартираман ва ҳоказо дейди. Юқори ва кўтаринки кайфият асосида ўта лоф, муболағалар тўқийди—коинот куйнида яшовчилар билан алоқа ўрнатдим деб ёлғон эсдаликлар айтади, худолар йиғинида иштирокини ва бошқаларни айтади — буни фантастик конфабулятор парафрения дейилади. Парафрен синдром кечиши бўйича ўткир ва сурункали бўлади, бу барча васвасалар шаклланишининг пировард босқичи бўлиб, рухий фаолиятнинг оғир бузилишларига тўғри келади. Парафрен синдромнинг ривожланиши касалликнинг оғирлашувидан дарак беради. Рухий касалликлар кечишида (хусусан шизофренияда) сурункали васваса ва галлюцинатор васваса симптомлари кетма-кет бир-бирини алмаштиради: параноял, параноид (галлюцинатор-параноид, Кандинский — Клерамбо), сўнгра парафрен билан алмашинади, бу эса уларнинг патогенетик бирлигидан дарак беради.

Парафрен синдром кўпинча шизофренияда, алкогольли, захм, қарилик психозларида учрайди.

ҲАРАКАТ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Ҳаракат синдромлари ступор (ҳаракатсизлик) кўзғолиш ёки уларнинг алмашиниши билан намоён бўлади.

Ступор — психомотор фаолиятнинг турли томонларини моторикаси (ҳаракатини), фикрлашни ва нутқнинг тормозланиш шаклидаги рухий патологияи бузилишларидир. Беморлар ступор ҳолатида ўзоқ вақд утирган, ётган ёки тўрган ҳолда ҳаракатсиз қоладилар. Саволларга жавоб бермайди — мутизм, атрофда бўлаётганларга эътибор бермайди, ҳеч нарса сўрамайди, овқат емайди, ювинтириш, қийинтириш, овқатлантиришларга қаршилик кўрсатади, тиббий муолажа ишларига ёмон назар билан қарайди.

Аниқ онгли бўлгандаги ступор люцид ёки эффектор, онгни онейроид бузилганидаги ступорга — рецептор ступор дейилади.

Рухий патологик бузилишларга боғлиқ бўлган ҳолда ступорга ва нозологик мансублигига,

ступорнинг хосил бўлишига қараб унинг қўйидаги шакллари фарқланади.

1. Кататоник
2. Психоген
3. Депрессив
4. Галлюцинатор
5. Алкоголли
6. Апатик
7. Эпилептик
8. Маниакал

Кўпинча кататоник ва психоген ступор учрайди.

Нутқ ҳаракати (психомотор) кўзғолиши руҳий хасталик ҳолати бўлиб, руҳий фаолиятнинг турли томонларини, биринчи навбатда нутқни: фикрлаш, моторика (ҳаракат)нинг тезлашуви ва кучайишидан иборатдир.

Нутқ ҳаракати кўзғалганда беморларнинг нутқи, ҳаракати ва фаолияти тезлашади, мимикаси ва ифодаси жонланади, турли ҳаракатларни бажаради. Беморлар нафақат қаттиқ гапиради, балки кичкиради, ҳаракатлари бўлинувчан ва тез-тез бўлади, фаолияти ва ахлоқодоби бетартиб ва мазмунсиз бўлади. Кўзғолиш кучайган сари — нутқи боғлиқсиз, алоҳида-алоҳида сўзлардан, оддий товушлардан иборат бўлиб қолади. Ҳаракат кўзғолиши импульсив, бетартиб, мазмунсиз бўлади, баъзида улар ҳайвонларга тақлид қилиб кичкирадилар, акиллайдилар, тўрт оёқлаб юрадилар ва ҳоказо (регресс белгилари пайдо бўлади).

Психомотор кўзғолиш нисбатан камроқ ҳолларда бир ўзи клиник кўринишни ташқил этади. Одатда у турли руҳий патологик бузилишлар: аффектив, васваса, галлюцинатор, онгнинг хиралашув ҳолатлари, ақлсизлик билан кушилади. Шунинг учун руҳий мотор кўзғолишнинг тавсифини анимаганда қайси бир руҳий патологик ҳолат таркибида пайдо бўлишига қараб ихтисослаштирилади. Шундай қилиб, маниакал кўзғолиш, депрессияларда хосил бўладиган кўзғолиш, кататоник гебефренли, васвасали, галлюцинатор онгни бузилишларидаги руҳий патологик истерик кўзғолишлар фарқланади.

Кўзғолиш ва ступор (тормозланиши)нинг навбатлашуви турли-туман руҳий патологик синдромларда ва касалликларда кузатилади. Шундай навбатлашуви кататоник синдромда, маниакал депрессив психозларда, шизофрения хасталикларида кузатилади.

Кататоник синдром (кататония)

Икки қарама-қарши бузилишлардан — кататоник ступор ва кататоник кўзғолишдан иборат.

«Кататония» атамаси ва унинг клиник кўриниши Кальбаум (1863, 1874) томонидан тасвирланган.

Кататоник ступор — ҳаракатсизлик ва мутизм (жимлик) билан намоён бўлади. Беморлар ступор ҳолатда ҳаракатсиздирлар, ўзоқ вақт (соатлар, куилар) ути-радилар, ётадилар ёки ҳолатини ўзгартирмасдан турадилар. Саволларга жавоб бермайдилар (мутизм). Кўпинча улар мустақил овқатланмайдилар, уларни қийинтирилаётганда, овқатлантирилаётганда қаршилиқ кўрсатадилар, тиббий муолажа тадбирларига салбий нуқтаи назардан қарайдилар. Бундай касаллар шифокорнинг муурожаатига юзини қарама-қарши томонга буриб олади, кўзингни курай деса қовоғини юмиб олади. Бундай салбий ҳаракат фаол бўлиб, пассив негативизмга қарама-қаршидир. Пассив салбий негативизмда беморлар қаршилиқ кўрсатмасаларда қилгин деган таклифни бажармайдилар. Кататоник ступор кўринишида



3-расм. Люцидли кататонияда «хаво ёстиғи» симптоми.

мушак тонусининг ошиши кузатилади. Ступорда беморлар доимо, ҳамиша эмбрионал ҳолатда ётадилар, ёнбошлаган ҳолда, тик турган бўлса, боши эгилган ҳолда, қўллари ёнида бўлади, ўтирган бўлса оёғи буқилган қолда ва баъзан беморлар устиларига ҳалат ёки чойшабни ёпиб юзларини очиб утирадилар— капишон симптоми (1936). Кўпинча Ҳартум симптоми бўлади — лабларини чуччайтириб, хаво ёстиғида (Дюре симптоми), боши ёстикдан кўтарилган ҳолда соатлаб ва ундан ўзоқроқ ҳам ётади. Кататоник ступор ундан ташқари каталепсия билан кузатилади. Мум эгилувчанлиги билан, беморга қимирламай ётган ҳолатига қандай ҳолат берсангиз — қўлини

кўтариб, оёғини кўтариб, бошини бошқа томонга бурсангиз ўшандай холда ўзоқ вақт қолади.



4-расм. Балангликдан кўрқиш.

Субступор ҳолат ҳаракат тормозланиши билан кузатилса-да ступор даражасига етиб бормайди.

Кататоник кўзғолиш ступорни алмаштириши мумкин ёки ступорсиз ўзи ривожланиши мумкин. Кататоник кўзғолишда бемор сергап бўлиб кетади, доимо бир хил — стереотип ўзлуксиз ҳаракат қилади—қиликлари табиий эмас, маъносиз, кетма-кет эмас, бирдан ёки кўпинча ўхшаш ҳаракат, атрофдагиларнинг ҳаракат ҳолатларини қайтаради, эхопраксия. Кўзғолиш кучайган сари нутқ боғланмаган, беморлар бир сўзни ва сўзлар йиғиндисини қайтараверади—эхопалилалая, нутққа сирпаниш, сирпанчиқ нутқ. Кўзғолишнинг чўққисида беморлар негатив ҳолатга мойил

бўладилар, импульсив ҳолатда бўладилар — бирдан чала бошлайдилар, қўлга тушганини синдира бошлайдилар, одамларга хужум қиладилар, кийимларини йирта бошлайдилар, ўзини-ўзи жароҳатлайди, ҳамма нарсага қаршилиқ кўрсатадилар. Кататоник кўзғалиш турли аффектив кўзғалишлар — экстаз, жаҳл, ғазаб, вақти-вақти билан сукут ва бефарқлик билан кузатилади.

Кататония люцид ва онейронд кататонияларга бўлинади. Люцид кататония онгнинг хиралашувисиз кечади ва негатив ступор ва тормозланиш ва донг қотиш ёки импульсив кўзғолиш билан намоён бўлади. Онейроид кататония ўз ичига онейроид онгнинг бўзилишини: кататоник кўзғалиш, хаёлпаршонлик ёки мумга ўхшаш ступорни ўз ичига олади.

Кататоник синдром кўпгина рухий касалликлардан шизофренияга, экзоген — органик психозларга ва тутқаноққа хосдир.

Геберфреник синдром — ҳаракат ва нутқ кўзғалишлари эса пастлик ва ўзгарувчан аффекти билан қўшилади. Қувонч, масхарабозлик ва ноўрин, кўпинча кўпол, эротик мазмундаги касалларнинг ҳазилларига ҳеч ким атрофда кулмайди. Беморлар аниқлашга ҳаракат қилиб суроқлайдилар, афтини буриштирадилар, қийшанглайдилар, ўмболоқ ошадилар, сўкинадилар, ўзини аҳмоқона тутиши, хулқ одоби — импульсив антисоциал ишлар билан кузатилади. Геберфреник синдром таркибида кататоник симптомлар (кататоник — геберфреник синдром) ҳосил бўлиши мумкин, камроқ ҳолда — муаллақ бўлмаган галлюцинатор ва васваса бузилишлар учрайди. Геберфреник синдром кўпинча ёшларда шизофренияда, камроқ ёшларда шизофренияда, камроқ ҳолда экзоген органик психозларда (жароҳат, захарланиш) учрайди.

ОНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Онгнинг бузилиши (хиралашуви) унда атроф реал дунё инъикосининг бузилиши, балки ички боғлар (абстракт билиш) ҳамда ташки (сезги ҳиссиёти) бевосита предмет ва ҳодисаларни акс эттириши ҳам бузилади. Онгнинг бузилиш белгиси бемор шахсига нисбатан ориентацияси ҳам бузилади, ташқи дунёга аланглайди, вазиятни (вақтга, жойига) баҳолай олмайди, борлик дунёдан юз ўгиради, атрофдагиларни қабул қилолмайди, тафаккури ноаниқ ва тарқоқ онгнинг қисман ёки тулиқсиз хиралашув даври ҳақида тўлиқ эслолмайди.

Онг бузилишининг бошланишида қўйидаги синдромлар фарқланади. Онгнинг гарант бўлиш ҳолатини уч даражаси фарқланади. Қисқа вақт давом этувчи онгнинг гаранглигй обнубуляция (юнонча *nubis* — булут) дейилади. Бунда ташки таъсиротни қабул қилиш бир оз қийинлашади, онг худди булут ёки тутун билан ўралгандек бўлиб туради.

Гаранглик (карахтлик) — онгнинг сезиларли даражада бузилиши ташқи таъсиротларни қабул қилиш чегараси қисқаради. Беморлар саволларга қийинчилик билан жавоб беради,

кийналади, тўхтаб-тўхтаб гапиреди, кўпинча гапирмай жим ўтиради, ўрнида ётади, бўшашган бўлади, ҳаракатлари секинлашган, атрофдаги воқеаларга фарқсиз бўлиб қолади. Оғрик таъсиротига жавоб реакцияси сусайгандир. Онгнинг бузилиши янада ривожланса гаранглик — сопороз ёки коматоз ҳолатга ўтади.

Сопор — онг (эс-хушни) бузилишининг чуқурроқ даражаси бўлиб, бемор атрофга ва ўз шахсига мўлжали тўла йўқолади. Беморлар гуёки ухлаётгандек кўзини юмиб ётади, шартсиз (қорачиқ корнеал пайлар, ютиш) рефлекслари сақланиб қолади.

Кома (коматоз ҳолат) — онгнинг (эс-хушнинг) тўла йўқолиши, ҳар қандай мўлжалнинг тўла йўқлиги билан, ички аъзолар фаолиятининг бузилиши билан тавсифланади. Сопордан фарқли ўлароқ комада ташқи таъсиротга жавоб тўла йўқолади. Организм барча фаолиятларининг кескин сусайиши фонида ютиш, кичик чанок аъзоларининг фаолияти бузилади, нафас аритмияси,



5-расм. Муҳитни юлюзор (хаёлий) идрок этиш.

коллаптоид ҳолат, руҳий мотор кўзғалиш, тутқаноксимон ҳаракатлар, ступорлар пайдо бўлади. Сопор ва кома организмнинг асаб ёки соматик касаллигидан дарак беради.

Юқорида кўрсатилган ҳолатлар (алкогол, наркоманлик токсикомания, саноатда, кишлок хўжалик ва бошқа захарланишларда), модда алмашинувининг бузилишларида (уремия, диабет), жигар етишмовчилигида, калла-мия жароҳатларида, мия ўсмаларида, бош мия томирларнинг бошқа органик касалликларида учрайди.

Делириоз ҳолат (делирий)

Юнонча *delirium*—ақсиз, онгнинг қоронғилашуви кўп учрайдиган шаклдир.

Делирий — онгнинг ўткир пайдо бўладиган бузилиши бўлиб, сахналаштирилган, аниқ, кўпинча кўрқитувчи, асосан кўрув ҳамда эшитув ва сезув галлюцинациялари бўлиб, сезгиларли кўзғолиш ва кўрқув сезгилари билан давом этади. Беморнинг онг, эс-хуши бузилган, ўз шахсини тўғри англаса-да макон ва замонга мўлжали тўғри бўлмайди. Беморлар галлюцинатор образларига фаол жавоб беради. Улар кўрқинчликлардан, хужум қилаётган ажойиботлардан ўзларини ҳимоя қиладилар, баъзан кўринган нарсаларга хужум қиладилар, баъзан кўрқиб безорилардан қочиб кетадилар, ҳайвон, ҳашаротлардан ҳимояланиш учун ҳам қочадилар ёки қулоқларини беркитиб оладилар. Буйруқона кўрқитув катъийлиги доимий эмас. Делирий одатда амик онгли, эс-хушли кунлар билан бўлиниб туради. Кечга яқин ва кечаси делирий кучаяди.

Ёзилган типик делирийдан ташқари, онгнинг атипик делириоз бузилишлари ҳам учраши мумкин: мусситорлашган делирий — сезиларли ҳаракат кўзғолишларисиз кечади; улар доимо нималарнидир пичирлайдилар, атрофга мўлжал олиши яхши эмас, бир хил маъносиз ҳаракат қиладилар, ўриндикда ётганида хотиржам ётолмайдилар. Делирийнинг бу кўринишлари сурункали кечувчи оғир соматик касалликлар учун (ўсмалар, сурункали юрак буйрак, жигар етишмовчиликларининг декомпенсация даврлари учун) хосдир. Бир қатор делирий ҳолатларда галлюцинатор образлар предмети бўлиб касбга тааллуқли воқеалар хизмат қилади, бу касб делирийси дейилади. Кўзғолиш одатдаги касб ҳаракатлари билан бошланади, машинистка машинкада чоп этиш ҳаракатларини қилади, овқат тарқатувчи овқат тарқатаётгандек туюлади, ошпаз бўлса нарсаларни қирқаётгандек бўлади. Делирийнинг давомийлиги бир неча минутдан соатлар, ҳафталаргача давом этади. Делирий тамом бўлгач қисман амнезия бўлади.

Онгнинг онейроид бузилиши

(юнунча—*oneiros* туш кўриш), онейроид туш кўриш, фантастик қоронғилашиш васвасаси. Туш каби аниқ сахналаштирилган фантастик галлюцинацияларни ташиб келиши, худди бемор соғлом одам туш кўрганидек кўради, онгини тўлдиради. Беморнинг нигоҳи олдида пайдо бўлган суратлар тушга ўхшайди, бир-бирини кетидан кела бошлайди, худди воқеалар бир-биридан чиқаётгандек сахналаш-тирилгандек туюлади ва шу билан ажралиб туради. Беморлар кўпинча

атрофдан тўла ажралганларида, атрофдагиларга мўлжаллари бузилган ва ўзини касаллик дунёсига чўмган, ёхуд мўлжали икқиланган холдадир, яъни ҳам реал, ҳам патологик ҳолатларни акс эттиради. Беморлар шу ҳолда планеталараро саёҳатлар қиладилар. Марс аҳолисини ичида бўладилар, улар билан курашиш ҳақида келишувлар олиб борадилар, тарихий борлиқ ичида санғиб юрадилар, жаннат ёки жаҳаннамга тушадилар, онейроиддан чиққандан сўнг бошидан кечганларини икир-чикирларигача тўла ёзадилар. Онейроидда юз ифодаси кўпинча бир хил бўлади, қотиб қолади, баъзан руҳланган — патетик ҳолатда бўлади.

Онгнинг онейроид бузилиши эндоген-шизофренияда, ўткир металкогол симптоматик томирли психозларда, тутқаноқда, экзоген органик касаллик ва бошқа ҳолатларда учрайди.

Онгнинг аментив бузилиши

Аменция (юнонча *amentia* — кучсизлик) — клиник жиҳатдан барча турдаги мўлжалнинг бузилиши билан тавсифланади. Атроф муҳит — бемор томонидан бўлинган ҳолда, бўлак-бўлак ҳолда қабул қилинади. Улар бир бутун қилиб тафаккур қила олмайдилар. Яъни нисбий мушоҳада сақланган ҳолда, синтез қилиш қобилияти йўқолади, беморларнинг ётган ўрни миқёсидаги ҳаракат бесаранжомлиги, маъносиз нутқ (алоҳида сўз ёки товушлар талаффузи) ва ҳаракатсизлик даврлари билан алмашинади, кайфияти беқарор, ўзгариб турувчи, иложсиз ҳолатда бўлади. Ўзуқ-Юлуқ галлюцинациялар бўлиши мумкин. Ҳафталаб давом этувчи аменция тўла амнезия билан тугайди. Аменция оғир, юқумли соматик касалликлар учуй хосдир, хусусан туғруқдан кейинги сепсис ривожланишида учрайди.

Онгнинг номозшомсимон коронгилашуви

Онгнинг коронгилашуви (хиралашуви, кирарли-чиқарли бўлиши). «Сумер» бошланиши ва тугаши тусатдан бўлади. Мулжалнинг чуқур бузилиши кузатилади, атроф муҳит ҳақиқатини қисман тўғри қабул қилиши сақланади. Бунда одатдаги автоматик ҳаракатлар, ҳатто ўзини тутишининг анчагина мураккаб шакллари сақланиб қолиши мумкин. Кўпинча беморларнинг ташқи кийёфаси тартиб тартибли бўлиши мумкин. Улар уйларида чиқадилар, адашиб юрадилар, шаҳар транспортдан фойдаданган ҳолда уйдан ўзоққа кетиб қолиши мумкин. Атрофдагиларга худди соғлом одамдек туюлиши мумкин. Бундай ҳолатнинг давом этиши мумкин ва тўла амнезия билан кузатилади. Эс-хуши — онгининг бундай кирарли-чиқарли бўлишини шизофрениянинг оддий шакли деб, галлюцинация, васваса билан кузатилувчи ғазаб, ғам-қайғу ва кўрқув аффекти кўзғолиши билан кечувчи «психотик» шаклидан фарқланади. Психопатологик бузилиш (галлюцинация, васваса, кучли ғазаб аффекти) ва онгнинг чуқур ўзгариши таъсирида бемор бирдан ўта хавфли ишлар, даҳшатли равишда душман деб қабул қилган қариндош-уруғларини ёки бегона одамларни ўлдириши ёки жароҳатлаши мумкин, қўлига тушган ҳамма нарсани маъносиз бўзиши мумкин. Эсини кирди-чиқди бўлиб бузилиш ҳуружи кўпинча бирдан тўхтайдди, сўнгра чуқур уйқу

ва тўла амнезия кузатилади. Онгнинг кирарли-чиқарли бузилиши турларига амбулатор автоматизм киради. Бунда бирдан онгини, эс-хушини йўқотади ва бемор ташқи кўринишидан мақсадга мувофик ҳаракат ва ишлар қила бошлайди. Амбулатор автоматизм давомийлиги (соат кун, ҳафталаб) давом этиб, ўзга шаҳарларга ташқи кўринишидан қоидадек одоб билан бориб келиши ва бунини мутлақо унутиши— транс дейилади. Ёш ва ўсмирларнинг ўйқусида пайдо бўлувчи амбулатор автоматизм — сомнамбулизм уйқуда юриш — лунатизм дейилади. Онгнинг кирарли-чиқарли бўзилишлари эпилепсияда: бош миyanинг органик касалликларида (мия ўсмаси, менинго-энцефалитларда, калла, мия жароҳатларида ва б.) учрайди.

Тутқаноқлар

Тутқаноқлар (пароксизмлар, қалтираш ҳолатлари). Тутқаноқлар онгнинг бирдан бошланувчи қисқа вақт бузилиши бўлиб, тула онгсизлаишгача борувчи бадан калтираши; титраш билан кузатилувчи ҳолатдир. Тутқаноқларнинг қўйидаги шакллари фарқланади. Катта эпилептик тутқаноқ (Үrand mal). Генераллашган: тонико-клоник, титраш тутқаноғи. Кўп ҳолатларда аура (бурон) бошланади. Бемор тўсатдан онгни йўқотади, худди чалиб юборилгандек бирдан йиқилади, бунда ноаниқ, ғайриохангли кичкирик бўлади. Кўпинча бемор йиқилаётганда жиддий жароҳат (эти ўзилиши, суяк синиши, куйиш) олиши мумкин. Тутқаноқ барча мушакларнинг қисқариш фазаси билан бошланади, қўл-оёқла-



7- расм. Юрак соҳасида ноҳуш сезги хис қилаётган бемор ўз пульсини текширмоқда.

ри чўзила бошлайди, жағлар юмилади, сиқилади. Тишларини ғижирлатади, тили ва лунжини тишлаб олиши мумкин. Нафаси тўхтайди, юзи оқаради, кейин кўкаради, кўзлари орқага тортиб кетади, қорачиғи кенгаяди, ёруғга реакция бермайди. Ихтиёрсиз сийиб юборади, ихтиёрсиз дефекация акти бўлиши мумкин. Тутқаноқнинг типик қисқариш босқичи 30—40 секунд давом этади. Тоник қисқариш клоник фазага ўтади, кўндаланг-тарғил мушаклар тез қисқариб бўшаша бошлайди, оғзидан кўпиксимон сўлак чиқади, тилини тишлаб олган бўлса кўпик кизаради. Клоник титраш 2—3 минут давом этади. Титроқ аста-секин сўнади, коматоз ҳолати аста-секин сопороз ҳолатига ва уйкуга утиб кетади. Тутқаноқнинг барча даври (аурадан ташқари) тўла эсдан чиқади.



8-расм. Эшитув галлюцинацияли беморнинг кўриниши (пОзаси).

Кичик эпилептик тутқаноқ (Petit mal) худди каттасидек онгининг тўсатдан бузилиши, эси йўқолиши билан бошланади. Аммо катта тутқаноқдан фарқли ўларок йиқилмайди, давомийлиги жуда қисқа (секундлар). Енгил клоник қисқаришлар баъзи юз ва елка мушаклар гуруҳларидагина бўлади. Тутқаноқ эсдан чиқади, Жексон тутқаноқлари (қисман эпилептик тутқаноқлар) кўз соққасини бир томонлама, бошни, танани бир томонга қараб тоник ва клоник титрашлар хуружидир. Хуруж кўпинча аниқ онгли ҳолатда ривожланади, онг фақат титроқнинг чўққисида бутун танага тарқалаётганидагина йўқолади.

Нарколептик тутқаноқ— бирдан бошланади, бемор тўхтатиб бўлмайдиган уйкуга тушади.

У бирдан энг нокулай жойда бўлса ҳам, нокулай холатда ҳам ухлаб қолади. Унинг уйқуси жой танламайди. Юриб туриб, овқат еяётганда, ишлаб туриб қотиб ухлаб қолади.

Катаплектик тутқаноқ — бемор бирдан худди бир канча суяк синганда ағанагандек кутилмаган бир таъсирот (кўркитиш, тўсатдан ёруғ нур, товуш) натижасида мушак тонусининг тусатдан сусайиши натижасида ағанаб тушади. Онги сақланади, амнезия бўлмайди.

Рухий органик синдром (органик-рухий синдром) эслаш, интеллект ва аффективлик ҳамда астеник бузилишлар мажмуасидир.

Хотира—эслашнинг бузилиши уни барча-уччала эслашга, ретенцияга (эшитилганни тутиб қолиш) ва репродукция (эшитилганни гапириб бериш) томонига тааллуқлидир. Биринчи навбатда фиксацион амнезия бузилиши устун келади ва ошиб борувчи амнезия ҳамда **дисинетик** бузилишлар кузатилади. Интеллектуал фаолият нотекис йўқотилади — биринчи ўринда энг кейинги ўрганилган одатлар йўқолиши кузатилади, шу билан бирса аввал ўрганилганлар ўзок сақланади. Интеллектининг бузилишини унинг мушоҳадасини саёзлашганидан (олинган маълумотларга тушуниш кобилиятининг сўсайиши турли хил алтернатив фактларни солиштириш ва фаолият учун аниқ режанинг йўқлиги) ва хулоса қилиш (муносабат ва алоқа ўрнатишни) бузилишидан билиш мумкин. Ўзига ва атрофдагиларга танқидий баҳо бериш саёзлашади.

Аффектив бузилишлар лабиллиги билан тавсифланади, кўпинча ғзабини боса олмайди, аммо у тез ўтиб кетади. Қизиқиш чегараси тораяди, нозик ҳис-ҳаяжони (яқинларга илиқ муносабат ва раҳм, кондошлик ҳиссиётлари) бузилади. Ҳиссий бекфарқлик ва бошқалар пайдо бўлади. Нутқида сўзлар камбағаллиги кузатилади. кўпинча ёрдамчи сўзларан фойдаланади, тайёр сўзлар йиғиндисидан фойдаланади, беморлар гаплашганда асосий бош мавзунини ажрата олмайдилар ва маҳиятсиз масалаларга кўп эътибор бериб қоладилар.

Астеник бузилишлар—жуда бўшашиб кетишлардан бошланади, адинамиягача бориб етади, бу ҳолат айниқса бош мия томирлари касаллигида, эндокрино-патияларда, баъзи беморларда ўта тез таъсирчанлик тутоқиб кетиш ёки ғзабланиш (калла-мия жароҳатларида, мия захмида) учрайди.

Рухий органик синдром

Рухий органик синдром бошланиш даврида бемор учун товушининг тавсифли бўлган хусусиятлари ўткирлашади— рухий патологиксимон бузилишлар (психопатизация), якуний босқичларда — хусусиятларининг сусайиши, ҳатто йўқолишигача боради. Беморларда бош оғриги, бош айланиши кузатилади, бошида товуш эшитилади, иссиқликни кўтара олмайди, ҳаво ўзгариши унга ёмон таъсир кўрсатади. Рухий органик синдром асосан аста-секин зимдан бошланади ва кўп тўрға бўлинмайди. Унинг кечиши турличадир.

1. Аста-секин ривож тониб тугайди (Пик касаллиги, хорейси, қарилик ақлсизлиги).
2. Стационар (калла-мия жароҳати, менингоэнцефалопатиялар).

3. Ўзок вақт ремиссиялар билан—булар одатда даволаниш натижасида кузатилади (ўсиб боровчи фалаж, бош мия усмалари ва бошқ).

Шундай қилиб, рухий органик синдром охири босқичларида умумий рухий ихтиёрсизлик билан, беманилик билан, тасаввурнинг сусайиши билан, эсининг камайиши билан, аффектларни боса олмаслиги билан (кўнгил бўшлиги), Вальтер-Бюсел учлиги билан тавсифланади.

Ёзилган рухий бузилишлар мия—ўчоқли (неврологик) бузилишлар (афазия, амнезия, фалажлар ва бошқалар) билан қўшилади.

Рухий органик синдромнинг сабаблари кўп: мия томирларининг касалликлари (калла-мия жароҳатлари, инсультлар), ўткир бошланадиган заҳарланишлар (алкогол, гиёҳвандлик оғир - металллар, кўрғошин ва бошқалар, ис газы), менинго-энцефалитлар, миянинг захм касалликлари (мия захми ва ривожланувчи фалаж), бош мия ўсмаси ва абсцесслари, бош-миянинг атрофик касалликлари (Пик, Альцгеймер касаллиги, қарилик ақлсизлиги), тутқаноқ ва бошқалардир.

Корсаков синдроми

Корсаков синдроми (амнестик синдром). Бу синдромнинг асосий белгилари бўлиб, фиксацион амнезия, ретроград амнезия ва конфабуляциялар ҳисобланади. Биринчи бўлиб С. С. Корсаков томонидан 1887 йилда «Алкогол фалажи ҳақида» номли докторлик диссертацияси ёзилади. Корсаков синдроми рухий органик синдромнинг эслашнинг бузилиши билан кузатиладиган идеал хилидир.

Корсаков синдромида асосан кундалик, яқин ўтмишдаги воқеаларни эслашнинг фиксацион амнезияси кўзга ташланади. Бемор ўша заҳоти (бир неча сониядан сўнг) нафақат отини, балки гапиришган одамнинг ташқи қиёфаси ва кўринишини унутиб қўяди, шифокор айтган кўп маълумотлар ва тавсияларни унутади (шифокорнинг фамилиясини, бўлимнинг номини, болаларининг отини ва ёшини, уй адресини эсидан чиқариб қўяди). Доимо эсидан чиқаришини ретроград амнезия дейилади. Беморнинг вақтга нисбатан (амнестик дезориентация) мўлжали бузилади. Бемор ҳозир қайси йил, фасл, ой, ҳафта, кун эканлигини айта олмайди.

Алмашиш, фантастик мазмунга эга бўлган конфабуляция ҳам учрайди. Беморлар ўз касб билимларини кўп ҳолда сақлайди ёки бу даражада интеллекти ҳамда кўзғолиш фаоллиги сусайган бўлса ҳам шахмат уйнай олади.

Корсаков синдроми бош миянинг томир касалликларида, бош мия жароҳатларида, заҳарланишларда (алкоголизм, ис газы), инсульт ва бош миянинг бошқа органик касалликларида учрайди.

Интеллектуал етишмовчилик синдроми — интеллектнинг етишмовчилик синдроми ҳаётда олинган ақлпастилик (деменция) ва интеллектнинг туғма бузилиши ақлсизлик

(олигофрения) га бўлинади.

Деменция (ақпастилик) — интеллектнинг бўшашиши бўлиб, янги билим ва одатларни ўрганиш, маълумот олиш тушунчаси ва ақлий хулоса қилиш бузилади, ўзига ва атрофига танқидий нуқтаи назардан қараши сусаяди. Аввалги ўрганган билим ва тажрибалари у ёки бу даражада пасая бошлайди, йўқолади. Юқори-даги ўзгаришлар жиддий сусаяди.

Асосий касалликни тавсифга қараб ақлқаслик юқори — олий интеллектуал фаолиятга тегмайди (ана



9- расм. Тинимсиз қўл ювиш симптоми

лиз ва синтез хусусиятлари), балки интеллектнинг анчагина оддийроқ функцияларига, хусусан эслашга, ҳисоблашга, диққатга, мушоҳада, шахсият, ўз ҳолатига танқиди ва одоби ўзоқ вақт сақланиб қолади. Бундай беморлар шифокор ёрдамида фаол интиладилар, одатдаги касбга тегишли бўлган фаолиятлари ҳам ўзоқ



10-расм. Истерия доирасидаги психопатия (кўкрак қисми терисида суицидал ҳаракатдан сўнг қолган из).



11-расм. Ҳидлов галлюцинацияли беморнинг мимикаси.

вақт сақланади. Ўчоғли ақлпастлик бош мия томирларининг касаллигида (церебрал атеросклероз), хафакон касаллигида, мия захмида учрайди.

Тўла (тотал, диффўз) ақлпастлик— интеллектнинг қўполлашиши, солиштириш хусусияти, умумлаш, жамлаш, оддий ва мураккаб вазиятларни синтезлаш, ўзининг ҳолати ва ахлоқига танкидий баҳонинг сусайиши, шахсий хусусиятларининг сийқаланиши билан тавсифланади. Ўзини тутиши кўпинча аҳмоқона бўлиб қолади, одамгарчилик асосларига тўғри келмайди, қизиқишлари ортиб кетади, эйфория фонида ўзларини хурсанд тўтадилар, сергап, гиперсексуал, ҳеч нарса ёқмайдиган бўлиб қоладилар, кучайиб борувчи фалаж ва қарилик ақлпастлигига учрайди.

олигофрения— ақлсизлик (интеллектнинг туғма бузилиши)— асосий руҳий вазифаларни, биринчи ўринда интеллект ривожининг етишмовчилиги билан тавсифланади.

Ақлий етишмовчилик даражасига қараб идиотия: имбециллик ва дебиллик фарқланади.

Идиотия — ақлсизликнинг энг чуқур даражаси бўлиб, кўпинча жисмоний нуқсон билан, кар-соқовлик кўрлик фалаж ёки қалтираш билан кузатилади. Нутқи деярли ривож топмайди,

интеллект ва энг оддий одатлар ишланмайди, улар нохушдирлар, атрофдагиларни ва яқинларини бир-биридан ажрата олмайдилар.

Имбециллик — олигофрениянинг урта даражаси. Интеллект даражаси ўртача пасайган. Сўз захираси жуда оз, тушунчалари кам, тафаккури қисқа: эси пасайган, диққати уйноқи, нутқи тушунарсиз, ёрдамчи мактабга бориши мумкип.

Дебиллик — олигофрениянинг енгил даражаси. Интеллект ўзгариш даражасига етмаган, тафаккури тор, мулоқоти, абстракт тафаккур фаолияти қийинлашган. Бир қисм дебилларда механик эслаш кониқарли даражада, улар у ёки бу билимни ўрганадилар, аммо уни амалий фаолиятга тақдим қила билмайдилар. Бир қисм дебиллар ўрта мактабни синфдан-синфга қолиб бўлса ҳам тугатадилар. Улар материални тушунмасалар ҳам ёдлаб оладилар.

Олигофрения йиғма гуруҳ бўлиб, интеллектуал тараққиёт турли сабабларга кўра ривожланмаган: бўларга миянинг диспластик бузилиши, мия тараққиётининг кўпол етишмовчиликлари — инэнцефалия, мия чурралари, микроцефалия ва бошқалар, генетик (наслий-оилавий олигофрения шакллари) дисферментлар, хромосома касалликлари (Даун касаллиги ва бошқалар), жахлланишлар, авитаминозлар, туғилиш жароҳатлари ва ҳоказолар сабаб бўлади.

Психопатологик синдромлар мавзусига оид тест саволлари

1. Anesthesia psychica dolorosa симптоми қуйидаги синдром ва касаллик тизимида ривожланади:

депрессив синдром

* шизофрения

маниакал синдром

апатик синдром

астеник синдром

2. Депрессив синдром учун хос:

*тафаккур жараенларининг секинлашуви

рухий ривожланишнинг ортда қолиши

жисмоний ривожланишнинг секинлашуви

идрок бузилишлари

дистимия

физик иш қобилиятини пасайиши

3. Қуйидаги симптомлардан қайсилари депрессив синдром таркибига киради?

ўта тартибсеварлик, ассоциатив жараёнларнинг тезлашуви

пасайган кайфият, театрал интонация

*пасайган кайфият, қайғуга берилиш

интеллектуал тормозланганлик

мотор тормозланганлик, гиподинамия

4. Қуйида кўрсатилган касалликларнинг қайсиларида депрессив синдром учрайди?

рекуррент шизофрения

*МДП

идиотия даражасидаги олигофрения

бош мия органик касалликлари

прогрессив фалажлик IV босқичи, маразм

5. Улуғворлик ва бойлик васвасаси билан кечадиган маниакал синдром қуйидаги касалликда учрайди:

прогрессив параличда
шизофренияда
кексаллик ақли заифлигида
маниакал-депрессив психозида
бош мия жарохатида

6. Мания турларига киради:

ажитация
қувноқ мания
*қахр-Қазабли мания
масхарабоз мория
довдираган мания
апатико-абулик

7. Маниакал синдромга хос :

*эйфория
тафаккур тезлашуви
гипермнезия
конфабуляция
персеверация
дистимия

8. Кататоник синдром уз ичига қуйидаги симптомларни олади:

*капюшон симптоми
*хартум симптоми
прогрессияланувчи амнезия
псевдореминесценция

*эмбрионал поза
Липман симптоми

9. Кататоник синдромга хос:

*эмбрион холати
*каталепсия
конфабуляция
*негативизм
обсессия
эйфория

10. Кататоник кузгаалишдаги бемор нутқида кузатилади:

патетиклик ва демонстративлик
вербигерация
персеверация
резонерлик
*эхолалия
Апатия

11. Кататоник ступор турлари :

гипотоник ступор (депрессив)
ступор мумсимон эгилувчанлик билан
реактив ступор
ступор харакатсизлик билан
субступор
истерик ступор

12. Люцид кататонияни онейроид кататониядан фарки:

*тиниқ онг фониди кечади
довдираган-патетик кузгалиш кузатилади
ступор ва мумсимон эгилувчанлик кузатилади

фантастик тушсимон тасаввурларнинг оқиб келиши кузатилади
вакт, жойга ва уз шахсига дезориентировка кузатилади
ориентировка сақланган бўлади

13. Кататоник ступор симптомларига киради:

мушак гипотонуси
*мутизм
*негативизм
фаолиятга чанқоқлик
харакатсизлик
овкатдан бош тортиш

14. Кататоник ступорда тактика уз ичига олади:

*ёток яраларни профилактика қилиш
тозаловчи клизмалар
*парентерал овкатлантириш
ноотроплар
бензодиазепинлар
беморни фиксация қилиш

15. Кататоник қўзғалиш учун хос:

довдираган-патетик қўзғалиш
тентакнамолик
*эхолалия, эхопраксия
намойишкорлик
импульсивлик, стереотипия

16. Онг бузилишлари кузатилувчи синдромларни курсатинг:

астеник
*онейроид
ипохондрик

онгнинг номошомсимон коронгилашуви
 апатико-абулик
 Аменция

17. Делирий турига киради:

конфабулятор
 аментив
 типик
 *мусситирловчи
 амбулатор
 *профессионал

18. Онейроидга хос :

чин кўрув галлюцинациялари
 фантастик
 мотор кузголиш
 *вақтга, жойга ва ўзлигига нисбатан дезориентировка
 кечаси кучайиб, кундузи сусайиши
 фантастик псевдогаллюцинациялар

19. Онгнинг онейроид бузилишига хос :

ориентировкани ва ўзлигини англашнинг бузилиши
 *бемор ўзини фантастик воқеаларнинг иштирокчисидек сезади
 касаллик кечинмаларининг тўла амнезияси
 фантастик характердаги галлюцинатор кечинмалар
 аффектнинг қутблилиги
 мусбат Ашшофенбург симптоми

20. Делирийда кузатилади:

ўзлигини англашнинг бузилиши
 *қўрқув

психомотор қўзғалиш
 эйфорик кайфият
 *дашатли чин галлюцинациялар
 теваарак-атрофни иллюзор идрок этиш

21. Делирийга хос булган симптомни кўрсатинг:

дисфория
 уйку бузилиши
 маконга ва вақтга нисбатан дезориентировка
 *кўрув галлюцинациялари
 уткир хиссий ва образли васваса
 каталепсия

22. Делирий асосий симптомларини курсатинг

*куркув аффекти
 резонерлик
 *чин галлюцинациялар
 псевдогаллюцинациялар фонида экстаз
 мания
 дезориентировка

23. Онейроиддан фарк килиб делирийга хос:

*галлюцинацияга хос равишда узини тутиши
 фантастик галлюцинациялар
 таъсирли, образли васваса
 вақт ва маконга нисбатан дезориентация
 реал воқеага нисбатан амнезия
 *шахсиятига ориентировкани сакланиши

24. Делириоз синдромга киради:

субступор • олати
 *кўрув галлюцинациялари
 псевдогаллюцинациялар
 таъкиб, таъсир васвасаси
 *кўрқув, ваъима аффекти
 вақтга ва жойга нисбатан ориентировка

25. Делирий кузатилади:

соматоген психозларда
 инфекцион касалликларда
 шизофрения психозларида
 неврастения
 маниакал-депрессив психозда
 истерик неврозда

26. Аменция учрайди:

оғир кечадиган интоксикацияларда
 энцефалитнинг ўткир даврида
 психопатияларда
 бош мия жарохатининг узоқлашган даврида
 оғир кечадиган соматик касалликларда
 *оғир кечадиган инфекцион касалликлар

27. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

*эпилепсияда
 алкоголизмда
 маниакал-депрессив психозида
 инфекцион психозларида
 реактив • олатларда
 акцентуант шахсларда

28. Онгнинг онейрод бузилиши учрайди:

сурункали инфекцияларнинг узоклашган даврида
 эпилепсияда
 бош мия жарохатида
 интоксикацияларида
 шизофренияда
 неврозларда

29. Онгнинг онейрод бузилишининг симптомларига киради:

*чин галлюцинациялар
 эмоционал бузилишлар
 шахс ўзлигини англашнинг йўқолиши
 *сахнадагисимон галлюцинациялар ва фантастик куринишларнинг мавжудлиги
 теварак атрофга ориентирни йўқотиш
 ўз шахсига оиентировка сақланганлиги

30. Онгнинг делириоз бузилиши учрайди:

қон томир касалликларида
 соматогенияда
 шизофренияда
 инфекцион касалликларда
 алкоголь психозида
 реактив психозларда

31. Онгнинг номозшомсимон бузилиши синдромига киради:

тула амнезия
 реал оламдан узилиш
 вақт ва жойда ориентирни йўқотиш
 псевдогаллюцинациялар
 ёдда сақлаб қолишнинг бузилиши
 фикрлаш жараенининг бузилиши

32. Аменцияда учрайди:

довдираш
тафаккурнинг боғлиқсизлиги
сохта галлюцинациялар
ўз шахсига ориентировка сақланиши
чин галлюцинациялар
барча жавоблар тўғри

33. Онгнинг бузилишининг бемаъсул (нопсихотик) синдроми:

онейрод
*карахтлик
аменция
*кома
намозшомсимон • олат
делирий

34. Онг бузилиши аломати:

*реал борликдан четланиш
атрофни аниқ идрок этиш
конфабуляция
ориентировканинг бузилиши
параноид
атрофни англашнинг сақланиши

35. Онгнинг психотик бузилиш синдроми:

сопор
карахтлик
*делирий
кома
хушдан кетиш (обморок)

*аменция

36. Онейроид синдроми учун хос бўлган аломат:

*фантастик галлюцинациялар
фикр тезлашуви
инкогеренция
псевдогаллюцинациялар
хамма жавоблар тўғри
чин галлюцинациялар
туғри жавоб йўқ

37. Кучли қўзғалиш қайси онг бузилишида учрайди:

сомноленция
карахтлик
*делирий
онгнинг намозшомсимон бузилиши
барча жавоблар тўғри
коматоз

38. Коматоз • олат белгилари:

жавоблар паст овозда секин
психомотор қўзғалиш
шартсиз рефлекслари йўқ
*саволларга жавоб бермайди
қўзғатувчиларга реакцияси бор
•аракати йўқ

39. Онгнинг нопсихотик бузилиши қузатилади:

бош мия жарохатида
инфекцион касалликларда
шизофренияда

қон томир психозларида
 бош мия касалликларида
 психопатияларда

40. Делирий белгиларига киради:

эйфория
 *иллюзиялар ва галлюцинациялар
 *қўрқув ва вахима
 каталепсия
 тўлқинсимон кечиши
 психомотор қўзғалиш

41. Делирий пайдо бўлади:

қон томир психозидида
 интоксикацион психозда
 инволюцион психозларда
 инфекцион психозидида
 травматик психозда
 реактив психозларда

42. Делирий кузатилади:

травматик психозда
 маниакал-депрессив психозда
 интоксикацияда
 инфекцион психозда
 инволюцион психозларда
 неврозларда

43. Намозшомсимон синдром қуйдаги касалликларга хос:

травматик психозга
 шизофренияга

қон томир психозга
 инфекцион психозга
 маниакал депрессив психозга
 эпилепсияга

44. Аментив синдроми учрайди:

ўсма касаллигининг охирги босқичида
 оқ ала лашда
 сурункали сепсисда
 истерик психозларда
 оғир соматик касалликларда
 оғир кечадиган юқумли касалликларда

45. Ҳайси онг бузилиши кўпроқ социал хавфли ҳисобланади:

аментив
 номозшомсимон
 онейрод
 делириоз
 карахтлиқ
 кома

46. Мусситрланган делирийнинг асосий белгиларига киради:

параноял васваса
 онгнинг чуқур хиралашуви
 фикрлаш бузилиши
 тиниқ онг фонидида кечиши
 ўта соматик бузилишлар
 ўта неврологик бузилишлар

47. Аменцияга хос:

нутқнинг боғлиқсизлиги (бессвязанность речи)

бўлаётган воқеаларни тушуниб етиш мумкинлиги
 ёмон оқибат
 ориентирнинг бузилиши
 оренгировканинг сақланганлиги
 онгнинг чуқур бузилиши

48. Делирий учрайди:

шизофренияда
 оғир кечадиган соматик касалликларда
 неврастенияда
 травматик психозида
 истерик психозларда
 церебрал атеросклерозда
 инфекцион психозларда

49. Онейроидни делирийдан фарқловчи белги:

ўткир пайдо бўлиши
 ўзлигини англашнинг бузилиши
 психомотор қўзғалиш
 псевдогаллюцинациялар
 *вақтга ва жойга нисбатан дезориентировка
 аффектив бузилишлар

50. Онг бузилишининг умумий белгиларига киради:

психомотор қўзғалиш
 *борликдан ажралган • олат (отрешенность)
 галлюцинациялар
 *вақтга, жойга ва ўз шахсиятига дезориентировка
 фикрлаш бузилиши
 *амнезия

51. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

шизофренияда
инфекцион психозларида
алкоголизмда
неврозларда
реактив ҳларда
эпилепсияда
психопатияларда

52. Онгнинг сопороз бузилишига хос:

вақтга нисбатан дезориентировка
шахсга нисбатан ориентировка
мулоқотдан маърумлиқ
маконга нисбатан дезориентировка
кучли қўзғатувчига ҳаракат ва мимика реакциясининг сақланганлиги
кучли психомотор қўзғалиш

53. Онгнинг намозшомсимон бузилишига хос:

васваса
руҳий автоматизм
галлюцинациялар
сиқилиш, қаҳр-Ҳазаб, қўрқув аффекти
атроф-муҳитга нисбатан дезориентировка
аста-секин ривожланиши

54. Аменцияга хос :

ўз шахсига нисбатан онг сақланганлиги
атроф-муҳитни тушиниб ета олмаслик
фикрлашнинг боғлиқсизлиги
довдираш
нисбатан огир соматик ҳолати

ўз-ўзини англашнинг бузилиши

55. Онгнинг онейрод бузилиши белгиланади:

атроф-му·итга нисбатан мўлжал бузилиши
 психомотор кузголиш
 ўз-ўзини англашнинг бузилиши
 чин зоопатик галлюцинациялар
 *фантастик характердаги кечинмаларнинг мавжудлиги
 вақтни идрок этишнинг бузилиши

56. Делирий синдромида учрайди:

фантастик характердаги кечинмалар
 замон дезориентировка
 *чин кўрув галлюцинациялари
 ўз шахсига ориентировка бузилиши
 қисман амнезия
 харакат кўзғалиш

57. Онгнинг намозшомсимон хиралашувида учрайди:

гипермнезия
 дезориентировка
 ўткир бошланиши
 транзиторлик
 кўрқув, қахр-Ҷазаб вахима аффектлари
 ёпишқоқ фикрлар

58. Онгнинг аментив хиралашуви учун хос :

онгнинг чуқур хиралашуви
 фантастик кечинмалар
 фикрлаш боғлиқсизлиги
 довдираш /растерянность/

·аракат қўзғалиши йук
эйфория

59. Делирийда қуйидаги симптомлар учрайди:

харакат қўзғалиши
кўрув ва вербал чин галлюцинациялар
фантастик мазмунли кечинмалар
кўрқув аффекти, қузатиш васвасалари
ўзликни англашнинг бузилиши

60. Қуйидагилардан қайси бири онг йўқолиши синдромларига киради?

делирий
кома
караҳтлик
онейроид
обнубиляция

1 Психоорганик синдром таркибига киради:

тушуниш қобилиятини пасайиши
психосенсор бузилишлар
галлюцинация ва васваса
хотира бузилиши
гипобулия
аффектни бошқаролмаслик

2 Қуйидаги симптомлар негатив деб номланади:

васваса гоялари
мнестик-интеллектуал заифлашув
ёпишқоқ гоялар
эмоционал қамбағаллашув
галлюцинациялар
*абулия

3 «ўтқир параноид» ташхисини критерийлари:

политематик васваса
 монотематик васваса
 *галлюцинацияларни булиши
 *таъсир васвасасини булиши
 системалашмаган васваса
 юкори прогредиентлик

4 Хотира, интеллект пасайиши ва эмоцияларни бошқара олмаслик қўйидаги синдромнинг асоси бўлиб хизмат қилади:

Корсаков
 Кандинский-Клерамбо
 Вальтер-Бюэль
 Котар
 Каннер
 психоорганик

5 Ипохондрик синдроми учун қўйидаги бузилиши хос:

гипостезия
 гиперстезия
 *сенестопатия
 парестезия
 депрессия

6 «ўтқир параноид» синдромал ташхиси қўйиш учун зарур мезонларга киради:

*васваса
 ҳаракат бузилишлари
 *галлюцинациялар
 аниқ чегаралари ва аффектив тўйинганлиги
 албатта депрессия борлиги

1, Бемор М.16 ёш, мактабга бормаи куйди, уйдан чикмайди, ойнани парда билан ёпиб куйган, уз-узи билан гаплашади, онасига нисбатан газабда.

.тахминий синдромал ташхис

.ушбу синдром қайси касалликларда учраши мумкин

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Параноид синдром
2. Шизофрения, психопатия, реактив холатлар
3. Клинико анамнестик,патопсихологик текширув
4. Бирламчи васваса, галюцинациялар, қўрқув аффекти
5. Рухий касалликлар шифохонасига еткизиш

РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРДА БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

КЛИНИК ТЕКШИРИШ УСУЛИ

Клиник текшириш усули руҳий касаллик ташхисини қуйишда асосий усуллардан бири бўлиб хизмат қилади. Текшириш таркибига бемор тўғрисидаги паспорт маълумотлари, беморнинг шикоятлари, мазкур касаллик анамнези, соматик ва неврологик текширув, руҳий ҳолат текшируви ва ёр-биродарларини ҳам мазкур касаллик ҳақида сўраб суриштириш лозимдир.

Беморнинг эслаб қолиш қобилияти, фикрлаш қобилияти сустлашганда, алаҳлаганда, диссимуляция ҳолатида бемор касаллик тўғрисида аниқ ва тамомила етарли маълумотлар (субъектив анамнез) бера олмайди.

Баъзи ҳолларда бемор қариндош-уруғлардаги (шажарасидаги) руҳий касалликлар ҳақида, болалик давридаги бирор бир аҳамиятга эга бўлган ҳолларни, бош мия жароҳатлари, тутқаноқ тутиш, эс-ҳушини йўқотиб қуйиш ҳоллари ҳақида маълумотларга эга бўлмаслиги мумкин.

Юқорида келтирилган барча шароитларда беморнинг қариндош-уруғи, ёр-биродарлари, қуни-қушнилари сўраб суриштириш, яъни объектив анамнез йиғиш тавсия этилади. Объектив анамнез бемор иштирокисиз йиғилиши лозим.

Беморнинг ҳаёти тўғрисида маълумотларни йиғиб олиш жараенида биринчи навбатда ирсиятнинг нобоплигига — ота-она, қариндош-уруғнинг руҳий соғлигини аниқлаб олишга аҳамият бериш керак. Наслда қайд этилган руҳий касалликнинг барчаси таърифлаб берилмоғи лозим. Бундан ташқари, ўз ҳаётига суиқасдлик қилган, ўзини ғалати тўтадиган, ақли заиф, тутқаноғи бор шахслар, кашандалар, ичкиликбозлик турли хил соматик касалликларга алоқадор шахслар бор-йўқлигини аниқлаш лозим.

Мазкур касалликнинг қандай бошланганлигини сўзлаб бераётганда касаллик қандай (тусатдан, аста-секин) бошланганлиги, касалликнинг бошланган вақти ва жойи, шунингдек унинг сабаблари (беморнинг ўз фикрига кўра), биринчи аломатлари, зўрайиши, кечишини белгилаш, турмуш тарзи ўзгаришларининг таъсирини, қилинган давога (ўз-ўзини даволаш, врач маслаҳати билан, даволашга) аҳамият бериш керак. Беморнинг қайси вақтдан бошлаб психиатр назоратида бўлганлигини ва даволашнинг якунини ойдилаштириш зарур. Агар бемор касалхона қошида даволанган бўлса, унда у қачон, қаерда бўлса, қандай дорилар, қандай миқдорда, қанча вақт давомида олинганлигини аниқлаш лозим. Қушимча сўраб-суриштириш орқали бемор руҳий касалликка йўқикиши муносабати билан унинг ҳолати меҳнат ва турмуш шароитига қандай таъсир этганлиги,

олдин ногиронликда бўлиш-бўлмаслиги тўғрисидаги маълумотлар аниқланади.

Рухий касалликлар касалхонасига қайта тушган беморлар учун ҳар бир беморнинг касалхонада ётиши тўғрисида қўшимча маълумотлар олинади.

Рухий ҳолат

Касаллик варақасидаги бу ҳолат маълум бир тартибда баён этилади. Таъриф чизма бўйича белгиланган саволларга жавоб сифатида эмас, балки кенгайтирилган режали равишда беморни ва ундаги рухий касалликни таърифлаш лозим.

Шу билан бир қаторда врачнинг шахсий фикрини акс эттирувчи атама ва мулоҳазаларни киритиш керак. Масалан: беморда шилқим ғоялар борлиги аниқланади, «бемор алахсирайди» ва ҳоказо. Юқоридаги ҳолатлар тўлиқ ёзма равишда берилади.

Сўнгра беморнинг ўз шахсини қаерда ва қай вақтдалигини аниқлай олиш қобилияти текширилади. Эслаб қолиш қобилиятини ва ақлнинг сусайиши беморнинг юқорида келтирилган қобилиятларини еусайтиради: касалхонадалигини биладию, лекин қайси биридалигини айтолмайди. Бемор алахҳираши мумкин, масалан, у ўзини касалхонада эмас, балки қамоқхонада, шифокорни — терговчи, касаллик варақасини тўлдиришни эса тергов иши олиб борилапти деб тушунади. Баъзи ҳолларда эса бемор икки хил тушунчага боради. Бемор онгининг сусайишида у ўзини қаерда ва қайси вақтдалигини англаб олиш қобилиятининг йўқолиши энг муҳим кўрсаткичлардан бири бўлиб хизмат қилади.

Сўнг қабул қилиш қобилиятининг сусайиши баён этилади. Врач ўзига керак бўлган маълумотларни беморни сўраб-суриштириш орқали олади: қулоққа эшитилаётган овозлар, улар нима ҳақида гапиришади, уларнинг буйруқ бериши, кимга тегишлилиги, нечталиги ва ҳоказо.

Беморнинг фикр юритиш қобилияти ҳам юқоридаги каби батафсил равишда таърифланади: фикр юритиш суръати, жараёнининг бузилиши — қимматли ғоялар, алахсираш.

Кейин беморнинг эслаб қолиш қобилиятини текшириш хулосалари келтирилади. Врач томонидан анамнез ёзиб борилганда, саволларга бемор томонидан берилган жавобларга қараб унинг эслаб қолиш қобилияти қай даражадалигини аниқлаш мумкин. Эслаб қолиш қобилияти бўзилган ҳолда бемор саволларга маълум бир кетма-кетликда ва аниқликда жавоб бериш қобилиятидан маҳрум бўлади. Шунинг билан бирга беморга маълум бир ахборотни эслаб қолиш учун, ёхуд кинофильм, ўқилган китобнинг маъносини еўзлаб бериш илтимос қилинади. Шу билан бир қаторда беморнинг билим савияси, унинг жамиятдаги ўрни — маълумотига мое келиш-келмаслиги аниқланади. Бундан ташқари, беморга расмга қараб сўзлаш, арифметик масалалар каби топшириқлар берилади ва бунинг асосида онгининг савияси, унинг тавсифининг даражаси аниқланади.

Бемор туйғуси батафсил равишда баён этилади: кайфияти, таъсирланиши ва бошқа туйғулар пайдо бўлиши ва ҳоказолар. Туйғуларнинг сони, барқарорлиги, устун келадиган феъл-атвори, шароитга беморнинг жисмоний ва умумий руҳий ҳолатига мослиги белгиланади. Бемор туйғулари кўтаринки ҳолатда бўлса кайфияти ҳам кўтарилади. Бу нарса кахексия (силосип) билан оғриган касаллар, юрак ўпка касалликларида, оғир миокард инфаркти ҳолатида, ривожлашган паралич касалларининг ақли заифлиги ҳолатида, ичкиликбозликнинг учинчи даражасида кузатилади.

Онгли равишдаги ҳаракатлар ўзгариши беморнинг фаол ва лоқайд эътибори, истаклари, ҳаракати, хулқига тегишли ва улар билан боғлиқ Имо-ишора, сўзсиз ҳаракат беморнинг ташқи кўринишини текшириш пайтида беморнинг ўзини тутиши, бўлимдаги хулқи, одамлар билан муносабатга кириш даражаси, жамоага хавфли ҳаракатларнинг эҳтимоли кўрсатилиши керак. Кўрсаткичларнинг охирида беморнинг ўз ҳолатини танқидий баҳолаши ва келажак билан боғлиқ бўлган орзудари кўрсатилади.

Соматик ҳолат. Бу ҳолат тўла равишда соматик касалхонада текширилади.

Неврологик ҳолат. Бу ҳолат ҳам тўла равишда неврологии касалхонада текширилади.

Амалий психологик текширув. Ҳозирги вақтда руҳий фаолиятнинг барча томоиларини ўрганиш тестлари, инсоннинг шахсий ва умумий кўрсаткичлариани анимаш усуллари кўп даражада ишлаб чиқилган. Бундай текширишлар аналитик усулда патопсихология тажрибагоҳларида олиб борилиб, улар жуда мураккаб ва кўп вақт талаб қилади, шу билан амалий психологик текши-ришларнинг нисбатам содда усуллари кўплаб шифокор-рухшунослар томонидан қўлланади. Улар беморни касалхона шароитида текшириш учун хилма-хил амалий рухшунослик усулларини қўлламоқдалар ва олинган маълумотларни беморнинг касаллик тарихи варакасига кайд қиладилар. Ҳар ҳолда беморнинг ҳолатини баҳолашда ҳал қилувчи сўз шифокорга боғлиқ патопсихологик тестлар эса тажрибагоҳда олинган барча бошқа маълумотлар билан бир қаторда фақат қўшимча восита сифатида қўлланилади.

Лаборатория текширувлари

Рухий касалликлар ташхисида қоннинг умумий ва клиник анализини, сийдик анализини ўтказиш мажбурий ҳисобланади. Кейинчалик бу анализлар ҳар бир касалликнинг ўзига хос хусусиятларига қараб вақти-вақти билан ёки тизимли равишда ўтказилиб турилади. Бу ўз навбатида руҳий касалликни фаол даволаш жараёнида ҳар бир беморнинг соматик ҳолатини баҳолаш учун за-рур. Бундан ташқари, баъзи анализларда руҳий хасталик билан боғлиқ бўлган ва уни таърифлайдиган ўзгаришлар топилади.

Соматоген инфекция, интоксикацион психозларда кўпинча лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, нейтрофилия ва қон формуласининг чап томонга силжиши, аллергик реакцияларда эозинофилия, сурункали яллиғланиш жараёнларида эса лимфоцитоз кузатилади.

Прогрессив фалаж учун эозинопения хос. Шизофрения касалига чалинган беморлар қонида лейкоцитларнинг 4500—3000 гача камайиши кузатилади.

Мушак орасига даволаш мақсадида сульфазин юборилганида кучсиз лейкоцитар реакция юзага келса, бу организм реактивлигининг пасайганлигини билдиради.

Баъзи бир ўткир ҳолатларда, масалан: фибриал кататонияда беморларнинг сувсизланиб қолиш фонида сийдикнинг нисбий солиштирма оғирлиги ошиши, қонда эса эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитоз, нейтрофиллариинг токсик донаторлиги кузатилади.

Маниакал-депрессив психознинг маниакал фазасида сийдикнинг нисбий солиштирма оғирлиги камайиши билан бирга полиурия кузатилади, депрессия вақтида эса сийдик кам, лекин унинг нисбий солиштирма оғирлиги 1030 гача кўтарилади.

Эпилепсияга чалинган беморларда ҳар бир хуруждан сўнг қонда лейкоцитар реакциями, сийдикда —оқсил ва канд моддаларининг пайдо бўлганлигини кўриш мумкин.

Жуда кўп руҳий касалликларда қон ва сийдикда биокимёвий ўзгаришлар содир бўлади. Бундай ўзгаришларнинг тавсифи ва интенсивлиги ҳар бир нозологик шаклнинг ўзига хос хусусиятларигагина эмас, балки уларнинг синдромли кўринишларига, руҳий ўзгаришларнинг кучлилигига, беморнинг руҳан тушқунлиги ёки асабийлашганлигига ва касаллик жараёнига бошқа аъзо ва тизимларнинг канчалик кўшилганлигига боғлиқ бўлади. Масалан: ҳаракати асабийлашган ҳар қандай беморда, касалликнинг нозологик шаклига боғлиқ бўлмаган ҳолда қонда — гипергликемия, кетахол аминларнинг ва кортикостероидларнинг кўтарилганлигини кўриш мумкин. Маниакал-депрессив психоз хуружининг бошланиш пайтида модда алмашинувининг ошуви, хуружлар ўртасида пасайишини ва қонда диабетга хос ўзгаришларни кузатса бўлади.

Алкоголизмда жигар намуналари ўзгаради, церебрал атеросклерозда қон таркибида холестерин микдори ва учглицерид кўрсаткичи ўзгаради.

Қон ва сийдикнинг биокимёвий ўзгариши соматик, инфекция ва интоксикацион психозларга ҳам хос бўлади. Модда алмашинувининг баъзи бир туғма оғир ўзгаришларини олигофрениaning баъзи бир шаклларида учратиш мумкин: фенилкетонурияда, лейкоцитозда.

Биокимёвий текширишни амалга ошириш фаол даволашнинг баъзи бир турлари учун ҳам зарур. Масалан, инсулкоматоз терапиясини ўтказиш вақтида глюкозага нисбатан организмнинг барқарорлиги текширилади.

Агар қонда литийнинг микдори 0,8—1,0 ммоль дан ошса организм ёмон ҳолатга тушиб қолиши мумкин.

Қоннинг серологик текширувлари — асосан захми аниқлаб берадиган реакцияларга — Вассерман, Закс— Витебский, қон реакцияларига тааллуқли бўлади.

Мия суюқлигини текшириш

Мияда органик хасталик бор деб гумон қилинганда орқа мия суюқлиги текширилади.

Орқа мия суюқлиги люмбал пункция орқали олинади. Люмбал пункция III ва IV ёки IV ва V бел умуртқа суяклари орқасида қилинади. Шу жойда мия пардаси орқа мия суюқлиги билан тўлган халтача ҳосил қилади. Пункция иайтида беморда кўнгил айниш, қусиш юз бериши мумкин, шунинг учун пункцияни овқатдан олдин қилиш керак. Пункция вақтида бемор уўгирган ҳолатда бўлиши керак.

Меъёрда орқа мия суюқлиги рангсиз, тиниқ ва томчилар билан оқиб чиқади. Бош мия босими кўтарилганда орқа мия суюқлиги тирқираб оқади, босим камайганда эса сийрак томчилар билан оқади. Орқа мия босими утирган ҳолдаги беморда 240—300 мм сув устунига, ётган ҳолдаги беморда 120—200 мм сув устунига тенг бўлади. Агар орқа мия суюқлигига қон аралашган бўлса, ликворнинг ранги қизғиш тус олади ва тиндирилганда ўзгармайди. Қон аралашмаси пункция қилинганда тери томирларининг жароҳатланиши натижасида ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Бундай ҳолда орқа мия суюқлигининг қизғиш ранги кейинги порцияларда камаяди, ликвор тиндирилганда ёки чуқтирилганда эритроцитлар идиш тубига чўқади ва ликворнинг тиниқлиги тикланади. Лекин мияга қон қўйилганда бундай ҳолни куриб булмайди. Менингитда мия усмасида шиш ёрилган ҳолларда ликвор хира бўлади, унда фибрин толаларини учратиш мумкин.

Энди меъёрда люмбал пункция ёрдамида олинган ликворнинг ҳолати қандай бўлиши ҳақида маълумот берамиз: нисбий зичлиги 1,005—1,008, ишқорий реакцияси — кучсиз бўлади, рН 7,4—7,8, цитоз 1 мкл да 0—5 та хужайра (асосан лимфоцитлар), қанд моддаси микдори 2,22—3,33 ммоль/л, оқсил 0,16—0,3 г/л, альбуминларнинг глобулинларга нисбати I : 1. Нонне-Аппельтнинг чўкма глобулин реакцияси учрамайди.

Гидроцефалия билан оғриган беморларда ликворнинг нисбий зичлиги камаяди. Бош мия ва унинг пардалари яллиғланганда цитоз кўпаяди. 1 мкл да 10—100 та хужайрагача бўлган цитоз лимфоцитлар билан бирга сурункали хасталиклар учун хос бўлади. Масалан, арахноидит ёки нейрозахм учун. Ўткир йирингли менингит учун полинуклеарларнинг тўпланиши кузатилади. 1 мкл да 150 тадан бир неча минггача бўлади.

Кўпинча орқа мия суюқлигида касаллик чакирувчиларини кўриш мумкин. М-н; стафилококкларини, асал стрептококкларни,

менингококкларни, пневмококкларни, оқиш спирохеталарни, цистоцеркоз пуфакларини. Хавфли ўсмаси бор беморларда ликворда ўсма хужайраларини топиш мумкин.

Орқа мия суюқлигида қанд модда микдори камайса, бу мия пардалари яллиғланиш жараёнининг канчалик ўткирлигини кўрсатади. Оксил модда микдорининг камайиши ёки глобулинларнинг устунлиги кўрсатилади. Оксил устунлиги сабаби турлича бўлган церебрал пато-логияда кузатилади: усмаларда, энцефалитларда, менингитда, арахноидитларда, захм касаллигида.

Вассерман реакцияси прогрессив фалажда (4+) кучли равишда ижобий кузатилади. Шу жумладан бошқа серологик реакциялар ҳам: Закс-Витебский, Кан реакциялари. Захм касаллигига учраган беморларда кон ва орқа мия суюқлигида серологик реакциялар кам натижа беради, баъзида адашиш мумкин. Бундай тортишувли вақтларда янги, мураккаб замонавий реакцияларни қилиб кўриш керак: иммунофлюоресценция трепонемаларнинг иммобилизацияси реакцияси. Бош мия захмида иммунофлюоресценция реакцияси 95—100% гача тўғри натижа беради, трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси эса 99—100% гача тўғри натижа беради.

Лекин охирги реакция антибиотиклар ва захмга қарши бошқа дори-дармонлар бекор қилингандан кейин (2 ҳафтадан сўнг) қўйилади.

Рухий текшириш усули асосан иккига бўлинади.

1. Рухий жараёнларни (қабул қилиш, ҳиссиёт, диққат, хотира, фикрлаш ва бошқалар) текшириш усули.
2. Шахсни текшириш усули.

Юқоридаги бўлиниш шартли равишда бўлса-да, бу усулларни қўллаш бир неча фаолиятлар ҳолатини ёки шахсни текширишга имконият беради. Рухий шифохонада қабул қилиш ва ҳиссиётни тажрибада текшириш учун, бош мия органик жароҳатларидаги рухий бузилишларни эндоген психозлар, қариликдаги амий заифликдан фарқлаш ташҳисини ўтказиш учун нейрпсихологик си-намалар ўтказилади. Кўрув гнозиси ва сезги-ҳисларни текшириш учун турли хил тестлардан фойдаланилади.

Рухий жараён ҳолатини аниқлашда диққатни текшириш жуда муҳим маълумотлар беради. Унинг фаоллиги, ҳажми, микдори, ўтиш қобиляти (переключаемость) асосий белгилар ҳисобланади ва рухий фаолиятнинг у ёки бу бузилишларида ягона кўрсаткичлар бўлиб қолади. Рухий бузилишларнинг барчасида диққатни текшириш ўз аксини топган ва буни энг қулай ҳисобланган корректор сииамаси орқали текширилади. Бунда беморга тасодифан равишда алфавит ҳарфларидан тузилган бир т-кис ҳарфлар кўрсатилади. Ундан бу ҳарфларни иложи борича тез ва диққат билан кўриб чиқиш талаб этилади. Бемор ўзига берилган ҳарфларни ўчириши керак бўлади. Шунингдек Шульте жадвалидан 1 дан 25 гача кўпайиб

борувчи сонлар орасидан керакли сонни тез топиб кўрсатиши диққатни текшириш усулларининг эффектив усули ҳисобланади.

Диққатнинг ўзгарувчанлигини текшириш учун купинча Горбовнинг 2 рангли жадвалидан фойдаланилади. Жадвалда 1 дан 25 гача бўлган сонлар қора рангда, 1 дан 24 гача эса қизил рангда тартибсиз, аралаштириб берилган бўлади. Бемордан 1 та қора рангдаги сонни кўпайиб бориш томонига, битта қизил рангдагини камайиб бориш тартиби бўйича навбатма-навбат излаш талаб этилади.

Ҳозирги вақтда диққатни текшириш учун қолган текстдаги 4 турли рангдаги геометрик шаклдаги карточкаларни ранг бўйича, кейин шакли бўйича тез саралашдан иборат.

Хотирани текшириш учун кўп ҳолларда 10 та сўзни ёдлаш усули кўп қўлланилади. Беморга 5 марта 10 та бир-бири билан алоқаси бўлмаган сўзлар кўрсатилади. Ҳар бир кўрсатилгандан сўнг бемор эслаб қолган сўзларини қайтариши керак. Меъёрда одам 10 та сўзни 2—3 марта такрор кўрсатганда эслаб қолади. Шунингдек ракамларни тўғри ва тескарисига ёздириш усули ҳам қўлланилади.

Восигали эслаб қолиш қобилиятини текшириш учун Леонтьев усули қўлланилади. Беморга ҳар бир ёдлана-ётган сўзнинг маъносига қараб стандарт тўпламдан расм танлаш таклиф этилади. Сўнгра у ёки бу расмни кўрсатганда бемор шу расм билан боғлиқ бўлган сўзни эслаши лозим. Ушбу усул А. Р. Лурия таърифича, пиктография номини олган. Бу усул билан нафақат эслаб қолиш ва кўриш хотираси, балки ассоциатив жараёнларни текшириш ҳам мумкин. Бунда бемор эслаб қолиш учун таклиф этилган сўзни ўзича «чизиб олиши» керак бўлади. 40—60 дақиқадан сўнг ўша расм ёки еўз ҳақида тушунча бериши керак. Ассоциатив жараёнлардаги кичик ўзгаришлар танланаётган сиймолар орқали сўзлаб бериш қобилияти бузилганлигидан далолат беради.

Ассоциатив жараёни текширишда шунингдек оддий ассоциатив тажриба (тажриба ўтказувчининг айтган ҳар бир сўздан кейин иложи борича ҳар қандай сўзни айтиши): 68 та сўзни айтиш (атрофдаги предметлардан ташқари 60 та ҳар хил сўзни тез айтиб бериш), қарама-қарши маъносини айтиш (қарама-қарши усули) қўлланилади.

Ассоциацияларни текшириш усули фикрлашни текширишда ҳам қўлланилади. Фикрлашни, шунингдек мулоқот қобилияти, чалғитиш, хаёл қилишни текшириш усули билан ҳам аниқаш мумкин. Бу усулар буюмлар таснифига асосланган. Масалан: беморга 70 та турли буюм ва ҳайвонларнинг расми акс эттирилган суратлар берилди. У бу суратларни ўзининг чиқарган хулосаси бўйича саралаш керак Шунингдек 4 та буюмдан 1 та ортиқчасини чиқариб ташлаш ёки 4 та сўздан 1 та тўғри келмайдиган сўзни олиб ташлаш усули қўлланилади. Асосий хусусиятларни танлай билиш усули ҳам қўлланилади. Бунда бемор берилган сўзнинг асосий хусусиятини акс эттирувчи қавс ичидаги 5 та хусусияти орасидан 2

тасини айтиб бериши керак. Бундан ташкари, маколларни англаш, оддий ва мураккаб ўхшашликлар, бутун шакл яшаш ва қисмларга ажратиш, Равен синамаси ва бошқа усуллар қўлланилади.

Конструктив фикр юритишни текшириш учун «Линк куби» усули (ҳар бири 3 хил рангга бўялган 27 та кубикдан яшил рангли кубик йиғиш) ва «Косс куби» (4, 9 ва 16 алоҳида нақш берилган кубикдан нақшлари тўғри келиши бўйича шакл яшаш) усуллари ҳам ишлатилади.

Ақлни (интеллект) текшириш учун нисбатан кўп қўлланиладиган тузилма сифатида рухий фаолиятнинг кўп томонларини қамраб ётувчи фикр юритишни текширишга қаратилган синамалардан ташкари Векслернинг комплекс синамаси ишлатиладн. Унинг мақсади фикрлаш қобилияи, санаш орийентацияларл, эслаб қолиш қобилияти, диққат даражаси, сўз жамғармаси, конструктив фикрлаш, шунингдек қисмлардан ходисаларнинг кетма-кетлигини тақлид қила олиш қобилиятини текширишдан иборат. Юқорида кўрсатилган рухий жараёнлар текширилгандан сўнг беморнинг ақлий фаолиятини балларда миқдорий баҳолаш имкониятини мана шу мажмуага асосланиб қўйилади.

Шахсни текширишда турли усуллардан фойдалани-лади — оддий стандарт сўровлардан тортиб то мураккаб прожектив синамаларгача. Сўровлар савол ёки тасдиқ кўринишида бўлиб, бир хил маъноли жавоблардан, 2—3 кўринишли жавоблардан 1 та тўғри жавобни топишга асосланган («ҳа-йўқ», «тўғри-тўғримас-тўғрироқ»). Сўровлар шахснинг у ёки бу томонини очиш учуй ва унга миқдорий баҳо бериш учун қўлланилади.

Айзенк сўрови кўпроқ тарқалган бўлиб, у шахснинг индивидуал кўзғолиш ва тормозланиш балансини (интраверт-экстраверт), нейротизм даражаси — эмоционал турғунлик ёки нотурғунлик ва носамимийлик даражасини аниқлаш имконини беради.

Миниесот кун фазали шахс сўрови (ММР1) шахснинг клиник профили, унинг асосий рухий хасталик хусусиятларининг нисбати ва устунлигини: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, эркаклик-аёллик параноид, психоастения, шизофрения, гипомания, ижтимоий интраверсиясини аниқлашга имкон беради. Бу асосий 10 та шкаладан ташқари, сўровда кўшимча саволлар мавжуд. Ҳаммаси бўлиб 200 тадан кўпдир. (эпилепсия, алкоголизм, шахс, ўз-ўзини текшириш, шизофрения келажаги ва бошқалар). Улардан баъзилари, масалан, Тейлор — хаяжон шкаласи мустақил суров сифатида қўлланилади.

Психопатиянинг ёки шахс акцентуациясининг устунлик даражаси ва типини аниқлаш учун Личковнинг хасталикни тавсифлаш ташхисининг сўрови ўтказилади (ХТТ).

Кателлнинг 16 факторли сурови чегара ҳолат клиникасининг, шахснинг бир қатор туғма (конституционал) ва орттирилган ўзига хослигини

аниқлаш учун ишлатилади.

Шунингдек прожектив ва ярим прожектив синамалар ҳам ишлатилади. Бунда кам тизимлаиан рангли квадратлар (маъноси муайян бўлмаган тасвирлар) синалувчи шахснинг ўзига хос хусусиятларини очишда ёрдам беради. Мавзу (апперцепсия) синамаси шулар жумласидандир, МАС кўп мазмунли расмлар, кўп фикрлашни талаб этади. Шунга қараб бемор қандай ҳикоя қилиши, кимни қахрамон қилиши, қанақа мулоҳаза юритиши, замон келишикларини қанақа ишлатиш тартиби (ўтган, ҳозир, келаси замон)га қараб малакали мўтахасеислар унинг ҳолати, мақсади, кечинмаларига баҳо беришади.

Роршах синамаси Юта стандарт сиёҳ доғидан иборат. Бемор у ёки бу доғнинг нимага ўхшашлигини айтиши керак Жавоблар доғнинг детали, ранги, шакли ҳақиқатдан ҳам бирор нарсага ўхшаганлигига қараб мураккаб гизим бўйича баҳоланади. Натижада синалувчининг интеллектуал (ақлий), руҳий хатолик хусусиятлари тўғрисида бирор хулосага келинади.

Розенцвейгнинг фрустрация синамаси 24 та аниқ жанжал ҳолат акс эттирилган расмдан иборат. Унда катнашувчи шахс гапиради (матн ёзиб кўйилган), бошқаси жавоб беради (синалувчи матнни иложи борича тезроқ уйлаб топиши керак). Бу синама синалувчининг реакцияси кўриниши ва унинг мураккаб ҳолатларда йуналишини, у ёки бу талабини қондиришга кўра аниқлашга ёрдам беради (фрустрация). Олинган натижаларга асосланиб шахснинг ижтимоий мослашганлигининг даражаси аниқланади.

«Тугалланмаган жумлалар» синамаси 60 та бошланган иборадан иборат бўлиб, уларни тез охирига етказиш керак. Бу синама ёрдамида шахснинг хаётий муносабатларга дунёқараши тўғрисида, унинг келишувчанлиги, келишмовчиликларнинг ёнини олиши тўғрисида маълумот олинади ва натижада унинг ақлий (интеллектуал) ривожланганлик даражаси тўғрисида бирор хулосага келинади.

Барча руҳий синамаларни қўллаш ва асосан шахс синамаларини ўтказиш учун махсус тайёргарлик ва юқори малакали, профессионал, моҳир тажриба ўтказувчини талаб қилади.

Руҳий касалликларда беморларни текшириш мавзусига оид тест саволлари

1. «ўткир параноид» синдромал ташхиси қўйиш учун зарур мезонларга киради:

*васваса
 харакат бузилишлари
 *галлюцинациялар
 аниқ чегаралари ва аффектив тўйинганлиги
 албатта депрессия борлиги

2. Электроэнцефалография куйидаги холатларни ташхислашда қўланилади:

олигофрения
 *эпилепсия
 шизофрения
 неврастения
 *бош миё органик зарарланиши
 бош миё атрофик, дегенератив касалликлари

3. Беморнинг рухий статусини куйидаги холатларни урганиш билан белгиланади:

анамнез
 *кайфият
 *хотира
 *тафаккур
 наслий мойиллик
 Абулия

4. Рухий бузилиши бўлган бемор билан ишлашни бошлашда шифокор томонидан қўлланиладиган текшириш усули:

объекти маълумотларини олиш
 *профессиял сўров ва кўрув
 клинико-динамик кузатув
 стандартлаштирилган баҳолаш шкалалари
 ЭЭГ, КТ, ЯМР, бош суяги рентгенографияси

Психиатрик стационарга ётқизиш учун курсатмалар:

- *агрессияга мойил булган маниакал ҳолат
- *рухий беморнинг жамиятга қарши ҳатти-ҳаракатлари
- неврозлар
- туғма ақл заифлик
- *суицидал фикрлар ва ҳаракатлар
- олигофренсимон дефектли

Психиатрик стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар:

- *агрессияга мойил бўлмаган маниакал ҳолат
- овқатдан захарланиш васвасаси, овқатдан бош тортиш
- неврозлар
- туғма ақл заифлик
- * императив галлюцинациялар
- * кататоник ступор

5Кайси касалликларда овқатдан бош тортиш кузатилади:

- *анорексия
- *депрессив синдром
- *кататоник ступор
- маниакал синдром
- гебефреник синдром
- псевдодеманция

Куйидаги ҳолатларнинг қайси бирида социал ҳавфи ва суицидал ҳулқ кузатилади:

- деменция
- *патологик аффект
- кунгли бушлик
- *ажитирланган депрессия
- апатико-абулик ҳолат
- *дисфория ҳуружи

Шошилинич госпитализация учун кўрсатмалардан бири:

- *ажитирланган депрессия
- психорганик синдром
- *кататоник қўзғалиш
- обсессив синдром

апатико абулик синдром
олигофрения имбециллик даражасида

4-БОБ

ПСИХИАТРИЯДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Рухий касалликларни даволашнинг кимёвий усули

Психотроп моддаларни жуда кўп туркумлари мавжуд, Аммо улар ичида Г. Я. Авруцкий ва А. А. Недуевалар томонидан (1981) тақлиф этилган туркум ҳаммага маъкул ва бирмунча қулай ҳисобланади.

I. Тинчлантирувчи ва тормозловчи хоссали психотро моддалар.

1. Нейролептик моддалар.
2. Транквилизаторлар.
3. Нормомиметиклар (тимостабилизаторлар).

II. Депрессияга қарши, фаоллаштирувчи ва қўзғалтирувчи таъсирга эга бўлган дори моддалари.

4. Депрессияга қарши моддалар — антидепрессантлар.
5. Ноотроплар.

III. Рухий ўзгаришлар чакирувчи (мескалин, псилоцибин, бульбоканин, лизергин кислотаси хосилалари) психолептиклар (галлюциноген психомиметиклар).

I. Тинчлантирувчи ва тормозловчи психотроп моддалар.

1. Нейролептик моддалар асосий хоссалари бўйича бир хил эмас ва шунинг учун улар қўйидагиларга бўлинади: а) тинчлантирувчи хоссага эга моддалар; б) антипсихотик таъсир кўрсатувчи; в) ўзок муддат таъсир қилувчи нейролептиклар.

а) Тормозловчи хоссага эга нейролептикларга қўйидагилар киради:

Аминазин — энг кучли нейролептик моддалардан бири. Янги моддалар ишлаб чиқарилганига қарамасдан, замонавий руҳий касалликларни даволашда кенг қўлланилади. Асосан ўткир психомотор кўзғолишларда ишлатилади. Бу ҳолда тез тинчлантирувчи эффект беради, мушакка ёки томирга юборилганда даволаш натижасини тезлаштиради. Аминазин яна антипсихотик таъсир кўрсатади ва галлюцинатор-алахлаш, маниакал ва гебефреник синдромларда қўлланилади. Аминазин 25—50 мг дан бошлаб дражеда, шу билан бирга (2,5% ли эритма) мушакка ва томирга юборилиб, аста-секин миқдорини суткасига 400—600 мг гача орттириш тавсия этилади.

Аминазин апато-абулик синдромга, аутизмга таъсир этмайди. Бундай касалларга буюрилса, уларнинг ҳолатлари ёмонлашади. Аминазинни кататоник ступор ҳолатида, руҳий ҳолатнинг тормозланган вақтида қўллаш ман этилади.

Тизерцин (нозанин)-тинчлантирувчи хоссасига кўра аминазиндан устун туради: яхши ухлатиш эффектини беради. Аминазинга қарама-қарши депрессив ҳолатни кучайтирмайди. Тизерцин турли кўринишлардаги кўзғолишларда ишлатилади. Асосан ҳавотирли депрессив, маниакал, ўткир галлюцинатор-алахлаш ва онейроид— кататоник синдромларда яхши натижа беради. Антипсихотик хоссаси аминазинга нисбатан кучсизроқ. Аминазин каби миқдорларда қўлланилади.

Тирален (метилпромазин, алимеозин)—психотроп хоссаси бўйича аминазин ва тизерцинга қараганда анча мулойим. Енгил уйқу таъсирини ҳамда озгина антипсихотик эффектни беради. Сенестонатия, фобияларда шу билан бирга МНС нинг шикастланиши натижасида юзага келган галлюцинатор алахлаш, астено- ва депрессив-ипохондрик ўзгаришларда тавсия этилади. Кунига 25—50 мг дан то 200—400 мг гача миқдорда ичиш ва мушакка юбориш мумкин.

Сонапакс (тиоридазан, меллирил) — тинчлантирувчи ва бирмунча антипсихотик таъсирга эга. Уни енгил антидепрессив моддалар қаторига киритиш мумкин. Асосан безовталаниш-депрессив ҳолатларда ва неврозсимон синдромларда ижобий натижа беради. Ҳавотирланиб кўрқиш хиссиётларини камайтиради ва ҳиссий бетайинликни йўқотади. Беморларда ипохондрик фикрлар бўлганда фойдалидир. Жиддий кўшимча таъсир кўрсатмайди. Бошқа нейролептикларни кўтара олмайдиган беморларга тавсия этилади. Даволаш суткасига 25— 50 мг дан бошлаб 600—800 мг гача етказилади.

Хлорпротиксен (труксал, тарактам) — психотрон хоссасига кўра тизерцинга ўхшаш, лекин уйқу чақириш хоссаси анча кам. Турли келиб чиқишга эга бўлган психомотор кўзғолишларда, хавотирли-депрессия ҳолатларида қўлланилади. Галлюцинатор алаҳлаш синдромларида ижобий натижа беради. У аминазинга нисбатан кам захарли, шунинг учун соматик кучсиз бсмор ва қариялардаги руҳий ўзгаришларда қўлланилади. Микдори кунига 25—50 мг дан 200—400 мг гача.

Лепонекс (клозепин) — психотроп хоссасига кўра аминазин, тизерцин, хлопротексинга ўхшайди, лекин кимёвий тузилиши ва фармакологик хоссаси бўйича фарқ қилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган моддаларга мослашиш натижасида юз берадиган резистентлик ҳодисаларида яхши таъсир кўрсатади. Аминазиндан депрессив хоссаси йўқлиги ва тизерцин, хлорпротексинга ўхшаб тимоана-лептик таркибий қисмига эга эмаслиги билан фарқ қилади. Лепонекс қўшимча экстрапирамид ўзгаришлар келти-риб чиқармайди. Аминазинга кўра кам эффе́ктли. Ўзоқ ишлатилганда агранулоцитоз келтириб чиқаради. Шунинг учун бу дори қўлланганда қон таркиби доим назорат остида бўлиши керак. Микдори ва қўллаш усуллари юқоридаги моддаларга ўхшаш.

б) Антипсихотик таъсирга эга нейролептиклар аниқ тормозловчи эффе́ктга эга эмас. Бу гуруҳ моддаларнинг кам ёки кўп намоён бўлган фаолловчи таъсири билан бирга, умумий ва танланган антипсихотик таъсири 1-ўринда туради.

Мажептил (тиопроперазин)—кучли антипсихотик ва кучсиз фаоллаш хоссасига эга. Оғир хавфли шизофрения турлари учун фойдали. Ўткир ва сурункали касалликлар туфайли келиб чиққан алаҳлаш ва галлюцинатор ўзгаришларда ижобий эффе́к беради. Экстрапирамид ўзгаришларда ҳам қўлланилади. Даволаш 5— 10 мг дан терапевтик микдорда кунига 90—120 мг гача етказилади.

Трифгазин (стелазин, трифлуоперазин) — ёрқин антипсихотик таъсир кўрсатиб 40 мг гача микдорда фаолловчи ва 40—60 мг да эса тормозловчи эффе́к беради. Шизофрениани даволашда яхши натижа беради. Параноял, парафрен, кататоник синдромларда ва руҳий автоматизмларда қўлланилади. Кам микдорда неврозсимон ва психопатсимои ҳолларда қўлланилади. Апато-абулик синдромли беморларда қўлланилганда биринчи икки ҳафта ичида фаоллик намоён бўлади, улар келажак режаларини айтиб берадилар, бўлимдаги ишларда қатнаша бошлайдилар, уйга чиқариш вақти билан қизиқадилар. Бошланғич микдори 5—10 мг, юқориси 60—80 мг.

Френолон — бошқа моддаларга қараганда кучли активловчй хоссага эга, енгил антипсихотик эффе́к беради. Апато-абулик, кататоник ва гебефрен синдромларда тавсия қилинади. Микдори суткасига 5—10 мг дан 100—120 мг гача.

Галоперидол—трифтазинга нисбатан анча кучли таъсирга эга, галлюцинация ва алаҳлаш, касалликнинг сурункали кўринишларида қўлланилади. Фаолловчи хоссага эга, ланжлик, тормозланиш, бепарволик келтириб чиқармайди. 1/3 беморларда пароксизмал экстрапирамид ўзгаришларни келтириб чиқаради. Кунига 1,5—3 мг дан 20—30 гача тавсия этилади.

Триседил (триперидол, трифлуоперидол) мажептилга ўхшаш кучли антипсихотик моддалар қаторига киради. Бу моддалар ўзида галоперидол ва мажептил хоссаларини мужассамлаштирган. У кучли алаҳлаш синдромида ижобий натижа кўрсатади. Хавфли шизофренида кузатиладиган кататоник ва гебефреник кўзғолишларни тўхтатади. Микдори 0,5 мг дан 10—15 мг гача.

Этаперазин (трилафон) — трифтазинга ўхшаш бўлади. Муҳим хоссаси танловчи антипсихотик таъсирдир, активловчи эффектга эга. Бу модда галлюцинатор алаҳлашларда яхши натижа беради. Даволаш микдори 5—10 мг дан 50—80 мг гача етказилади.

в) Ўзоқ вақт таъсир этувчи нейролептиклар доим қул келади. Улар амбулатор даволаш учун қулай бўлиб, уни кўп ичаверишдан озод бўладилар.

Модитен-депо (фторфеназин-депо, модекат) — кенг танилган модда. Ампулада 1 мл дан 2,5% ли ёғли эритма кўринишида чиқарилади. Галлюцинатор алаҳлаш аломатларида антипсихотли таъсир кўрсатади ҳамда енгил фаолловчи таъсир беради ва беморлар хулқини тартибга солади. Ўзоқ муддат таъсир қиладиган психотроп моддалар қўллаш керак бўлган шизофрениaning сурункали кўринишларида ишлатилади. 1—2 мл дан мушакка юбориб, микдорини секин-аста 10—14 кунда бир марта орттирилади.

Семап (пенфлюридол)—кўрсатилган моддалардан фарқли таблетка кўринишида истеъмол қилинади. Антипсихотик ва фаолловчи хоссага эга, енгил ухлатиш таъсирини беради. 7 кунда 1 марта 20 дан 100 мг гача ичиш тавсия қилинади. Ўзоқ таъсир қилиш хоссаси модданинг секин парчаланишидан келиб чиқади.

Флушпирелин—7 кунгача таъсир қиладиган модда. Ёрқин антипсихотик ва фаолловчи хоссага эга. Шизофрения гуруҳига кирувчи ўткир ва сурункали психозларда, шу билан бирга касаллик кайталанишининг олдини олишда қўлланилади. Ҳафтасига 1 марта 5—10 мг дан мушакка юборилади. Бу модда юборилган жойда секин сўриладиган микрокристалл суспензия (аралашма) ҳолида сақланади.

Пимозид (орап) — таъсир кучи бир кунга етади, секин парчаланиш ва танадан секин ажралиб чиқиш хоссаси билан тавсифланади. Таблетка ҳолида ишлаб чиқарилади. Даволаш суткасига 2 мг дан 10 мг гача микдорда олиб борилади. Тинчлантириш хоссасига эга эмас, шунинг учун психомотор кўзғолишларда қўлланилмайди.

Меллирил ретард (тиоридазин-ретард) кун мобайнида қонда парчаланмай тўпланади. 200 мг дан таблетка ҳолида ишлаб чиқарилади.

Сонапакс қўлланиладиган ҳолларда ишлатиш мумкин.

2. Транквилизаторлар нейролептикларга ўхшаш бўлиб, таъсирлари жиҳатидан бир-бирига ўхшамайди.

Тинчлантирувчи хоссага эга бўлган транквилизаторларга мепротан (мепробомат, андаксин), амизил (бенактизин), элениум (либриум, нанотан), оксазепам (тазепам, адумран), нитрозепама (радедорм, уноктин), фенозепама, мебикарлар киради.

Фаолловчи таъсирга эга транквилизаторлар қаторига триоксазин, радотель (медазепам), седуксенлар киради.

Транквилизаторларнинг тинчлантирувчи хоссасига қарамасдан, у ёки бу моддани ишлатиш невротик ва неврозсимон ўзгаришларнинг клиник манзарасига кўра, беморнинг шахсий хусусиятларига кўра қўлланилади.

Транквилизаторлар гуруҳига кирувчи психотроп моддалар нейролептиклардан бирмунча фарқ қилади, биринчидан уларнинг аитипсихотик таъсири (хоссаси) кучсизроқ; иккинчидан, транквилизаторлар билан даволанганда экстрапирамид ва нейровегетатив ўзгаришлар ку-затилмайди; учинчидан, транквилизаторлар танага майин тинчлантирувчи таъсир қилиб, ёқимли бўшашиш ва яхши кайфият таъсирини намоён қилади.

3. Нормотимиклар кейинги вақтда руҳий даволашда литий тўзларини қўллаш натижасида кенг тарқалди. Улар маниакал ҳолатни, асосан классик манияларни даволаш учун ишлатилади. Даволаш таъсири одатда бир ҳафтадан сўнг юзага келади, бу хоссаси нейролептикларга ўхшаб тормозланиш хоссасига боғлиқ бўлади, аксинча, маниакал ҳолатнинг ўзи пасайиши оқибатига боғлиқ бўлиб, беморнинг кайфияти секин-аста яхшиланади, фикрлаш қобилияти тикланади. Литийнинг бу хоссалари уларни нормотимиклар номини олишга хос бўлди. Бу модда маниакал-депрессив психоз фазаларининг қайталаишида яхши фойда беради. Депрессив ҳолларда бирмунча камроқ даволаш эффеқтини беради. Шизофрения, тутқаноқ, органик ўзгаришлар, психопатия билан оғриган беморни комплекс даволашда литий билан да-волашнинг эффеқтив стабилловчи таъсири кузатилади.

Литий тузлари 300—400 мг дан бошлаб то 1500—2500 мг гача етказиш билан таблетка ёки эритма ҳолида қўлланилади. Даволаш курси бир неча ой, касалликнинг олдини олиш мақсадида улар микдори икки марта камайтиради. Литий тузлари билан даволаганда қондаги литий микдори доим назорат остида бўлиши керак. Плазмада унинг микдори 0,6—0,8 ммоль дан ошмаслиги керак.

Литий билан давлаш дан олдин беморни яхшилаб кўриқдан ўтказилади. Буйрақ қон-томир тизимлари ишининг бузилиши, ошқозон-ичак

касалликларининг зўрайиши, ҳомиладорликда литий тўзларини қўллаш ман қилинади. Шунинг ҳисобга олиш керакки, қарияларда катаракта бўлса, литий уни кучайтириб юбориши мумкин. Литий билан даволашнинг биринчи кунларида у уйқучанлик, чарчаб қолиш, умумий ҳолсизлаиш, диспептик ўзгаришлар кўринишида бўлса, кейинчалик аллергик реакциялар, экстрасистолиялар, гиперкинезия, вегетатив нерв ва эндокрин тизимлари ишининг ўзгариши билан намоён бўлади. Биринчи ҳолда модда микдорини секин кўпайтириб борилади, бир неча кундан сўнг бу ҳоллар йўқолади. Кейинги кўринишлар модда микдорини камайтириш кераклигидан дарак беради.

Маниакал ва депрессив ҳолатларида финлепсин (карбамазипин) қўллаш яхши натижа беради. У профилактик литийсимон таъсирга эга. Уни 300 дан 1400 мг гача микдорда 3—4 марта қабул қилинади. Даволаш суткасига 100 мг дан бериб, терапевтик микдорга етгунча секин-аста кўпайтириб бориш билан олиб борилади. Финлепсин нейрорептик ва антидепрессантлар билан бирга қўлланилиши мумкин.

11. Антидепрессив, активловчи ва кучайтирувчи хоссали моддалар.

4. Антидепрессантлар депрессив ҳолатни йўқотиш ва бир вақтнинг ўзида стимуловчи ва тинчлантирувчи таъсирга эга.

а) Стимуловчи антидепрессантлар — мелипрамин (имизин, имипрамин, тофранил) кўринишида руҳий амалиётда кенг тарқалган. Маниакал-депрессив психозлар чегарасидан аниқ депрессив ҳолларда қўлланилади. Клиник манзарасида алаҳлаш, галлюцинация, кўрқиш, галлюцинатор-алаҳлаш кечинмалари кучайишида депрессив беморларга тавсия этилади. Бундай ҳодисаларда уни нейрорептиклар (аминазин, тизерцин, галоперидол, трифтазин ва бошқалар) билан бирга қўлланилади. Уни 25 дан 150—200 мг гача микдорда (кунинг биринчи ярмида) ичиш ёки мушакка юбориш тавсия қилинади. Бир ой ичида даволаш яхши натижа бермаса, уни бошқа моддалар билан ўзгартирилади.

б) Тинчлантирувчи антидепрессантлар кўп моддаларни ўз ичига олади. Амитриптилин (триптизол) — антидепрессив таъсир билан бирга ёрқин тинчлантирувчи эффект беради. Ёрқин антидепрессантлар қаторига киради Хаяжонли-депрессив ҳолатларда, шизофрснияда қўлланиш тавсия этилади. Микдори 25—50 мг дан секии кўпайтирилиб, кун и га 150—200 мг га етказилади. Мураккаб психопатологи синдромларда нейрорептик транквилизаторлар билан бирга тавсия этилади.

Фторацизин — мўътадил антидепрессив ва аниқ тинчлантирувчи хоссага эга. Бошланғич микдори 50—75 мл дан, охири суткасига 300 мг гача. Ўткир ва ўртача ўткир хавотирли-депрессив ҳолларда қўлланилади. Даволаш усули амитриптилиндан фарқ қилмайди.

Азафен — фторацизинга нисбатан кучсиз антидепрессив хоссага эга. Тинчлантирувчи хоссаси кам. Невротик ва неврозсимон ҳолатларда,

айниқса астенодепрессив синдромларда қўлланилади. Даволаш 25—50 мгдан бошланиб 150—200 мг гача микдорини ошириш билан олиб борилади.

Оксилидин — кучсиз антидепрессант, кам тинчлантирувчи хоссага эга. Рухий ўзгаришларнинг чегарасида бўладиган депрессив беморларда, миянинг томи рва органик етишмовчилигида тавсия этилади. Бошланғич микдори 20—30 мг, охиригиси кунига 300—500 мг.

Пиразидол — кенг спектрли антидепрессант. Хавотирли ва тормозланган депрессияларда нейролептиклар билан бирга қўлланилади. Даволаш 25—50 мг дан бошланиб, аста-секин микдорини суткасига 300 мг гача кўпайтирилиб борилади. Невротик ва реактив депрессияларда камайтирилган микдорда қўлланилади.

в) МАО (моноаминоксидаза) ингибиторлари стимуловчи таъсирга эга бўлган антидепрессантлар гуруҳини ўз ичига олади. Захарли таъсири бўлгани учун рухий даволашда кам қўлланилади. Улар озиқ моддалари (пишлок, кофе, пиво, вино, шоколад, дудламалар) билан бирга истеъмол қилинади. Трициклик антидепрессантлар МАО ингибиторлари бекор қилинганидан кейин 2—3 ҳафтадан сўнг тавсия этилади.

Ипразид (ипрониазид, ипронид) — энг кучли МАО ингибитори. Бошқа дориларга резистентлик мавжуд бўлган оғир депрессив ҳолатларда қўлланилади. Йиғилиб қолиш ва юқори захарли хусусиятга эга. Бошқа антидепрессантлар ва нейролептиклар билан бирга тавсия этилмайди. Даволаш кунига 25—50 мгдан бошлаб 150—200 мг гача етказилади.

Нуредал (ниламид, ниамид) — кам захарли, аммо кам эффеқтли модда. Турли кўринишдаги депрессив ҳолатларда ва апато-абулик, ступороз ҳолатларда стимуловчи бўлиб қўлланилади. Неврологияда учламчи нерв невралгиясида қўлланилади. Юрак мушакларига ижобий таъсир қилиб, стенокардия кучайишини камайтиради, микдори ипразидга ўхшаш.

Трансамин (парнат) — стимуловчи хоссага эга бўлган антидепрессант. Ланжлик, тормозланиш, ташаббускорликнинг пасайиши билан кечадиган субдепрессив ҳолатларда қўлланилади. Терапевтик микдорда соматоген депрессияларда муваффақиятли қўлланиб келмокда. Турли шизофрения кўринишларида нейролептиклар билан бирга қўлланилади.

Индопан — кучсиз антидепрессант. Кам стимуловчи эффеқтга эга. Активликни, тетикликни, астепо-депрессив ва астено-ипохондрик ҳолатлардаги беморларнинг кайфиятини ошириш хусусиятига эга. Кататоник ступор ва шизофрениaning турлича дефектларида тормозловчи бўлиб хизмат қилади. Моддани беморларга нейролептиклар билан бирга қўллаш мумкин. Бошқа антидепрессант па стимуловчилар билан келишмайди. Микдори трансаминга ўхшаш.

5. **Нейроаналептик** моддалар—ланжлик, тормозланиш билан кечадиган чегарали ҳолатларда қўлланилади. Баъзи ҳолларда тунги сийдик тутолмаслик, тутқанокнинг кичик турларида яхши эффект беради. Шизофреник беморларта ишлатилганда касалликни кучайтириб юборади. Бошланғич миқдори 5 мг дан 60—80 мг гача.

Сиднофен — хоссалари бўйича сиднокарбга ўхшаб кетади, лекин анча мулойимлиги, гиперстимулловчи хоссаси йўқлиги билан фарқ қилади. Енгил антидепрессант таъсир кўрсатади. Кучли толиқишларда, гиподинамияда, невротик ва соматик ланжликда қўлланилади. Бу модда бошқа антидепрессантлар билан келишмайди. Миқдори кунига 5—10 мг дан 60—80 мг гача бўлади.

6. **Ноотроплар** — метаболик таъсир кўрсатувчи дори моддалар. МНС нинг модда алмашинувида жараёнларни меъёрлаштириш учун қўлланилади. Бош мияниги жароҳатли ва юкумли шикастланишларида, атеросклероз ва инсультдан кейинги ҳолатларда ишлатилади.

Аминалон — (гаммолон) — гамма аминаоёт жавҳари. Бош мия тўқималарининг метаболик жараёнларида қўлланилади. Таблеткада (0,25—1,5 г) истеъмол қилинади.

Энцефабол (пиридитол) — витамин В6 асосида синтезланган модда. Миядаги модда алмашинувими яхшилайдиган фаолловчи хоссага эга. Лимбик системами фаолловчи, қувват алмашинувими яхшиловчи, психомотор фаолликни оширувчи хусусиятга эга. Органик келиб чиқишига эга бўлган астено-депрессив ҳолатларда қўлланилади. Миқдори кунига 0,1—0,2 г.

Ноотропил (пирацетам) — катта ярим шарлар пўстоғидаги оксидланиш жараёнларини фаоллаш хоссасига эга. Фаҳми, нутқни, ақлий қобилиятни яхшилади. Турли кўринишлардаги психоорганик синдромларда, алкоголь абстиненцияларида қўлланилади.

ЭГЛОНИЛ

(sulpiride)

сульпирид 50 мг

Фармакологик таъсири

Антипсихотик препарат (нейролептик). Аралашган бензамидлар гуруҳидан «атипик» нейролептикларга киради. Ўртача нейролептик активлик билан бирга, стимулловчи ва тимоаналептик (антидепрессив) таъсирга эга. Нейролептик самараси антидопаминергик таъсири билан боглик. МНСда сульпирид асосан лимбик системанинг допаминергик рецепторларини блоклайди, неостриатум тизимига таъсири сезиларсиз даражада бўлади. Сульпириднинг периферик таъсири пресинаптик рецепторларни босиши билан (сусайтириши) туфайлидир. МНСда допамин миқдорининг ошишини кайфият кўтарилиши ва депрессия симптомларининг камайишига олиб келади. Сульпирид пролактин секрециясини стимуллайди ва қусиш маркази триггер соҳасидаги D2 – рецепторларни блокадаси туфайли марказий қусишга қарши таъсирга эга. Сульпирид адренергик, холинергик, серотонинли гистаминли ва GABA-рецепторларга кучли таъсир қилмайди.

Сульпириднинг антипсихотик таъсири 600 мг/сутка дан кўп бўлганда намоён бўлади. 600 мг/сут дан кам дозаларда стимулловчи ва антидепрессив таъсирлари устунлик қилади. Кичик дозаларда сульпирид психосоматик касалликларни даволашда қўшимча дори сиагида самарали (шу жумладан меда ва 12 б.и. яра касаллигининг негатив рухий симптоматикасини йўқотишда). Сульпирид таъсирланган йўгон ичак синдромида абдоминал огриклар интензивлигини камайтиради ва пациентнинг клиник ҳолатини яхшиланишига олиб келади.

Паст дозаларида сульпирид (50-300 мг/сут) этиологиясидан қатъий назар бош айланишларида эффективдир.

Кўрсатмалар

Монотерапия сифатида ёки бошқа психотроп дорилар билан биргаликда :

- Ўткир ва сурункали шизофрения;
- Ўткир делириоз ҳолатлар;
- Турли этиологияли депрессиялар;
- Катта ёшдаги пациентларда невроз ва безовталиклар, одатий даво усуллари самарасиз бўлганда (капсула учун);
- Хулқ-атворнинг – ҳаракатнинг оғир бузулишларида (ажитация, азоларига зарар етказувчанлик, стереотиплик) 6 ёшдан катта болаларда, айниқса аутизм синдроми билан бирга кечганда.

Қўллаш режими:

Препаратни суткасига 1-3 марта бир оз миқдорда сув билан ичишга (овқат қабулига боғлиқлиги йўқ) буюрилади. Фаоллик даражаси ошиши туфайли дорини куннинг иккинчи ярмида (16:00 дан сўнг) қабул қилиш тавсия этилмайди. Даволаш жараёнида минимал самарали дозага эришишга ҳаракат қилиш керак.

Таблеткаси

Ўткир ва сурункали шизофрениани, ўткир делириоз синдромни, депрессияни даволаш учун препаратни суткасига 200-1000 мг дозада суткада бир неча мартага бўлиб берилади.

Капсуласи

Невроз ва ҳавотирни даволашда **катталарда** одатда суткалик доза 50-150 мг.ни ташкил этади. Курснинг максимал давомийлиги – 4 ҳафта.

Болаларда хулқ –атвор оғир бузилишларини даволашда суткалик дозаси 5-10 мг/кг тана вазнига тўғри келади.

Қари ёшдаги пациентлар учун сульпириднинг бошланғич дозаси катталар дозасининг ¼-1/2 қисмини ташкил этади.

Буйрак функцияси бузилган беморларга сульпирид организмдан асосан буйраклар орқали чиқарилганлиги туфайли сульпириднинг дозасини камайтириш ёки дори берилиш интервалини ошириш тавсия этилади.

МНС томондан ноўя таъсирлари: Седатив самараси, уйқучанлик, бош айланиши, тремор, эрта дискинезия, (спастика бўйин қийшиқлик, окулогур кризлар, тризм), бўлиб булар антихолинергик ва паркинсонизмга қарши препаратларни берганда ўтиб кетади; камдан кам- экстрапирамид синдром (баъзида мушак гипертонуси билан қўшилиб кетувчи акинезия(антихолинергик воситалар берилганда қисман йўқотилади), гиперкинезия, гипертонус, мотор қўзғалиш, акатазия). Узоқ муддат қўлланилганда кечки дискинезиялар пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда паркинсонизмга қарши препаратларни қўллаш самарасиз ҳисобланади ва симптомларнинг оғирлаштириши мумкин.

Гипертермия бўлса препарат қабулини тўхтатиш керак, чунки тана ҳароратининг ошиши ёмон сифатли нейрорептик синдром бошланаётганини билдириши мумкин.

НОПРЕНИЯ (NOPRENIYA)

RISPERIDONE 2 мг

Таркиби рисперидон 1 мг.

Фармакологик таъсири

Психозга ыарши дори воситаси (нейрорептик). Шунингдек тинчлантирувчи, ыусишга ыарши, гипотермик таъсир хам ыилади.

Рисперидон-селектив моноаминергик антагонист, серотонин 5-HT₂-ва камроы допамин D₂-рецепторларига юыори шхшашликга эга.

Антипсихотик таъсири мезолимбик ва мезокортикал системаларнинг допаминли D₂- рецепторларнинг блокадаси билан боғлиы. Седатив (тинчлантирувчи) таъсири мия устуни ретикуляр формацияси адренорецепторларининг блокадаси билан боғлиы; ыусишга ыарши таъсири ыусиш маркази триггер зонаси допаминли D₂-рецепторларини блокадаси билан боғлиы; гипотермик таъсири – блокадой допаминowych рецепторов гипоталамуса.

Рисперидон шизофренианинг продуктив симптоматикани (васваса, галюцинациялар), агрессивликни, автоматизмни камайтиради. Классик нейрорептикларга нисбатан кам даражада ҳаракат активлигини пасайтиради ва кам даражада каталепсияни индуцирлайди. Марказий антагонизм серотонин ва допаминга бщлган

Кўрсатмалар:

Препарат қўллашга куйидагилар курсатма ҳисобланади.

- Ўткир ва сурункали шизофрения ва бошқа продуктив ҳамда негатив симптоматикали бузулишлар.
- турли рухий касалликлардаги аффектив бузулишлар;
- деменцияли пациентларда агрессия симптомлари пайдо бўлганда (қахр газаб, жисмоний зўравонлик хуружларида), фаолияти бузулганида (қўзғалиш, васваса) ёки психотик симптомларда;
- 15 ёшдан бошлаб болаларда хулқ-атвор бузулишларида, ва катта ёшдаги интеллектуал даражаси пасайган, ёки ақлий ривожланиши ушланиб қолган пациентларда агар клиникада деструктив (бузгунчи) хулқ-атвор(агрессия, импульсивлик, аутоагрессия) устунлик қилиши билан кечса.
- Манияни даволашда кайфиятни тургунлаштириш учун.
- Биполяр бузулишларда (ёрдамчи даволаш воситаси сифатида)

Қўллаш режими

Катталарга препаратни куйидаги схема бўйича берилади: 1- кун 1 мг.дан суткасига 2 маҳал; 2- кун- 2мг.дан суткасига 2 маҳал; 3 – кун 3 мг.дан суткасига 2 маҳал. Узоқ муддатли даво учун дозани индивидуал белгиланади, бу доза одатда 2-4 мг.дан суткасига икки маҳалга тўғри келади.

Қари ёшдаги пациентларга перпаратни 0,5 мг дан суткасига 2 маҳал, берилиб аста-секин 1-2 мг.дан суткасига 2 маҳал дозагача ошириб борилади.

Болалар ва 15 ёшдан кичик усмирларда нопрения препаратининг қўлланилиши хавфсизлиги ва самарадорлиги бўйича маълумотлар етарли эмас.

Жигар ва буйрак вазифалари бузилган беморларга бошлангич дозаси 0,5 мг дан суткасига 2 маҳални ташкил қилади. Доза танлашни индивидуал обориш керак бўлиб, суткасига икки марта ичилганда бир марталик дозани секин-аста (0,5 мг.дан) ошириб 1-2 мг.га ча ошириб танланади.

Ножуя таъсирлари

МНС ва периферик нерв системаси томонидан:

Хавотирли холат, кўришнинг бузулиши, бош айланиши, уйқучанлик, гиперкинезия, экстрапирамидал симптомлар, Паркинсон касаллиги, диққат бузулиши.

Дозаси ошиб кетганда :

Симптомлари: уйқучанлик, седатив таъсирининг пайдо бўлиши, тахикардия, артериал гипотензия, экстрапирамид симптомлар. Рисперидон дозага боглик бўлган холда плазмада пролактин концентрациясини ошириши мумкин(галакторея, гинекомастия, менструал циклининг бузулиши, аменорея).

Даволаш: Пациентни етарли кислород билан таъминлаб бериш зарур, зарурат бўлса – СЎВ, ошқозонни ювиш (интубациядан кейин, агар пациент хушсиз холатда ётган бўлса) активланган кўмир,ич юргизувчи воситалар бериш. Юрак-томир тизимини назорати зарур, узоқ давомли ЭКГ мониторинги қилиш зарур (аритмия бўлиши мумкин).

Доривор ўзаро таъсири

Цитохром Р450 изоферментининг ингибиторлари рисперидон метаболизмини камайтириши мумкин.

Этанол ва этанолсакловчи воситалар рисперидоннинг марказий нерв системасига тормозловчи таъсирини кучайтиради. Рисперидон бирга қўлланилганда бромокриптин ва перголидларнинг терапевтик самарасини камайтиради.

Узоқ вақт бирга қўлланилганда клозапин рисперидоннинг клиренсини камайтириши мумкин.

Бирга қўлланилганда рисперидон леводопа ва бошқа допамин рецепторлари антогонистлари тасирини сусайтириши мумкин. Бирга қўлланилганда карбомазепин рисперидон клиренсини оширади.

АТАРАКС (HIDROXIZINE)

UCB S.A. PHARMA SEKTOR

Гидроксизин гидрохлорид.....25 мг

Фармакологик таъсири

Анксиолитик, пиперазин хосиласи. Ўртача анксиолитик фаолликга ва кучли намоён бўлган седатив таъсирга эга. Бу седатив таъсири субкортикал структураларга таъсир қилиши билан боғлиқ.

Шунингдек гидроксизин антихолинэргик, спазмолитик, симпатолитик, антигистамин, бронхолитик, ва қусишга қарши таъсирга эга. Эшакеми, экзема, ва дерматитли беморларда тери кичишини яхши камайтиради. Узоқ қўлланилганда тўхтатилиш синдроми ва онг функцияларининг ёмонлашиши қузатилмаган. Антигистамин самараси дори қабулидан 35-40 минутдан сўнг келиб чиқади.

Кўрсатмалар

Катталарга хавотирни йўқотиш учун, психомотор қўзғалишни, ички таранглик хиссини, невротик ва психик(шулар қаторида тарқоқ хавотир ва,) ва соматик юқори таъсирчанликни камайтиришда ва даволаш.

Психомотор қўзғалиш билан кечувчи сурункали алкоголизмда абстиненция синдроми даволашда;

Премедикация даврида седатив восита сифатида;

Тери кичиши (симптоматик терапия сифатида)

Қўллаш режими.

Психиатрик амалиётда катталарга (шу қатори хавотирни симптоматик даволашда) препаратни 25-100 мг/сут кун ёки тун давомида бир неча марта ичишга. Ўртача дозаси – 50 мг/сут: 12,5 мг эрталаб, 12,5 мг кундузи, 12,5 мг кечги. Анча оғир ҳоларда дозани 300 мг гача ошириш мумкин.

Қари ёшдаги беморларда даволашни терапевтик дозанинг ярмидан бошланади.

1 ёшдан 6 ёшгача болаларда Атараксни суткасига 1-2,5мг/ кг тана вазнига бир неча қабулга бўлиб ичилади. 6 ёш ва ундан катталарда – 1-2,5мг/кг/сут бир неча қабулга

РЕКСЕТИН (REXETIN)

PAROXETINE

Gedeon Rihter

ФАРМАКОЛОГИК ТАЪСИРИ

Антидепрессант. МНСда серотониннинг қайта нейролал ушланишини ингибирлайди. Химиявий тузилиши бшйича пароксетин 3 циклик, тетрациклик ва бошья антидепрессантларданажралиб туради.

Хайвонларда штказилган текширувлар пароксетиннинг норадреналин ва допаминнинг ыайта ушланишига таъсири суст эканлигини кшрсатди.

Пароксетин М-холинорецепторларга(суст антихолинэргик таъсирга эга), α^1 , α^2 - ва β -адренорецепторларга, ҳамда допамин (D2) 5HT¹-симон, 5HT²- симон ва гистаминли Н¹-рецепторларга паст аффинитетга эга.

Кшрсатмалар

- Турли этиологияли депрессияларни даволаш ва рецидивга ыарши терапия (шу қаторда хавотир билан кечаётганларини ҳам);
- Обсессив-компульсив бузулишларни даволаш ва рецидивга қарши терапия (ёпишыоылик синдроми);
- Паник бузулишларни даволаш ва рецидивга ыарши терапия(агорафобия ҳам);
- Социофобия синдроми даволаш;
- Травмадан кейинги стрессли бузулишларни даволаш (травматик воыеага, хаёт учун хавфли вазият ва фалокатларга жавоб сифатида пайдо бшлувчи).

Дозалаш режими:

Рексетинни суткасига 1 марта ыабул ыилиш керак. Эрталаб овыатланиш ваытида ичилгани маысадга мувофиы. Таблеткаларни чайнамасдан ичилади. Бошыа антидепрессантлар билан даволагандагидек, беморнинг клиник холатидан келиб чыыиб 2-3 хафтадан сцнг препарат дозасини коррекция ыилиш мумкин. Депрессияда тавсия этиладиган суткалик дозасы 20 мг. Кцпчилик холларда самарасы секин аста юзага чыыади. Препарат дозасини ошириш мумкин. Суткалик дозасы хафтасига 10 мг дан терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин; максимал суткалик дозасы 50 мг ни ташкил этади. *Обсессив-компульсив* бузилишларда (ёпишыюылик синдроми) бошлангич дозасы 20 мг ни ташкил этади. Суткалик дозасы хафтасига 10 мг дан терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин; максимал суткалик дозасы одатда 40 мг ни ташкил этади, бироы 60 мг/сутка дан ошмаслиги керак. *Паник бузилишларда* тавсия этиладиган терапевтик дозасы 40 мг/сут. Даволашни ккичик дозадан (10 мг/сут) бошлаб хафтасига 10 мг дан терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин. Максимал суткалик дозасы 60 мг/сут. дан ошмаслиги керак.
Социофобияларда

ДЕПРИМ (DEPRIM) HYPERICIN

Состав
(Hypericum Perforatum) Зверобой экстракти 60 мг.

Седатив фитопрепарат, анксиолитик ва антидепрессив таъсир кўрсатади. Зверобойнинг асосий актив воситалари – гиперипцин, псевдогиперипцин, гиперфорин ва флавоноидлар – марказий ва вегетатив нерв системасининг функционал холатини яхшилади.

Деприм кайфиятни яхшилади, уйқуни мейёрлаштиради, рухий ва жисмоний фаолликни оширади.

Кўрсатмалар

Кайфият пасайиши;

Хавотир билан кечувчи енгил ва ўрта даража огирликдаги депрессив холатлар (шулар қаторида климактерик синдром билан богликлари хам);

Хаво алмашишига юқори сезувчанлик;

Дозалаш режими

12 ёшдан катта болаларга қўллаш режими

Анданте (Andante)

-уйқу бузилишини огир шакллари

-хаддан ташкари чарчашга олиб келса, иш фаолияти бузилиши

-хар кунги активлик пасайиши

Зифорт (Zyfort)

- уткир ва сурункали неврит ва полиневритлар, учлик нерв неврити, ишиалгия
- диабетик полиневропатия
- токсик полиневропатиялар (дори воситлардан кейинги полиневропатиялар хам)
- алкоголли периферик полиневропатия(Вернике-Корсаков синдроми)
- Бери-Бери касаллиги
- ураб олувчи герпес
- Бирмер касаллиги(пернициоз анемия)

Коаксил (Coaxil)

- депрессив холатларини даволаш

Кокарнит (Cocarnit)

- неврит, невропатиялар(кандли диабет ва пернициоз анемияда кузатиладиган холатлар хам)
- турли этиологияли невралгиялар
- миалгиялар
- ишиалгия, люмбаго, радикулит
- бурсит, тендинит
- ЮИК
- миокардит, миокардиопатия

ОКСИБРАЛ(ОХИВРАЛ)

VINCAMINE

Ретард капсулалари. 1та капсулада 30 мг винкамин бор.

Фармакологик таъсири

Ўсимликлардан келиб чикган дори воситаси. Мия томирларига селектив, томирни регуляция қилувчи таъсир қилади, ва мия

курсатмалар

- церебрал бузилишлар (хотира бузилиши, интеллектуал ва диққат бузилишлари, диабетик ангиопатия, мия кон томирларини атеросклеротик узгаришлари, бош мия травмаси, уткир мия кон айланиши бузилишидан кейинги холатлар, гипертоник энцефалопатия)
- мия кон айланиши бузилиши
- эшитиш патологияси томирли этиологияли

- куришни узгариши томирли этиологияли
- психик узгаришлар (хиссиет бузилишлари, вақт жой билиш узгариши?)

Пантокальцин (Pontocalcin)

- бош мия органик узгаришларидаги когнитив бузилишлар (хамда нейроинфекция, бош мия травмалари асоратлари ва невротик узгаришлар)
- экстрапирамид гиперкинезлар (миоклонус-эпилепсия, Гентингтон хорейси, гепатолентикуляр дегенерация, Паркинсон касаллиги) ва нейролептиклар кабул қилгандан сунг экстарпирамидал синдром корректори сифатида (гиперкинетик ва акинетик)
- эпилепсияда талвасага қарши препаратлар билан бирга
- психоэмоционал зуриқиш, аклий ва жисмоний ишлаш қобилиятини пасайиши, диққат концентрациясини енгиллаштириш ва хотира жараенини қучайтириш
- сийдик чиқариш узгаришлари (поллакиурия, императив қакириклар, сийдик ушлаб туриш императив узгаришлари, энурез)
- болаларда когнитив узгаришлар

Персен (Persen)

- утиб кетувчи нерв таранглик симптомларини қамайтириш мақсадида (хавотирлик, юқори қузғалувчанлик)
- уйқуни вақтинча бузилиши

Портал (Portal)

- турли этиологияли ва оғирлик даражадаги депрессив бузилишлар
- обсессив-компульсив узгаришлар (хамда узок давом этувчи терапия)
- нerv булимияси

Санвал (Sanval)

- уйқусизлик (аномал, транзитор, сурункали)

Седавит (Sedavit)

- неврастения ва неврастеник реакциялар(куйидаги холатлар билан кечганда: куркув, асабийлашиш, хавотирлик, чарчаш, хотира бузилишлари)
- дерматозлар, тери кичишиши билан кечганда(экзема ва бошкалар)
- уйкусизликни енгил шакллари

Феварин (Fevarin)

- депрессияларни даволаш ва профилактикаси
- обсессив синдром белгиларни даволаш

Фезам (Phezam)

- бош мия кон томирларида кон айланишини бузилиши(бош мия кон томирларини атеросклерози, тикланиш давридаги ишемик инсультлар, бош мия травмаларидан сунг)
- хотира бузилишлари, когнитив функция ва диқкат бузилишлари
- турли генездаги энцефалопатиялар
- турли генездаги лабиринтопатиялар (бош айланиши, кулокда шовкин, нистагм, кунгил айнаш, кайт килиш)
- Меньер синдроми
- кинетозлар профилактикаси
- мигрень профилактикаси
- аклий фаолият паст булган болаларда уқитиш жараени ва хотирани яхшилаш максатида

Фенотропил (Phenotropil)

- турли этиологияли МНС касалликлари
- невротик холатлар: холсизлик, психомотор активлик пасайиши, диқкат бузилиши, хотира пасайиши белгилари билан кечса
- уқитиш жараенларини бузилишлари
- енгил ва урта огирликдаги депрессиялар
- психоорганик синдромлар, интеллектуал-мнестик ва апатико- абулик симптомлар билан бирга кечганда
- шизофренияда апатик синдром

- тутканок холатлари
- гипоксия профилактикаси, стрессга мослашишни кучайтириш, экстремал холатларда организм функционал холатини коррекциялаш, аклий ва жисмоний фаолиятни кучайтириш, суткалик биоритмни коррекциялаш, «уйку-тетиклик» даврини регуляция қилиш
- сурункали алкоголизм (астения симптомларини, интеллектуал мнестик узгаришларни ва депрессия симптомларини камайтириш мақсадида)

рухий даволаш (Психотерапия)

Рухий касалликларни даволашда турли усуллар билан бир қаторда рухий даволаш ҳам муҳим аҳамиятга эга (юнонча *phibre жон* — рух, *therapeia* даволаш). Рухий даволаш тушунчаси шифокорни беморга рухий таъсир этишидан иборатдир. Рухий даволашни махсус усулларида ташқари, бу усулга беморга ижобий таъсир этувчи даволаш омилларининг мажмуаси, шифокорнинг даволаш фаолияти (пациентга унинг касаллиги қандайлигини таърифлаши), уни руҳан қувватлантириш ва тўзалишига умид учқунларини калбида ёқиши қиради.

Халқ табобатида руҳан шифо жуда қадимдан бошлаб қўлланилади. Қадимги юнон ва Миср сарой табиблари ишонтириш, ҳаттоки гипноздан фойдаланар эдилар. (Гиппократ) Букрот бир қатор рухий шифо асосларини шакллантирган эди: «Уни (яъни беморни) керак бўлганда дўстона яхши сўз билан қувватлаб қуйиш лозим, керак бўлганда унинг талабларини жиддий ва қатъий қайтариб, бошқа ҳолатда беморни муҳаббат билан оқилона тинчлантириш зарур бўлади».

Рухий-асаб бузилишларининг чегара ҳарактерига эгаллигини Абу Али ибн Сино руҳан табиати борлигини ёзди, бу олимга унинг руҳан даволаш усуллари ишлаб чиқишга олиб келди ва ўз асарида бунга катта ўрин берди. Абу Али ибн Сино ўзининг даволаш амалиётида рухий даволашнинг турли шаклларида кенг фойдаланди.

Ибн Сино қўллаган рухий шифо усуллари ва шакллари кўп омилларга боғлиқ ҳолда турлича эди. Рухий бузилишларнинг шаклига қараб Абу Али ибн Сино тушунтириш, рухий даволашни, тўғриловчи, ишонтирувчи, қувватловчи, таъсирланиш, гипнозга ўхшаш уйқу холатларини, яъни ҳозирги замон тиббиётида қўлланиладиган деярли барча рухий шифо усуллари қўллаган. Ибн Сино рухий шифо утказётганида беморлар билан суҳбатга жиддий эътибор берган, бунда у баъзи касалларга «талабчан ва жиддий», бошқаларга юмшоқроқ муомала қилишни талаб этади.

Рухий даволашга Ибн Сино кенг ўрин берганини, оғир касалнинг сигирга айланиши васвасаси тутганда, рухий даволаш билан амалий соғайиб

кетгандик воқеасининг баёнидан кўриниб турибди.

Америкалик рухий-шифокор М. Шефи «1000 йил бурунги воқеалар» мақоласида шу воқеани баён этади. 1155 йилга тегишли Низомий кулёмаларида рухий даволаш билан даволанган 12 беморнинг ҳолатини баён этади. Айниқса шаркнинг машҳур файласуфи ва табиби Абу Али ибн Сино (Авиценна) касали алоҳида қизиқиш туғдиради.

Меланхолия—сигирга айланиш васвасаси билан оғриган ва овқат ейишдан қайтган, озиб-тўзиб кетган, депрессив ҳолатидаги ўзини-ўзи улдириш фикри бор бемор касаллик тарихномаси келтирилади. Абу Али ибн Сино даволаш усулида у беморнинг васвасасини «қабул» қилгандай бўлиб, у билан суҳбатлашиб васвасани йўқотмасдан унинг йўналишини ўзгартиради ва бемор суҳбатдан сўнг овқат ея бошлайди ва тезда амалий жиҳатдан соғломлашади. Келтирилган клиник воқеа ўз ҳолича нодир бўлиб, Б. Д. Петров томонидан қўйидагича баён этилади: «Халқ оғзаки ривоятларида ва кулёма манбаларида Ибн Сино қандай қилиб сигирга айланиб қолган ва овқат емаётган рухий беморни даволагани сақланиб қолгандир. Ибн Сино беморни кўриб унинг сигирлигини тан олади ва унинг олдига қассобга ўхшаб пичоқ билан келади. Уни у ёқ бу ёғини ушлаб кўриб, сигир суйиш учуй нихоятда ориқ эканлигини айтади. Уни яхшилаб боқиш керак ва шундан сўнггина уни суяман дейди. Бемор овқат ея бошлади ва соғайди». Келтирилган воқеа бемордаги оғир рухий хасталикни даволашни моҳирона қўллаш биланлиги, Ибн Синонинг юқори даражадаги рухий даволаш қобилиятидан дарак беради.

Ибн Сино томонидан ёзилган рухий даволаш усуллари ўтказиш унинг ишларида рухий даволашга маслаҳат ва тавсияларининг кўплиги одамни лол қолдиради.

Бу тавсияларни амалиётда қўллаш ўз аҳамиятини бугунги кунда ҳам тўла сақлаб қолгандир. Тиббиётнинг қайси соҳаси бўлмасин у ерда рухий даволаш мумкии бўлса, Ибн Сино назоратидан чикмаган ва у муваффақиятли равишда қўллаган.

Ибн Сино рухий шифога бевосита атроф муҳит, бемор учун, масалан, «яқинларининг беморга муносабатини», қариндош, дўст, қўшнилари муносабатини ёқимли, ижобий таъсир этишини жуда яхши билган. Беморнинг руҳияти учун атрофдагиларнинг ғамхўрларча муносабати, диққат билан муносабати, тетиклантирувчи, қувватлантирувчи, чин кўнгилдан бўлган муносабати тўзалишга ишонч ва умидлантирувчи ҳаракатлари, самимийлиги, ширин суҳбатлари ижобий таъсир этишини таъкидларди. Ибн Сино рухий таъсиротдан мақсад кайфиятни яхшилаш, уйқунни тиклаш, ёлғондан ҳаёлотиға келганларни йўқотиш ва беморнинг бардошини ва ҳаракатларини мус-таҳкамлашга қаратилиши керак деб ҳисоблайди. Масалан, меланхолия ва бошқа касалликларни даволашда Ибн Сино шундай беморларни оғир ҳаёллардан қалғитиш зарурлигини ўқтиради, оғир ҳаёлдан уни

чалғитишнинг ўзи улар учун асосий даволашдир ва бемор олдида унга хайрихоҳ бўлган суюкли ва қувноқ хушчақчақ дўстлари бўлсин дейди.

Пировардида Ибн Сино, эътиборни чалғитувчи тадбирларга беморни хурсанд қилишни киритади. Баъзи одамларни кушик ва мусиқа тинчлантиради., баъзиларини эса фақат кучайтиради. Шундай даволашга бир шаҳардан иккинчи шаҳарга кўчиш, бир минтақадан иккинчи минтақага кўчиш, бир ҳолатни бошқа ҳолатга алмаштиришлар яқинлашади. Ибн Синонинг руҳий даволаш тавсияларида уйқусизликни даволаш кенг ўрин тутаяди, бунда шу омил ўзига диққатни тортадики, у ҳозирги замон тушунчасидаги гипноз билан даволашга яқин руҳий даво тадбирларини қўллаган. У беморларни ухлатиш учун қўйидаги усулларни қўллаган, ухлатувчи таъсирлар қаторига ёқимли, нозик, секин ритмли қўшиқни эшитишни тавсия қилган. У кушик сўзлари беморни хаяжонга солувчи бўлмаслиги керак, «шунинг учун сувнинг ёки барглarning шилдираши одамни уйқусини келтиради» дейди. Уйқусизликни даволашда Ибн Сино яна бир руҳий шифо чора-тадбири сифатида унинг олдида кўп чироқларни ёқиб қўйишни, товушни бироз баландлатиб гапиришни, оёқ-қулини бироз тортиб турувчи боғ билан боғлаб енгил тортиб қўйишни, уларни тез ечиб юбориш мумкин бўлишини, ўзини-ўзи ухлаётган ҳолга солиб ётишни, кўзини юмиб ётишни, қачон мудрай бошласа, чироқларни ўчириб, товушларни ушлаб қолиш, тортиб қўйилган тугунларни қўйиб юборилса, шунда бемор ухлаб қолади деб тавсия қилади. Сўнгра «агар уйқусизлик жуда жиддий бўлмаса, бемор учун бир оз чарчашнинг ўзи кифоя қилади. Бунинг учун жисмоний тарбия, ҳаммомга тушиш, овқатдан олдин бирон бир бошни енгил айланттирувчи дори ичиб юбориши ва овқатланиши лозим бўлади, шунда бемор тезда ухлайди» деб тавсиф қилади.

Ибн Сино беморлар учун режалар мажмуасини ишлаб чиққан. Беморларга нисбатан беморлиги даврини ва тавсифини ҳисобга олган ҳолда, гигиена талабларини ҳисобга олган ҳолда ўзига мос режа ишлаш лозим дейди. У ички ва ташқи кийимларнинг тоза бўлишига, сув ва таомни ҳамда гигиена тадбирларини ўз вақтида ўтказишга, дам олиш ва машғулотни тўғри алмаштиришга, очиқ ҳавода уларни ҳаяжонлантirmайдиган сайр қилдиришга эътиборимизни тортади. Бунда Ибн Сино беморлик даври ва тавсифини ҳисобга олган ҳолда бу чоратадбирларни жиддий равишда индивидуаллаштиришни талаб этади. Баъзи руҳий касалликларда кузатиладиган озиш ҳолатларида, хусусан у ёзади: «Баданни тўғри келадиган озиқлар билан семиртириш чораларини кўриш керак», дейди.

Руҳий ва бадан касалликларини даволаш чора-тадбирларида Ибн Сино физиотерапевтик тадбирларни, гидротерапияни (иссиқ сув манбаларида чўмилишни, ҳаммом, қизитиш, артиниш, иситиш), массаж, уқалаш, балчиқ билан даволаш, минтақаларни алмаштиришларгача ўзи қўллаган ва тавсия этган. Ибн Синонинг алоҳида хизмати ва даволаш муолажа мажмуасида катта аҳамият бергани меҳнат билан даволашнинг ижобий таъсирини кўрсатишдир, бекорчилик шахсни қашшоқлашишига ва тубанлашишига, касалликнинг чуқурлашувига олиб келади. Ибн Сино

меҳнатни беморнинг соғлигини сақлашда ва тиклашда руҳий даволаш аҳамиятини тўғри баҳоларди ва тушунарди.

Юқоридагилардан кўриниб турибдики, руҳий ва соматик касалликларда руҳий даволашнинг таъсири ва имкониятлари 1000 йил аввал Ибн Сино томонидан аниқланган ва қўлланган эди. Бунда олимнинг касалликнинг сабабига таъсир этишга, даволашнинг мос усулини танлашга, кенг миқёсда касалга ёрдам бермок кераклигига қаратилган фикрлари диққатга сазовордир.

Бемор ва шифокор ўртасида тўғри муносабат ўрнатилиши муваффақиятли даволашнинг муҳим шартларидан биридир. Руҳий шифокорга, унинг тиббий ва умумий маданиятига катта талаблар қўйилади. У сабр-чидамли, зийрак, меҳрибон, шафқатли, ғамхўр, фан ва маданият масалаларидан билимдон зиёли бўлиши керак.

Руҳий даволаш маданиятида нафақат ўзи гапира билиши, моҳирона равишда даволаш суҳбатини ўрнатиши, балки беморни очик суҳбатта торта билиши, унинг ишончини қозона билиши даркорки, бемор ўз шифокори тимсолида унинг машаққатларига диққат қилиб маслаҳат берувчисини кўрсин. Шифокорнинг мажбуриятига бемор билан шифокор ўртасидаги руҳий тусикни, беморнинг ишончига кириб унга илик хушмуомала қилиб олиб ташлаш киради. Шифокор нафақат унинг руҳиятини тетиклатиши, балки биринчи учрашувдаёқ давонинг муваффақиятли ва ишончли бўлиш сезгисини ўтказиши лозим. Шифокор ўзининг муносабати билан бемор билан яқин алоқа ўрнатиши лозим, гал-сўзлари билан унда даволашга кайфият ва ишончни туғдириши лозим.

В. М. Бехтеревнинг бу хусусдаги сўзлари ибратлидир. «Агар бемор шифокор билан суҳбатлашгандан сўнг ўзини енгил ҳис қилмаса, у шифокор эмас. Шифокор беморда ўзининг касаллигига тўғри муносабат туғдириши ва ҳар қандай усуллар билан ўз касаллиги билан курашда уни фаоллаштирмок лозимдир. Бемор билан бўлган суҳбатда шифокор носамимий, стереотип, расмий муносабзтлардан четланиши лозим». Ҳар қандай ёлғон, сунъий, ҳақиқатдан йироқ нарсадан қочиш лозим. Шифокор ва пациент орасидаги муносабат ҳар гал беморнинг индивидуал хусусиятларига, шахсиятининг алоҳидаликларига ва руҳиятига ва шифокорнинг одобига боғлиқ бўлади. 1843 й.да Манчестрлик шифокор хирург Бреднинг гипнозга бағишланган китоби чиққан (гипноз атамасини у киритган). Бред гипноздан жарроҳлик операцияларини оғриксизлантиришда фойдаланади. Илмий жиҳатдан руҳий даволаш XIX асрда ривож топди. Фараиг шифокори Бернгейм, Шарко, Рише ва бошқалар гипноз воқелигини ўргана бошладилар.

Гипнозни илмий ишлаб чиқиш билан гипноздан ташқари руҳий даволаш усуллари — уйғоқ вақтида ишонтириш, тўғри, аниқ қилиб тушунтириш ва ишонтириш (Дюбуа, Деверин ва бошқ), Россияда руҳий даволанишни шакллантиришда А. А. Татарскийнинг (1890) хизматлари

каттадир. Бу олим Москва дорилфунунида 1 босқич талабаларига психология ва рухий даволаш курсини ташқил қилган ва жахон фанига рухий даволашни биринчилардан бўлиб қўллаган.

В. М. Бехтерев ҳозирда ҳам кенг қўлланадиган рухий даволаш триадасини ишлаб чиққан эди. (бир гуруҳ сеанси: рационал суҳбат, жамоа гипнози, ўзини-ўзи ишонтириш). В. М. Бехтеревнинг шогирд ва издошлари унинг илмий меросини ривожлантирдилар ва психиатрия мак-табини яратдилар. П. Б. Ганнушкин рухий даволаш кучига ишонган ҳолда психиатрнинг муваффақиятли фаолияти учун суҳбатлашишни билиши керак дейди. Психотерапиянинг ривожини учун В. Е. Рожков, А. М. Сведогин, Қ. И. Платонов, И. В. Иванов, М. С. Лебединский, М. М. Кабанов, А. Т. Филатов, А. М. Карвасарский ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар.

Хорижда рухий муолажа З. Фрейд томонидан ишлаб чиқилган. З. Фрейд рухий муҳокама қилиши тўзишда онгли ва онгсизлик антагонизмидан, ақл устидан индуктив кўзғолишлар доминант келишига таянади. Касаллик ҳолати сексуал ва тажовузкор йўқланма таъсири каби тушунтирилади. З. Фрейд рухий даволашни беморнинг онгига бу қизиқишини алоҳида усуллар билан етказиш деб билади, тушларга таъбир айтиш, тушқунликдан чиқариш лозимки, улар невротик аломатлардан озод этиб тўзалишга олиб келиши керак. Рухий даволаш табиатини тушунтириш И. П. Павлов ва унинг шогирдлари ишига асосланади. Гипнозни қисман уйку деб, унинг асосида хужайралардаги тормозланиш ётади деб тушунтиради. Бунда «навбатчи кўрикчи» пунктида (шифокорнинг пациент билан сўз орқали алоқасида гипноз ҳолида тўрганида одам организми томонидан) турли реакциялар чақирилиши мумкин.

Амалиётда рухий даволаш бевосита ва билвосита рухий даволашларга бўлинади. Беморга билвосита рухий таъсирни шифохонадаги шароит, ички тартиби, беморга хизматчиларнинг муомаласи ва муносабати кўрсатади. Бўлимнинг иш режаси, уялтиришнинг йўқлиги, энг оддий кулайликлар борлиги, беморларнинг бандлиги (даволаш тадбирларидан бошқа, гимнастика, меҳнат билан даволаш, саёхат, яқинлари билан учрашуви ҳам) катта аҳамиятга эга. Бўларнинг ҳаммаси беморга нафақат рухий даволаш атмосферасими вужудга келтиради, балки унга тинчлантирувчи таъсир этади, эҳтиёткорликни юмшатади, ҳавотирданишпи йўқотади ва бемор фаолиятини фаоллаштиради.

Бевосита рухий даволаш сўз билан таъсир этиб амалга оширилади, бу логотерапия дейилади.

Ҳозирги вақтда тўғридан-тўғри рухий даволашда қўйидаги асосий усуллар қўлланилади.

1. Рационал рухий даволаш.
2. Суггестив рухий даволаш, гипнотик уйку ва уйғоқ ҳолда ишонтириш.

3. Жамоа ва гуруҳли руҳий даволаш.
4. Аутоген машқ қилдириш.

Рационал психотерапия(руҳий даволаш)

Руҳий даволашнинг бошқа усуллари ҳам қўлланилади: муסיқа билан даволаш, тушунтириш ва ишонтириш билан руҳий даволашлар.

Тушунтириш ва ишонтириш билан руҳий даволашлар. Тушунтириш ва руҳий даволаш асосчиси швециялик руҳий даволовчи П. Дюбуадир (1904). Рационал, тўғри, мақсадга мувофиқ руҳий даволаш пациент ва шифокор орасида диалог — савол-жавоб шаклида бўлади. Бундай суҳбатлашишидан мақсад беморга касаллиги ҳақидаги нотўғри тасаввурларини йўқотишдир. Руҳий даволаш беморнинг онгига, тафаккурига ва хулосалар якунига йўналтирилгандир. Шифокор ва пациент уртасидаги муваффақиятли муносабат муҳим шартлардан бири, улар орасида тўғри муносабат урнатишдир. Бу эса беморни индивидуал алоҳидаликлари ва руҳияти билан шифокор-нинг одоби ва шахсига боғлиқдир. Шифокор билан бемор яқин, сирдош бўлиши керак, ўзининг гапи, тутиши билан унда давога ишонч ва ўзига хурмат уйғотиши керак. Шифокор ўзини моҳирона, оқилона хулосалари билан беморда ўз касаллигига тўғри муносабат уйғотиши лозим. Шундан сўнг касалда ўз беморлиги билан оқилона курашда фаоллигини ошириши керак.

Рационал руҳий даволаш беморни симчиклаб соматик текширишни тақозо этади, унинг касаллиги белгилари органик функционал бузилиш эканлигини исботлаши лозим.

Ҳар қандай шифокор беморга тушунарли қилиб унинг онгига етадиган шаклда суҳбат ўтказиш билан рационал руҳий даволашни бошлайди. Шундай суҳбат давомида шифокор бемор учун тушунарли қилиб касалликнинг пайдо бўлиш сабабларини, унинг таснифини тушунтириши ва қандай қилиб даволашни ва беморлигининг тузалажак эканлигини билдириши лозимдир. Рационал даволаш турли фобиялар билан ипохондрик соматовегетатив ва сексуал бузилишли неврозларда ҳамда асаб-руҳий чегарадаги бузилишлар билан кечувчи соматик касалликларда яхши натижалар беради.

Суггестив руҳий даволаш (ишонтириш). Ишонтириш (суггестия) шифокорнинг беморга руҳий таъсир усули ҳисобланади. Ишонтиришининг рационал руҳий даволашдан фарқи шундаки, у тўғридан-тўғри таъсир қилмай, балки беморга хаяжон билан таъсир этади ва унинг ишонувчанлиги ва буйсунувчанлиги қанча юқори бўлса, шунча даволаш кўзга кўринарли бўлади.

Суггестив (ишонтириш) даволаш уйғоқ ва гипнотик уйқу ҳолатида ўтказилади.

Ишонтириш (суггестия)ни уйғоқ ҳолатида индивидуал ва жамоа бўлиб ўтказиш мумкин. Ҳушёр ҳолдаги ишонтириш комил ишонч билан ва шифокорнинг таъкидлаши билан, экспресс ҳолатда, буйруқ оҳанглари билан бирдан амалга оширилади. Ишонтиришни дори-дармон билан, физиотерапевтик даволаш усуллари билан кўшиб олиб бориш мумкин. Беморга дори-дармон ичиш ва бошқа тадбирларни қўллаш ижобий натижа беришини тушунтириш лозим.

Уйғоқ ҳолда ўтказилганда, у беморнинг ҳолатига қараб ўзи билан ўзи овора бўлмай, балки қулай ҳолатда ўтириб олади, кўзини юмиб диққат билан шифокорни эшитиши ва ўз хаёллари билан ташқи таъсир этувчиларга чалғимаслиги лозимдир. Ишонтириш сеанси 20—30 минут. Қайта сеанслар фойдалидир.

Рухий даволовчининг мимикаси, нутқи, тушунтирувчи ҳаракатлари катта аҳамият касб этади. Таъсир этиш кўпинча ишонтириш билан кўшилиб олиб борилади. Даво муваффақияти кўпинча беморнинг шифокорнинг сўзига диққат билан кулоқ солишга боғлиқ

Гипнотик уйқу ҳолатида ишонтириш (суггезия). Гипноз — пациентни гипноз уйқусига солиш бўлиб, даволовчи ишонтириш таъсирини кучайтириш ва шу йўқ билан даволаш қувватини ошириш усулидаи бири бўлиб, рухий даволаш кўринишларидан ҳисобланади. Бунда беморни ишонувчанлигидан фойдаланилади.

Гипнотик ишонтириш ўтказилаётганда пациент ишонувчанлигининг аҳамияти ва уни даволовчи эффекти Голейлернинг «гипнозланган» одам, одатдаги ҳолатда жуда ҳам бўш бўлган сезги таъсирларини уйғоқ одамга нисбатан жуда яхши қабул қилади деган гапини тасдиқлайди.

И. П. Павлов томонидан гипнозга физиологик тушун-тириш берилганда бунда гап парциал уйқу ҳақида боради ва қайтиш ҳолатида кўриқловчи пунктнинг алоҳида активлиги сақланиб қолади ва у шифокор билан умумий мия контактини сақлаб, чуқур тормозланиши асосида алоқани таъминлайди.

Рухий даволаш олдиндан беморга гипнознинг моҳияти ва мақсадини тушунтириб хавфсирашини йўқотиш керак, унинг гипнозга мойиллигини синаб кўриш керак. Гипнотик ишонтириш уч этапдан иборат: 1) пациентни гипнотик ҳолатга тушириш — ухлатиш, 2) гипнотик уйқу даврида ишонтириш, 3) гипнотик уйқудан чиқариш. 1 курс гипноз билан даволашда 10—15 сеанс ўтазилади. Гипнозлаш усуллари турличадир. Гипноздан олдин бемор қулай ҳолатда ётиши ёки ўтириши лозим.

Гипноз уйқусини чақириш усулларида сўз ёрдамида ишонтиришдан кўпроқ фойдаланилади ёки сўз билан унинг нигоҳини ялтироқ нарсага

қаратилади. Гипнозлаш учун, сўздан ташқари кучсиз монотон таъсирдан фойдаланиш мумкин (метроном тақиллаши, куўнғироқ товуши, хира чирокнинг тебраниши ва бошқалар) ҳамда бир хил тартибда терини тактил таъсирловчи тегиш ёки силашдан ишонтириш таъсирида пациент гипнотик уйқу ҳолатига тушади. Шифокор эса сўз орқали алоқани сақлаб қолади. Беморга кўзини юмиб диққат билан ухлаш шаклини эшитишга таклиф қилинади. Ҳар бир шифокор ўзи учун қулай ухлатиш шаклини танлайди, бундан сўнгги гипноз ҳолатида ишонтириш табиий ҳолда текис монотон ҳолатда, енгил ҳаяжон билан давом эттирилади. Даволаш формуласи гипнотик уйқу вақтида бир неча бор қайтарилади, товушлар буйруқона бўлиб, «ухланг» деб буйруқ бериб қўяди. Биринчи сеанс давомида яхши соғломлик, тетиклантиришга, ишончга қаратилади. Кейинги сеансларда маълум йўналиш олиниб беморлик келтираётган беморнинг қийнаётган ташвишлари йўқолишига ў тилади ва касаллик яхши тамом бўлишига ишонтирилади.

Сеанс охирида пациентга ўзини яхши ҳис қилиш, роҳатланиб дам олганлигини, уйқуга тўйганлигини ишонтирилади. Гипнотик уйқудан чиқиш шифокор буйруғи билан бўлади ва уйғонишни бошқариб туради.

Сеанс охирида шифокор гипноздан чиқариш шаклини гапиради ва шу вақтда мушакларидаги хорғинликни оғирлашгани (ҳаракатсизлиги) йуқолганлигини айтади. Беморга уйга қайтгандан сўнг бир-бир ярим соат ухлаб олса фойдали бўлиши тушунтирилади. Ишониши сустрок беморларга аввалдан транквилизатор ёки уйқу чақирувчи кичикроқ дозада препаратлар белгиланса бўлади. Гипнозни қўллаш имкониятлари кенг. Одамлар ўртасида гипнозга тушиш қобилиятлари жаҳон адабиётида 60— 90%, нафақат алоҳида-алоҳида, балки гуруҳ-гуруҳ қилиб ҳам ўтказилиши мумкин. Жамоа ёки гуруҳли гипноз билан даволаш В. М. Бехтерев томонидан таклиф қилинган. Бунинг учун беморни танлаб олиш катта аҳамиятга эга. Гуруга битта-иккита гипнозга яхши берилувчанларни кўшиш мақсадга мувофиқдир, чунки жамоа бўлиб гипноз билан даволанаётганда пациентларни ишонувчанлиги ўзаро индукция орқали кучаяди.

Гипноз билан даволашда нохуш асорат бушашишлик, чарчоклик, бўшанглиқ аҳён-аҳёнда ўзидан кетиш, истерик хуруж, гипнозга ўрганиш кабилар бўлиши мумкин. Гипноз билан даволашга чегара ҳолатдаги руҳий бўзилишлар (неврозлар, бош мияни экзоген органик касалликларида), руҳий соматик касалликлар (экзема касалликларида), хафақон, юракнинг ишемик касаллиги, алкоголизм, гиёҳвандлик алгик ва агрипоник синдромлар яхши берилади.

Гипнотик уйқуда ишонтиришни қоронғироқ хонада шовқиндан алоҳида жойда, бемор қулай ҳолатга ўрнашиб олганда ўтказиш яхшидир.

Жамоа ва гуруҳли руҳий даволаш. Бу усулда руҳий даволовчи шифокор пациентлардан даволаш гуруҳини тузади ва беморларни бир-бирига

даволовчи таъсиротидан фойдаланади. Пациентларни бир даволовчи гуруҳга бирлаштиришда нафақат пациентлардан ҳам фойдаланади. Жамоа бўлиб руҳий даволаш ўтказишда турлича мақсад қўйилади: фаоллаштириш, тушунтириш, тинчлантириш, хаёлини бошқа ёққа жалб қилиш ва хоказо. Улар сони бўйича турлича гетероген, турли касалликлар билан оғриган ва гомоген, таркиби бўйича бир жинсли ёки аралаш бўлиши мумкин. Баъзи бир пациентлар туркумини (алкоголик психопатларни) бир жамоа қилиб, ўзаро бир шароитда даво ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Гуруҳ билан машғулот ўтказилганда типик касаллик: аноним муҳокама қилинади (отини айтмасдан), тарбияланади, сабрчидам билан даволанади.

Жамоа қилиб руҳий даволаш кўринишларидан бири оилавий руҳий даволашдир. Оилавий руҳий даволаш касаллик натижасида бузилган оилавий муносабатларни қайта қуришдир. Бу даволаш шакли нафақат даволаш ёки олдини олиш учун, балки невроз ва психозли беморларни тиклаш учун ҳам қўлланилади. Буни беморнинг қариндошлари билан ёки гуруҳ қилиб (қариндош ва беморларни) ўтказиш мумкин.

Руҳий даволашни одатда шифокор ва беморнинг бевосита иштирокида ёки овознигор, телевидение, магнитофон, грампластинка ёрдамида ўтказиш мумкин. Руҳий даволашнинг бу шакллари катта гуруҳ одамлар билан ишлаш учун керак. Услуганинг етишмовчилиги унда қайта мулоқот йўқлигидир (бемор — шифокор).

Аутоген машқ қилиш

Ўз-ўзини ишонтиришдан мақсад ўзини бўшаштириб, тинчлантириб ўз хоҳиши билан организмни вегетатив ва соматик бузилган фаолиятини бошқаришдир. Классик ўзини-ўзи бошқариш усули Шульц томонидан таклиф қилинган (1932). Бу ўзаро бошқариладиган ҳолат ва сезгиларни ишлаб чиқаришдан, яъни пациент томонидан 6 та машқни ўзлаштиришдан иборатдир. Бўлар қўйида-гилардир: мушакларни бўшаштириш, ошқозон устки қисмида ва оёқ-қўлларда илиқлик сезишни чақариш, юрак фаолиятини бошқариш нафасни бошқариш ва вазминликни сезишдир. Бўлар ҳаммаси хаёлда махсус танланган сўз шакллари қайтариш билан бажарилади. Ҳар бир машқ 5—10 минутдан кунига 3 марта ўтказилади. Икки ҳафта давомида аутоген машқнинг тўла курси 12 ҳафта давом этади. Ўз-ўзини ишонтириш босқичини бошқаришни ва текширишни шифокор олиб боради. Ауто-ген ўз-ўзини машқ қилиш яқка-яқка ёки жамоа қилиб олиб борилади.

Аутоген машқ қилиш турлича келиб чиққан кўпгина касалликларда учрайдиган неврозларда, бронхиал астмада, ҳафакон касаллигининг бошланғич босқичларида, юракнинг ишемик касалликларида, эндоартериитда, Рейно касаллигида ҳиссиёт кучланишларни олиб ташлайди ёки юмшатади. Бунда хавотирли ҳавфсирашлар, субдепрессив ҳолатлар йўқолиши мумкин ёки кучсизланади. Организмнинг янги ва турлича

имкоиятлари очилади ва у беморга таъсирини чуқурлаштиради ва бойтади. Санъат ва мусиқадан, хусусан сўз ёрдамисиз даволаш руҳиятда яхши кайфият ҳосил қилиш учун беморга ёрдам беради.

Психиатрияда даволлаш усуллари мавзусига оид тест саволлари

1. Антидепрессантлар курсатинг:

*Амитриптиллин

Депресс

Аминазин

Галоперидол

Трифтазин

3. Нейролептик синдром кайси дориларда ривожланади

Галоперидол

Трифтазин

Феназепам

Альпрозолам

Нозепам

4. Кичик транквилизатор турлари:

Феназепам

Галоперидол

Трифтазин

Диазепам

Альпрозолам

Нозепам

5. Нейролептик турлари

*Галоперидол

Трифтазин

Феназепам

Альпрозолам

Нозепам

6. Антиконвульсант турлари;

Финлепсин

Бензонал

Трифтазин

Диазепам

Альпрозолам
Нозепам

7. Ноотропларни курсатинг:

Церебролизин
Пирацетам
оксибрал
Трифтазин
Диазепам
Альпрозолам
Нозепам

8. Рационал психотерапия:

тушунтирувчи суъбат
ишонтириш сеанслари
гипноз сеанслари
аутоотренинг сеанслари
касаллик ички курунишини тўғри тушунишда ёрдам бериш
плацеботерапия

9. Максимал каталептоген хусусиятга эга булган нейролептикларни курсатинг:

мажептил
галоперидол
трифтазин
сонапакс
рисполепт
азалептол

10. Эпилепсияни даволашда кулланилади:

ламиктал
финлепсин
* бензонал
литий тузлари
мелипрамин
трифтазин

11. Трициклик антидепрессантлар беришга Карши курсатма:

глаукома

простата беги адемомаси
кандли диабет
подагра
остеохондроз
ошкозон яра касаллиги

12. Делирийни даволаш усулларига киради:

симптоматик терапия
*нейролептиклар
юрак дорилари
дезинтоксикацион терапия
инсулин коматоз терапияси
психотерапия

13. Уткир галлюцинатор синдромни даволаш уз ичига куйидаги дори воситаларини олади:

азалептол
*галоперидол
сиднокарб
аминалон
паркопан
сибазон

14. Рационал психотерапия:

тушунтирувчи гаплашиш
ишонтирувчи сеанслар
гипноз
аутоотренинг
узини тутишда иррационал бугинни алмаштириш
касалликни ички тузилишини тугри тушунтириш

15. Неврастенияни даволашда қўлланилади:

эленийум
дiazepam
*седуксен
фенобарбитал
финлепсин
бензонал

16. Эпилепсияни даволашда кулланилади:

фенобарбитал
финлепсин
мелипрамин
*бензонал
эглонил
галоперидол

5-БОБ

ПСИХИАТРИК (РУХИЙ) ВА НАРКОЛОГИК ЁРДАМНИ УЮШТИРИШ

Психиатриянинг асосий мақсади—руҳий касалликларнинг олдини олиш, даволаш ҳамда руҳий ёрдамни ташкил этишдир.

Руҳий ёрдамни ташкил этиш масалалари инсоният олдида турган долзарб муаммолардан биридир. Гап шундаки, кўпгина руҳий касалликлар сурункали давом этади ва беморларни ўзок вақт ва тез-тез кузатиб туришга тўғри келади. Ҳозирги замонавий даволаш ва беморларни парвариш қилишда эришилган муваффақиятлар тўғрисида беморларнинг умри ўзаймоқда. Шунинг учун йил сайин руҳий касалликларнинг сони отмоқда, шу билан бирга, аҳоли зич жойлашган жойларда уларни даволаш ва ишга жойлаштиришда катта кийинчиликлар вужудга келмоқда.

Ҳозирги вақтда руҳий ёрдамнинг энг долзарб вазифалари қўйидагилар: аҳолининг руҳий соғломлигини ўрганиш, даволаш-профилактика чора-тадбирларини аниқ ташкил этиш ва шу билан бирга руҳий касалликларнинг вақтида олдини олиш ва беморларни ижтимоий тиклаш (реабилитация қилиш) ҳамда ишга мослаштириш чораларини кўриш демакдир. Ҳозирги вақтда бизнинг давлатимизда ҳозирги замон руҳий ва наркологиек хизматни ташкил этиш қўйидагиларни ўз ичига олади:

- 1) психиатрия (руҳият) муассасалари, бўларга:
 - а) шифохоналардан ташқари ёрдам кўрсатувчи руҳий неврологик диспансерлар;
 - б) руҳий шифохоналар;
- 2) наркологиек муассасалар—наркологиек диспансер ва наркологиек шифохона бўлими ва бошқа кўринишдаги муассасалар.

ПСИХИАТРИК (РУХИЙ) ЁРДАМ

Руҳий (психиатрик) ёрдам — соғлиқни сақлаш муассасалари, ижтимоий таъминот, халқ таълими, корхоналарнинг тиббий-санитария бўлимлари томонидан амалга оширилади. Бу мақсадда руҳий беморларга шифохоналардан ташқари (амбулатория)да ва шифохонада ёрдам ташкил этилган.

Шифохонадан ташқари психиатрик руҳий ёрдам

Рухий беморларга шифохонадан ташқарида, яъни рухий асаб касалликлари диспансерида ёрдам кўрсатилади. Рухий беморларнинг анчагина қисми доимо шифохонада бўлишга муҳтож эмас. Шунинг учун шифохонадан ташқаридаги ёрдам муаммосига алоҳида эътибор керак бўлади.

Рухий асаб касалликлари диспансерлари вилоятларда, шаҳарларда, туманлараро ва туманларда ташқил этилган бўлади. Бу рухий ёрдам мажмуасида биринчи бўғиндир. Рухий асаб касалликлари диспансерларининг фаолиятлари турличадир. Диспансерларнинг асосий вазифаси аҳолига кўйидаги:

- 1) даволаш, касалликларнинг олдини олишга ёрдам бериш;
- 2) ижтимоий реабилитация ва реадaptация тадбирларини ўтказиш;
- 3) касалликни ҳисобга олишни ўтказишдан иборатдир.

1) рухий асаб касалликлари диспансерларининг даволаш-ташхис қўйиш ишлари. Рухий касалликларнинг кўп шакл ва босқичлари шифохонада мажбурий ётқизишни талаб қилмайди. Бу беморлар тиббий ёрдамни диспансерда оладилар. Диспансерда ишлар бўлимларга бўлиш нуктаи назаридан ташқил этилган. Бўлим рухий шифокори зиммасига ҳисобда турувчи беморларни бирламчи текширишдан ўтказиш, ташхис қўйиш ва амбулатор даволаш ўтказиш ва уларни доимо назоратда тутиш вазифалари киради. Бундан ташқари, шифохонада даволаниб чиққандан сўнг, организмни қувватлаб турувчи дорилар билан даволаш давом этирилади, бу мақсадда рухий фармакологик даволаш препаратларидан кенг фойдаланилади. Диспансерга кела олмайдиган беморларга шифокор ва ҳамшира томонидан ёрдам касалнинг уйида кўрсатилади.

Диспансерлар маълум шифохоналар билан боғлиқдир. Бу эса даволашнинг давомийлигини, бемор устидан иўа касалликнинг ривожини ёки инқирози устидан назорат ўрнатишга имкон туғдиради.

Бўлимларда ёрдам бериш усулидан ташқари, диспансерларда мослаштирилган (кабинет) хоналар бор. Рухий даволаш хоналарида неврозли, рухий таъсиротли, психопатик декомпенсацияли ва турли функционал беморлар қабул қилинади. Даволаш тадбирлари ўтказилган хонада инъекция ва бошқа тадбирлар учун етарли асбоб-анжомлар бордир. Бўлардан ташқари, физиодаволаш, клиник ташхис тажрибахоналари мавжуддир. Логопедия хонасида нутқи бузилганлар даволанади. Баъзи диспансерларда кундўзги ёки тунги айрим шифохоналар мавжуддир. Даволаш-меҳнат устахоналарида беморлар иш билан машғул бўладилар ва ўз вақтида даволанадилар. Кундўзги беморлар бепул овқат билан таъминланадилар.

Даволаш тадбирлари ва меҳнат жараёнлари шифокор ва инструктор раҳбарлигида олиб борилади.

Қишлоқ жойларида ҳам шифохонадан ташқари ёрдам шу нуқтаи назардан олиб борилади. Рухий даволовчи шифокори йўқ туманларда касалларга диспансер шифокорлари томонидан маслаҳат бериш тартибида ёрдам кўрсатилади, даврий кўриб кузатиш, асаб касалликлари шифокорига ёки даволовчи шифокорга топширилади. Агар лозим бўлса беморлар тегишли туман, шаҳар, вилоят, ўлка ва жумҳурият шифохоналарига йўқланадилар.

2) **ижтимоий ёрдам — реабилитация ва реадaptация чора-тадбирларини ўтказиш.** Диспансерлар нафақат даволаш-ташхис ишларини ўтказди, балки беморни жамиятнинг фойдали аъзоси сифатида сақлаб қолишни мақсад қилиб қуяди.

Беморларни реабилитация қилиш энг аввало қайтадан ижтимоий ҳаётда беморнинг шахсий ҳолатини, индивидуал ва жамиятдаги кийматини тиклашдан (М. М. Кабанов, 1971, 1985), беморни биринчидан, ўзининг кўз ўнгида ўзлигини танитиш, иккинчидан жамият кўз ўнгида бемор ҳолатини тиклашдан иборатдир.

Диспансерларнинг реабилитация қилиш бўлими беморларни иш билан таъминлаш, уларга ҳуқуқий ёрдам, оила, уй шароитларини яхшилашда ёрдамлашиш, корхонадаги ва бошқа тортишувга сабаб бўлган масалаларни ечишда ёрдамлашиш, болаларни болалар муассасаларига жойлаш, бемор устидан ғамхўрлик қилиш, уларга лозим бўлса текинга, навбатсиз уй олишга ёрдам бериш, тўзалгандан сўнг ишга ёки майиб ва мажруҳлар уйига жойлаштириш билан шуғулланади. Агар беморларда меҳнат қилиш қобилияти сақланган бўлса, уларни жамиятга фойда келтирувчи ишларга жойлаштириш масаласи ҳал қилинади. Реабилитация режаларини муваффақиятли амалга оширишда шифохонадан ташқари рухий ёрдам мажмуаси бўлиши шартдир. Шифохонадан чиққан рухий беморни реабилитация қилиш вазифалари қўйидагилардан иборат бўлиши керак: касал-ликнинг қайта зурайишининг олдини олиш, резидуал ҳолатларни коррекциялаш ва ишга жойлашувига ёрдам беришдир. Ана шу мақсадда шифохонадан ташқари рухий касалларга ёрдам бериш муассасалари яратилган эди. Бу муассасалар сони тараққий этган шаҳарларда йил сайин ортиб бормокда, булар: рухийасаб диспансерлари ва хоналари, кундўзги ва тунги шифохоналарнинг турли шакллари, шифохонадан чиққандан сўнг дам оладиган марказлар, рухий соғломлаштириш марказлари, даволаш устахоналаридан, саноат корхоналарининг махсус цехларидан, меҳнат профилактикаларидан, пансионатлардан, рухий беморлар учун клублардан иборатдир.

Бу муассасалар орасида бизнинг мамлакатимизда психоневрологик диспансерлар етакчи ўринга эга ва бу тузилмага рухий беморларни реабилитация қилишнинг бошқа бўғинлари ҳам киради. Даволаш-меҳнат устахоналари: кундўзги ва тунги шифохоналар ва бошқалар. Кундўзги ва тунги шифохоналарнинг асосий афзаллиги шундан иборатки, беморлар даволаниш даврида ҳаётини жараёндан ажралмайди ва шифохонада ётиб

қолиш хавфи бўлмайди. Кундузги ва тунги шифохонада ётиб даволаниш ва ёрдамнинг бошқа оралиқ шакллари борлиги кенг аҳоли оммасини руҳий касалларга тўғри муносабатда бўлишларини таъминлайди.

Руҳий беморларнинг меҳнат реабилитацияси саноат корхонасида ўтказилса анчагина енгиллашади (А. Е. Лифитц, Ю. Н. Арзамасцев, 1975). Руҳий касалларни реабилитация қилиш аввало уларни ижтимоий ҳаётга қайтаришдан, беморни индивидуал ва жамиятда қадрини тиклашдан, шахсиятини тиклашдан иборатдир (М. М. Кабанов, 1971, 1985), биринчи ҳолатда ўз кўз ўнгида, иккинчи ҳолатда эса уни жамоат кўз ўнгида тиклашдир. Барча реабилитация чора-тадбирларида, барча таъсир усулларида етакчи мазмун бемор шахсини апликация қилишдир.

ВДСТ тақлифларига биноан (1963) беморларнинг реабилитацияси тиббий, касбига ва ижтимоий реабилитацияга бўлинади. М. М. Кабанов томонидан 1963 йили руҳий касалларни реабилитация қилишнинг 3та босқичи тақлиф этилган.

Реабилитациянинг дастлабки босқичи—қайта тиклаш давси (бошланғич давр) руҳий нуқсон ҳосил бўлишининг олдини олиш, беморнинг майиб-мажруҳ бўлишига йўқ қуймаслиқ касалхонада ётиб чиққан деган ҳодисаларнинг олдини олиш, ижтимоий алоқаларни тиклашдир. Қайта тиклаш даволаш босқичида даволашнинг биологик усули билан (медикамент билан даволашни ҳам қўллаганда) турли руҳий ижтимоий таъсирлар (муҳит билан, бандлик билан, бирор нарса билан руҳий даволаш, физик усуллар билан даволаш, жисмоний тарбия ва ҳ.к.) қўшиб олиб борилади.

Реабилитациянинг иккинчи босқичи қайта адаптациядир. Бунинг вазифаси ташқи муҳит шароитларига мослашиш ва мослашишини қайта тиклашдир. Бу босқичда руҳий ижтимоий таъсиротлар етакчи ўринга ўтади. Буларга меҳнат билан даволаш лозим бўлса, янги касб ўргатиш, педагогик (тарбиявий) ишлар, нафақат бемор, балки уларнинг қариндошлари билан ҳам руҳий даволаш ишларини олиб бориш киради. Руҳий касалхоналарда ўзоқ даволанган беморларни қайтадан ижтимоий ҳаётга қайтариш, яшашга ўргатиш, ишларга ўргатиш, одамларга муомала қилишга ўргатиш катта аҳамиятга эга. Бу бир гуруҳ одамлар ёки оила аъзолари билан муносабатда бўлиш йўқи билан амалга оширилади. Асосий мақсадга эришиш учун даволаш, жисмоний тарбия ишларига эътибор бериш — маданий тадбирлар ўтказиш даволашда ёрдамчи омиллар ҳисобланади.

Реабилитациянинг иккиламчи босқичи асосан касб-ҳунарини алмаштириш билан тарбияланади. Бу босқичда биологик даволаш ва беморни қувватлантириб туриш, ёки касаллик бир оз зўрайганда руҳий таъсир қилувчи дорилар беришдан иборат бўлади.

Реабилитациянинг учинчи босқичи — реабилитациянинг асл маъносига тўғри келади. Бу беморни индивидуал ва жамиятдаги қадрини: атрофдаги ҳақиқатга, яъни касал бўлгунга қадар бўлган ҳолатини ҳуқуқий тиклашдир. Бу масалани ечишнинг асосий омили ижтимоий тадбирлардир. Биринчи ўринда атрофдагиларнинг, оила аъзоларининг беморларга тўғри муносабатда бўлишини уюштириш керак. Бу босқичда клуб

ишлари ҳам яхши ёрдам беради, иш билан чалғиш турли томошалар билан қўшиб олиб борилади. Бу босқичда реабилитация шифо-хонадан ташқи шароитларда (уй меҳнати, даволовчи-меҳнат устахоналарида, саноат корхоналарининг ижтимоий цехларида ва одатдаги саноат корхоналарининг ўзида) олиб борилади.

Реабилитациянинг мақсади маълум ҳолатларда ўзгариб бориши мумкин, бу ҳолат қандай бемор билан иш олиб борилаётганига боғлиқ.

Тиббий омилларга боғлаб реабилитациянинг имкониятларини ҳисобга олиш керак бўлади (жинси, ёши, касалликнинг клиник алоҳидаликлари), муҳит ва шахс боғлиқлиги (қизиқиши йўналишлари, оила бор ёки йўқлиги, тарбия, ишларга хоҳиш сармоя билан таъминлашганлигини) ва ҳоказолар.

Турли руҳий хасталиклар — шизофрения, тутқаноқ, олигофрения, невроз, алкоголизм ва бошқаларда реабилитация ўзига хос хусусиятларга эга. Масалан, олигофренияда руҳий ижтимоий омилларга эътибор қилинади ва улар орасида тиббий педагогик ва меҳнат билан таъсир қилиш етакчи аҳамиятга эгадир.

Туғма ақли заифликда, эртанги тутқаноқларда, ақлсизлик билан кечадиган турида адаптация қилиш, яъни беморни муҳитга мослаштириш ҳақида гап кетса тўғри бўлади, мослашувчанлигини қайта тиклаш мақсадга мувофиқ эмасдир. Неврозли беморларнинг реабилитация режаси шундай тузилиши лозимки, биринчи навбатда касалликни камситиш ёки ошиқча баҳолашдан сақланиш лозимдир (Б. Д. Карвасарский, 1980).

Алкоголизмга учраган беморларда реабилитацияда жамоат олдида бўлишига эътибор бериш керак.

Реабилитациянинг аниқ мақсадлари кўпгина омиллар билан боғлиқ бўлиб, турлича бўлиши мумкин. Мақсад соддароқ бўлганда, масалан, шифохонада ёки уй шароитларида касалга парваришни камайтиришга қаратилган бўлиши (ёш улғайиши билан боғлиқ бўлган эс пасайишда, шизофрениянинг охириги босқичларида) мумкин. Бошқа ҳолатларда реабилитациянинг мақсади жиддий, бемор касбини ўзгартириш, унга мос иш топиш, ҳаётга мослаштириш ва ҳ.к бўлиши мумкин. Ниҳоят, агар касалликни қайтариш қатъий бўлгани ҳолда мақсад ўзининг аввалги ишига қайтаришга ёки укишини давом эттиришга қаратилган бўлмоғи лозим.

Диспансерлар тарқибда ижтимоий ёрдам ва ҳуқуқий хоналар мавжуд бўлиб, у ерда юридик маълумотли мутахассислар ишлайдилар. Ҳуқуқий хона ходимлари касалларнинг ишлари бўйича судларда ҳимоя қиладилар. Юқорида кўрсатилган реабилитация ва реадaptация хизматларидан ташқари, диспансер уларни вақтинчалик ишга яроқсизлигини текшириб аниқлаб беради, ҳарбий ва суд руҳий экспертизасини ўтказди, хавфли руҳий беморларни жамоатга зарари тегишининг олдини олиш чораларини ишлаб чиқади, тумандаги барча умумтиббий

муассасаларга маслаҳат ёрдами беради.

Тез руҳий (амбулатор) ёрдамни ташкил этиш. Руҳий касалларда кўпинча пайдо бўлувчи турлича шаклдаги руҳий-ҳаракат кўзголишлар (онгнинг ўзгариши билан кузатиладиган руҳият ўзгаришлари, депрессиялар, айниқса ўз жонига касд қилиш билан кузатиладиган тутқаноқ ҳолати, руҳияти ўзгаришга мойилларда эффектив портлаш ва бошқалар) руҳий шифокорнинг тез ёрдамига муҳтож бўлади. Шундай ҳолатларда руҳий ёрдамни диспансернинг навбатчи шифокори, йирик шаҳарларда мутахассислашган тез ёрдам бригадаларини чақириш билан амалга оширилади.

Касалликнинг ҳисоби ва қайта тиклашни руҳий асаб диспансерларининг ташкилий-услуг хоналари амалга оширади. Уларнинг вазифасига руҳий касалларни аниқлаш, кузатиш ва даволаш, руҳий касалларни ҳисобга олиб бориш ва қайта тиклаш, ҳозирги замон фан ютуқларини руҳият амалиётига татбиқ этиш, руҳий гигиена ва руҳий профилактика ишларини олиб бориш киради. Бундан ташқари, руҳий-асаб диспансерлари аҳолига асаб-неврологик ёрдам кўрсатишни муҳокама қилади, руҳий хизматни янада ривожлантириш режаларини тузади. Ташкилий илмий-амалий конференциялар ўтказилади, руҳий хизмат тўғрисида умумий ҳисоботлар тўзади ва сўровномаларга жавоб беради.

Туман психиатри беморлар орасида руҳий профилактика ишларини олиб боради, руҳий касалларни аниқлайди, уларни доимо кузатиб боради, даволайди, руҳий беморларнинг жамоага хавfli ҳаракатларининг олдини олувчи чора-тадбирларини ишлаб чиқади. Барча руҳий беморлар ҳисобга олинади ва тузалса ёки тумандан бошқа ёкка кўчиб кетса диспансер психиатр-шифокорлар томондан ҳисобдан чиқарилади.

Шифохонадан ташқари ёрдам қишлоқ жойларда шаҳар туманларида бўлгани каби усулларда олиб борилади. Агар шифокор-психиатр булмаса беморларни қишлоқ участка шифокори кузатади. Беморларнинг услубий бошқарилиши ёки уларга маслаҳатлар вилоят руҳий-асаб диспансери томондан олиб борилади.

Стационар руҳий ёрдам

Руҳий беморларни стационарда даволаш учун асосий муассаса руҳий шифохонадир. Бундан ташқари, руҳий беморларга стационар ёрдам руҳий-асаб диспансерларида кўрсатилади. У ерга беморларни ташхис қуйиш ва аниқлаш мақсадларида ҳамда руҳий беморликнинг бошланғич шакллари ва чегара ҳолатларидаги беморлар ёткизилади.

Руҳий шифохона

Руҳий шифохона руҳий беморларни стационар даволовчи асосий даволаш муассасасидир. Шифохона қўйидаги: беморларни қабул қилувчи

қабул қилиш бўлими ва турли йўналишдаги даволаш бўлимларидан иборатдир. Беморларни бўлимларга тўғри тақсимлаш муҳим аҳамиятга эгадир. Руҳий ёрдам беморларнинг турларига боғлиқ бўлади. Турли руҳий касалликлар бир хил шароит ва даволаш ҳолатларида сақланувчи аралаш бўлимлар билан биргаликда мўтахассислашган: соматик, юқумли, қариялар, болалар, чегара ҳолатлари, судпсихиатрия, реабилитацион (кундузга ва тунги стационарлар, даволовчи меҳнат устахоналари), шаҳардан ташқаридаги ва бошқа бўлимлар мавжуддир. Бундан ташқари, руҳий ёрдам сўнгги вақтларда ташқил этилган умумий соматик шифохоналарнинг руҳий неврологик бўлимларида . Бу бўлимларда асосан чегара ҳолатларидаги, енгил ёки бошланиш босқичидаги руҳий беморлар даволанадилар. Ҳар бир руҳий диспансерлардаги руҳий стационарлар, умумий соматик шифохонадаги руҳий касаллар бўлимларининг ўзига бириктирилган хизмат кўрсатиш туманлари бўлади ва шу туманлардан беморлар шу стационарларга йўқланади. Бундай беморларнинг маълум бир ҳудудларга булиниши беморларни даволашда давомийликни таъминлайди. Бир қатор руҳий шифохоналарда ва бўлимларда иш олиб бориш очик эшиклар тизими каби, яъни руҳий беморларнинг аҳволи умум соматик шифохоналарнинг ҳолатлари билан тенглаштирилади.

Тиклаш давоси ўтказиш учун руҳий шифохоналарда даволаш-меҳнат устахоналари мавжуддир. Даволаш-меҳнат устахоналаридаги асосий вазифа, беморлиги туфайли йўқотган ёки сақланиб қолган ишлаш қобилияти ни тиклашдан иборатдир. Реабилитация жараёнида беморлар иш жараёнида соддароқ ишдан мураккаброгига ўтказиб борилади. Устахоналарда одатда қоғоз махсулотлари, дурадгорчилик, тикиш-бичиш, турл-и деталларни йиғиш, тугмачи "цеҳи, асбоб-ускуна цеҳи, болаларнинг арча уйинчоғини ясовчи цеҳлар мавжуддир.

Меҳнат билан даволаш руҳий беморларга меҳнат қилиш ва касб адаптациисини вужудга келтиради. Беморларнинг меҳнатига ҳақ тўланади. Беморлар бу уста-хоналардан ишни уйига ҳам олиб кетиши мумкин. Уста-хонанинг ўзида ишловчилар учун бепул овқат ва дори-дармонлар билан даволаш ташқил этилади. Даволаш меҳнат устахоналари вазифасига шифохона бўлимларининг ичида ҳам меҳнат билан даволанишни ташқил этиш киради. Меҳнатнинг тури ва ҳар бир бемор учун даволовчи шифокор ёки меҳнат билан даволовчи махсус шифокор томонидан белгиланади. Руҳий шифохоналарда беморларни ҳар томонлама тасқинриш учун барча шароитлар мавжуддир. Бу эса аниқ ташхис кўйиш учун ва унинг ҳолатини тўғри баҳолаш учун керакли шароитни вужудга келтиради. Бунинг учун турлича тажрибагоҳлар (клиник-биохимиявий, функционал диагностика, электро-энцефалография, рентген кабинети, терапевт, невропатолог, кўз шифокори, жарроҳ гинеколог, стоматолог, психолог, гипнотерапия) махсус кабинетлари мавжуддир. Бўлимларда даволаш тадбирларини ўтказиш хоналари, дориларни тақсимлаш хоналари, махсус даволаш усул-ларини ўтказувчи хоналар (инсулин билан даволаш, ЭСТ, уйқу билан даволаш, руҳий даво, гипноз билан даволаш, сексопатологик) мавжуддир. Бундан

ташқари, гипнотерапия (ванна, душ) ва меҳнат билан даволаш устахоналари бордир.

Бўлим ичидаги кабинетлардан ташқари, умумий шифохонанинг турли бўлимлари: физиотерапия, гидротерапия бўлимлари, уқалаш хоналари мавжуддир.

Чегара ҳолатларидаги (неврозлар, психопатиялар, реактив ҳолат) беморлар даволанадиган бўлимларда кун тартиби ва режаси умум соматик шифохонасининг бўлимлариникидан фарқ қилмайди. Бўлимда дам олиш хоналари ва беморларнинг қариндошлари билан суҳбат қилиш имкони бор хоналар ҳамда маданий машғулотлар хонаси, кутубхона, зангори экран, радио эшитиш хоналари, ҳар бир бўлимда спорт майдончаси бор, сайр қилиш учун боғ бордир. Бўлимларда турли расмларнинг бўлиши, гилам ёки полослар ва жиҳозларнинг бўлиши катта аҳамиятга эга. Болалар бўлимларида уйинчоқлар, болалар майдончалари, ўқув ва нутқини тўғрилаш хоналари бўлади.

Рухий касалларни стационар даволаш учун руҳий-асаб диспансерлари ёки поликлиникаларнинг руҳий шифокори ёки махсус руҳий шифокорлар жамоаси томонидан олиб борилади.

Шифохонага йўқлаш беморни ёки уларнинг қариндошлари розилигига қараб бўлади. Агар бемор ижтимоий хавфли бўлса шифохонага бемор қариндош-уруғларининг розилигисиз — шифокорлар комиссияси тавсияси билан юбориш мумкин. Хуқуқни бўзган руҳий беморларни, суд уларни ўзини билмайдиган ҳолатда деб ҳукм чиқарса, суд уларни мажбурий даволаш учун йўқлайди. Тез ётқизишга мажбур бўлган беморларни, жамоат учун хавфли бўлган касаллар биринчи кун давомида хайъат шифокори томоидан қараб чиқилади, унга лозим бўлган даво ва тартиб касаллик тарихномасига ёзиб қўйилади.

Шифохонадан чиқариш бўлим бошлиғининг розилиги билан даволовчи шифокор томонидан амалга оширилади. Кетувчи беморга касаллик тарихномасидан кўчирма эпикриз (хулоса) ёзилиши жоиздир. Унда касалликнинг кечиши, даволаниш даври, қандай даво утказилганлиги, кейинги даволаш тадбирлари, иш бўйича тавсиялар ёзилган бўлади. Бемор турадиган жойидаги руҳий асаб диспансерига бу тарихномадан кўчирма юборилади. Бу билан давомийлик (руҳий диспансерга бу тарихномадан кўчирма юборилади) ёрдам нуқтаи назари амалга оширилади.

Рухий ёрдамнинг энг муҳим қисмларидан бири ижтимоий таъминот вазирлиги қарамоғидаги руҳий-мажруҳ беморлар интернатидир. Бундай масканларга даволанишга муҳтож туғма руҳий беморлар ва ҳеч кими йўқ руҳий беморлар олинади.

НАРКОЛОГИК ЁРДАМ:

1975 йилдан бошлаб умумий рухий ёрдам системасидан наркологик ёрдам ажратилди.

Шифохонадан ташқари наркологик ёрдам мўтахассислашган диспансерда ўтказилади. Диспансер вазифасига алкоголизм, наркомания, токсикоманияга мубтало бўлаётгандарни аниқлаш ва алкоголик бўлиб қолган беморларни ҳисобга олиш, бу хасталикларни даволаш ва олдини олиш ҳамда уларга ижтимоий ёрдам бериш масалалари киради. Диспансер саноат корхоналарида, му-ассасаларда, ётоқхоналарда, мактабларда, МПТУЮ ва бошқа жойларда профилактика ишларини олиб боради. Наркологик диспансерлардаги нарколог шифокор хизмат қилиш зонасида даволаш-профилактика ишларини олиб боради. Наркологик хизмат фаолиятининг ташкилий услубий фаолиятини таҳлил қилади, аҳолига наркологик ёрдам чора-тадбирларини ишлаб чиқади, янгича иш шакли ва усуллари пайванд қилганда. Йирик саноат корхоналарида, қурилиш ташкилотларида наркологик кабинетлар ва фельдшерлик наркологик пунктлари мавжуддир. Улар психиатр-нарколог раҳбарлиги остида иш юритадилар.

Стационар наркологик ёрдам, наркологик шифохоналарда (бу йирик шаҳарлардагина бўлади), наркологик диспансерларнинг ва рухий шифохоналарнинг стационар бўлимларида олиб борилади. Баъзи бир наркологик диспансерларда кундузги стационарлар ва тунги профилактика торийлар ташкил этилгандир. Сурункали алкоголизм, наркоманларни, токсикоманларни шифохонага ётқизиш даволаш зарурдир. Наркодиспансерларда биринчи ва қайта тушувчилар учун алоҳида бўлимлар ва алкоғолли психоз ҳолатлари учун алоҳида шароит ҳам мавжуддир. Алкоғолизм дардига мубтало бўлганларни мажбурий равишда даволаш — меҳнат профилактика торийсига ётқизиш мумкин. Даволаш фойда бермас, алкоғолизм қайталаниб турса, бўлар мажбурий даволашга кўрсатмалар ҳисобланади. Даволаш муддати 2 йилгача. Бемор муваффақиятли даволангач, ўзини намунали тутиб юрса ва ижтимоий меҳнатда ўзини кўрсатса, ўша шифокорлар комиссияси қарор қилиб муддатидан аввал мажбурий даволашдан озод қилиниши мумкин.

Наркологик диспансерларда ва шифохоналарда ёрдамчи бўлимлар, клиник ва биохимиявий тажрибагоҳлар, функционал таҳлис хонаси, рентген хонаси, физиотерапия хонаси, терапевт, невропатолог, окулист, психолог, гипнотерапия хоналари ва мастлик даражасини аниқлаш хоналари мавжуддир.

Шифохонадан ташқари, рухий ёрдам умумий поликлиника ёрдами билан яқин алоқада ишлайди. Шу мақсадда умумий поликлиникада психиатр-терапевт хонаси очишга қарор қилинди. Бу эса умумий ва рухий ёрдам касалларини мослаштиришга ёрдам беради.

Психиатрик ва наркологик ёрдамни ташкиллаштириш мавзуси буйича тест саволлари

1. Психиатрик стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар:

агрессияга мойил бўлмаган маниакал ҳолат
 оқватдан захарланиш васвасаси, оқватдан бош тортиш
 неврозлар
 тугма ақл заифлик
 *императив галлюцинациялар
 кататоник ступор

2. Қайси касалликларда оқватдан бош тортиш кузатилади:

*анорексия
 депрессив синдром
 кататоник ступор
 маниакал синдром
 гебефреник синдром
 псевдодеменция

3. Қуйидаги ҳолатларнинг қайси бирида социал хавфли ва суицидал хулқ кузатилади:

деменция
 патологик аффект
 кунгли бушлик
 *ажитирланган депрессия
 апатико-абулик ҳолат
 *дисфория хуружи

4. Шошилишч госпитализация учун кўрсатмалардан бири:

*ажитирланган депрессия
 психорганик синдром
 *кататоник қўзғалиш
 обсессив синдром
 апатико абулик синдром
 олигофрения имбециллик даражасида

5. Қуйидаги ҳолатларнинг қайси бирида жамоат учун хавфли ва суицидал хулқ-атвор юзага келиши мумкин :

*дисфория хуружи
патологик мастлик
классик (тормозланган) депрессия
кўнгилбўшлик
*ажитирланган депрессия

6-БОБ

РУҲИЙ КАСАЛЛАР ЭКСПЕРТИЗАСИ

I. Адлия-руҳий касалликлар экспертизаси

Тиббий экспертизалар орасида энг керакли ва қийин тармоқ — бу руҳий касалликлар экспертизасидир. Жамики давлатлар қонунчилигида руҳий касалларнинг жамиятдаги ўрни, фуқаролик ҳуқуқлари, жиноий жавобгарликлари ва гувоҳлик қоидалариминг меъёрлари берилган.

«Қадрсизлик» деган тушунча руҳий касалларнинг жамиятдаги ўрнини аниқлаб берадиган асосии юридик т-шунчадир.

Қонунда руҳий касалларга тааллуқли бўлган фуқаролар иши бўйича қатор махсус кўрсатмалар бор. Бу уларнинг қобилиятсизлигини, маълум кишиларнинг улар учун гувоҳлик томонидан жавобгарликларини ва ҳоказо томонларини кўрсатади. Руҳий касаллар томонидан жиноят содир этилганда асосии ва муҳим масала уларни жиноий жавобгарликка тортиш ёки тортмасликдир. Бунда содир этилган жиноят ва таҳлил қилинаётган пайтдаги аҳволи ҳисобга олинади.

Демак, ақл қочганликнинг икки ўлчови бор. Биринчиси тиббий-сурункали руҳий касалликлар, вақтинчалик руҳий фаолиятининг бузилишлари борлар учун. Иккинчиси юридик-касаллик ҳолатида ўзи содир этган жиноят ҳақида ҳисоб бермаслик учун.

Бу моддага тўғри келадиган сурункали руҳий касалликлар қаторига маълум белгили касалликлар, масалан, шизофрения, кучайиб борувчи паралич, тутқаноқ ва ҳоказо киради. Руҳий фаолиятнинг вақтинчалик бузилишларига сумерик ҳолат, ҳар хил патодогик аффектларни киритиш мумкии. Бироқ санаб ўтилган бирор-бир бузилишлар уларнинг ақли қочганлигини аниқлаб бериш учун етарли эмас. Фақат бемор ҳолати шундай юқори даражада бўлиши керакки, бунда у содир этилган жиноят ҳақида ҳисоб бермаслиги керак. Қачонки суд олдида айбланувчининг ақли қочган пайтда жиноят қилганлиги ҳақида савол қўйилар экан ҳар қандай вазиятда ҳам суд адлия-руҳий касаллик экспертизасини олишга мажбур.

Адлия-руҳий касаллик экспертизасининг вазифалари қўйидагилар:

1. Жиноий жавобгарликка тортилаётган қўлга олинган шахснинг ҳолатини аниқлаш ва қилиниши керак бўлган тиббий тадбирлар ҳақида хулоса.

2. Топшириқни бажармаётган даврдаги руҳий бўзилишлар белгилари топилганда шахснинг руҳий ҳолатини аниқлаш ва ушбу шахс устидан

ўтказилиши керак бўлган тиббий тадбирлар ҳақида хулоса.

3. Талаб қилинган пайтда жабрланувчи ва гувоҳларнинг руҳий ҳолатини аниқлаш.

4. Суд фуқаролик жараёнида, агар шахснинг руҳий саломатлигига шубҳа туғилса қобилиятсизлиги ҳақида хулоса.

Адлия-руҳий касаллик эксперти фақат олий тиббий маълумотга эга бўлган шифокор-психиатр мутахассиси бўлиши мумкин.

Амалиётда ҳар қандай ҳолатда ҳам экспертиза қидирув органлари ёки суднинг таклифи билан амалга оширилади.

Текширилаётган шахснинг ҳолатига қараб экспертиза касалхона ёки амбулатория, судда, изқувар иштирокида ўтказилади. Руҳий саломатлиги, ақли қочганлиги ёки қобилиятсизлиги ҳақидаги адлия-руҳий касаллик хулосаси ҳал қилинаётган иш материаллари, гувоҳлик хужжатлари ва руҳий текширувлар ўрганилгандан кейин берилади.

Адлия-руҳий касалликлар экспертизаси маълумотлари уч қисмдан иборат бўлган далолатнома (акт) кўринишида тўлдирилади.

Биринчи — кириш: унда экспертиза ўтказилган жой ва вақт, эксперт ҳайъатининг таркиби, текширувчининг паспорт маълумотлари, ишнинг қисқа мазмуни ва ким томонидан экспертга (олингани) юборилганлиги курсатилади.

Иккинчи — констатация — текширув: бунда текширувчининг экспертиза вақтидаги руҳий, неврологик, жисмоний ҳолатлари ва лаборатория маълумотлари кўрсатилади.

Учинчи—хулоса: бунда унинг руҳий ҳолатига баҳо берилиб, касаллик аниқланса ташхис қўйилади. Бундан ташқари, бу қисмда экспертиза олдига қўйилган барча вазифаларга жавоб ҳам шу ерда берилиши керак.

Далолатномага барча ҳайъат аъзолари қўл қўйишлари керак агар далолатноманинг бирор қисми билан келишилмаса ўз фикрини ёзма бериши мумкин.

Бу хил тиббий тадбирларга қўйидагилар киради:

- 1) умумий психоневрологик ва руҳий касалликлар шифохонасида мажбурий даволаш;
- 2) умумий ҳолатларда психоневрологик касалхоналарда даволаш;
- 3) махсус руҳий касалликлар муассасаларида мажбурий даволаш;
- 4) қариндош-уруғларига ёки ҳомийларига топшириш ва шифокор назоратига олиш.

Барча тадбирлар унинг жамиятга бўлган хавфига қараб белгиланади. Мажбурий даволанишга юборилган ҳар қандай бемор ҳар 6 ойда

саломатлигини текширтириб туриши керак.

Мажбурий даво даволаш муассасасининг кўрсатмасига биноан суд томонидан тўхтатилади. Бунда албатта эксперт комиссияси хулосаси бўлиши керак.

Юқоридаги суд олиб бораётган ишларни прокуратура ўз назоратига олади.

II. Меҳнат экспертизаси

Амалиётда меҳнатга яроқсизлик икки асосий кўриниши билан фарқланади: вақтинчалик ва турғун (ўзоқ вақтли). Бу хил бўлиниш амалиётда катта аҳамиятга эга бўлса-да, лекин улар нисбий ҳарактерда, яъни вақти-вақти билан бири иккинчисига айланиб туради.

Ишга яроқсизлик вақтинчалик ёки қисман бўлиши мумкин.

Бемор касаллиги туфайли ишдан у ёки бу муддатга озод этилса, бу тўлиқ ишга яроқсизлик дейилади. Буни даволовчи шифокор белгилайди. Агар узоқ вақтга зарурат бўлса, ВКК белгилайди. Агар бемор белгиланган ишни тўлиқ бажаролмай бошқа ишга вақтинча ўтказидса, бу вақтинчалик ишга яроқсизлик дейилади.

Меҳнат қобилиятининг турғун бузилиши эса саломатлигига путур етганда ёки касаллиги сурункали шаклга утса ва вақти-вақти билан хуружлаб турса юзага келади.

Амалиётда меҳнат қобилиятининг турғун бузилишининг икки кўриниши фарқланади: 1) меҳнат қобилиятининг тўлиқ йўқолиши, 2) тўлиқсиз меҳнат қобилияти. Бўларнинг ҳар иккиси ҳам ногиронликка олиб боради.

Ногиронликнинг уч гуруҳи фарқланади: I гуруҳ меҳнат қобилиятини тўлиқ йўқотган ва доимий ёрдамга ва назоратга муҳтож. II гуруҳ бирор касб меҳнатига нисбатан меҳнат қобилиятини тўлиқ йўқотган, оддий ишлаб чиқариш шароитида иш бажаролмайдиган. III гуруҳ оддий ишлаб чиқариш шароитида ўз касбини тизимли бажаролмайдиган, лекин қолган меҳнат қобилиятини енгил ишларга сарф эта оладиган.

Махсус мактаб ва курслар уларни меҳнат фаолиятига тайёрлаб беради. Ногиронлар уйи, кооперациялари, артеллари оддий ишлаб чиқариш шароитида ишлай олмайдиганларга ёрдамлашади.

Тўлиқсиз меҳнат қобилиятига эга бўлган шахсларнинг ҳам махсус гуруҳлари бўлади. Шу гуруҳларга меҳнат қобилияти пасайган сурункали касаллиги бўлган беморлар (ногирон эмас) киради. Бўлар ишлаб чиқариш шароити ўзгарган ёки бошқа ишга ўтказилган бўлишлари керак. Бирок улар ногиронлик пенсиясига кирмайдилар ва уларнинг саломатлиги экспертизада кўрса-тилади. Уларга ишнинг турини шифокор маслаҳати комиссияси (ВКК) аниқлаб беради.

Юқорида санаб ўтилган барча меҳнатга яроқсиз турлари ва шакллари бирор руҳий касалликлар муассасаларида экспертиза орқали тасдикланади. Ногиронлик гуруҳлари эса тиббий-меҳнат экспертиза ҳайъати хулосасига биноан ижтимоий таъминот бўлимларида аниқланади. 60 ёшдан ошган эркак ва 55 ёшдан ошган аёл ногиронлар ҳамда меҳнатга яроқсизликнинг турғун шак-лидагилар (ақлсизлар, шол бўлиб қолганлар) учун ногиронлик гуруҳлари доимий муддатга белгиланади.

Руҳий касаллик тез ўзгарувчан бўлади. Шунинг учун экспертиза беморнинг ногиронлигини, касаллигини, иш шароитини, яшаш муҳитини чуқур ўрганади.

Агар бемор бирор руҳий бузилиш билан доимий ёрдамга муҳтож бўлса, I гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

Оғир шизофрения билан оғриётган I гуруҳ ногирони қайта текширувда аҳволи яхшилангани аниқланса, II ёки III гуруҳ ногиронлигига ўтказилади.

Ўз вақтида даволанса кучайиб борувчи фалаж ташхиси қўйилган шахс ҳам ишга қайтиши ёки ногиронлик гуруҳи ўзгартирилиши мумкин. Бирок мия атеросклерози бўлган бемор ҳеч қачон бошқа ишга ўтказилмайди, чунки уларнинг ўрганиши қийин.

Мия-суяк жароҳатидан кейин руҳий бузилиш билан асоратланганларга ҳам вақтинчалик ногиронлик белгиланади.

Ногиронлик гуруҳларига ажратишда агар шубҳа туғилса албатта ижтимоии аҳволи ҳисобга олинади. Қолаверса, ҳамма руҳий бузилишларда ҳам меҳнат қобилияти тўлиқ йўқолмайди. Шунинг учун бўларда вақтинчалик меҳнат қобилияти йўқолишини унутмаслик керак. Шундай бузилишларга неврозлар, ҳар хил реактив ҳолатлар ёки асаб сиемаларининг жароҳатланиши ки-ради.

Агар экспертиза бундай ҳолларда беморни меҳнат ва дам олишни ташқил этишга даъват қила олса, бу унинг катта ютуғи бўлади.

III Ҳарбий-руҳий касаллик экспертизаси

Бу экспертиза армияга юбориладиганларни текширадиган ҳарбий комиссариатдаги, ҳарбий билим юртларидаги ва шунингдек гарнизон ва госпиталлардаги ҳайъатларга кирадиган шифокор-психиатрлар томонидан тузилади.

Ҳарбий-руҳий касаллик экспертизаси мавжуд ҳужжатлар асосида тўғри ва аниқ олиб борилиши керак.

Ҳар бир шахснинг соғлиги баҳоланаётганда ундаги мавжуд касалликлар ёки етишмовчиликлар, унинг характери ва даражаси, армияга чақирилгунча бўлган меҳнат қобилияти ёки армиядаги даври ўрганилади.

Ўзини соғлом ёки носоғ ҳисоблашдан қатъий назар умумий тиббий кўрикдан ўтишга мажбурдир. Шундан кейин ундаги субъектив шикоятлар, лаборатория маълумотларига ҳам қаралиб, унинг соғлигига баҳо берилади.

Армияга чақирилатган шахс томонидан кўрсатилган ҳар қандай сўровнома ва материаллар уни армиядан озод қилишга етарли эмас.

Агар текширув ўтказаетган шифокор соғлигини баҳолаётганда қийналиб қолса, у бирор даволаш муассасасига мурожаат этади. Бунда аниқ муддати кўрсатилади. Даволаш муассасаларининг ва мутахассис шифокорнинг билдирган фикрлари армияга чақирилувчилар комиссияси учун ҳал қилиш овозига эга эмас, балки йигитнинг ҳарбий хизматга яроқли ёки яроқсизлигини аниқлашда материал ҳисобланади, холос.

ҚАЙТА КЎРИБ ЧИҚИШ БЎЙИЧА КАСАЛЛИК, ЖАРОҲАТ ВА ЎЛИМ САБАБЛАРИНИ ХАЛҚАРО СТАТИК ТАСНИФИ (КЎЧИРМА)

ПСИХИК БУЗИЛИШЛАР

I ПСИХОЗЛАР (290—299)

Бош миянинг органик шикастланиши натижасида келиб чиқадиган психотик бузилишлар (290—294).

290. Сенилли ва пресенил органик руҳий ҳолатлар.

290.0 Сенилли деменция, оддий типи.

290.1 Пресенил деменция.

290.11 Сенил деменциянинг эрта варианты.

290.12 Бош миянинг ўчоқли атрофиясидаги деменция.

Альпреймер касаллигидаги деменция Пик касаллигидаги деменция

- 290.2 Депрессив ёки параноид типдаги сенил деменция.
- 290.3 Ўткир чалкашиш ҳолатлари билан асоратланган сенил деменция.
- 290.4 Атеросклеротик ақлининг камлиги.
- 290.8 Сенил ва пресенил органик руҳий ҳолатларнинг бошқа турлари.
- 291. Алкоголли (металкоголли) психозлар.
- 291.0 Оқ алаҳлаш.

Алкоголли деменция

- 291.1 Типик (классик) алкоголли делирий.
- 291.2 Абортив алкоголли делирий.
- 291.3 291.1 Алкоголли энцефалопатиялар.
- 291.11 Корсаковнинг алкоголли психози.
- 291.12 Гайс-Верникенинг алкоголли энцефалопатияси.
- 291.2. Алкоголли ақли камликнинг бошқа шакллари.
- 291.3 Бошқа алкоголли галлюцинозлар.
- 291.31 Ўткир алкоголли галлюциноз.
- 291.32 Уртача ўткир алкоголли галлюциноз.
- 291.33 Сурункали алкоголли галлюциноз.
- 291.4 Патологик мастлик.
- 291.5 Рашкдан алкоголли алаҳлаш.
- 291.8 Бошқа алкоголли психозлар.
- 292. Гиёҳ ва бошқа воситаларни кўп истеъмол қилиш туфайли келиб чиқадиган заҳарланиш ҳолатлари.

- 293. Органик касалликлар туфайли келиб чиқадиган ўтиб кетувчи психотик ҳолатлар.
- 293. Ўткир ўтиб кетувчи психотик ҳолатлар.
- 293.1 Энцефалит ва менингоэнцефалит оқибатида.
- 293.2 Менингит оқибатида.
- 293.3 Захм оқибатида.
- 293.4 Бош мия жароҳатлари оқибатида.
- 293.5 293.05Эпилепсия оқибатида.
- 293.1 Уртача ўткир ўтиб кетувчи психотик ҳолат.
- 294 Органик касалликлар оқибатида келиб чиқувчи бошқа (сурункали) психотик ҳолатлар.
- 294.0 Корсаков синдроми (алкоголсиз).

Бошқа психозлар (295—299)

- 295. Шизофреник психоз.
- 295.0 Оддий типи.
- 295.1 Гебефреник типи.
- 295.2 Кататоник типи.
- 295.3 Параноид типи, 295
- 295.4 Ўткир шизофреник эпизод.
- 295.5 Латент (суст кечувчи, кам прогрессив) шизофрения.
- 295.51 Неврозсимон ва психопатсимон симптоматикали.
- 295.52 Суст кечувчи оддий шизофрения.
- 295.53 Суст кечувчи параноид шизофрения.
- 195.6 Қолдиқли шизофрения.

- 295.54 Латент шизофрения.
- 295.7 Шизоаффектив тип.
- 295.71 Декуррент шизофрениядаги ўткир психозлар.
- 295.73 Декуррент шизофрениядаги ремиссиялар.
- 295.8 Шизофрениянинг бошқа шакллари.
- 296. Аффектив психозлар.
 - 296.0 Маниакал-депрессив психознинг маниакал типи.
 - 296.1 Маниакал-депрессив психознинг депрессии типи.
 - 296.13 Инволюцион меланхолия.
 - 296.18 Циклотимия.
- 297 Параноид ҳолатлар.
 - 297.1 Паранойя.
 - 297.2 Парафрения.
 - 297.21 Инволюцион параноид.
 - 297.3 Индуцирланган психоз.
- 298 Бошқа ноорганик психозлар.
 - 298.0 Реактив депрессив психоз.
 - 298.1 Ўткир реактив кўзғалиш.
 - 298.2 Реактив чалкашлик.
 - 298.3 Ўткир параноид реакция.
 - 298.4 Психоген параноид психоз.
 - 298..81 Психомотор кўзғалиш фонида кечувчи истерик психоз.
 - 298.82. Психомотор тормозланиш фонида кечувчи истерик психоз.

298.83 Ступор шаклдаги аффектив-караҳтлик реакцияси.

298.9 Симптоматик ва бошқа аниманмаган психозлар.

298.91 Интоксикация оқибатида.

298.92 Системали инфекциялар билан асоратланган.

298.93 Бошқа соматик касалликлар оқибатида.

298.94 Туғувчи аёллардаги туғруқ билан боғлиқ психозлар.

298.95 Климакс сабабли.

298. 96 Инволюция сабабли.

299. Болалик ёшига хос психозлар.

П. ПСИХОТИК ХАРАКТЕРГА ЭГА БЎЛМАГАН НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАР, ПСИХОПАТИЯЛАР ВА БОШҚА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

(300—311, 314—315)

300. Невротик бузилишлар.

300.0 Қўрқув (ваҳима) неврози.

300.1 Истероневротик бузилишлар ва Гензер синдроми.

300.11 Истерик невроз.

300.12 Ганзернинг истерик синдроми.

300.2 Невротик фобиялар.

300.2 Шилқимлик неврози.

300.4 Депрессив невроз.

300.5 Неврастения.

300.6 Невротик деперсонализация синдроми.

300.6 Ипохондрик невроз.

- 300.7 Бошқа невротик бузилишлар.
- 300.8 Аниқланмаган невротик ва экзоген этиологияли неврозсимон ҳоллар.
- 300.92 Интоксикация сабабли неврозсимон ҳолатлар.
- 300.93 Системали инфекция сабабли.
- 300.94 Соматик инфекцион бўлмаган касалликлар сабабли
- 300.95 Модда алмашинуви, ўсиш, овқатланишнинг бузилиши сабабли.
- 300.96 Климакс сабабли.
- 300.97 Инволюция сабабли.
- 301 Шахснинг бузил и ши.
- 301.0 Параноид типдаги шахс бузилиши.
- 301.1 Аффектив типдаги шахс бузилиши.
- 301.2 Шизоид типдаги шахс бузилиши.
- 301.3 Қўзғалувчи типдаги шахс бузилиши.
- 301.4 Ананкастик типдаги шахс бузилиши.
- 301.5 Истерик типдаги шахс бузилиши.
- 301.6 Астеник типдаги шахс бузилиши.
- 301.7 Ҳиссий ўтмаслик типдаги шахс бузилиши.
- 301.8 Шахс бузилишининг бошқа турлари.
- 301.81 Турғунмас типдаги шахс бузилиши.
- 301.82 Мозаик полиморф психопатия.
- 301.83 Парциал дисгормонал психик инфантилизм.
- 301.89 Шахс бузилиши ва психопатиянинг бошқа турлари.
- 301.9 Аниқланмаган типдаги шахс бузилишлари

экзоген этиологияли психопатсимон ҳолатлар.

301.92 Интоксикация сабабли психопатсимон ҳолатлар.

301.93 Системали инфекция сабабли.

301.94 Модда алмашинуви, ўсиш ва овқатланишнинг бузилиши сабабли.

301.95 Бошқа соматик бузилишлар сабабли.

301.96 Климакс сабабли.

301.97 Инволюция сабабли.

301.98 Бошқа сабабларга кўра.

302 Жинсий айниш ва бузилишлар

302.0 Гомосексуализм

302.1 Ҳайвонлар билан алоқада бўлиш.

302.2 Педофилия.

302.3 Трансвестизм.

302.4 Эксгибиционизм.

302.4 Транссексуализм.

302.5 Психосексуал индивидуалликнинг бузилиши.

302.6 Фригидлик ва импотенция.

302.7 Бошқа жинсий айниш ва бузилишлар.

303. Сурункали ичқиликбозлик (алкоголизм).

303.1 Сурункали алкоголизм I босқичи.

303.2 Сурункали алкоголизм II босқичи.

303.3 Сурункали алкоголизм III босқичи.

303.4 Дипсомания.

304. Гиёҳвандлик ва заҳарвандлик

304.0 Опиумли алкалоид, унинг ҳосилалари ҳамда синтетик анальгетикларни истеъмол қилиш сабабли гиёҳвандли

304.1 Опий.

304.2 Омиопон, морфин гидрохлорид.

304.3 Кодеин, кодеин фосфат.

304.4 Этил морфин гидрохлорид (дионин).

304.5 Промедол.

304.6 304.07 Бошқалар.

304.1 Наркотиклар гуруҳига кирувчи седатив, гипнотик, тинчлантирувчи воситалар истеъмол қилиш сабабли гиёҳвандлик

304.11 Ноксирон.

304.17 Бошқалар.

304.2 Кокаинни кўп истеъмол қилиш гиёҳ-вандлиги.

304.3 Наша препаратлари: канпас, наша, марихуана, гашишларни кўп истеъмол қилиш гиёҳвандлиги.

304.4 Наркотиклар гуруҳига кирувчи психотроп препаратларни кўп истеъмол қилиш гиёҳвандлиги.

304.47 Наркотикларга кирувчи психотроп препаратлар. Амфеталин гуруҳи. Фепметразин (грацидин, дезапимон) Метилфанидат (меридил, риталин, центедрин).

304.5 Наркотиклар гуруҳига кирувчи галлюциноген препаратларни кўп истеъмол қилиш гиёҳвандлиги.

304.57 Наркотиклар гуруҳига кирувчи галлюциноген препаратлар, ЛСД ва унинг ҳосилалари.

Псилацибин.

Мескалин.

304.7 Морфин типдаги ва бошқа наркотикларни бирга истеъмол қилиш гиёҳвандлиги.

Токсикомания.

304.0. Наркотикларга кирмайдиган синтетик анальгетиклар токсикоманияси.,

304.0 Наркотикларга кирмайдиган гипнотик седатив ва тинчлантирувчи препаратларни кўп қабул қилиш токсикоманияси.

304.6 Бошқалар.

304.8 Наркотиклар гуруҳига кирмайдиган бир неча гуруҳ воситалар комбинациясидан келиб чиқувчи токсикомания.

305 Гиёҳвандлик ва токсикомания ҳолларисиз доривор препарат ва воситаларни кўп истеъмол қилиш.

305.0 Алкоголни кўп истеъмол қилиш.

305.1 Тамакини кўп истеъмол қилиш.

305.2 Калнабисни кўп истеъмол қилиш

305.3 Галлюциногенларни кўп истеъмол қилиш.

305.4 Барбитурат ва транквилизаторларни кўп истеъмол қилиш.

305.5 Морфин типдаги воситаларни кўп истеъмол қилиш.

305.6 Хонаки типдаги воситаларни кўп истеъмол қилиш.

305.7 Амфетамин типдаги воситаларни кўп истеъмол қилиш.

305.8 Антидепрессантларни кўп истеъмол қилиш.

305.9 Бошқалар.

306 Психоген этиологияли физиологик функцияларнинг бузилиши.

306.0 Суяк-мушак системаси: психоген қийшиқ бўйин.

305.0 Нафас олиш органлари: ҳаво етишмовчилик ҳисси:

Психоген ҳикичоқ тутиши.

Гипервентиляция.

Психоген йўтал.

Эснашлик.

306.2 Юрак-қон томир тизимида:

нейроциркулятор дистония.

вегето томирлар дистонияси.

нейтроциркулятор астения.

психоген юрак-томир бузилишлари

306.3 Терида. Психоген қичима

306.4 Ошқозон-ичак йўқлари:

аэрофагия.

даврий психоген қушиш.

306.5 Сийдик ажратиш ва жинсий тизимда: психоген дисменорея.

306.6 Эндокрин системада.

306.7 Сизги аъзоларида.

306.8 Бошқалар.

307. Бошқа тизимларда таснифланмайдиган симптом ва синдромлар.

307.0 Дудуқланиш ва тутилиб қолиш.

307.1 Нерв (рухий) анорексия.

307.2 307.2. Бирор аъзонинг учиши

307.3 Стереотип такрорланувчи ҳаракатлар

307.4 Уйқунинг махсус бузилиши

гипосомния

гиперсомния

уйқусизлик

уйқу ритмининг инверсияси ноорганик сабабли.

кечки ваҳималар.

кечки қўрқув.

сомнамбулизм.

307.5 Овқат қабул қилиш бузилишининг аниқланмаган турлари: овқат қабул қилишнинг бузилиши кичик ёшдаги болаларда иштаҳанинг йуқолиши кўп еб юбориш (бўлимия) айнаган иштаҳа

307.6 Энурез

307.7 Энкопрез

307.8 Психалгия:

- психоген бош оғриғи,

- психоген елка оғриғи

308 Стрессга ўткир реакциялар.

308.0 Ҳиссиёт бузилишларининг кучли ривожланиши билан.

308.1 Онг бузилишининг кучли ривожланиши билан кечувчи.

308.2 Психомотор бузилишларнинг кучли ривожланиши билан кечувчи.

308.3 Бошқа нопсихотик бузилишлар (стрессга ўткир реакция доирасида).

308.4 Аралаш нопсихотик бузилишлар (стрессга ўткир реакция доирасида).

309 Адаптацион (мослашув) реакциялари.

309.0 Қисқа муддатли депрессив реакция.

309.1 Чўзилган депрессив реакция.

309.2 Бошқа хиссиётлар бузилишининг кучлилиги билан.

309.3 Ўзини тутиш бузилмшининг кучлилиги билан.

309.3 Эмоция ва ҳулк-аворнинг аралаш бузилиши билан.

309.8 Бошқалар.

310. Бош миянинг органик шикастланиши асосида келиб чиқадиган психотик ва психотик бўлмаган бузилишлар.

310.0 Пешона бўлаги синдроми.

310.1 Шахс ва билиш хусусиятининг бошқа типдаги бузилиши.

310.2 Постконтузион синдром.

310.3 310.8 Бошқалар.

311. Бошқа бўлимларда таснифланмайдиган депрессив бузилишлар.

311.1 Эндоген этиологияли нопсихотик депрессив бузилишлар.

Никобланган депрессия.

311.8 Бош мия органик касалликлари туфайли келиб чиқадиган нопсихотик депрессив бузилишлар.

314. Болалик ёшидаги гиперкинетик синдром.

315. Ривожланишнинг специфик тўхташи.

III. АҚЛИЙ ЗАИФЛИК (317—319)

317. Енгил ақли заифлик.

318. Оғирлик даражаси бўйича аниқланган бошқа ақли заифлик

318.0 Суёт ақли заифлик.

318.1 Сезиларли ақли заифлик.

318.2 Чуқур ами заифлик.

310 Оғирлик даражаси бўйича аниқланмаган ақли заифлик.

РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ТАСНИФИ

Даражаси бўйича

Этиологияси (сабаби) бўйича

Кечиши бўйича

Даражаси бўйича

- ☞ Психотик (психозлар) бузилишлар – руҳиятнинг қўпол (дезинтеграцияси) бузилиши, руҳия реакцияларнинг ноадекватлиги билан характерланади. Васваса, галюцинациялар, психомотор қўзғалишлар психоз аломатлари ҳисобланади.
- ☞ Психотик бўлмаган (невротик, неврозсимон, психопатсимон) – бу функционал, қайтар бузилишлар бўлиб бунда руҳий реакциялар ҳақиқатга мазмун бўйича мос бўлиб, аммо кучи ва частотаси бўйича мос келмайди.
- ☞ Ақли пастлик ҳолатлари (олигофрения, деменция)

Этиологияси (сабаби) бўйича

- ☞ Эндоген – хромосом к-к наслий касаллик ёки касалликка наслий мойилликлар, уларнинг патогенези ички, генетик механизмларга боғлиқ бўлган ноаниқ этиологияли руҳий хасталиклардир.
Буларга шизофрения киради
- ☞ Экзоген – бу касалликларда этиологик омил ташқи муҳитдан таъсир қилади ва организм билан ўзаро таъсирдан унинг зарарланишига олиб келади.
- ☞ Психоген – бунда сабаб омил бўлиб микросоциал (конфликт) зиддият, турли куч ва давомийликдаги руҳий шикастланишлар ҳисобланади.
- ☞ Соматоген (симптоматик) – бунда руҳий касаллик сабаби соматик касаллик ҳисобланади. Соматик касаллик организм ички муҳитини ўзгартиради ва бу муҳит мия учун патоген бўлиб унинг турли хил бузилишларига олиб келади.
- ☞ Дизонтогениялар (олигофрения ва психопатиялар) – бузулиш онтогенез жараёнида шаклланади.

Кечиши бўйича

- **Узлуксиз**
- **Хуружсимон**
 - ✚ *Рецидивланувчи (қайталанувчи)*
 - ✚ *Рекуррент*
 - ✚ *Хуружсимон – проградиент*
- **Узлуксиз** кечишида касаллик доимо мавжуд бўлади:
 - ✚ *Проградиент* (зўрайиб борувчи),
 - ✚ *Стационар* (стабил, динамикасиз),
 - ✚ *Регрессиент* (секин-аста енгиллашиши ва рухий саломатликнинг тикланиши билан);
- **Хуружсимон**
 - ✚ *Фазали* кечиши – рухий касаллик хуружлари тўлиқ рухий соғлик даврлари билан алмашилиб туради. Биполяр психотик бузилишлар.
 - ✚ *Рецидивли* (қайталанувчи) кечиши – асосий симптоматика ва ўтказилаётган терапия фонида даврий равишда хуружлар пайдо бўлиб, улар қўшимча симптомлар қўшилиши билан кечади. Алкогол галюцинози.
 - ✚ *Рекуррент* кечиши – даврий пайдо бўлаётган, кўринарли психопатологик хуружларнинг – ремиссиялар, яъни вақтинча аҳволининг тўлиқ яхшиланиш даврлари билан кечиши. Шизофрениядаги рекуррент хуружлар.
 - ✚ *Хуружсимон - проградиент (узлуксиз)* – касаллик хуружлари ремиссиялар билан алмашиб туради, аммо касаллик тўхтовсиз ривожланади. Шизофрениянинг хуружсимон – узлуксиз кечиш тури.

Кечиши бўйича

- **Ремиссия** – сурункали касаллик белгиларининг спонтан ёки даволаш натижасида вақтинча сустлашиши ёки йўқолишидир.
- **Рецидив** – касаллик белгиларининг ремиссиядан кейин пайдо бўлиши.

КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҲАЛҚАРО ТАСНИФИ (МКБ -9)

1-гурух. Бош миянинг органик шикастланиши ҳамда бошқа сабаблар туфайли юзага келган психозлар (шизофреник, аффектив ва бошқалар).

2-гурух. Невротик бузилишлар, шахс бузилишлари, наркомания ва токсикоманиялар, ривожланишнинг ўзига хос орқада қолишлари ва бошқалар.

3-гурух. Турли даражадаги ақл заифлик шакллари.

КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҲАЛҚАРО ТАСНИФИ (МКБ -10)

- 1) Органик рухий бузилишлар
- 2) Психоактив воситалар истеъмоли билан боғлиқ рухий бузилишлар
- 3) Шизофрения, шизотипик ва васвасали бузилишлар
- 4) Кайфият бузилишлари
- 5) Стрессга боғлиқ невротики бузилишлар ва соматофори бузилишлар
- 6) Хулқ атвор бузилишлари
- 7) Шахс бузилишлари
- 8) Ақлий заифлик
- 9) Рухий ривожланишнинг бузилишлари
- 10) Болалик ва ўсмирлик даврида бошланадиган эмоционал ва хулқ-атвор бузилишлари

1) Органик рухий бузилишлар.

Бу бузилишларнинг ривожланиши бош миёдаги морфологик бузилишлар билан боғлиқ: кекса ёшдаги деменсия(ақли заиллик, БМЖ асорати, миё томирлари атеросклерози).

2) Психоактив воситалар истеъмоли билан боғлиқ рухий бузилишлар.

Алкогол, опиоидлар, кокаин, галюциногенлар, учувчан эритувчилар, тинчлантирувчи ёки ухлатувчи дори воситалар, тамаки ва бошқа психофаол моддалар истеъмол қилиш оқибатидаги бузулишлар. Бузулишлар яққоллиги қамрови жуда кенг(ўткир захарланишдан тортиб ақлий заифликкача) бўлиши мумкин.

3) Шизофрения, шизотипик ва васвас бузилишлар.

Бу гуруҳга шизофрения қаторида унга ҳам клиник, ҳам ирсий яқин бўлган, нисбатан яхшироқ кечадиган бузилишлар киради.

4) Кайфият бузилишлари.

Оғирлиги ва кечиши турлича бўлган маниакал ва депрессив бузилишлар

5) Стрессга боғлиқ невротик бузилишлар ва саматоформ бузилишлар.

Бу гуруҳга анъанавий невротик бузилишлар (билан бирга) қаторида стрессга бўлган ўткир реакция, травмадан кейинги стрессли бузулишлар(ТКСБ), адаптация бузилишлари ҳам киради.

Саматоформ(тана касалликларисимон) бузилишлар қаторига танадаги бузулишларнинг субектив белгилари билан кечувчи, аммо объектив текширув усуллари ёрдамида текширганда ўзгариш кузатилмайдиган турли туман бузулишлар киради.

б) ахлоқ бузилишлари (физиологик бузилишлар ва физик омиллар билан боғлиқ бўлган).

Ўз ичига овқатланиш бузилишлари (асаб анорекцияси ва асаб булемияси), уйқу ва жинсий функция (агар улар қайсидир бошқа касаллик билан боғлиқ бўлса), туғруқдан сўнгги рухий бузилишлар ва қарамлик чақирмайдиган воситаларга ружу қўйиш.

7) *Етук шахс бузилишлари ва катталарда хулқ атвор бузилишлари.*

Феъл-атворнинг турғун хусусиятлари – улар кучли намоён бўлганида адекват ўзини тутиш ва ижтимоий фаолият кўрсатишига тўсқинлик қилади.

Хулқ-атвор бузилишларига одатлар ва (влечение) хоҳиш бузилишлари (агар улар бошқа рухий касалликдан келиб чиқмаган бўлса), ҳамда жинсий (первизия) хулқ-атвор бузилишлари киради.

8) *Ақлий қолоқлик*

Туғма ёки эрта ёшда шаклланган турғун психик етилмаганлик ҳолати (аввало тафаккур –интеллект тарафдан).

9) *Рухий ривожланиш бузилишлари*

Эрта ёшда шаклланадиган, турли хил махсус кўникмалар(нутқ, ўқиш, ҳисоб ва ҳ.к)нинг бузулиши ёки шахснинг ақлий қолоқлик билан боғлиқ бўлмаган бузилишлари киради.

10) *Болалик ва ўсмирлик даврида бошланадиган эмоционал ва хулқ-атвор бузилишлари.*

Буларга болалик даврига хос хулқ-атвор ва эмоционал бузилишлар ҳамда (тикоз) ҳаракат бузилишларининг баъзи турлари, дудуқланиш, энурез киради.

11) *Аниқлик киритилмаган рухий бузулишлар*

Бунга 1) -10) пунктларга кирмайдиган рухий бузулишлар киради

МКБ ТАСНИФИНING БОШ ТАМОИЛИ

Бутун дунёда рухий беморлар билан амалий ишлашдаги эҳтиёжларни илмий текширишлар талаблари ва умуман соғлиқни сақлаш тизими талабларини эътиборга олган ҳолда қондириш.

Қарор қилинди:

1. Бир неча мамлакатларда ишлаётган ва шу билан бирга айни пайтгача уларнинг нозологик қайси гуруҳга мансублиги аниқланмаган ташхис категорияларини киритиш (аралаш ҳавотирли-депрессив бузулишлар, қисқа вақтли рекуррент депрессив эпизодлар, неврастения)
 2. Ривожланаётган малакатларда тез-тез кузатиладиган ўткир психотик бузулишлар таснифи бўлимларини сезиларли даражада кенайтириш.
 3. Иштимой функцияларни ташхисий тамоил сифатида ишлатишдан йироқлашиш. Нормал иштимой функциялар турли иштимой-маданий жамиятларда турлича бўлганлиги учун.
 4. Нисбатан яқин орада кўрсатиб (айтиб) ўтилган ҳолатларни аккомодацияси учун хизмат қиладиган ва келажакда соғлиқни сақлаш тизими томонидан катта қизиқиш чақириши мумкин бўлган категорияларни қўшиш. (енгил когнитив бузулишлар.)
 5. Клиник қўлланмаларда тамоилларни амалий психиатрларга тушунарли атамаларни қўллаган ҳолда шакллантириш.
- Баъзи синдромларни тушунтиришда ишлатилган «одатда» ёки «жуда тез-тез» каби сўзлар клиницистлар томонидан таснифни ишлатишда қийинчиликлар туғдирган

МКБ- 9ва МКБ-10 орасидаги фарқлар

Фарқи

МКБ -10 – бу МКБ-9 нинг мантиқий давоми.

МКБ-10 тузулиш структураси асосида синдроматик тамоил қўйилган

МКБ-9 4та блок , 3 белгили рубрикалардан иборат

МКБ-10 11та блок 3 белгили рубрикалар

Блоклар, рубрикалар, подрубрикаларга кенг изоҳ берилган

Фарқи

- Бир қатор рубрикалар учун 4 белгили даражада қўшимча градиациялар назарда тутилган, у етакчи симптом ёки синдромни, кечиш типи ва ш.к. ларни ажратишга имкон беради

- Ҳуққ атвор бузулишлари кенг ва батафсилроқ кўрсатилган
- Глоссарий турли мактабларнинг психиатрлари томонидан ишлатиладиган тушунча-атамали аппаратини яқинлаштиришга қулай шароитлар яратади
- Ташҳисларнинг асосий қисми соғлиқни сақлаш тизимининг махсулаштирилган маҳаллий психиатрик (наркологик) иншоотларда аниқлаштириш киритишни талаб этади
- Турли мамлакатлар мутахассислари учун мураккаб эмас, ва уни қўллаб диагностик асослашларда консенсусга эришиш мумкин
- МКБ-10 нинг клиник тавсифи ва ташхисий қўлланмалари 22 тилга таржима қилинган

МКБ- 10 даги янгиликлар

1. Алкогол ва бошқа моддаларни суистеъмол қилиш каби бузилишларни категоризациялаш усули ўзгарган
3- белгили кодни суистеъмол қилинадиган модда учун, 4- белги бу моддани суистеъмол қилиш туфайли келиб чиққан синдромни англатиш учун ишлатилади
2. Шизофреник бузилишларга кирувчи кодлар гуруҳига қўшимчалар киритилди
(Шизотипик бузилишлар ва шизофрениядан кейинги депрессия, ўткир психотик бузулишлар гуруҳи ажратиб чиқарилган, “шизофрения” терминини турли типда кечувчи ва унга таъсир қилувчи сабабларга (генетик, физик, иштимой ва маданий) боғлиқ равишда яқунланувчи синдром сифатида қабул қилиш таклиф қилинган
3. Физиологик дисфункция ва гормонал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ҳуққ атвор синдромлари бирлаштирилган ва оқилонароқ ташқил қилинган. Бу гуруҳ бузулишлар таснифи улар ҳақидаги янги маълумотларга, ҳамда соматик касалхоналар ва интоксикацион психиатриянинг ўсиб бораётган эҳтиёжларига мослаб кенгайтирилган.
4. Ўз ичига агрессив бузилишларни олувчи категориялар ўзгарган.
Депрессив бузулишларнинг таснифа қайта гуруҳланган ва депрессия, мания, биполяр бузулишларни қамровчи категориялар турғун аффектив бузулишларга киритилган. Рекуррент қисқа вақтли депрессив бузулишни ва

аралаш ҳавотирли-депрессив бузулишларни кодлаш учун янги категориялар қўшилган.

5. Неврастения ташхиси махсус кодга эга

6. Маданий-спецефик бузулишлар – бошқа маданиятларга кўра бир маданиятда пайдо бўладиган ҳолатларни ёритиш учун ишлатиладиган атама.

7. Шахс бузулишлари гуруҳига янги категориялар қўшилган (азарт ўйинларга патологик мойиллик)

8. Таснифнинг болалардаги рухий бузулишлар киритилган қисмларига кўплаб ўзгартиришлар киритилган, бу эса бу бузулишлар ҳақидаги билимлар тез ривожланаётганлигини билдиради.

Иш қобилияти бузулиши, пасайиши ва ижтимоий етишмовчиликнинг ҳалқаро таснифи (МКБ ва ICD)

Касаллик ва бузулишлар 3 даражага бўлинган ва босқичма-босқич ривожланиб кучайиб боради: “функционал бузулишлар”дан “иш қобилиятининг пасайиши”га, ва “ижтимоий етишмовчиликка”

Фаолият этиши, ҳаёт фаолияти ва соғлиқни чекланишининг Ҳалқаро таснифи (МКФ-ICF)

- Касаллик ёки бузилишларга негатив нуқтаи назардан, чекланишлар ва қобилиятлар йуқлиги томонидан қаралмайди.
- Ўз олдига рухий хаста одамнинг жамият ҳаётидаги иштирокини баҳолашни вазифа қилиб қўяди.
- Бузилишлар шу одамнинг ҳаётини шакллантирувчи омиллардан бири деб қаралади. Шунинг учун “Организм функциялари ва тузилмаси” индивидум фаоллиги ва ... ларга бўлинган

МКФ-(ICF) ва МКБ (ICD) орасидаги фарқлар:

- МКБ (Б-ҳасталик) ва МКФ (ф-функция) қўлланилишида аниқ фарқланади.
- МКБда “функционал бузилишлар” бир йўналишда, бир томонга қаралган стрелка кўринишида “ижтимоий етишмовчилик” томонга ортиб боради.
- ХФТ да объектнинг соғлиқ даражаси қуйидагиларга боғлиқ ҳолда шаклланади:
Унинг соғлиғи ҳолатидан гувоҳлик берувчи жисмоний имкониятлари ва уни ўраб турган ижтимоий фон.

Руҳий бузилишларнинг ХФТ-(ICF) бўйича баҳолаш.

Шуни таъкидлаш керакки, ҳатто руҳий ҳасталикнинг белгиларини йўқотгандан кейин ва асосий касалликдан тuzалгандан кейин ҳам касаллик асорати сифатида, ёки касалхона ҳаёти туфайли келиб чиққан янги бузилишлар каби баъзи бузилишлар қолиши мумкин.

- Мисол учун, агар руҳий ҳасталикни ICF тамойили бўйича баҳоласак, унда “шизофрения” касаллиги концепцияси фаолиятнинг чекланиши, “шахслараро муносабатлардан кўрқув туфайли гуруҳий фаолиятда қатнаша олмаслиги” кўринишида қаралади. Бироқ беморнинг фаоллик даражаси ташқи муҳит билан алоқада, даволашнинг таъсири ва атрофдагиларнинг далдаси туфайли ўзгаради.

Руҳий бузилишларнинг ХФТ-(ICF) бўйича баҳолаш.

- Ногиронларнинг жамият ҳаётида иштироки учун тенг шароит ва имкониятлар яратиш ва уларнинг бузилиш даражаларини аниқ баҳолаш мақсади кўзланади. Айниқса руҳий бузилишлари бўлган шахслар атрофдагилар учун тушунарсиз бўлган қалб оғриғини ҳис этишади.
Кўпинча руҳий симптомлар бўлганлиги туфайли беморнинг соғлом функцияларига эътибор берилмайди.
Ҳамма эътибор руҳий ҳасталикнинг ташқи тарафдан намоён бўлаётган белгиларига қаратилаётганда беморнинг ижтимоий қобилиятларига баҳо бериш осон эмас.
- Бу шунингдек маълум вақт талаб қилади.

- Пациентлар жамият фаолиятида иштирок этиш эркинлигидан фақат рухиятидаги муаммолари туфайли жудо бўлишади.

Уларга индивидуал фаолият юритиш имкониятини ва жамият ҳаётида иштирокини таъминлаш зарур.

Халқаро Касалликлар Таснифи- 9 (МКБ – 9) ва Халқаро Касалликлар таснифи – 10 (МКБ- 10)

МКБ 9

МКБ 10

301.96	Климакс сабабли келиб чиккан ихопатсимон холатлар	F07.07	Бошқа касаллик оқибатида келиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
301.97	Инволюция сабабли келиб чиккан психопатсимон холатлар	F07.07	Бошқа касаллик оқибатида келиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
301.98	Бошқа сабаблар натижасида келиб чиккан психопатсимон холатлар	F07.07	Бошқа касаллик оқибатида келиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
301.99	Номаълум сабаблар натижасида келиб чиккан психопатсимон холатлар	F07.09	Ноаниқ касаллик оқибатида келиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
302.00	Гомосексуализм	F66.x0	Сексуал ривожланиш ва ориентация, гомосексуал тип (туртинчи белги орқали аниқлаш лозим) натижасида узини тутиши ва психологик бузилишлар
302.01	Скотоложество	F65.8	Сексуал ривожланишни бошқа бузилишлари
302.20	Педофилия	F65.4	Педофилия
302.30	Эксгибиционизм	F65.2	Эксгибиционизм
302.50	Транссексуализм	F64.0	Транссексуализм
302.60	Психосексуал индивидуалликни бузилиши	F64.1	Икки ролли трансвестизм
302.70	Фригидлик ва импотенция	F52.0	Жинсий майлини йуклиги ёки йуқолиши
		F52.2	Жинсий реакцияни йуклиги
302.80	Бошқа жинсий бузилишлар	F52.8	Органик бузилиш ёки касаллик билан боглик булмаган, бошқа жинсий дисфункциялар
302.90	Аниқлаштирилмаган жинсий бузилишлар	F52.9	Органик бузилиш ёки касаллик билан боглик булмаган, аниқлаштирилмаган жинсий дисфункциялар
303.10	Сурункали алкоголизм 1-стадияси	F10.2x1	Алкоголга карамлик синдромини бошлангич

		(биринчи) стадияси
303.20	Сурункали алкоголизм 2-стадияси	F10.2x2 Алкоголга карамлик синдромини урта (иккинчи) стадияси
303.30	Сурункали алкоголизм 3-стадияси	F10.2x3 Алкоголга карамлик синдромини охириги (учинчи) стадияси
303.40	Дипсомания	F10.8 Алкоголь окибатида келиб чиккан бошка психик бузилишлар
303.90	Сурункали алкоголизмнинг бошка куринишлари	F10.8 Алкоголь окибатида келиб чиккан бошка психик бузилишлар
304.01	Опий кабул килиш билан кечувчи наркомания	F11.- Опиоидлар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар
304.02	Омнопон, морфин, морфин гидрохлорид кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.03	Кодеин, кодеин фосфат кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.04	Дионин кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.05	Промедол кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.07	Бошка опиумли наркоманиялар	
304.08	Синтетик анальгетиклар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	
304.09	Бошка аниклаштирилмаган синтетик анальгетиклар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	
304.11	Ноксирон кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	
304.17	Бошка гипнотик, седатив ва тинчлантирувчи д.в кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	
304.18	Барбитуратлар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар.	F13.-Т Седатив ва ухлатувчи д.в кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания.
304.19	Бошка гипноик ва тинчлантирувчи воситалар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар.	
304.20	Кокаинли наркомания	F14.- Кокаин кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар
304.30	Гашишли наркомания	F12.- Каннобиоидлар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар
304.47	Психотроп препаратлар кабул килиш билан кечувчи наркомания	F13.-Н Седатив ва ухлатувчи д.в кабул килиш окибатида келиб

		чиккан психик бузилишлар, наркомания.
304.48	Психотроп препаратлар қабул қилиш билан кечувчи токсикомания	F13.-Т Седатив ва ухлатувчи д.в қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания.
304.49	Бошқа аниқлаштирилмаган психостимуляторлар қабул қилиш билан кечувчи токсикомания	F15.-Т Бошқа стимуляторлар, шу жумладан кофеин қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.57	Галлюциногенлар қабул қилиш билан кечувчи наркомания	F16.-Н Галлюциногенлар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.58	Галлюциногенлар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан дорили токсикомания	F16.-Т Галлюциногенлар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания.
304.59	Галлюциногенлар қабул қилиш билан кечувчи токсикомания	
304.67	Бошқа наркотик моддалар қабул қилиш билан кечувчи наркомания	F16.-Т Галлюциногенлар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.68	Бошқа моддалар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан дорили токсикомания	F19.-Т Наркотиклар билан қушимча бошқа психоактив моддалар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.69	Бошқа моддалар қабул қилиш билан кечувчи токсикомания	
304.70	Морфин типдаги моддалар қабул қилиш билан кечувчи полинаркомания	F19.-Н Наркотиклар билан қушимча бошқа психоактив моддалар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.86	Канопли препаратлари ва морфин қаторидан булмаган бошқа наркотиклар қабул қилиш билан кечувчи полинаркомания	
304.87	Морфин ва канопли қаторидан булмаган икки ва ундан қуп моддалар қабул қилиш билан кечувчи полинаркомания	
304.88	Дорили политоксикомания	F19.-Т Наркотиклар билан қушимча бошқа психоактив моддалар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.89	Бошқа токсикоманиялар	
304.97	Аниқлаштирилмаган наркомания	F19.-Н Наркотиклар билан қушимча бошқа психоактив моддалар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.98	Аниқлаштирилмаган дорили токсикомания	F19.-Т Наркотиклар билан қушимча бошқа психоактив моддалар қабул қилиш оқибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.99	Аниқлаштирилмаган токсикомания	
305.00	Алкоголни қуп истеъмол қилиш	F10.1 Алкоголь истеъмол қилиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.10	Тамақини қуп истеъмол қилиш	F17.1 Тамақи истеъмол қилиш ва унинг зарарли

		асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.20	Каннабис махсулотларини куп истеъмол килиш	F12.1 Каннабис истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.31	ЛСД куп истеъмол килиш	F16.1 Галлюциногенлар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.39	Бошка галлюциногенларни куп истеъмол килиш	F16.1 Галлюциногенлар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.40	Барбитуратлар ва транквилизаторларни куп истеъмол килиш	F13.1 Седатив ва ухлатувчи д.в ни истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.50	Морфин типдаги моддаларни куп истеъмол килиш	F11.1 Опиоидлар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.60	Кокаинни куп истеъмол килиш	F14.1 Кокаин истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.70	Амфетаминларни куп истеъмол килиш	F15.1 Хар хил стимуляторлар, шу жумладан кофеин истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.80	Антидепрессантларни куп истеъмол килиш	F19.1 Наркотиклар ва бошка психоактив моддалар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.90	Бошка, аралаш ва аниклаштирилмаган микдордан ортик истеъмол килиш	
306.00	Суяк-мушак тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38 Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.10	Нафас олиш тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.33 Нафас олиш органлари соматоформ дисфункцияси
306.20	Юрак кон-томир тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.30 Юрак кон-томир органлари соматоформ дисфункцияси
306.30	Тери копламлари тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38 Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.40	Овкат хазм килиш тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.31 Овкат хазм килиш органлари соматоформ дисфункцияси
306.50	Сийдик ажратиш ва жинсий органлар тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.34 Сийдик ажратиш ва жинсий органлари соматоформ дисфункцияси
306.60	Эндокрин тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38 Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси

306.70	Сезги органлари тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38	Бошқа органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.80	Орган ва тизимларнинг, психоген этиологияли бошқа физиологик бузилишлари	F45.38	Бошқа органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.90	Орган ва тизимларнинг, психоген этиологияли аниқлаштирилмаган физиологик бузилишлари	F45.38	Бошқа органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
307.01	Логоневроз	F98.5	Дудукланиш
307.02	Неврозсимон дудукланиш	F98.5	Дудукланиш
307.09	Ноаник сабабли дудукланиш	F98.5	Дудукланиш
307.10	Асабга боглик анорексия	F50.0	Асабга боглик анорексия
307.20	Тик	F95-	Тикоз бузилиш
307.30	БДУ стереотипияси		
307.40	Уйку бузилиши	F51-	Ноорганик табиатли уйку бузилиши
307.50	Аниқланмаган ва бошқа овкатланиш бузилишлари	F50.8	Бошқа овкатланиш бузилишлари
307.60	Энурез	F98.0	Ноорганик энурез
307.70	Энкогрес	F98.1	Ноорганик энкогрес
307.80	Психалгия	F45.4	Сурункали соматоформ огрикли бузилиш
307.90	Аниқланмаган ва бошқа специфик симптом ва синдромлар		
308.00	Эмоционал бузилишлар устунлиги билан стрессга нисбатан уткир реакция	F43.0	Стрессга нисбатан уткир реакция
308.10	Хуш бузилиши устунлиги билан стрессга нисбатан уткир реакция		
308.20	Психомотор бузилишлар устунлиги билан стрессга нисбатан уткир реакция		
308.30	Стрессга нисбатан уткир реакция доирасидаги бошқа нопсихотик бузилишлар		
308.40	Стрессга нисбатан уткир реакция доирасидаги аралаш нопсихотик бузилишлар		
308.90	Стрессга нисбатан уткир реакция доирасидаги аниқлаштирилмаган нопсихотик бузилишлар		
309.00	Киска вақтли депрессив реакция	F43.20	Адаптация бузилиши, киска вақтли депрессив реакция
309.10	Чузилган депрессив реакция	F43.21	Адаптация бузилиши, чузилган депрессив реакция
309.20	Хиссиёт бузилиши устунлиги билан кечувчи адаптацион реакция	F43.23	Адаптация бузилиши, хиссиёт бузилиши устунлиги билан
309.30	Узини тутиш бузилиши устунлиги билан	F43.24	Адаптация бузилиши, узини тутиш бузилиши

	кечувчи адаптацион реакция	устунлиги билан
309.40	Аралаш, узини тутиш ва хиссиёт бузилиши билан кечувчи адаптацион реакция	F43.25 Адаптация бузилиши, хиссиёт ва узини тутишни аралаш бузилиши
309.80	Адаптация бузилишининг бошка турлари	F43.28 Адаптация бузилиши, бошка специфик симптомлар
309.90	Аниклаштирилмаган адаптация бузилишлари	F43.9 Аниклаштирилмаган, огир стрессга реакция
310.01	Бош мия жарохати окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.00 Бош мия жарохати окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.02	Бош мия усмаси окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.03 Бош мия усмаси окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.03	Бош мия атрофик касалликлари окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.07 Бошка касалликлар окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.08	Бошка касалликлар окибатидаги «пешона кисми» синдроми	
310.09	Аникланмаган касаллик окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.09 Аникланмаган касаллик окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.11	Энцефалит окибатида шахсиятни узгариш	F07.16 Бошка вирус ва бактериал инфекцияга боглик постэнцефалитик синдром
310.12	Менингит окибатида шахсиятни узгариш	F07.06 Бошка вирус ва бактериал инфекцияга боглик органик бузилишлар
310.13	Эпилепсия окибатида шахсиятни узгариш	F07.02 Эпилепсия боглик шахсиятнинг органик бузилишлари
310.14	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида шахсиятни узгариши	F07.01 Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида шахсиятни органик бузилиши
310.15	Бош мия кон-томирлари бошка касалликлари окибатида шахсиятни узгариши	
310.16	МНС дегенератив касалликлари окибатида шахсиятни узгариш	F07.07 Бошка касалликлар билан боглик шахсиятни органик бузилиши
310.18	Бош мияни бошка касалликлари окибатида шахсиятни узгариш	
310.19	Бош мияни аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида шахсиятни узгариш	F07.09 Аниклаштирилмаган касаллик билан боглик шахсиятни органик бузилиши
310.20	Постконтузион синдром	F07.2 Постконтузион синдром
310.81	Энцефалит окибатида бошка нопсихотик бузилишлар	F06.816 Вирус ва бактериал инфекцияга боглик бошка нопсихотик бузилишлар
310.82	Менингит окибатида бошка нопсихотик бузилишлар	
310.83	Эпилепсия окибатида бошка нопсихотик бузилишлар	F06.812 Эпилепсияга боглик бошка нопсихотик бузилишлар
310.84	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида нопсихотик бузилишлар	F06.811 Бош мия кон томирлари касалликлари окибатида бошка нопсихотик бузилишлар

310.85	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида бошқа нопсихотик бузилишлар	
310.86	МНС дегенератив касалликлар окибатида нопсихотик бузилишлар	F06.817 Бошқа касалликлар окибатида бошқа нопсихотик бузилишлар
310.88	Бош миёни бошқа органик касалликлари окибатида нопсихотик бузилишлар	
310.89	Аниклаштирилмаган бош мия органик касалликлари окибатида нопсихотик бузилишлар	F06.819 Аниклаштирилмаган касалликлар окибатида нопсихотик бузилишлар
310.91	Энцефалит окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.926 Аниклаштирилмаган вирус ва бактериал инфекцияга боғлиқ аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.92	Менингит окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	
310.93	Эпилепсия окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.922 Эпилепсияга боғлиқ аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.94	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.921 Бош мия кон-томирлари касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.95	Бош мия кон-томирлари бошқа касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	
310.96	МНС дегенератив касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.927 Бошқа касалликлар билан боғлиқ аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.97	Бош мия жарохати окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.920 Бош мия жарохати окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.98	Бош мия бошқа органик касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.927 Бошқа касалликлар билан боғлиқ аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.99	Бош мия аниклаштирилмаган касалликлар окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.929 Аниклаштирилмаган касалликлар билан боғлиқ аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
311.10	Эндоген этиологияли нопсихотик депрессив бузилишлар	F31.3 Биполяр аффектив бузилиш, енгил кечувчи депрессия эпизодлари
		F31.4 Бошқа аффектив бузилиш, психотик симптомларсиз оғир кечувчи депрессия эпизодлари
		F32.0 Енгил депрессия эпизодлари
		F32.1 Суст депрессия эпизодлари
		F32.2 Психотик симптомларсиз оғир кечувчи депрессия эпизодлари

		F33.0 Енгил бошқичдаги эпизод билан кечувчи рекуррент депрессив бузилиш
		F33.1 Суст бошқичдаги эпизод билан кечувчи рекуррент депрессив бузилиш
		F33.2 Психотик симптомларсиз, огир бошқичдаги эпизод билан кечувчи рекуррент депрессив бузилиш
311.20	Инттоксикация натижасида нопсихотик депрессив бузилишлар	F06.367 Бошқа касалликлар оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар
311.30	Тизилм инфекция натижасида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.40	Ирфекцион касалликлар натижасида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.50	Модда алмашинуви бузилиши натижасида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.60	Климокс натижасида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.70	Инволюция натижасида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.81	Энцефалит оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.82	Менингит оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.83	Бош мия кон томирлари атеросклерози оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	F06.361 Бош мия кон томир касалликларига боғлиқ нопсихотик депрессив бузилишлар
311.84	Бош мия кон томирлари бошқа касалликлари оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.85	Бош мия атрофик касалликлари оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	F06.367 Бошқа касалликлар оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар
311.88	Бош мия бошқа органик касалликлари оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	
311.89	Бош мия аниклаштирилмаган органик касалликлари оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	F06.369 Аниклаштирилмаган касалликлар оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар
311.90	Бошқа ноаник сабаблар оқибатида нопсихотик депрессив бузилишлар	
314.00	Активлик ва диққатни оддий бузилишлари	F90.0 Активлик ва диққат бузилишлари
314.10	Ривожланишдан орқада қолишни гиперкинетик синдроми	F90.8 Бошқа гиперкинетик бузилишлар
314.20	Узини тутишни гиперкинетик бузилишлар	F90.1 Узини тутишни гиперкинетик бузилишлар
314.80	Болалик ёшидаги бошқа гиперкинетик	F90.8 Бошқа гиперкинетик бузилишлар

	синдроми	
314.90	Болалик ёшидаги гиперкинетик синдромини аниклаштирилмаган формалари	F90.9 Аниклаштирилмаган гиперкинетик бузилишлар
315.00	Укиш куникмасини ривожлинишини специфик орқада қолиши	F81.0 Укиш куникмасини специфик бузилишлари
315.10	Санаш куникмасини ривожлинишини специфик орқада қолиши	F81.2 Санаш куникмасини специфик бузилишлари
315.20	Мақтаб куникмаларини ривожлинишини специфик орқада қолиши	F81.8 Мақтаб куникмаларини бошка специфик бузилишлари
315.30	Гапириш ривожланишини бузилиши	F80.- Гапириш ривожланишини специфик бузилишлари
315.40	Мотор ривожланишини специфик орқада қолиши	F82 Харакатланиш функциясини ривожланишини специфик бузилишлари
315.50	Ривожланишни аралаш бузилиши	F83 Аралаш специфик бузилишлари
315.60	Интеллектуал ривожланишни бузилиши	F84.- Умумий ривожланишини бузилишлари
315.80	Ривожланишдан орқада қолишни бошка специфик бузилишлари	F88 Психологик ривожланишни бошка бузилишлари
315.90	Ривожланишдан орқада қолишни аниклаштирилмаган специфик бузилишлари	F89 Психологик ривожланишни аниклаштирилмаган бузилишлари
317.01	Инфекция ва интоксикациядан кейинги дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги энгил акли пастлик
317.02	Травмадан кейинги дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги энгил акли пастлик
317.03	Хромасом бузилишларга боглик дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик энгил акли пастлик
317.04	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик энгил акли пастлик
317.08	Бошка сабабларга боглик дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
317.09	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
317.11	Инфекциядан кейинги яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги энгил акли пастлик
317.12	Травмадан кейинги яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги энгил акли пастлик
317.13	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик энгил акли пастлик
317.14	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик энгил акли пастлик

317.18	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
317.19	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
317.21	Инфекциядан кейинги урта огирликдаги дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги энгил акли пастлик
317.22	Травмадан кейинги урта огирликдаги дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги энгил акли пастлик
317.23	Хромасом бузилишлардан кейинги урта огирликдаги дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик энгил акли пастлик
317.24	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик урта огирликдаги дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик энгил акли пастлик
317.28	Бошка сабабларга боглик урта огирликдаги дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
317.29	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик урта огирликдаги дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
317.31	Инфекциядан кейинги яккол ривожланган дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги энгил акли пастлик
317.32	Травмадан кейинги яккол ривожланган дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги энгил акли пастлик
317.33	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланган дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик энгил акли пастлик
317.34	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланган дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик энгил акли пастлик
317.38	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланган дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
317.39	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланган дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик энгил акли пастлик
318.01	Инфекциядан кейинги яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги суст акли пастлик
318.02	Травмадан кейинги яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x2 Травмадан кейинги суст акли пастлик
318.03	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x4 Хромасом касалликларга боглик суст акли пастлик
318.04	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик суст акли пастлик
318.08	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик суст акли пастлик

318.09	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик суст акли пастлик
318.11	Инфекциядан кейинги яккол ривожланган имбециллик	F72.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги огир акли пастлик
318.12	Травмадан кейинги яккол ривожланган имбециллик	F72.x2 Травмадан кейинги суст акли пастлик
318.13	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланган имбециллик	F72.x4 Хромасом касалликларга боглик огир акли пастлик
318.14	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланган имбециллик	F72.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик огир акли пастлик
318.18	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланган имбециллик	F72.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик огир акли пастлик
318.19	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланган имбециллик	F72.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик огир акли пастлик
318.21	Инфекциядан кейинги идиотия	F73.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги чукур акли пастлик
318.22	Травмадан кейинги идиотия	F73.x2 Травмадан кейинги чукур акли пастлик
318.23	Хромасом бузилишлардан кейинги идиотия	F73.x4 Хромасом касалликларга боглик чукур акли пастлик
318.24	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик идиотия	F73.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик чукур акли пастлик
318.28	Бошка сабабларга боглик идиотия	F73.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик чукур акли пастлик
318.29	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик идиотия	F73.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик чукур акли пастлик
319.10	Инфекциядан кейинги аникланмаган акли заифлик	F79.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги аниклаштирилмаган акли пастлик
319.20	Травмадан кейинги аникланмаган акли заифлик	F79.x2 Травмадан кейинги аниклаштирилмаган акли пастлик
319.30	Хромасом бузилишлардан кейинги аникланмаган акли заифлик	F79.x4 Хромасом касалликларга боглик чукур акли пастлик
319.40	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик аникланмаган акли заифлик	F79.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик аниклаштирилмаган акли пастлик
319.80	Бошка сабабларга боглик аникланмаган акли заифлик	F79.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик аниклаштирилмаган акли пастлик

319.90	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик аникланмаган акли заифлик	F79.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик аниклаштирилмаган акли пастлик
290.29	Карилик психози <u>БДУ</u>	F03.4 Аниклаштирилмаган сенил психоз
290.30	Карилик акли заифлиги	F05.0 Деменция фонида келиб чикувчи делирий
290.41	Психозсиз атеросклеротик акли заифлик	F01 Кон томир деменцияси: F01.00 Кушимча симптомларсиз уткир бошланувчи кон томирли деменция F01.10 Кушимча симптомларсиз мультитинфаркт деменцияси F01.20 Кушимча симптомларсиз субкортикал томирли деменцияси F01.30 Кушимча симптомларсиз аралаш пустлок ва пустлок ости томирли деменцияси F01.80 Кушимча симптомларсиз бошка томирли деменциялар F01.90 Кушимча симптомларсиз аниклаштирилмаган томирли деменция
290.42	Депрессия билан атеросклеротик акли заифлик	F01.x3 Бошка сипмтомлар, депрессив симптом устунлиги билан томирли деменциянинг хамма тури (F01.0-F01.9)
290.43	Галлюцинатор васваса бузилишлари билан атеросклеротик акли заифлик	F01.x(1,2,4) Бошка сипмтомлар, васваса симптом устунлиги (бешинчи белги-1), галлюцинатор симптом устунлиги (бешинчи белги-2), аралаш симптом лар устунлиги (бешинчи белги-4) билан томирли деменциянинг хамма тури (F01.0-F01.9)
290.44	Чалкашлик белгилари билан атеросклеротик акли заифлик	F05.0 Деменция фонида келиб чикувчи делирий
290.49	Бошка аниклаштирилмаган психоз билан атеросклеротик акли заифлик	F01.x(1,2,4) Бошка сипмтомлар, васваса симптом устунлиги (бешинчи белги-1), галлюцинатор симптом устунлиги (бешинчи белги-2), аралаш симптом лар устунлиги (бешинчи белги-4) билан томирли деменциянинг хамма тури (F01.0-F01.9)
290.90	Аниклаштирилмаган, сенил ва пресенил органик психитик холатлар	F03.3 Аниклаштирилмаган пресенил психоз F03.4 Аниклаштирилмаган сенил психоз
291.01	Типик алкогольли делирий	F10.40 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати «классик» делирий билан
291.02	Абортив алкогольли делирий	F10.45 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати абортив делирий билан
291.08	Бошка алкогольли делирий	F10.48 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати бошка делирий билан
291.09	Аниклаштирилмаган алкогольли делирий	F10.49 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш

		холати аниқлаштирилмаган делирий билан
291.11	Алкоголли Корсаков психози	F10.6 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чикган амнепстик синдром
291.12	Алкоголли Гайе-Вернике энцефалопатияси	F10.4 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати, делирий билан
291.20	Алкоголли акли заифликнинг бошка формалари	F10.73 Алкогол истемол килиш натижасида деменция холати
291.31	Уткир алкоголли галлюциноз	F10.52 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чикган галлюцинатор сипмтом устунлиги билан психотик бузилишлар
291.32	Уткир ости алкоголли галлюциноз	
291.33	Сурункали алкоголли галлюциноз	
291.39	Аниқлаштирилмаган ва бошка алкоголли галлюциноз	
291.40	Патологик мастлик	F10.07 Патологик мастлик
291.51	Уткир алкоголли параноид	F10.51 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чиккан васваса сипмтоми устунлиги билан психотик бузилишлар
291.52	Сурункали алкоголли параноид	
291.59	Бошка алкоголли параноид	
291.80	Бошка алкоголли психозлар	F10.81 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чиккан бошка психотик бузилишлар
291.90	Аниқлаштирилмаган алкоголли психозлар	F10.91 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чиккан аниқлаштирилмаган психотик бузилишлар
292.07	Наркоманиядаги делирий	F1x.03N Делирий билан кечувчи уткир интоксикация (х-кабул килинган модда)
292.08	Дорили токсикоманиядаги делирий	F1x.03T Делирий билан кечувчи уткир интоксикация (х-кабул килинган модда)
292.09	Бошка токсикоманиядаги делирий	
292.17	Наркоманиядаги параноидли ва ёки галлюцинатор холатлар	F1x.51N Васваса устунлиги билан психик бузилиш F1x.51H Галлюцинатор устунлиги билан психик бузилиш (х-кабул килинган модда)
292.18	Дорили токсикоманиядаги параноидли ва ёки галлюцинатор холатлар	F1x.51H Васваса устунлиги билан психик бузилиш F1x.51N Галлюцинатор устунлиги билан психик бузилиш (х-кабул килинган модда)
292.19	Бошка токсикоманиялардаги параноидли ва ёки галлюцинатор холатлар	F1x.51H Васваса устунлиги билан психик бузилиш F1x.51N Галлюцинатор устунлиги билан психик бузилиш (х-кабул килинган модда)
292.28	Дорили токсикоманиядаги патологик психотик реакция	F1x.5T Психотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.29	Бошка токсикоманиялардаги патологик психотик реакция	F1x.5TPсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.87	Наркоманиядаги бошка интоксикацион психозлар	F1x.5NPсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)

292.88	Дорили токсикоманиадаги бошка интоксикацион психозлар	F1x.5TПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.89	Бошка токсикоманиадаги бошка интоксикацион психозлар	F1x.5HПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.97	Наркоманиадаги аниклаштирилмаган интоксикацион психозлар	
292.98	Дорили токсикоманиадаги аниклаштирилмаган интоксикацион психозлар	F1x.5TПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.99	Бошка токсикоманиадаги аниклаштирилмаган интоксикацион психозлар	
293.01	Энцефалит окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.02	Менингит окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.03	Захм окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.05 Захм натижасида органик галлюциноз F06.15 Захм натижасида органик кататоник бузилиш F06.25 Захм натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.715 Захм натижасида бошка психотик бузилиш
293.04	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.00 Бош мия жарохати натижасида органик галлюциноз F06.10 Бош мия жарохати натижасида органик кататоник бузилиш F06.20 Бош мия жарохати натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.710 Бош мия жарохати натижасида бошка психотик

		бузилиш
293.05	Эпилепсия окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.02 Эпилепсия натижасида органик галлюциноз F06.12 Эпилепсия натижасида органик кататоник бузилиш F06.22 Эпилепсия натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.712 Эпилепсия натижасида бошка психотик бузилиш
293.08	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.07 Бошка касалликлар натижасида органик галлюциноз F06.07 Бошка касалликлар органик кататоник бузилиш F06.207 Бошка касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7107 Бошка касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
293.09	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.09 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик галлюциноз F06.09 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик кататоник бузилиш F06.209 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7109 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
293.11	Энцефалит окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.12	Менингит окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.13	Захм окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.05 Захм натижасида органик галлюциноз F06.15 Захм натижасида органик кататоник бузилиш

		F06.25 Захм натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.715 Захм натижасида бошка психотик бузилиш
293.14	Бош мия жарохати оқибатида келиб чиқкан уткир ости психоз	F06.00 Бош мия жарохати натижасида органик галлюциноз F06.10 Бош мия жарохати натижасида органик кататоник бузилиш F06.20 Бош мия жарохати натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.710 Бош мия жарохати натижасида бошка психотик бузилиш
293.15	Эпилепсия оқибатида келиб чиқкан уткир ости психоз	F06.02 Эпилепсия натижасида органик галлюциноз F06.12 Эпилепсия натижасида органик кататоник бузилиш F06.22 Эпилепсия натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.712 Эпилепсия натижасида бошка психотик бузилиш
293.18	Бош мия бошка органик касалликлари оқибатида келиб чиқкан уткир ости психоз	F06.07 Бошка касалликлар натижасида органик галлюциноз F06.07 Бошка касалликлар органик кататоник бузилиш F06.207 Бошка касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7107 Бошка касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
293.19	Бош миянинг аниқлаштирилмаган органик касалликлари оқибатида келиб чиқкан уткир ости психоз	F06.09 Аниқлаштирилмаган касалликлар натижасида органик галлюциноз F06.09 Аниқлаштирилмаган касалликлар натижасида органик кататоник бузилиш F06.209 Аниқлаштирилмаган касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7109 Аниқлаштирилмаган касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
294.09	Бош миянинг аниқлаштирилмаган органик касалликлари оқибатида келиб чиқкан Корсаков синдроми	F04.9 Аниқлаштирилмаган касалликлар натижасида органик амнестик синдром
294.11	Энцефалит оқибатида келиб чиқкан акли заифлик	F02. 8x6 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида деменция (МКБ-10-G04-Энцефалит кодли булимда аниқлаштирилади)
294.12	Захм оқибатида келиб чиқкан акли заифлик	F02. 8x5 Нейросифилис натижасида деменция (МКБ-10-A52.1- Нейросифилис кодли булимда аниқлаштирилади)
294.13	Бош мия жарохати оқибатида келиб чиқкан	F02. 8x0 Бош мия жарохати натижасида деменция (МКБ-

	акли заифлик	10-S06- Бош мия жарохати кодли булимда аниклаштирилади)
294.14	Эпилепсия окибатида келиб чиккан акли заифлик	F02. 8x2 Эпилепсия натижасида деменция (МКБ-10-G40-Эпилепсия кодли булимда аниклаштирилади)
294.18	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан акли заифлик	F02. 8x7 Бошка аниклаштирилмаган касаллик натижасида деменция
294.19	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан	F02. 8x9 Аниклаштирилмаган касаллик натижасида деменция
294.81	Энцефалит окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.816 Энцефалит окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-G04-Энцефалит кодли булимда аниклаштирилади)
294.82	Захм окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.815 Нейросифилис окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-A52.1-Нейросифилис кодли булимда аниклаштирилади)
294.83	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.810 Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-S06- Бош мия жарохати кодли булимда аниклаштирилади)
294.84	Эпилепсия окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.812 Эпилепсия окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-G40- Эпилепсия кодли булимда аниклаштирилади)
294.88	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.817 Бошка бош миянинг зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар
249.89	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.819 Бош миянинг аниклаштирилмаган зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар
294.91	Энцефалит окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.916 Энцефалит окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар (МКБ-10-G04-Энцефалит кодли булимда аниклаштирилади)
294.92	Захм окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.915 Нейросифилис окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар (МКБ-10-A52.1- Нейросифилис кодли булимда аниклаштирилади)
294.93	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.910 Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар (МКБ-10-S06- Бош мия жарохати кодли булимда аниклаштирилади)
294.94	Эпилепсия окибатида келиб чиккан	F06.912 Эпилепсия окибатида келиб чиккан

	аниклаштирилмаган психотик ҳолатлар	аниклаштирилмаган психотик ҳолатлар (МКБ-10-G40- Эпилепсия кодли булимда аниклаштирилади)
294.98	Бош мия бошка органик касалликлари оқибатида келиб чиққан аниклаштирилмаган психотик ҳолатлар	F06.917 Бошка бош миянинг зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик оқибатида келиб чиққан аниклаштирилмаган психотик ҳолатлар
294.99	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари оқибатида келиб чиққан аниклаштирилмаган психотик ҳолатлар	F06.919 Бош миянинг аниклаштирилмаган зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик оқибатида келиб чиққан аниклаштирилмаган психотик ҳолатлар
295.00	Оддий шизофрения	F20.6 Оддий шизофрения
295.10	Гебефреник шизофрения	F20.1 Гебефреник шизофрения
295.21	Ёмон сифатли шизофрениaning варианты сифатидаги васваса билан кататония	F20.20 Узлуксиз кечувчи, кататоник шизофрения
295.22	Ёмон сифатли шизофрениaning варианты сифатидаги люицид кататония	F20.21 Кучайиб борувчи дефект билан эпизодик кечувчи, кататоник шизофрения

Тошкент Тиббиёт Академияси психиатрия кафедраси

Касаллик тарихи варақаси тузилиши:

1. Умумий маълумотлар.

- 1) Фамилияси, исми, отасининг исми.
- 2) Туғилган йили.
- 3) Оилавий аҳволи.
- 4) Миллати.
- 5) Касби
- б) Яшаш жойи.

б) Да волаш муассасасига келган кўпи.

2. Текшириш ўтказилган вақтдаги шикоятлари.

3. Оилавий аҳволи.

Беморнинг ота-онаси, қариндошлари ҳақидаги маълумотлар: ота-онасининг ёши, касби, улар орасидаги фарқ, турмуш қўрган йиллари, болалари, улик туғилганлари, тушиб қолганлари.

Оилада ёки қариндошлари орасидаги асаб ва руҳий касалликлар, шунингдек шизофрения, тутқаноқ, ақли пастлик, сурункали ичувчи, гиёҳвандлик, ўз-ўзини ўлдириш, уларнинг таснифлари. Иложи бўлса шажара тўзинг!

4. Беморнинг ўзи ҳақида (шахсий анамнез). Оилада нечанчи фарзанд ҳисобланади. Онда ҳомиладорликнинг кечиши ва туғилиши, беморнинг шу кунгача бўлган ҳаёти:

1) гўдаклик (чақалоқлик) ва мактаб ёшигача бўлган давр.:

Ўтириш, туриш, юриш, югуришини ўз вақтида бажарганми? Ёшлигида бўлиб ўтган касалликлар (қизамиқ скарлатина, бўғма, уйқучанлик, тунги қўрқиш, тунда юриш, сийиб қўйиш, тутқаноқ, сиқилиш, бош оғриғи).

2) Мактаб ёши ва усмирлик ҳаёти.

Нсча баҳога ўқиган, унинг ҳулқи, мактабга, бирор фанга муносабати, кўриш, эшитиш ва сезиш аъзоларига боғлиқ бўлган хотираси.

Қандай тарбияланган? (қаттиққўл, юмшоқ очик-кўнгил). Оилавий муҳит. Ўртоқлари ва қариндошлари билан бўлган муносабати. Уйдан кетиб қолган вақтлари. Мактаб схида бемор асаб системасига оғирроқ таъсир (жисмоний ҳаракат, органик касалликлар, қўрқиш) бўлганми?

3) Балоғат ёши.

Меҳнат фаолияти (меҳнат қобилияти, танлаган касби ва унга бўлган муносабати, мўтахассислиги бўйича ишляптими, ўқияптими? Армия сафидаги хизмати (қачон, қаерда, қанча, касал бўлганми?)

Жамоат ишларига бўлган қизиқишлари, ҳаётдаги ўрни. Ташқи таъсирларга сезувчанлиги қандай? Одамларга бўлган муносабати. Ўз ташвишларини бошқалар билан ўртоқлашадими? Одамларга бўлган ишонувчанлиги. Қандай машғулотларга қизиқади, маъруза қилишни, чиқишлар уюштиришни ҳамда бадий ҳаваскорлик тўғарақларига қатнашишни ёқтирадими? Қийин-чиликларни қандай енгади. Мақсадига бўлган интилишлари (юқори, ўртача, умуман йўқ).

Муаммоларни қийинчиликларсиз енгади ёки икқиланиш аломатлари бўлади. Истаги ва интилишларини керак пайтида яшира олади. Уришиш, қичқириш, йиғлаш, гапга кулоқ солмаслик хуружлари бўладими?

Бир муҳитдан бошқасига қандай мослашади? Масалан, касалликдан сўнг иш бошлаши (тез, секин, қийинчилик билан). Қайфияти (доимий, ўзгарувчан, тез ўрганувчан) ўзгаришларига таъсир қиладиган сабаб ва уларга қарши курашиши.

Балоғат ёшига ёки климактерик даврга ўтиш бемор характерини ўзгартирадими? Гиёҳвандлик ва спиртли ичимликларга бўлган муносабати. Чекадими ва қанча?

Оилавий ва жинсий ҳаёти.

Жинсий ҳаётининг ўзига хослиги (эрта ёки кеч бошланиши, интенсивлиги, жинсий совуқлик, гиперсексуаллик, қоникмаслик онанизм, жинсий жиноят)? Менструация, аборт, туғишлар, бола тушиб қолишлар.

Менструация даври руҳий ҳолатига таъсир қиладими?

Эри (хотини), ота-онаси, болалари билан ўзаро муносабати. Асаб системасини сусайтирадиган омиллар (контузия, мия чайқалиши, жароҳат, умумий касалликлар, руҳий касалликлар), бўлар усмирлигида кузатилган (ёки йўқ).

4) Бемор касаллиги тарихи.

Касаллик бошланган кун, руҳий касалликнинг дастлабки белгилари. Касалликнинг кўққисдан ёки секинлик билан бошланиши, сабаблари (инфекция, захарланиш, чарчаш, руҳий ёки жисмоний жароҳатлар).

Шифохонага келгунга қадар юзага келган асаб-руҳий симптомлари. Касаллик кечиши (оғриқ симптомларининг кучайиши, вақтинчалик яхшиланиши). Илгари даволанганми (қачон, қаерда, нимага).

5) Беморнинг ҳозирги аҳволи.

1. Соматик аҳволи (клиниканинг терапия бўлимларида қабул қилинган текшириш усулида).

2. Асаб системаси (неврологиядан амалий машғулотларда қабул қилинган услубда). Кўриш, эшитиш, мувозанат сезгилари. Кўз симлтомлари: қорачиқнинг ёруғликни сезиши, конвергенция, аккомодация. Бош мия асаб толалари, ҳаракати, ҳаракатчан, кам ҳаракатчан, мувозанати.

Рефлекса ар: пай, тери, бўғим. Дермографизм, сезувчанлиги, оғриқ, тактил, чуқур, мускул. Нутқ бузилишлари, фонация, артикуляция, дудуқланиш, афазия.

3. Руҳий ҳолати. Беморнинг умумий табиати ва хатти-ҳаракатлари. Ташки кўриниши: самимий, фарқсиз, қўпол, ўзини катта олиш.

б) Онги.

Вақтни, тўрган жойни, ўзини, атрофдагиларни ва воқеа-ҳодисаларни сезишқобилияти. Онг бузилиши синдромлари (сопор, кома, делирий ҳолати, аменция).

1) Идрок (ҳис этиш).

Ихтиёрсиз идрок (иллюзия, галлюцинация, псевдогаллюцинация, сенестопатия), психосенсор бузилишлар, деперсонализация ва дереализация. Идрок бузилишларига беморнинг муносабати.

2) Фикрлаш.

Фикрлашнинг ўзига хослиги (ассоциация бузилишлари, кечиши), тезлашган, мутлоқ тўхтаган фикрлаш, аутизм, ўта қимматли ғоялар, стереотипия.

Уй босишидан қўрқиш, ишонмаслик, ҳаракатсизлик, назоратсиз, охири йўқ хаёллар, тасаввурлар.

Васваса ҳолати. Васваса турлари, уларни системалаштириш, турғунлаштириш. Ихтиёрсиз идрок билан васвасага ўхшаш хаёл ўртасидаги боғлиқлик.

3) Хотира ва интеллект.

Ўтиб кетган ва яқин вақтлардаги воқеа-ҳодисаларнинг хотирада сақланиши. Мактабда, касбга оид ҳамда ижтимоий-сиёсий воқеаларнинг хотираларда сақланиши. Эслаб қолишнинг бузилиши.

Гипомнезия, амнезия, ретроград ва антеград амнезия, конфабуляция. Сўз бойлиги ва тасавури. Билимнинг маълумот даражасига ва фикрлаш қобилиятига боғлиқлиги. Туғма ва ҳаёт давомида орттирилган ақлпастлик.

4) Ҳиссиёт олами.

Кайфияти: тўғри, тетик, хафа, ачинарли, айёр, тез ўзгарувчан, фарқсиз, хурсанд, кўтаринки, эйфорик, маниакал. Кайфият турғунлиги: кучсиз ҳиссиёт, тургун бўлмаган ҳиссиёт, ҳиссий кўполлик, парадоксал ҳиссиёт.

5) Эркинлик ва ҳаракатчанлиги.

Қизиқишлари (уйинга, бошқаришга, меҳнатга, ўқишга ва суҳбатлашишга). Қизиқишларнинг турғунлиги ва ҳажми, жинсий ҳаётга бўлган қизиқишлари, овқатга муносабати, ўз-ўзини ўлдириш, гиёҳвандлик. Тутуруқсиз жинсий алоқалар. Болаларга хос одатлар, девоналик, жимиб қолиш, ступор, негативизм, гапга чечанлик, ҳаракатчанлик.

6) Тажрибагоҳ маълумотлари.

Сийдиқ, қон, орқа мия суюқлиги ва бошқа текширишлар хулосаси. Биохимиявий, серологик, электрофизиологки ва бошқа кузатишлар маълумотлари.

7) Клиник ташхисини асослаш.

Анамнез маълумотлари, тиббий кузатишлар ва асбоблар билан текшириш хулосалари умумлаштирилади. Асосий психопатологи к синдром аниқланади.

8) Қиёсий ташхис.

Ушбу касаллик этиологияси ва патогенези.

Касаллик тарихи маълумотларига асосланиб мумкин бўлган этиологияни ва патогенез факторларини кўрсатинг. Патофизиологик механизмини тулалигича ёзинг. Агар касаллик аниқ патологоанатомик кўринишга эга булса, уни таснифлаб беринг.

9) Давоси.

Бу ерда касаллик этиологияси ва патогенезини ҳисобга олган ҳолда даволаш услубини кўрсатинг.

10) Кундалик.

11) Меҳнат, ҳарбий ва суд экспертизалари.

12) Прогноз (келажакдаги ҳолати ҳақидаги фикр).

13) Эпикриз (хулоса).

Анамнез ва клиник кўринишлари умумлаштирилади. Психопатологик ҳолати динамикаси кўрсатилади ҳамда бемор олган муолажа, унга берилган меҳнат ҳақидаги таклифлар қисқа баён этилади.

2 – ҚИСМ

9 - Б О Б

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Ўткир юқумли касалликлардаги руҳий бузилишлар

Ҳар хил юқумли касалликлар руҳий ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин. Инфекцион касалликларда руҳий ўзгаришларнинг бир гуруҳи—симптоматик инфекцион психозлар асосан умумий юқумли касалликларда пайдо бўлади. Бу руҳий ўзгаришлар у ёки бу инфекцион касаллик аломати ҳисобланади. Юқумли касалликларда учрайдиган психозларнинг иккинчи гуруҳига менингит, энцефалит, менинго-энцефалит ва лептоменингитлар (арахноидитлар) киради. Бу ҳолатларда марказий нерв тизимининг инфекцияси вирус ёки микроб билан бевосита заҳарланиш оқибатида пайдо бўлади.

Юқумли касалликлардаги руҳий бўзилишлар турли-туманлиги билан ажралиб туради. Ушбу юқумли инфекциялар марказий перитизимига қаттиқ таъсир қилиб, миёда ўткир руҳий бузилишларни — психозларни келтириб чиқаради. Инфекция миёни заҳарлаганда, «интракраниал инфекция» деб номланган касаллик вужудга келади. Инфекция психозлари асосида онг бузилиши синдромлари: галлюциноз, астеник ва кар-соқов синдромлари каби экзогеи турдаги реакцияларга кирадиган ҳар хил психопатологик жараёнлар намоён бўлади.

УМУМИЙ ВА ИНТРАКРАНИАЛ ИНФЕКЦИЯЛИ ПСИХОЗЛАР

1. Делирий, аменция, ташқи оламдан узилиш, тутқаноқсимон (ўзгаришлар) кўзғалишлар, онейроид каби синдромлар билан ўтадиган транзитор психозлар шаклида;
2. Галлюциноз, галлюцинатор-параноид ҳолати, апатик ступор, конфабулез каби онгнинг бузилишисиз кечадиган чўзилиб кетган психозлар

шаклида;

3. Корсаков, психоорганик синдромлар билан тавсифланадиган марказий нерв тизими органик зарарланиши белгилари билан ўтадиган рухий бузилишларнинг қайтмас шаклида намоён бўлади.

Транзитор психозлар деб номланадиган касалликнинг турлари ўзидан кейин асорат қолдирмайди ва ўтиб кетади.

Делирий — айниқса болалар ва ёшлар орасида учрайдиган, организмга тушган инфекцията марказий нерв тизими сезгирлигининг энг кенгайган туридир. Инфекцион делирийда бемор онгсиз, ташқи оламга фарқсиз бўлиб, шунинг асосида кўрқув, кузатув тафаккури, кўрув-иллюзор ва галлюцинатор ташвишланиш юзага келади. Делирий кечга томон кучайиб кетади. Беморлар ёнғин, бузилишлар, ўлим, бахтсиз ҳодисалар саҳнасини кўрадилар. Юриш-туриши ва нутқи галлюцинатор васвасалар остида бузилади ва айниқса қатор органларида оғрик сезади. Беморда иккиланиш белгиси симптоми, яъни унинг ёнида доим ўз акси юргандек сезилади.

Делирий бир неча кундан кейин ўтиб кетади, бироқ ўтган кунларининг маълум қисми ёдида қолади. Баъзи ҳолларда делирий оғир ўтиши ва ўлим билан тугаши мумкин.

Аменция — бу тез-тез учраб турадиган, инфекция таъсирида юзага келадиган ташқи оламга муносабатнинг ва шахснинг бузилиши билан ўтадиган онгнинг чуқур туманлашишидир. Асосан бу оғир соматик ҳолатларда юзага келадиган жараёндр. Бунда онгнинг бўзилиши, қўққисдан пайдо бўладиган психомотор кўзғалишлар, галлюцинациялар, боғлиқсиз майллар ва ўзини йўқотиб қўйиш ҳоллари бўлиши мумкин. Бемор тартибсиз, мақсадсиз ҳаракатлар қилиши, узоқларга қочиб кетгиси, деразадан ўзини ташлагиси келади. Бу хил беморларни назорат остига олмоқ жоиздир. Улар овқат емайдилар ва натижада тез озиб кетадилар. Баъзан клиник манзарасидаги аменция делирий билан алмашилиб туриши мумкин.

Инфекцион психозлар астения билан алмашилиб туриши натижасида бемор кўп йиғлайдиган, бўшашган, товуш ва ёруғликка чидамсиз бўлиб қолади.

Чўзилиб кетган психозлар. Қатор умумий юқумли касалликлар ёмон вазиятларда чўзилиб кетиши ёки сурупкалн кечишга айланиб қолиши мумкин. Бу хил беморларда иамоён бўладиган рухий бузилишлар, касаллик бошиданок оралик синдромлар билан ўтади. Юқорида айтиб ўтилганидек психознинг бу шакли ҳам қайтар жараёндр. Улар узоқ астениялар билан тугайди. Бу психозлар клиник манзараси ҳам ўзгарувчандир. Муносабат васвасаси, захарланиш ҳамда депрессии васваса ҳолати, ўзини улуғлаш тафаккури, сергаплик кайфи чоғлик яъни маниакал-эйфорик

ҳолат билан алмашинади. Кейинчалик кузатув, ипохондрик васвасалари, галлюцинация билан алишиш пайдо бўлади. Конфабуляция бу шаклда ҳам учрайди. Бу шаклдаги барча психопатологик бузилишлар сезгирлиги пасайган астеник синдромлар ҳамда депрессив-ипохондрик бузилишлари билан биргаликда кечади.

Қайтмас руҳий бузилишлар бу хил патологичи жараёнлар асосида Корсаков ва психопатологичи синдромлари клиник маънаси билан юзага чиқадиган асоратлар бош мианинг органик зарарланиши билан ифодаланади. Булар қайтмас табиатга эга бўлиб, бош мианинг зарарланиши билан борадиган умумий ёки интракраниал инфекциялардир.

Қатор юқумли касалликлар ташхисида маълум аҳамият касб этган руҳий бузилишлар ўзига хос томонларга эга. Баъзи юқумли касалликларда руҳий бузилишлар кўпроқ масалан тошмали тифда, безгак касаллигида, баъзиларида камроқ ёки умуман бўлмайди. Мисол тариқасида безгак ва бошқа қатор юқумли касалликлардаги руҳий бузилишларни келтирамиз.

Бу касалликнинг оғир шаклларида бири тропик безгакдир. Плазмодиум. фалцифорум билан чақириладиган касаллик миёна зарарланишини кўрсатадиган қатор аломатлар билан боради. Бундай ҳолларда касаллик безгакнинг церебрал шаклига киритилади. Бундай руҳий бузилишлар доим бўлади, бироқ неврологик аломатлар доим бўлмаслиги мумкин. Церебрал безгакнинг коматоз ва апоплектик турлари жуда хавфлидир.

Онгнинг бузилиши секин-аста ёки жуда тез юзага чиқади, яъни тамоман соғлом одам кўққисдан хушидан кетиб қолади. Баъзан бу хил ҳолларда куёш уриши ёки инфаркт ҳақида фикр юритилади. Бундан ташқари, бемор иссиғи доим ҳам кўтарилавермайди. Улар бир неча соат ичида ўлишлари мумкин. Кўпроқ коматоз ҳолатида бемор иссиғи чиқиши, боши оғриши, бўшашиши, мускулларида оғриқ иштахасининг йўқолиши ёки фақат қаттиқ бош оғриши мумкин. Кома кўпроқ делирийдан кейин, баъзан эса тутқаноқ ҳужудидан кейин пайдо бўлади. Церебрал безгак кўринишларидан бири тиришиш синдромларидир. Бу касалликни ташхислашда энса мускулининг қотиш белгилари асосий бўлиб ҳисобланади. Клиник манзараси кўз мускулларининг фалажлиги, моноплегия, гемиплегия, ҳаракат координациясининг (уйғунлиги) бузилиши, гиперкинез ва бош миёна суяги нервлари зарарланиш аломатлари билан тўлдирилади.

Коматоз шаклининг оқибати анча мураккабдир. Бундан ташқари, церебрал безгакда аменция ҳам келиб чиқиши мумкин. Безгак психозлари бир неча кун ва ҳатто ҳафталаб давом этади.

Скарлатинадаги руҳий бузилишлар таснифи касаллик шакллари ва кечишига боғлиқ. Касаллик енгил шаклининг иккинчи кунийёқ уйқучанлик бушашганлик, ёмон кайфият кабиларни ўз ичига олган астеник аломатлар келиб чиқади. Болаларда учрайдиган ўрта ва оғир

шакллариининг 3-4- кунларида эса ташки оламдан ўзилиб қолиш ҳам қўшилади. Беморлар саволларга қийналиб тушунишади ва қисқа танаффусдан сўнг жавоб бера олмайдилар. Тез ўқилган гапларни эслаб қолмайдилар ва тез чарчаб қоладилар. Скарлатинанинг оғир шаклларида делирий ва онейроид кўринишлардаги психозлар келиб чиқади. Бунда, психоз тез-тез кайфиятнинг ўзгариши билан борадиган тўлқинсимон кечадиган бўлади. Камқувват, тез-тез оғриб турадиган касалманд болаларда скарлатинанинг атипик шакли 4—5 ҳафтада юзага келади. Клиник манзарасида вақти-вақти билан кучайиб турувчи галлюцинация билан онейроид психозлар кўпроқ учрайди. Галлюцинация фантазия табиатида бўлиб, бемор фаолиятсиз бўлади ва психоз астеник ҳолат билан тугайди. Болаларда астеник бузилишлар скарлатинадан кейин невротик реакцияларнинг ҳосил бўлишида алоҳида ўрин тутади. Скарлатинанинг заҳарланиши, тошмали шакллари бош миянинг энцефалит ва менингит кўринишидаги, органик заҳарланишдаги каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Бундай ҳолатларда тутқаноқсимон синдромлар, хотиранинг пасайиши, бемор шахсиятида ўзгаришларни кузатиш мумкин. Мия шишиши билан борадиган скарлатинанинг заҳарланиш шаклида кома юз бериши мумкин. Тошмали шакли эса касалликнинг 3—5 ҳафтасида гемиплсия ва мия қон томирларининг эмболияси билан асоратланиши мумкин. Кўпинча скарлатинадаги руҳий бузилишлар охири яхшилик билан туга йди.

Инфекшюп руҳий бузилишлар бош мия органик касалликлари билан қиёсланади.

Сарамасда (рожа) руҳий бузилишлар кам уч а й ди. Бўлар ҳам ўткир, яъни транзитор ва чўзилган, қайтмас психозларга бўлинади. Руҳий бузилишлар клиник манзараси инфекциянинг кечиш жараёни, умумий соматик ва маҳаллий кўринишлар даражаси ҳамда йирингли инфекция жойлашган ўрнига боғлиқ.

Касалликнинг ўткир кечишида аборттив кўринишдаги транзитор психозлар кузатилади. Сарамасниинг чўзилган кечишида аментив ҳолат юзага келади. Ву синдром қисқа вақтли эйфория билан гиперманиакал ҳолатдан кейин содир бўлади. Чўзилган кечишида онг бузилишига боғлиқ бўлмаган психозлар кузатилади.

Сарамасда оралиқ психопатологик синдромлардан астено-депрессия, астено-ипохондрик, гипоманиакал ҳолатлар учрайди, флегмоналарда келиб чиқиши мумкин бўлган оғир кечишда кататоформ ҳолат бўлади.

Сарамаснинг оқибати яхшилик билан тугайди. Инфекцион психозларнинг сарамас турида шизофрения, маниакал-депрессив психозлар билан қисёланади.

ТОШМАЛИ ТИФ

Касалликнинг бошланишида астеник кўринишлар, ҳолсизлик, апатия, баъзан эса депрессия кузатилади. Бу даврда камдан-кам ҳолларда делириоз синдром (инициал делирий) келиб чиқади. Кўпчилик беморларда юқори ҳарорат остида рухий ўзгаришлар кузатилади. Ўткир ҳаракат кўзгалувчанлиги яққол сезги, кўрув, баъзан эшиув галлюцинациялари билан тавсифланади. Му-раккаб галлюцинатор кечинмалар эса саҳнасимон манзара билан тавсифланади. Беморлар тасаввуридаги душманларидан қутулиш учун қочишга, деразалардан сакрашга, ўзига тан жарохати етказишга ҳаракат қиладилар.

Кўпинча ипохондрик васвасалар тифда танада ҳар хил сезгилар билан кечади. Тошмали тифда В. А. Беляровский таъбирича «шахснинг иккиланиш васвасаси» (бред двойника) кузатилади. Бунда беморнинг ҳаёдида, ўрнида яна кимдир ётгандек туюлади. Ўша кимдир бемор билан боғланган ёки шахсан ўзидек туюлади. Ваъзида танасида янги қисмлар пайдо бўлгандек туюлади ва бу янги қисмлар ёқимсиз ва оғриқли сезгига эга бўлади. Бу касалликда вестибуляр бузилиш кузатилади ва ҳаракат, тушиш ва учиш сезгилари юз беради. Юқори ҳарорат кўтарилиши даврида онгнинг чуқур бузилиши натижасида ўсиб борувчи адинамия олиб келади. Постинфекцион астения фонида ҳарорат тушгандан сўнг баъзида резидуал васваса кузатилади. Бу даврда 1—2 ҳафта давом этувчи экспансив конфабулятор синдром келиб чиқади: беморлар ўзларини ҳамма нарсага кодирдек, жасорат кўрсатгандек, катта бойлик эгаси деб ҳисоблайдилар. Бу ҳолатга улар танқид билан қарайдилар, лекин ўзларининг касал эканликларини эшлашади. Баъзи беморларда тўзалиш даврида бирданига делирий ёки аментив ҳолат, баъзида менингиал кўринишлар, бульбар аломатлар, дизартрия ва фонациянинг бузилиши кузатилади. Бу кўринишлар комага ва ўлимга олиб келади.

ҚОРИН ТИФИ ВА ПАРАТИФЛАР

Бошланғич даврида беморларда сўлғинлик, иштирок-сизлик, тормозланиш кузатилади. Баъзида ҳарорат кўтарилгунча инициал делирий

маниакал кўзғалиш типи билан кечади. Бундай беморга ташхисни руҳий «касакликлар шифохонасида» қўйилади. Қорин тифининг бу шакли жуда оғир кечади, баъзан улим билан тугайди. Ўткир даврида иситмали делирий кузатилади. Бу аментив ҳолат ҳисобланади.

Тўзалиш даврида баъзида резидуал васваса, кўпинча эса постинфекцион ҳолсизликнинг оғир формалари ривожланади. Худди тошмали тиф сингари беморлар мадорсиз, кўзғалувчан бўлади. Баъзан эйфория, амнестик синдром кузатилади.

Кайталама тиф — бу инфекцион касаллик ўта юқори хуруж билан, баъзида маниакал кўринишли делирийни келтириб чиқаради. Яққол руҳий ўзгаришлар сезилмайди.

БОТКИН КАСАЛЛИГИ

Бу касаллик кўплаб руҳий бузилишнинг астено-динамик синдроми типигаги ўзгаришлар: мадорсизлик, таъсирчанлик, кўзғалувчанлик билан намоён бўлади. Коматоз ҳолатдаги ўткир дистрофияда кўзғалувчанлик, усиб борувчи апатия, сўлғинлик, уйқучанлик ва кулоқ битиши кузатилади.

ГРИПП

Грипп вирусининг нейротроплигига ва касалликнинг эпидемик тарқалишига қарамасдан яққол руҳий бўзилишлар сезилмайди. Грипп касаллигида астеник симптомлар: мадорсизлик, адинамия, бош оғриғи, кўзғалунчанлик хосдир. Баъзида бу белгиларга уйқунинг ва тетикликнинг бузилиши (баъзида кундўзги уйқучанлик) ёки сутканинг ҳамма вақтида уйқучанлик қўшилади.

Бу аломатлар (симптомлар) 1—2 ҳафтада йуқолиб кетади. Камдан-кам ҳолларда руҳий бузилишлар, айниқса постинфекцион даврда яққол ва ранг-баранг бўлади. Астеник кўринишларга ҳиссий бузилишлар кушилади. Кайфиятнинг умумий фони депрессив ҳолга ўтади, бунда ғамгинлик, кўрқув, ваҳима, суицидал фикрлар пайдо бўлади. Бошқа ҳолатларда кайфиятнинг умумий фони маниакал ҳолатга яқин бўлади. Яна аментив ҳолатлар: бирданига ҳаракат кўзғалиши билан, доимий бўлмаган эшитув ва кўриш галлюцинациялари билан, яққол деперсонализация ва дереализация синдромлари билан кечади. Бу ўткир эпизодлар 2—3 кун давом этади. Узоқ давом этувчи (бир неча ойгача) психозлар бўлиши мумкин. Улар астения фонида келиб чиқувчи чўзилган аментив ҳолат ёки кўз ёшли депрессия кўринишлари билан ҳарактерланади. Грипп билан оғриган беморларда шизофренияга хос манзарани кузатиш мумкин. Агар гриппозли геморрагик энцефалит бўлса, руҳий бузилишларда онгнинг хираланиши маҳсулотсиз симптоматика билан ёки кўрқув, кўрув ва эшитув галлюцинациялари билан кечади.

Охирги йилларда гриппнинг токсик формали асоратларига диэнцефал синдромнинг турли шакллари киритиш мумкин. Диэнцефал соҳадаги қон томирлар утказувчанлигининг ошиши токсинлар ва вируслар учун яхши шароит яратади.

Кўпинча бу синдромнинг вегетатив — томир формаси келиб чиқади.

Давоси. Инфекцион психозларда биринчи ўринда асосий касалликни даволаш керак. Кейин дезинтоксикацион (зарарсизлантириш), седатив терапия, нейролептиклар (аминазин, нозепам, галоперидол), ноотронлар (ноотропил, аминалон, пирацетам) ишлатилади.

ОРТТИРИЛГАН ИММУНИТЕТ ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС)

ОИТС — ўзига хос касаллик бўлганлиги учун биология ва тиббиёт мўтахассислари қатори психиатрлар ҳам ўрганиши керак бўлади. ОИТС да кузатиладиган руҳий бузилишлар турли-тумандир. Маълумки, ОИТС вируси марказий нерв тизими ҳужайраларини зарарлайди. Шунинг учун руҳий бузилишлар пайдо бўлиши билан кўп ўтмай беморда иммунитет пасайиб кетади. Уларда ОИТС га хос ҳарорат кўтарилиши, тунлари терлаш, диарея ва лимфоаденопатия юзага чиқади.

ОИТС да руҳий бузилишлар келиб чиқишининг асосий сабабларидан бири беморнинг сиқилишидир. Бунда кўзгалувчанлик, ипохондрик сиқилиш, депрессия, қисқа вақтли реактив психозлар, параноид шизофремияга оид психозлар кузатилади.

Шуни унутмаслик керакки, кўпинча депрессия ОИТС нинг биринчи синдроми бўлиши мумкин. Кўзгалувчанлик кўрқув, анорексия ва уйқусизлик билан боради. Шунингдек, беморда мураккаб психопатологик белгилар келиб чиқадики, шизофренияга ўхшаш ўткир, параноид ва депрессив психозлар ҳамда турғун гипоманиакал ва маниакал ҳолатлар каби қатор эндоген касалликлар билан қиссий ташхислаш керак бўлади.

Бунда васваса майлн, галлюцинация, параноид, вербигерация ва бошқа симптомлар кузатилади.

Шу хил руҳий ҳолат ойлаб давом этади, кейин миянинг зарарланишига ҳамда деменцияга ўтади. Агар беморнинг яқинларидан бири ОИТСдан вафот этгани бўлса, бемор ўз-ўзини ўлдиришга ҳаракат қилиб кўради.

Бу касалликда невротик депрессия нисбатан кам учрайди. Депрессия натижасида ёки мустақил равишда беморда обсессив-компульсив бузилишлар тавсифлидир. Бу бузилишлар беморни кўп соатлаб ўз танасида тошмалар ахтариши, ўлим ҳақида ўйлаши, касаллик юқиши мумкин бўлган жинсий алоқа ҳақида ўйлаши каби ҳолатларга олиб келади. Шуни ҳам ҳисобга олиш керакки, ОИТС нинг психопатологик симптомлари

ракнинг терминал босқичидаги беморда кузатиладиган белгиларга жуда ўхшаб кетади.

Бу даволанмайдиган оғир касалликлар шароитида психопатологик ўзгаришларнинг универсаллигини текширувчига эслатиб ўтади.

Касалликнинг ўтиб боришига қараб 40% ҳолларда бош мия органик зарарланиши симптомлари, 80% ҳолларда оператив йўл билан диффуз энцефалопатияси тасдиқланади.

Бундай ҳолларда беморларнинг диққати аста-секин пасаяди ва бўлиб ўтган воқеани тез унутади. Бир неча ҳафта ичида беморда ақл пастлик, онг бузилишлари, мутизм, сийдик-нажасни тўта олмаслик ва кома юзага чиқади. Компьютер томографияда ҳар 10—13% ҳолларда церебрал атрофия аниқланади.

Шундай қилиб, ОИТС мураккаб, кам ўрганилган ва ҳозирча давосиз касалликдир. Бунда жуда кўп аъзо ва тизимлар ўз фаолиятини бажармай кўяди. Айниқса, марказий нерв тизимидаги ўзгаришлар неврологик ва руҳий бузилишларга олиб келадики, натижада беморни ижтимоий-меҳнат ва руҳий дезадаптацияга олиб келади.

СУРУНКАЛИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Ревматизм — бод касаллиги. Ревматизмда юзага келадиган нерв-руҳий бузилишлар клиникаси кўпидаги синдром ва психопатологик ўзгаришлардан ташкил топади. Синдромлар ревматизмнинг эрта ва анча енгил кечувчи шаклига хос бўлса, психонагологик ўзгаришлар эса ревматизмнинг кечки даврида, бош мияда морфологик ўзгаришлар аниқлангайдан кейингина юзага келади.

Касалликининг эрта даври учун неврозга ўхшаш ҳолат хосдир. Бунда ҳолсизлик, тушкунлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Ундан ташқари, жуда юқори қўзғалувчанлик, таъсирчанлик, йиғлоқилик каби белгилар кузатилади. Мана шу ҳолат кўпинча болаларда ҳаракатнинг тартибсизлиги, ноаниқлиги ва уларнинг чалғиши билан қўшилиб келади. Кўпинча уйқу бузилади, уйқу юзаки ва қисқа бўлиб қолади. Бемор тутуруксиз, тартибсиз тушлар кўриб чиқади. Баъзан ухлашдан олдин иллюзияга ўхшаш ёлғон сезгиларни хис қилиш юз беради. Кўпинча «тана тузилишини», атроф муҳитни қабул қилиш бузилади, ундан ташқари вестибуляр бузилишлар юзага келади. Қўрқувлар юзага келади. Баъзан бу қўрқувлар ҳеч қандай аҳамиятга эга бўлмаса-да, баъзан беморнинг соғлигига, ҳатто ҳаётига хавф солади.

Кўпчилик касалларда бундай ҳолатлар анча яхши кечади, лекин бемор аҳволининг яхшиланиши турғун бўлмаслиги мумкин. Агар яна инфекция қўшилса ёки тушса, унинг таъсирида беморнинг аҳволи тезда ёмонлашади.

Ревматизмнинг ҳамма даври ва шаклларида ўткир психозлар билан қўйидаги депрессив, ступор ва аментив —делириозли синдромлар бирга келади. Бу ҳолатлар учун қўзғолишнинг ступор билан алмашиши, соматик ўзгаришлар жадаллиги билан психозларнинг ўткирлиги орасида аниқ боғлиқликнинг йўқлиги, ундан ташқари, унинг узок давом этмаслиги (бир йилгача) ва кўпинча касалликнинг яхши тугаши кабилар хосдир.

Ревматизмда турли хил эпилепсияга ўхшаш ҳолатлар, яъни кичик талваса, катта тутқаноқ ва ҳатто эпилептик статус ҳам бўлиши мумкин.

Ревматик энцефалит сурункали равишда прогредиент кечиш билан, даврий ремиссия, шахснинг аста-секин органик типда ўзгариши, хотиранинг пасайиши ва интеллект (ақлнинг) ўзгариши билан тавсифланади. Ревматик энцефалитда кўпинча галлюцинатор-параноид синдром юзага келади. Ундан ташқари, психосенсор бузилишлар билан ташки оламини ва ўз танасини идрок қилишнинг бузилиши ҳам тавсифлидир.

Сурункали раматик психозлар ўз ривожланишининг маълум бир босқичларида шизофрения билан бирмунча ўхшашлик томонларга эга. Бундай ҳолатларда ташхис қўйиш учун анамнез соматик ва лаборатория текшириш натижалари, касалликнинг ўзига хос кечиши, шизофренияга хос ҳиссий оламда ва фикрлашда ўзгаришларнинг йўқлиги ва органик жараёнларга хос тафаккурнинг бузилиши каби белгилар асосий ролни уйнайди.

Касалликнинг ҳам ўткир, ҳам сурункали даврларида доим бош мия ва марказий нерв тизимида патологоанатомик ўзгаришлар учрайди. Ёш болаларда яллиғланишнинг инфилтратив таркиблиги, катта ёшдагиларда эса пролифератив таркиблиги устунлик қилади. Бош миядаги ял-лиғланиш тугунчалари ревматизмда юрак мушакларидан топилган Ашофф гранулемалари билан бир хилдир.

Баъзан касаллик қайталанувчи психоз типда депрессив-ипохондрик галлюцинатор ёки кататоник хуруж билан бир неча ой давом этиши мумкин. Юзага келган ремиссия ҳолати янги қайталаниш билан алмашинади. Агар касаллик кучайиб борса, тезда у ёки бу даражадаги нуқсон ҳосил бўлади, ҳатто маълум даражада эсипастликка олиб келади.

Бруцеллёз. Бу инфекция кучли нейротроп хусусиятга эга бўлиб, ўзок вақт ремиссия ва қайталаниш билан кечиши тавсифлидир. Ноаниқ нохуш сезги, тез чарчаш, таъсирланувчан бўлиб қолиш, тушкун кайфият касалликнинг биринчи аломатлари ҳисобланади.

Психозлар инфекциянинг дастлабки давридаёқ пайдо бўлиши мумкин. Кўпинча делириоз ва аментив ҳолатлар, баъзан эса апатия ва кулок битиши кузатилади. Абсанс типдаги хуружлар ўзига хос ҳисобланади. Унга тилнинг, қўлнинг оқариши, нутқнинг йўқолиши ҳарактерлидир. Кўпинча образли тушсимон безовталаниш пайдо бўлади.

Бруцеллэзли психозлар соматик аломатлар асосида юзага келади (ремнттирик қалтираш, жигар ва талоқнинг катталаниши, бўғим ва мусқўлларнинг шикастланиши ва бошқалар). Лекин алоҳида соматик ва руҳий бузилишлар ўртасида қонуний боғланишлар йўқ. Кўпинча руҳий ўзгаришлар кучли ёки кучсиз даражада ривожланган неврологик аломатлар билан бирга келади (менингеал кўринишлар, пирамидал белгилар, гиперкинезлар). Бу эса бруцеллэзни менингит, энцефалит ёки менинго-энцефалитдан фарқлашга имкон беради.

Ревматизм ва бруцеллэзда асосий касалликни даволаш билан бирга руҳий бузилишларни ҳам даволаш керак. Бунинг учун психотроп воситалардан фойдаланиш зарур. Қайси воситани, дори моддани танлаб олиш ва уни ишлатиш дозалари синдром ва белгиларининг табиатига қараб белгиланади.

БОШ МИЯ ВА УНИНГ ПАРДАЛАРИ ИНФЕКЦИЯ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАНДА ЮЗ БЕРАДИГАН БУЗИЛИШЛАР

Кутуриш. Бу касаллик одатдан ташкари жуда оғир кечиши ва кўпинча улим билан тугаши туфайли нерв тизимини шикастловчи инфекциялар орасида алоҳида ўрин эгаллайди. Кутуришнинг яширин даври 2—10 ҳафта давом этади. Баъзан касаллик кечроқ, яъни кутўрган ҳайвон тишлагандан бир йил кейин ривожланиши мумкин. Касалликнинг кечишида уч давр ажратилади: продромал, кўзғалиш ва фалажлик даврлари.

Продромал давр тана ҳароратининг сал кўтарилиши, терлаш, тишланган жойда оғриқ, бош оғриши, тушкун кайфият, кўрқув, бесаранжомлик ва ташқи таъсиротларга юқори сезгирлик каби белгилар билан кечади.

Кўзғолиш даври тана ҳароратининг янада юқори кўтарилиши ва қутуришга жуда хос аломатлар — гидрофобия ва аэрофобия билан тавсифланади. Сув ичишга бўлган ўриниш ҳиқилдоқ ҳалқум ва қизилўнгач мушакларининг қаттиқ спазмига олиб келади. Бир пайтнинг ўзида хансираш, кўкариш, нафас қисиш хуружлари, оғизнинг қуриб қолиши, кучли чанқаш юз беради. Кейинчалик беморнинг сув ютишга кучи қолмайди, у ваҳима, кўрқув билан сувдан қочади. Суюқликнинг бирор бир тури юткун мушакларининг оғриқли титрашига— сиқилишига олиб келади. Бундай хуружлар бошқа таъсирловчилар — совуқ ҳаво оқими, ёрқин ёруғлик, қаттиқ, кучли товушлар билан ҳам чакирилиши мумкин. Касалликнинг бу

даврида онгнинг хиралашиши типига рухий бузилишлар юз беради. Асосан аниқ галлюцинациялар билан васвасалар, делирий, кучли аффектив қўзғолишлар кузатилади, бемор ўзини ва кийимларини тишлайди, ўзига жароҳат етказиши ва атрофдаги киши-ларга ташланиб қолиши мумкин. Касалликнинг кейинги даврида рухий ўзгаришлар, қўзғолиш ва мушакларнинг спазми фалажлар (асосан оёқ фалажи) ва гапириш (нутқ)нинг бузилиши билан алмашади. Беморлар типчланади, қалтирашлар йуқолиб, кийналмай сув ичади. Мана шундай «қаҳрли тинчланиш» (Н. М. Кроль) ўлим хабарчиси ҳисобланади. Улим 3—4 кундан кейин юрак етишмовчилиги белгиларининг кучайиб бориши билан юз беради. Баъзан жадал даволаш тадбирлари ёрдамида бемор умрини бир меча кунга чўзиш мумкин.

Бош мия бўлимларида яллиғланиш аломатлари кўринади— бош мия ва унинг пардаларида кучли гиперемия, геморрагиялар; бош мия тўқимасининг емирилиши, глиал хужайраларнинг пролиферацияси куилади, бу эса кўпича қутуриш тугунчалари ҳосил бўлишига олиб келади. Нерв хужайраларида, асосан аммон шохларида топиладиган Нигре таначалари ташхис жиҳатидан катта аҳамиятга эга.

Касалликни «ёлғон қутуриш»— психоген истерик синдромдан фарқлаш лозим. Бу синдром қутурганлик эҳтимоли бор хайвон тишлаган одамларда ривожланиши мумкин.

Касалликни даволаш натижа бермайди. Асосий эътибор касалликнинг олдами олишга қаратилади. Бунинг учун пастер эмлашларини иложи борица эрта бошлаш керак. Асосий профилактика тадбирларидан яна бири уй хайвонларини озода, тартибли сақлаш (қутурган хайвон ва итларни йўқотиш) ва кенг санитария-оқартув ишларини олиб боришдан иборатдир.

Менингит. Менингит бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи менингит бевосита мия пардаларининг инфекция билан зарарланиши туфайли келиб чиқади. Иккиламчи менингит эса ўчоқли ёки умумий инфекция касалликларда инфекциянинг лимфоген ва гематоген йўқ билан бош мия пардаларига тушиши туфайли келиб чиқади. Бирламчи менингитга Вексельман менингококки чақирган церебрал менингит, ўткир лимфоцитар хориоменингит, Коксаки ва ЕСНО вируслари чақирган ўткир менингитлар киради.

Иккиламчи менингитлар сабаби бўйича (стафилакоккли, стрептококкли) ва бирламчи инфекция жараённинг жойлашган ўрни бўйича фарқланади (отоген менингитлар).

Патогенези ҳар хил бўлишига қарамадан менингитда юзага келадиган рухий бузилишларга меингиал аломатлар мажмуаси ҳосилдир. Бу аломатлар мажмуаси доимо қаттиқ бош оғриши, овқат ейишга боғлиқ бўлмаган қусишлар, гиперкератоз кўринишлар, неврологик аломатлардан (энса мушакларининг таранглашуви, Брудзинский аломатлари) ташкил топади. Неврологик ҳолатда яллиғланиш жараённинг бош мия тўқимасига

ва чаноқ-бош мия нервларига ўтиши билан маҳаллий зарарланиш белгилари ҳам юзага келади. Уларга бош мия нервларининг жароҳатланиши, вестибуляр ўзгаришлар, Жексон эпилептик кўринишлари, нутқнинг бузилиши, геми-ва момопарезлар, сезгининг бузилишлари мисол бўла олади. Менингитда орқа мия суюқлиги босими ортади, хужайра элементларининг сони кескин ошади (плеоцитоз); оксил микдори ошади, альбумин-глобулин коэффиценти камаяди. Агар орқа мия суюқлиги типиклигича қолиб, плеоцитоз лимфоцитлар ҳисобига юз берса, серозли менингит дейилади. Йирингли менингитда орқа мия суюқлиги хира, унда полинуклеарлар кўпчиликни ташқил қилади.

Рухий бузилишлар даражаси менингитнинг этиологияси ва кечиш даражасига боғлиқдир. Жуда оғир, тез кечувчи жараёнлар (асосан йирингли менингитлар) онгнинг чуқур бузилишлари, яъни сопор ва кома билан кечади; бирмунча кенгил кечишда қулоқ битиши ҳолати кузатилади. Баъзи касалларда кучли ҳаракат кўзғолишлари, васваса, галлюцинациялар юз бериб, бу ҳолат тезда руҳиятнинг тушиб кетиши, ҳолсизлик ва адинамия билан алмашиниши мумкин.

Даволаш. Юқори дозаларда сульфаниламид препаратларини ва антибиотикларни қўллаш эпидемик церебротрофал ва иккиламчи йирингли менингитлар прогнозини бирмунча яхшилайдди. Замонавий ва тўғри даволаш туфайли бош миянинг турғун органик жароҳатланиш белгилари, шуингдек беморнинг жисмоний ва ақлий жиҳатдан ривожланишидан орқада қолиши кам учрамоқда. Бирламчи серозли вирусли менингитда носпецифик даволаш (бир неча марта орқа мия суюқлигини пункция қилиш, вена қон томирига уротропин юбориш, дегидратацио терапия) бемор аҳволини яхшилашга ёрдам беради. Онгнинг кучли даражада бузилишлари жуда кам учрайди.

Менингитнинг оғир асоратларидан бири — бош миянинг сурункали сув билан тўлиб қолишидир (водянка головного воз га).

Сил менингити. Касаллик асосан руҳий беморларда учраб, ички аъзолар силининг асорати ҳисобланади. Касалликнинг продромал даври (5—2J кун) ўзига хос кечади. Унга бош оғриши, вегетатив бузилишлар, руҳий ўзгаришлар хосдир. Касалликнинг бошида тана ҳарорати субфебрил бўлиб, кейинчалик 38—40°C даражагача кўтарилади; бош оғриши кучаяди, қусиш, менингиал симптомлар пайдо бўлади; орқа мия суюқлиги ўзгариши мумкин (унимг босими ошади, фибрин толалари ва сил таёқчалари топилади).

Рухий бузилишлар продромал давридаёқ пайдо бўлади: ҳолсизлик тез чарчаш, таъсирчанлик, уйқунинг бузилиши кузатилади. Агар даволаш эрта бошланса, руҳий бузилишлар асосан кайфиятнинг ўзгариши, яъни юқори кўзғалувчанлик ва депрессия ҳолатлари билан чегараланиб қолиши мумкин. Лекин кўпинча онгнинг қулоқ битиши типигаги бузилишлари учрайди. Бунда беморларда ҳолсизлик ҳеч нарсага қизиқмаслик, адинамия, бир саволни қайта-қайта такрорлагандан сўнг бир хил жуда қийин жавоб бериш каби белгилар кузатилади. Кейинчалик онг бузилишлари онейроид

ўзгаришли табиатга ва фантастик кўркув галлюцинациялари билан бирга келувчи ҳолатга ўтиши мумкин. Улар кўркув, қандайдир оғирлик ва ҳаракат кўзғалишлари билан бирга кечади. Ундан ташқари, тентакликка хос доимий хушчақчақлик импульсив ҳаракатлар, хуружлар каби ҳолатлар кузатилади. Кома ҳолати ўлимга олиб келиши мумкин.

Тўзалиш даврида эслашнинг қийинлашуви билан турғун бўлмаган амнестик синдром, умумий астения белгилари, тез чарчаш, ҳиссий беқарорлик, йиғлаш каби белгилар ҳам пайдо бўлади.

Даволаш. Стрептомицин ва бошқа силга қарши дори препаратларини қўлланиш клиникаси ва унинг оқибатини кескин даражада ўзгартириб юборди. Агар бу препаратлар билан даволанмаганда касаллик 3—4 ҳафтага бориб улим билан тугарди. Ўз вақтида даволаш бутунлай соғайишга олиб келади.

Сил менингити билан касалланган баъзи болаларда кейинчалик бош мия органик жароҳати белгилари на руҳий ривожланишдан ортда қолиши кузатилади.

БИРЛАМЧИ ЭНЦЕФАЛИТЛАРДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Бирламчи энцефалитлар бош мия тўқимасининг жароҳати туфайли аста-секин ривожланиб боровчи ўзгаришлар билан бирга кечади. Бунда ўткир инфекциялардан фарқ қилиб, биринчи ўринга умумий носпецифик реакциялар чиқмайди, аксинча, касаллиқнинг клиникаси инфекциянинг ўзининг хусусиятларига ва унинг бош мияга танлаб таъсир қилишига боғлиқ бўлади. Бу касалликлар гуруҳида Экономо типдаги эпидемик энцефалитни ва мавсумий вирусли энцефалитлар — канали ва чивинли энцефалитларни кўриб чиқилади.

Эпидемик энцефалитлар. Эпидемик энцефалит пандемияси вақтида (1916—1922) касалликнинг бутун қуриниши, унинг айрим икки-чаккирларигача Австрия олими Экономо ва унга боғлиқ бўлмаган ҳолда Россияда Я.М. Раймист ва А. М. Гаймановичлар томопидан ёзилган.

Касаллик кўзгатувчиси ҳалигача аниқланмаган. Касалликнинг кўпинча гриппдан кейин бошланиши сабабли унинг келиб чиқишида грипп вирусини асосий ролни ўйнайди деган фикр бор эди. Лекин кейинчалик бу назария исботланмаган. Ҳозирги пайтда эпидемик энцефалитнинг кўзгатувчиси деб филтрланувчи номаълум вирус ҳисобланади. У ҳаво йўқи орқали организмга тушади. Ҳозирги пайтда бу касалликнинг эпидемик тарқалиши кузатилмайди. Лекин спорадик ҳолда касалланиш ҳозир ҳам учрайди.

Патологик анатомияси. Касаллик марказий асаб тизими яллиғланиши билан кечиб, у асосан лимфоцитар инфилтрат ва мезоглиянинг

пролиферацияси билан тавсифламади. Бу ўзгаришлар асосан экстрапирамид тизимининг турли даражаларида жойлашади: тарғил танада, қора субстанцияда, кизил ядрога. Яллиғланиш жараёни ҳатто унинг сурункали даврида ҳам ўзлуксиз давом этади (паркинсонизм). Бош мия экстрапирамид тизимида яллиғланиш билан бирга дистрофик ўзгаришлар ҳам аниқланади. Қора субстанция хўжайраларида пигмент камайиб, бу хўжайралар ўлади. Натижада қора субстанция ўз рангини йўқотади.

Касалликнинг кечишида икки давр — ўткир (инициал) ва сурункали даврлар ажратилади. Ўткир — инициал давр клиникаси жуда хилма-хил. Бунда касаллик жуда тез, ўткир ва у кучли бошланиши мумкин. Ва, аксинча, касаллик баъзида ҳеч қандай клиник манзарасиз, алоҳида бир кўринишларсиз ҳам бошланиши мумкин. Мана шундай ҳолларда ташхис жуда кечикиб, касаллик сурункали эпидемик энцефалитга ўтгандан сўнг қуйилади. Бу прогнозни ва даволаш жараёнини қийинлаштириб юборади.

Касалликнинг ўткир бошланишида тана ҳарорати $37,5—37,8^{\circ}$, ҳатто ундан ҳам юқори бўлиши мумкин, бундан ташқари, ҳолсизлик, қувватсизлик, бош оғриши, уйқучанлик ҳам кузатилади. Касалликнинг бу даврида неврологик симптомлардан кўзни ҳаракатлантирувчи нерв бузилиши: диплопия, аккомодациянинг ўзгариши, птоз, конвергенциянинг етишмаслиги хосдир. Яна юз нервининг парези ва анизорефлексия ҳам пайдо бўлади. Кечаси кучаювчи гиперкинезлар — тремор, атетозлар, хорейсимон ҳаракатлар юзага келиши мумкин.

Эпидемик энцефалит ўткир даврининг асосий ва доимий аломатларидан бири — уйқунинг бузилиши ҳисобланади. Унинг бошқача номи «летаргик энцефалит» деб номланади. Бу аломат ўзоқ вақтгача касалликнинг бошланғич белгиси бўлиб қолиши мумкин. Баъзида дастлаб уйқунинг кунлик тартиби — формуласи ўзгаради. Беморлар кундўзи ухлаб, кечаси умуман ухлашмайди. Беморлар соатлаб чарчамасдан, уйқуга эҳтиёж сезмасдан кўзларини катта очган ҳолда ётадилар. Болалар ва ўсмирларда тунги уйқусизлик кўпинча умумий безовталиқ билан кечади. Беморлар маъносиз, бир хил — стереотип ҳаракатлар қилади: бир хил сўз ёки гапларни қайта-қайта такрорлайди. Умумий ҳаракат безовталиги доимий енгиб бўлмас уйқу ҳолати билан алмашади. Бу вақтда беморлар ҳар қандай ҳолатда — ўтирган, турган, ҳатто юриб кетаётганларида ҳам ухлаб қоладилар. Бундай уйқучанлик (летаргия) бир нсча кундан бир неча ойгача, ҳатто йиллар давом этиши мумкин.

Кўпинча вестибуляр — бош айланиши, юришда ҳадиксираш ва вегетатив — терлаш, вазомотор ўйинлар, саливация — сўлак ажралишининг кучайиши, полидипсия бузилишлари ҳам кузатилади.

Касалликнинг ўткир давридаги руҳий ўзгаришлар бошқа ўткир инфекциялардаги симптоматик психозларни эслатади. Бунда энг кўп делирий ҳолати кузатилади. Бу ҳолатда онгнинг хиралашуви кузатилади, атрофдаги нарсаларни нотўғри тасаввур қилиш, гиперкинезларнинг кучайиши,

кўрув галлюцинациялари ҳосдир (мусситирловчи делирий). Онгнинг янада чуқурроқ бузилишларида кўкув аффекти, юришга уриниш (ёки қочишга ўриниш), кўрув галлюцинация-ларининг кучайиши кузатилади.

Бу ҳолатда агар тремор бўлса, оқ алаҳлашни эслатади. Баъзан делирийдан сўнг апатик ёки апатико-абулик ҳолат юзага келади: бемор жуда ҳолсиз, апатик (бефарқ), атрофдаги нарсаларга қизиқиши йўқолади. Янада оғир ҳолларда касбга оид васвасалар ривожланади, бемор автоматик равишда беихтиёр ҳаракатлар қилади, гинеркииезлар кучаяди, конфабуляция пайдо бўлади.

Касалликнинг ўткир даврида яна руҳий ўзгаришлардан бири — бу кайфиятнинг бузилишидир. Кайфиятнинг ўзгариши депрессив типда кечиби, беморда ҳеч нарсага қизиқмаслик, кам ҳаракат қилиш, ўз-ўзини ўлдириш хаёллари кузатилади. Ундан ташқари, гипоманиакал ва натижасиз кўзғолишлар юз бериши мумкин.

Инициал даври 2—3 хафтадан 2—3 ойгача давом этади. Бир паитинг ўзида ўткир давр тўхташи билан руҳий бузилишлар ҳам йўқолади. Лекин бошқа ҳамма инфекцияларга хос, ўзок вақт давомида инфекциядан сўнгги астения ҳолати вужудга келади. Постинфекцион астепияга ҳолсизлик, тез чарчаш, хотиранинг пасайиши, таъсирчанлик, йиғдоқилик, кўнгил бўшлиги каби белгилар киради. Ўткир даврда бемор ўзок йиллар давомида худди бутунлай соғайиб кетгандай юради. Кейин сурункали даври бошланади. Лекин, баъзида ўткир даври бевосита тўғридан-тўғри сурункали даврга ўтиб кетади. Баъзан ўткир давр билинмасдан кечиши мумкин ва касаллик сурункали давр аломатлари билан юзага чиқади.

Сурункали давр клиникаси. Сурункали давр клиникаси жуда хилма-хил неврологик ва психопатологик аломатлар билан ажралиб туради. Неврологик бузилишлар кўзни ҳаракатлантирувчи мушаклар ҳаракати ўзгаришларида ўз аксини топади: конвергенция парезлари, диплопиялар, кўзнинг куч билан очилиши кабилар пайдо бўлади. Вегетатив бузилишлар аниқ юзага чиқади: кучли сўлак ажралиши, кўп терлаш, терининг мойли бўлиб қолиши, вазомотор бузилишлар юзага келади. Кўпинча моддалар алмашинуви бузилади: беморлар жуда тез ориқлаб ёки тез семириб кетиш мумкин. Ундан ташқари, сув, туз ва углеводлар алмашинуви ҳам бузилади.

Эпидемик энцефалитнинг сурункали даври учун **паркинсонизм синдроми** ўта даражада тавсифлидир (ригид-акинетик синдром). Бундай касалларнинг ташқи кўриниши ўзига ҳосдир: юзи ялтирайди, ёгли ва ниқоб-симондир. Мимикаси йўқ Бемор бирор нарсдан хафа ёки хурсанд бўлиши мумкин, лекин мимикаси бу ҳис-ҳаяжонни юзида акс эттирмайди, юзи котиб қолганга ухшайди. Ҳаракатлари секин ва бир хилда (брадикинезия). Бемор бирор бир ҳолатда соатлаб ўзгармасдан туради. Беморнинг юриши ҳаддан ташқари типик: бемор секин, майда қадам ташлаб, оёғини тиззадан сал букиб юради. Қўлларнинг ўзаро бир-бирига мутаносиб ҳаракати бўлмайди. Нигоҳи бир нуқтага қаратилган, йўналган бўлади.

Агонист ва антагонист мушакларнииг номўтаносиб қисқариши, таранглашиши туфайли ҳаракат қилмокчи бўлганида бемор олдинга, орқага ва ён томонга йқирилиши мумкин; пропульсия, ретропульсия, латеропульсия кузатилади. «Титили ғилдирак» номини олган феномен типик бўлиб, унда пассив ҳаракат мушаклар гипертониясининг ортишига олиб келади. Гапириш секинлашади, бир хил тонда, ҳис-ҳаяжоисиз; баъзан беморлар ярим сўзни айтиб, паўзадан сўнг гапини давом эттиради. Айрим ҳолларда бир хил гап ёки ҳаракатни тўхтовсиз қайтаради.

Орқа мия суюқлигида канд, оқсил, глобулин микдори сезиларсиз даражада ошади, баъзан хужайра элементлари — лимфоцит ва плазмоцитлар сони ошиб кетади.

Сурункали даврнинг психопатологик бузилишлари жуда хилма-хил ва у катта ёшдагилар ва болаларда бир хил кечмайди. Энг аввало руҳий фаолликнинг бирданига тушиб кетиши кузатилади. Бу беморнинг жуда тез чарчаши, ҳолдан тойиши билан тушунтирилади, бу ҳолат ҳамма руҳий жараёнларнинг — фикрлаш, диққат фаоллиги, аффективлик кучининг суеайишига олиб келади. Бундай беморлар ҳаддан ташқари секин юради, оғир ва танбалдир. Улар диққатни жамлаш ва тезлаштиришга қодир эмаелар. Уларнинг диққат қилиши мустақил эмас. Фикрлаш сусайган, секин бир хил бўлиб, баъзан беморнинг идроки ҳисобига фикрлаш зуўриққан ҳолда кучайиши мумкин. Фикрлашнинг бузилишига қарамасдан эпидемик энцефалитда эси пастлик кучли даражада ривожланмайди. Одатда билимлар йиғиндиси, хотира, ақл-хуши ўзгармайди, лекин тормозланиш жараёнларининг кучайиб кетиши оқибатида уларни аниқлаш анча қийинчилик туғдиради. Бу даврнинг ўзига хос психопатологик кўриниши бўлиб шилқим, тутуриқсиз ҳаракатлар ҳисобланади — ўз-ўзидан кулиш, йиғлаш ва ҳисоб-китоб қилишдир. Бу ҳаракатлар бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин.

Эпидемик энцефалитнинг нотипик вариантларида неврологик симптоматикалар ва айнан паркинсонизм тез ва аниқ даражада юзага чиқмасдан, балки руҳий ҳолатлардан кейин, кечроқ юзага чиқиши мумкин. Касалликнинг бу шакллари ўрганиш ва ёзиб қолдиришда бизнинг психиатрларимиз катта ҳисса қўшдилар. Ўзоқ йиллар давомида касалликнинг бу шакллари аниқланмасдан ва нотўғри ташхис қуйиб келинган. Уларга қўйидагилар киради:

Галлюцинатор-параноид шаклида кўриш орқали ҳис қилишнинг бузилишлари — иллюзиялар, галлюцинациялар ҳамда гиппалогик галлюцинациялар юз беради. Баъзан улар таъқиб, таъсир, зарар етказиш ва ўз-ўзига муносабат васвасалари билан кўшилиб келади. Булар билан уйқусимон онейроид ҳолат ўртасида аниқ боғлиқлик кузатилади. Кўпинча бу ҳолатлар, ҳаяжонлар туш қуришга ўхшаб кетади. Шизофрения касалларидан фарқ қилиб, бундай касаллар пассив равишда ўз васвасалари ҳақида гапириб берадилар; пароксизмда бўлмаганларида

васвасаларига танқид кўзи билан қарайдилар.

Психосенсор шаклида дастлаб алданувчи, ёлғон сезгилар пайдо бўлиб, кейинчалик неврологик ва паркинсонизм белгилари кўринади. Бунда дереализация, деперсонализация, эшитув, кўрув иллюзиялари, вестибуляр ўзгаришлар — бош айланиши, юришда ўзига ишонмаслик пайдо бўлади.

Прогнози. Сўнгги йилларгача оқибати ёмон деб ҳисоблаб келинган. Паркинсонизмнинг ривожланиши, тез берилувчанлик ва руҳий адинамия беморни иложсиз, ёрдамсиз ҳолатга ва охир оқибатда эса маразм ҳолида ўлишга олиб келади. Сурункали даврида ўлим (клиник ўлиш) 20—30% гача, ўткир даврида эса ундан ҳам юқори эди. Кейинги йилларда фармакотерапиянинг ютуқлари ва паркинсонизмни жарроҳлик йўқи билан даволаш туфайли прогноз анча яхшиланди.

Қиёсий ташхиси. Неврологик симптомлар яхши ривожланган бўлса, қиёсий ташхис қўйиш қийин эмас. Паркинсоник синдром билан кататоник синдром ўртасида маълум бир ўхшашлик бор. Бу эпидемик энцефалит билан шизофрениянинг кататоник шакли ўртасида қиёсий ташхис ўтказишни талаб қилади. Эпидемик энцефалит билан шизофрениянинг кататоник шакли фақат ташқи тарафдан қўйидаги белгилари билан бир-бирига ўхшайди.

Улар қўйидагилардир: васвасанинг, галлюцинация ва негативизмнинг йўқлиги, бемор билан коитактда бўла олиш, касалнинг ўз аҳволига танқидий баҳо бера олиши ва неврологик аломатлариинг мавжудлигидир. Эпидемик энцефалитда юзага келадиган васваса, галлюцинация, психопатологик аломатлар, зўриққан ва шилким хара-катларни (тутуриқсиз) шизофрениянинг галлюцинатор параноид ва неврозсимон шакллари билан адаштириб юбориш мумкин. Эпидемик энцефалитда аутизм, фикрлашнинг бўлиниши, паралогизм — ҳиссиётнинг шизофреник ўзгариши, негативизм бўлмайди.

Усмирлик давридаги касалликни қиёсий ташхис қилиш жуда қийин. чунки бунда биринчи ўринга характернинг руҳий патологик ўзгариши билан тентаклик аломатлари чиқади. Ўзига хос анамнез ва неврологик симптомаларнинг йўқлиги жараёндаи кейинги дефект деган хулосага олиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда ташхис қилиш текширув асосида қўйилади. Бўларнинг ичида биринчи ўринга фикрлашнинг бўлиниши чиқмайди. Балки фақат шизофреник стереотип ва вербигерацияга хос белгилар — тез чарчаш, бир хил тонлик юзага чиқади.

Бошқа органик касалликлардан (менингитлардан, менинго-энцефалит шикастлар ва бош мия ўсмасидан) эпидемик энцефалит касалликнинг ўткир даври ва неврологик аломатлар (экстрацирамидал, кўзни ҳаракатлантирувчи, вегетатив, уйқунинг бузилиш аломатлари) мавжудлиги билан фарқ қилади.

Даволаш. Касалликнинг ўткир даврида даволаш асосан иситмани туширувчи. дезинтоксикацион терапия ва икқиламчи инфскциянинг

олдини олиш мақсадида антибиотикларни қўдлашдан иборат.

Касалликнинг сурункали даврини даволаш учун жуда кўп хилма-хил даволаш воситаларидан фойдаланилмоқда. Уларнинг кўпчилиги паркинсонизмни даволашда ёрдам беради. Уларга аргон, депоркин, бенодрин, кенадреин, мератран, мильтоун ва бошқалар киради, улар кам заҳарли бўлгани учун уларни йиллаб ишлатиш мумкин. Кўпгина беморларга бундай даволаш сезиларли энгиллик беради. Уларнинг камчилиги шундаки, улар фақат аломатларгагина таъсир қилади. Агар дори воситалари беморга берилмаса, касаллик белгилари яна юзага чиқаверади. Кейинги йилларда паркинсонизм жарроҳлик йўқи билан даводанмоқда — хемопаллидоктомия.

Эпидемик энцефалитнинг психотик шаклларида нейрорептик воситалар қўлланилади. Бу воситаларни анти-паркинсоник препаратлар билан қўшиб бериш яхши натижа беради, яъни руҳий ўзгаришлар интенсивлиги камайиб, ҳатто йуқолиб кетиши мумкин. Агар нейрорептикларни ўзок вақт қабул қилинса, паркинсон синдромига ўхшаш белгилар юзага келиши мумкин.

Касалликнинг психосенсор шаклида психосенсор, вестибуляр ва вегетатив бузилишлар аниқ юзага чиқса, мебедрa препарати яхши натижа беради. У кунига 150—250 мг дан 8—12 ҳафта давомида қабул қилинади.

КАНАЛИ (МАНСУМИЙ, БАҲОР-ЎЗГИ) ЭНЦЕФАЛИТ

Касаллик одатда май ойининг биринчи ярмидан бошлаб аниқланади (бу пайтда кана личинкадан етук шаклигача усади).

Патологик анатомияси. Канали энцефалит бош мия тўқимасининг яллиғланиши дистрофик ўзгариши билан ҳарактерлаиади. Ўзгаришлар тарқалган — диффуз бўлиб, бутун бош мия, кўпроқ орқа миянинг буйин-елка калинлашган қисми зарарланади. Асосан олдинги шохнинг мотор ҳужайралари зарарланади, ўлади. Бу жараён кучли ривожланган яллиғланиш реакцияси билан бориб, натижада лимфоцитар инфильтрат ва яллиғланиш тугун-чалари ҳосил бўлади. Дистрофик ва яллиғланиш жараёнлари касалликнинг сурункали даврида ҳам сунмайди. Уларни марказий асаб тизимининг ҳамма даражаларида учратиш мумкин.

Клиник манзараси. Касаллик даврида руҳий бузилишлар неврологик симптомлардан олдин, улар билан бир вақтда ва касалликнинг сурункали даврида юзага чиқиши мумкин. Касалликнинг ўткир даврида онг бўзилиши асосан кулоқ битиши кўринишида, қисман эса сопор ёки кома кўринишида бўлади. Беморда тана ҳарорати кўтарилади, аниқ менингиал аломатлар, бош оғриши, оёқ ва қўл мушакларининг хасталамиши билан бир қаторда кўрқув, бсзовталиқ, баъзан эйфория ва делирий ҳолати кузатилади. Касалликнинг оғир шаклида делирий аментив ҳолатга ўтиб кетиши

мумкин. Ярим ўткир даврда эса субфебрил ҳарорат, парезлар, мушаклар атрофияси фонида галлюцинатор-параноид, психосенсор маниакал синдром, аментив синдромлар билан бирга шизофренияга ўхшаш ҳолатлар кузатилади. Инфекциядан сўнгги астения ҳолати ўзоқ вақт сақланади.

Касалликнинг сурункали прогрессив кечиши органик кўринишидаги эси настликка, маразм билан кечувчи Кожевников эпилепсиясига ва охир оқибатда ўлимга олиб келади.

Даволаш. Реконвалесцентлар ва гипериммун ҳайвонлар зардоби, шунингдек симптоматик препаратлар ишлатилади.

Профилактикаси. Профилактика мақсадида махсус эмлаш ўтказилади: кана ва кўғирчоқларини етилиш даврида йўқотиш керак; тайгада махсус мосланган кийим кийиш зарур. Репеллентлар—каналарни қўрқитувчи, ҳайдовчи воситалардан фойдаланиш керак.

ЯПОН ЭНЦЕФАЛИТИ (ЧИВИНЛИ ЁКИ ЁЗГИ)

Касаллик чивиннинг баъзи турлари орқали ташилади, юктирилади. Касалликнинг тарқалиши уларнинг учиш даврига боғлиқ. Бу касаллик Японияда, Маньжурия, шунингдек Узоқ Шарқда учрайди.

Патологик анатомияси. Бош мия тўқимасининг шиши, гиперемияси ва микрогеморрагиялари билан тавсифланади. Патологик ўзгариш диффуз бўлиб, кўпроқ ўрта мия, пўстлоқ ости ҳосилалари, таламо-гипоталамик зона, алоҳида ҳолларда эса вароли кўприги ва ўзунчок мия шикастланади. БОШ мия пўстлоғида бу жараёнлар ҳар хил интенсивликка эга: масалан, пешона соҳасида бошқа соҳаларга нисбатан кучли жараён кетади (шикастланиш жараёни).

Клиник манзараси. Касаллик шиддатли, тез ўтади. Касалликнинг ўткир даврида тана ҳароратининг баландлиги, менингит, менинго-энцефалитлар билан бирга онг бузилишлари, ҳаракат қўзғолишлари ва мушаклар гипертонияси кузатилади. Мушаклар гипертонияси тезда гемипарезлар, мушаклар кувватсизлиги, атонияси билан алмашади. Инфекциядан кейинги астеник ҳолат ўзоқ сақланади.

Касалликнинг сурункали даврида фалажлар ва эси пастлик каби қолдиқ ҳолатлар юзага келади. Уларнинг фонида касаллик қайталаниши ва шизофренияга ўхшаш аломатлар пайдо бўлиши мумкин.

Касалликнинг 50% ва ундан кўпроғи ўлим билан тугайди.

Даволаш. Махсус терапия реконвалесцент ва гипериммун ҳайвонлар зардобини ишлатишдан иборат. Симптоматик терапия юрак-қон томир фаолиятини яхшилашдан, қўзғолишларни тугатишдан (аминазин) ва гемипарезларга қарши курашишдан иборат. Даволаш қанча эрта бошланса,

шунча яхши натижа беради. Профилактикаси чивинларга қарши курашиш ва жойларни махсус ишлашдан иборат.

БОШ МИЯ ЗАХМИ ВА ЎСИБ БОРУВЧИ ФАЛАЖЛИКДА

РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Бош мианинг захмдан шикастланиши туфайли 2 та ҳар хил касаллик келиб чиқиши мумкин.

- 1) миё захми,
- 2) ўсиб борувчи фалажлик.

Ҳозирги давр руҳий касалликлари клиникасида бу касалликлар кам учрайди, чунки, биринчидан, ҳозирги пайтда захмга қарши кураш яхши йўқга қўйилган. Иккинчидан, ҳозирги замон даволаш усуллари натижасида бош мианинг захмдан зарарланиши камайиб кетган. Бир хил этиологик келиб чиқишга эга бўлган бу иккита ҳар хил касаллик бир-биридан клиникаси ва прогнозига кўра тубдан фарқ қилади. Бош мианинг захм натижасида шикастланиши захмдан даволанмаган ва даволаш охиригача олиб борилмаган кишиларда учрайди.

Бу патологиянинг юзага чиқишида қўйидаги қўшимча омиллар ҳам катнашади: шикастланишлар (травмалар), заҳарланишлар (интоксикациялар), жумладан сурункали ичкиликбозлик оғир соматик касалликлар ва бошқалар. Захм касаллигининг тарихи оқиш спирохеталарнинг ва инсон организмнинг ўзгаришларга қарши курашининг ҳамда мослашганлигининг яққол мисоли бўла олади.

Спирохета суяк емирувчи микроорганизмдан, бутун ички аъзолар ҳамда асаб тизимининг ишини бўзувчи ашаддий душманга айланади.

Бош миё захми нейро захмнинг илк шакли бўлиб, оқиш спирохетадан зарарлангандан кейин 5—7 йил ўтгач юзага чиқади. Бош мианинг эрга шикастланиш ҳоллари ҳам кузатилади.

Бу касалликда биринчи навбатда бош миё қон томирлари, бош миё қобиқлари шикастланади, камроқ ҳолларда миё моддасида гумма ҳосил бўлади. Бош миё қобиқларининг шикастланиши менингит ҳамда менинго-энцефалит касалликларига олиб келади.

Бош миё қон томирларидаги патологик жараён юмшаш ўчоғи ҳосил бўлишига ёки қон томирлар ёрилиши ҳамда қон қўйилишига олиб келади.

Бош миё захмида руҳий бузилишлардан ташқари, неврологик ва соматик бузилишлар ҳам кузатилади.

Неврологик симптомлар полиморф бўлади ва қўйида-гиларни ўз ичига олади:

1) умумий мия аломатлари—бош айланиши, бош оғриғи, кўнгил айнаши, кусиш;

2) ўчоқли аломатлар—агнозия, апраксия, афазия, анизокория, лаб бурмаларининг силлиқланиши, птоз, эшитишнинг сусайиши, Аргайл—

Робертсон синдроми ва бошқалар.

Соматик бузилишларга бир қатор ички аъзоларнинг (юрак, аорта, жигар, буйраклар ва бошқалар) захм натижасида шикастланишлари киради.

Рухий бузилишлар неврозсимои бузилишлар билан тавсифланади, (тез чарчаш, кўзғалувчанлик, диққат-этиборнинг пасайиши, агриппия ва бошқалар), ареактив (дистония, дисфория, эйфория), хиссий бўшанглик ва тафаккур бузилишлари (хотираининг пасайиши, парциал ақли пастлик) билам камдам-кам ҳолларда васваса ва галлюцинациялар кузатилади.

Бош мия захми, қаерда бирламчи захм билан зарарланиш белгилари ривожланган бўлса, ўша жойда ривожланади ва бундан олдин неврозахм ривожланган бўлиши шарт эмас.

Бош мия захмининг кеч ривожланиши бош мия нервлари шикастланишидан бошланади, кейин қон томирлари орқали мия асосига ўтади ва ички аъзоларни (аорта, юрак) шикастлайди.

Бош мия захмидаги бош оғриғи яллиғланиш ёки қон томирлар шикастланиши натижасида эмас, балки токсикоз сабабли келиб чиқади. Бош мия захмининг ҳамма турлари учун ўчоқлилик, клиник белгиларининг ҳар хиллиги, кечишининг нотекислиги, баъзан тўлқинсимон, баъзан тез-тез оғирлашиш ва енгидлашиш юзага чиқиши хосдир. Мия пўстлоғининг сустлашуви тормозланиш жараёнларининг сусайишига олиб келади. Шунинг учун неврозсимон ва психопатсимон кўринишлар доимий бўлиб қолиши мумкин. Шундай қилиб, бош мия захмининг қўйидаги клиник турлари фарманани

Менингиал тури. Патологик жараён менингит ёки менингоэнцефалит кўринишида ўткир, ўртача ўткир ёки сурункали кўринишда кечиши мумкин. Ўткир даврида кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, ҳароратнинг кўтарилиши (юқори даражаларгача) кузатилади. Шу ҳолатда типик менингиал белгилар (энса мушакларининг ригидлиги Керниг симптоми, Брудзинский симптоми ва бошқалар) ни аниқлаш мумкин. Бўлардан ташқари, кулоқ битиши, алаҳлаш, кўрқув, кўзғалувчанлик, делирий ва эпилептик қалтирашларни кузатиш мумкин. Сурункали кечишда аломатлар редуцирланган, яширин бўлади. Беморларни озгина бош оғриғи безовта қилади, улар кўзғалувчан, эзилган, аффектив реакцияларга мойил бўлади. Қорачиқ бузилишлари кузатилади. Вассерман реакцияси мия суюқлигида мусбат бўлади, қонда бу реакция манфий бўлиши ҳам мумкин. Мия суюқлигида енгил лейкоцитоз ва оксиллар (глобулинлар) микдори ошган бўлади. Қолге реакцияси қонда сифилитик чандиқ борлигини кўрсатади.

Апоплексияга ўхшаган тури. Бош мия захмининг типик қон томир кўринишига киради. Бу турдаги патологиянинг асосида мия қон томирлари интимасининг сифилитик шикастланиши ётади. У ўз навбатида қон томирларнинг окклюзиясига (берқилишига) ёки қон томири деворининг ёрилишига ва қон қўйилишига олиб келади. Касалликнинг клиник кўриниши кичик ёки катта қон томирларининг шикастланишига ҳамда бу жараён натижасида келиб чиққан ўчоқли бузилишлар сонига ва жойлашишига боғлиқю Беморлар аҳволида неврологик бузилишлар (гемипарезлар, бош мия нервларининг бузилишлари, апраксия, афазия ва бошқалар) устун туради, Бош мия захмида инсультлар ўрта ёшдагиларда (35—45) учрайди, бир неча марта қайтариледи ва касалликнинг бошланғич даврларида юзага чиқади.

Тез-тез учраб турадиган инсультлар (апоплексиялар) тезда тикланиши билан мия захмини гипертоник спазм, тромбоз ва геморрагиялардан фарқлашда муҳим аҳамиятга эгадир.

Бироқ қайталанувчи инсультларда ўчоқли нозологик симптоматика турғунлашиб ва қайтмас бўлиб қолади. Инсультлар онгнинг хиралашиши, эпилептик тутқаноқлар билан биргаликда кузатилади. Касалликнинг ривожланиб бориши билан парциал онг ақли пастлик ҳам кучайиб боради. Тафаккурнинг заифлашуви хотиранинг ўсиб борувчи сусайиши билан кечади, бунда асосан яқинда бўлиб ўтган воқеаларни эслаш қийинлашади. Тафаккурнинг ва хотиранинг дағал бузилишларига қарамасдан беморларда ўз аҳволига танқидий муносабат сақланади.

Эпилепсиясимон тури. Қалтираш, тутқаноқ ривожланиши билан тавсифланади. Захмининг бу кўриниши менингоэнцефалит, гумма, эндоартритлар сабабли ривожланиши мумкин. Қалтироқ тутқаноқлари билан биргаликда кайфиятнинг дисфория кўринишида бузилиши, парциал ақли пастликнинг ҳам кучайиб бориши муҳим аҳамиятга эгадир. Неврологик аломатлар эпилептик ўчоқнинг жойлашишига қараб турлича бўлади.

Гуммоз тури. Клиник кўриниши гумманинг катталигига ва жойлашишига боғлиқ бўлади. Кўплаб майда гуммалар ҳосил бўлишида психо-органик синдром ривожланади. Катта гуммалар бош мия босимининг ошишига ва кўз тубининг ўзгаришига олиб келади.

Галлюцинатор- параноид тури. Касалликнинг бу турининг клиник кўринишида неврологик аломатлар билан бир қаторда васваса ҳамда галлюцинациялар бўлади. Галлюцинациялар асосан эшитиш галлюцинациялари (Плеут галлюцинози), кам ҳолларда кўриш галлюцинациялари кўринишида бўлади. Беморнинг уларга муносабати баъзида танқидий бўлади. Одатда улар турғун бўлади ва кам мавзулиги билан фарқланади. Васваса ғоялар (кўпинча таъкиб васвасаси) фабуласи оддийлиги билан тавсифланади ва беморнинг атрофдагилари билан боғлиқ Эшитиш галлюцинациялари, таъкиб васвасаси, таъсир васвасаси, ўғрилик, рашк васвасалари, баъзида ўзини жиннича тутиши мия захмини шизофренияга

ўхшаш қилиб қўяди. Захм бошқа ҳар қандай инфекция каби пўстлоқнинг фаол тормозланишини бузади. Табиий ҳамда сунъий рефлексларни сусайтиради, тормозланишнинг гипноид фазасига олиб келади ва ўзгаришлар захм ҳамда шизофрениянинг ўхшашлигини келтириб чиқаради. Бирок бош мия захмида шизофренияга хос типик ўзгаришлар: аутизм, негативлик, эмоционал бўшлиқ кузатилмайди. Мия захмида эса шизофренияга хос бўлмаган хотира бузилишлари, санашнинг бузилиши, қўзғалувчанлик баъзида қисман ўз касаллигига танқид кузатилади. Захмнинг шизофрениясимон тўрининг асосида токсик энцефалопатия на майда қон томирлар эндоартрити ётади.

Захм сохта фалажи

Полиморф аломатлар асосан неврологик бузилишлар билан тавсифланади. Бой психопатологик аломатлар билан биргаликда кузатилади. Беморлар тўсатдан, баъзида ўз-ўзидан бефарқ, тутуруксиз бўлиб қоладилар, бемаъни қилиқ қилиши, эйфория, танқидининг камайиши ва ўзини ғаройиб тутиши, шунингдек, баъзида буюклик васвасаси бўлиши ўсиб борувчи фалажликка шубҳа қилишга асос бўлади. Кўпинча беморларнинг кайфияти ўзгариб туради, баъзи беморларда депрессия ҳамда ноҳуш ипохондрик васваса устун туради.

Ривожланаётган ақли пастлик хотиранинг дағал бузилишлари кўринишида юзага чиқади. Хотиранинг бу бузилишлари атроф муҳитда мўлжал қилишнинг бузилиши даражасигача етади. Бу бузилиш ўз навбатида конфабуляция ва псевдореминесценциялар билан биргаликда кузатилади. Ўсиб борувчи фалажликдан фарқли равишда ёлғон фалажликда рухий фаолият бузилишларининг нотекислиги кузатилади. Хотиранинг дағал бузилишларида бемор бирор нарса орқали хотирани сақлайди, ўз касаллигини буйнига олиши узок муддатгача сақланади, бу ҳолатларнинг кузатилиши ўсиб борувчи фалажликка хос бўлган, чуқур ақли пастлик ҳақида гапиришга йўқ қуймайди.

Яхши ривожланган неврологик симпатоматика, беморнинг гапириши ва дастхатининг ўзгариши ўсиб борувчи фалажлик билан касалланган беморларга хос бўлиб, ёлғон фалажликда кузатилмайди ва инкубацион даври жуда қисқа бўлади.

Ўсиб борувчи фалажликда яхши натижа бермайдиган махсус да волаш усули кўп ҳолларда ёлғон фалажлик аломатларини тўлиқ йўқотади.

Туғма захм

Туғма захмнинг проградиянт ва проградиянт бўлмаган (деструктив ва дистрофик захм) турлари фарқланади.

Проградиент турида ривожланиш нуқсоилари билан бир қаторда (Гетчинсон учлиги, эгарсимон бурун, минорасимон калла суяги), олигофрения (имбецил) белгилари кузатилади. Шунингдек қалтираш тутқаноқлари ҳамда ҳар хил неврологик белгилар ҳам кузатилади.

Прогредиент турида вақт ўтиши билан олигофрения белгилари кучаяди, уларга неврологик ва руҳий бузилишлар ҳам қўшилади. Буларга эпилепсиясимон тутқаноқлар, инсультлар, фалажлар ва онг бузилишлари киради.

Туғма захмининг морфологик асосини махсус менингоэнцефалитлар, эндоартритлар, гуммалар ташкил қилади.

Бош мия захмининг серологик ташхиси Вассерман, Закс—Георгиев, Кан ва бошқа реакцияларнинг қон ва мия суюқлигида доимий мусбат бўлмаслиги сабабли қийинлашади. Бу реакциялар баъзида кескин мусбат, баъзида эса манфий ҳам бўлиши мумкин. Ланге реакцияси ҳамма вақт ҳам специфик бўла олмайди.

Даволаш. Мия захмини антибиотиклар ва захмга қарши махсус дорилар ёрдамида даволанади. Антибиотиклардан кўпинча пенициллин ўртача 14 млн бирликда қўлланилади. Махсус препаратлардан висмут ҳосилалари: бийохинол мушаклар орасига 2 мл дан кунора, курсга 50 мл белгиланади. Бисмоверол курсга 20 мл мушаклар орасига 1 мл дан кунора. Йод препаратлари ҳам қўлланиши мумкин. Пенициллин билан даволашда руҳий ҳолат ўртача 3—4 хафтадан кейин яхшиланади.

Усиб борувчи фалажлик

Ўсиб борувчи фалажлик бу сифилитик менингоэнцефалит бўлиб, тез оғирлашиб борувчи руҳият ва шахсиятнинг тотал парчаланишидир. Бунда ҳар хил (психотик) руҳий бузилишлар, маълум бир неврологик ўзгаришлар ва қон ҳамда мия суюқлигининг махсус серологик ўзгаришлари кузатилади. Даволанмаган ўсиб борувчи фалажлик 2—5 йил давомида маразм ва ўлимга олиб келиши мумкин. Ўсиб борувчи фалажлик уни биринчи марта 1822 йилда алоҳида руҳий касаллик сифатида ажратган француз психиатри Бейл номи билан аталади. Ҳозирги вақтда бу касаллик жуда кам учрайди. Мия захмининг ўсиб борувчи фалажликка ўтиши мумкин бўлишига қарамасдан у жуда кам учрайди.

Агар захм терининг камроқ ўзгаришлари билан кечса ва беморлар етарлича даволанмаса, 7—15 йилдан кейин улар кўринишидан соғлом бўлишига қарамасдан усиб борувчи фалажлик ривожланади. Ўсиб борувчи фалажликнинг сифилитик этиологияси ҳам клиник, ҳам лаборатория усуллари билан тасдиқланган.

Япон тадқиқотчиси Ногухи (1913) ўсиб борувчи фалажлик билан касалланган беморларнинг миясидан оқиш трепонемаларни топган. Бирок бу касалликнинг натогенези ҳали аниқланмаган. Захм билан касалланган беморларнинг фақат 5 фоизи ўсиб борувчи фалажлик билан касалланади.

Захмнинг бундай кечиши билан боғланган омиллар ҳақида ҳар хил фикрлар мавжуд. Масалан, наслдан-наслга ўтиши, кўшимча зарарли таъсирлар (алкоголизм, бош мия жароҳатлари ва бошқалар), трепонеманинг алоҳида нервларни шикастлайдиган штаммларининг бўлиши, етарлича даволанмаслик ва, аксинча, ўта интенсив даволаш ва бошқалар. Бироқ бўларнинг ҳеч бири ҳали тўлиқ тасдиқланмаган. Ўсиб борувчи фалажликнинг кечишида кўйидаги даврлар фарқланади:

- 1) бошланғич даври (неврастеник даври),
- 2) гуллаш даври (стадия расцвета),
- 3) касалликнинг оқибати даври.

Касалликнинг бошланғич даври ўта кўзғалувчанлик, тез чарчаш, иш қобилятининг сусайиши, бош оғриқлари ва уйқунинг бузилиши кўринишидаги псевдоневрастеник аломатлар билан тавсифланади. Касалликнинг бошланишидан бу белгилар беморнинг ўзини ахлоқий нотўғри тутиши, умумий қабул қилинган хиссий меъёрлардан четлаши каби шахс ўзгаришлари билан кузатилади. Беморлар ўз-ўзига танқид билан қарашининг камайиши натижасида атрофдагилар билан муомала қилиши, уялувчанлиги ва олдин хос бўлган одамийлигини йўқотади. Беморлар кераксиз нарсаларни ҳарид қилади, сексуал томондан тормозланган бўлиб қолади. Мана шу босқичнинг ўзида уларнинг интеллектуал ожизлиги кузатилади. Неврологик ҳолатида эса Аргайл—Робертсон синдромининг мусбатлиги аниқланади.

Касалликнинг гуллаш даврида тафаккурнинг сусайиши ва шахсият ўзгаришлари янада дағалроқ ва яққолроқ бўлиб қолади. Беморлар учун хотиранинг ёрқин бўзилишлари, ўз аҳволига баҳо бериш хусусиятларининг йўқлиги тавсифлидир.

Беморларнинг ўзини тутишида кўполлик, боғланганлик сексуал тормозланганлик кабилар устун туради. Уларнинг кайфияти кўтарилган (эйфория), ёрқин эмоционал лабиллик ҳолатида бўладилар, камроқ ҳолларда депрессив кайфият бўлади. Ўсиб борувчи фалажликнинг баъзи турларида ўзини катта тутиш васваса ғояси кузатилади, камроқ ҳолларда таъкиб васвасаси ва ипохондрик васваса кузатилади. Аста-секин диффўз, тотал ҳарактерга эга бўлган ақли пастлик ошиб боради.

Бу босқичда неврологик текшириш ўтказилганда Аргайл — Робертсон симптоми мусбат бўлади, миаз, мидриаз, анизокория, скандирлашган гапириш, бурунлаб бурмаларининг асимметрияси, юзнинг салқиганлиги, тилнинг қийшайганлиги, риполалия, логалия, дастхатининг бузилиши, аграматизмлар ҳам кузатилади. Бўлардан ташқари, пай ва ахилл рефлексларининг ҳам бўлмаслиги ҳарактерлидир. Бу босқичда соматик ўзгаришлар аорта шикастланиши (60—80% ҳолларда) ҳамда жигар ва ўпка шикастланишлари кўринишида бўлади.

Гуллаш босқичида у ёки бу психопатологик синдромларнинг уступ туришига қараб ўсиб боровчи фалажликнинг ҳар хил турлари фарқ қилинади. Улар паралитик деменция ривожланишининг босқичлари ҳисобланади:

1. Демент ёки оддий тури.
2. Эйфорик тури.
3. Экспансив тури.
4. Депрессив тури.
5. Циркуляр тури.
6. Галлюцинатор-параноид тури.
8. Атипик турлари:
 - а) табопаралич:
 - б) Лиссауер фалажлиги.

I. Демент тури (40—60% учрайди) апатия, ланждик, яхши руҳият фонида тотал ақли пастликнинг ўсиб бориши билан тавсифланади. Беморлар секин-аста атрофдагилар билан алоқасини йўқотади, ланж, фаолиятсиз бўлиб қолади, ўзига-ўзи хизмат қилиш қуникмаларими йўқотади.

II. Эйфорик тури (20—30%) яхши эйфорик тотал деменция билан тавсифланади, уларда ўзини катта тутиш васвасалари кузатилади.

III. Экспансив, маниакал ёки классик тури (10—20%). Яхши кайфиятли, эйфорик, баъзида эса дағаллик билан алмашиб туриши билан тавсифланади. Улар учун ўзини катта тутиш ва бойлик васвасалари хосдир. Беморларнинг ўзини тутиши уларнинг фикрича умуман тўғри келмайди. Касалликнинг бошланғич даврларидан ўз касаллигига танқид бўлмайди, ақли пастлик ошиб боради.

IV. Депрессив тури, деменция фонида ривожланадиган ҳар хил даражадаги депрессив синдром борлиги билан тавсифланади. Котар васвасагача бўлган депрессив-васваса ғоялари бўлиши мумкин. Паралитик депрессия ҳолатида кўпинча кўрқувли кўзғалувчанлик юзага келади ва беморлар ўзларини ўлдиришга, суицидал ҳаракатларга ўринадилар.

V. Циркуляр тури жуда кам учрайди. Ўсиб боровчи деменция фонида депрессив ва маниакал синдромларнинг алмашилиб туриши билан тавсифланади.

VI. Галлюцинатор-параноид тури (2—3%).

Эшитиш галлюцинациялари, псевдогаллюцинациялар, еistemалашган таъкиб, таъсир васвасалари бўлиши билан тавсифланади.

Кататоник турдаги кўзғалиш ёки ступор кузатилиши мумкии.

VII. Тутқаноқли тури—эпилепсиясимон қалтирашлар тутқаноғи, паралитик инсультлар билан биргаликда учрайди.

VIII. Атипик турлари.

Табопаралич—кучайиб борувчи фалажлик белгилари ғоз юриш (орқа мия сухтаси) белгилари билан биргаликда учрайди.

Лиссауер фалажлиги касалликнинг эрта даврларида ўчоқли неврологик белгилар бўлиши билан характерланади.

Кечиш табиатига қараб кучайиб борувчи фалажликнинг стационар ва амитирланган турлари фарқланади.

1. Стационар тури—ўзок кечувчи (10 йил ва ундан ортик) демент туридир.

2. Амитирланган тури кам учрайди, ёмон сифатли кечиши, ўсиб борувчи психомотор кўзғалиш бўлиши, ўткир васваса ва бир неча ойдан кейин беморнинг ўлими билан тугаши билан тавсифланади. Касаллик бошланаётганидан бир неча ҳафтадан кейин ўлимга олиб келса галопирлашган тури дейилади.

Ювенил кучайиб борувчи фалажлик туғма ёки ёшлик пайтида орттирилган захм натижасида келиб чиқади. У кўпинча болаларда 10—15 ёшида бошланади, узоқ муддат (6—10 йил) давом этади ва демент тури кўрилишида кечади. Ўз вақтида бошлалган даволаш чоралари беморнинг ҳаётини сақлаб қолади, бироқ улар кейинги интеллектуал ривожланишини йўқотади.

Касалликнинг оқибати даври манифестациядан 2—5 йилдан кейин ривожланади. Улиг учун руҳий фаолиятнинг тўлиқ емирилиши, трофиканинг ва модда алмашинувининг оғир бузилишлари, турғун фалажликлар хосдир. Ўлим инфекция кўшилиши натижасида организмнинг ареактивлиги сабабли юз беради.

Лаборатория текширишлари. Касалликнинг гуллаши даврида қон ва орқа мия суюқлигида Вассерман реакцияси, оқиш трепонемаларни имобилизация қилиш реакцияси ва иммуно-флюоресценция реакциялари мусбат бўлади. Мия суюқлигида хужайралар сонининг ортиши (плеоцитоз) характерлидир. Глобулин реакциялари мусбат бўлади мия суюқлигидаги оксилларнинг умумий микдори меъёрдан 2—3 баробар ошган бўлади.

Коллоид реакциялари (Лани реакцияси) орқа мия суюқлигида тавсифли 1-пробиркада максимал тушадиган паралитик эгри чизикни кўрсатади.

Фарқловчи ташхис. Бошланғич клиник белгиларига қараб кучайиб борувчи фалажликни аниқлаш катта амалий аҳамиятга эга. Чунки бош миёда яллиғланиш жараёни натижасида келиб чиққан ўзгаришлар сабабли юзага келадиган рухий бузилишлар даволаш натижасида кузатилиши мумкин. Кучайиб борувчи фалажликни миё захмининг қон томир туридан фарқлашда қийинчиликлар келиб чиқиши мумкин. Кўп ҳолларда миё ярим шарларининг пешона бўлагининг усмаларидан фарқлашда ҳам қийинчиликлар содир бўлиши мумкин. Қариларда сенил ёки қон томир деменциясидан фарқлашда қийинчиликлар туғилади. Бундай ҳолларда орқа миё суюқлигини текшириш, неврологик ҳолат ва касаллик кечишининг ўзига хослиги ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Ҳозирги пайтда зурайиб борувчи фалажликни даволашда антибиотиклардан фойдаланиш даволаш усулининг энг яхши тури ҳисобланади.

Бир курс даволашга 12 дан 20 млн гача пенициллин қўлланилади. Шундай даволашдан 6—8 курс ўтказилади. Курслар ораеидаги танаффус 15—60 кунгача бўлиши керак.

Баъзан пенициллинотерапия билан биргаликда пиротерапия (маляротерапия—безгак билан касалланган беморнинг қони мушаклар орасига юборилади) қўлланилади. Бунда бемор тана ҳароратининг кўтарилиши оқиш трепонеманинг яшаш шароитини бузади, улар фақат 37° да яшай олади.

Безгакнинг 8—12 тутқаноғидан кейин безгакка қарши даволаш ўтказиш керак, кейинги курсида пенициллинотерапия давом эттирилади.

Прогнози. Зўрайиб борувчи фалажликни даволашда антибиотикларни қўллаш касалликнинг прогнозини яхшилади. Амалиёт шуни кўрсатадики, 20% беморларда яхши даволаш натижаси олинади, улар ўзларининг олдинги фаолиятига қайтадилар. 40% беморларда даволаш кам натижа беради, бунга сабаб уларда тафаккур —хотира бузилишлари яққол ривожланган бўлади. Беморлар ўз-ўзларига хизмат қилишлари мумкин. 40% ҳолларда даволаш жуда кам натижа беради, турғун ижтимоий-маиший мослашмаслик юзага келади.

10-БОБ

ЗАҲАРЛАНИШ (ИНТОКСИКАЦИОН) ПСИХОЗЛАРИ

Заҳарланиш психозлари ҳар хил заҳарли моддалардан ўткир ёки сурункали заҳарланиш натижасида келиб чиқади. Бундай заҳарли моддалар жуда ҳам кўп, бунда уларнинг кўпчилиги организмга кичик дозада ёки бир марта юборилганда ҳеч қандай зарар етказмайди, бироқ катта дозада ёки ўзоқ вақт давомида қўлланилганда оғир оқибатларга олиб бориши мумкин.

Кейинги вақтларда заҳарли моддаларни қўллаш одат тусига кириб бормокда. Алкогол ана шундай энг кўп тарқалган моддалардан биридир.

Заҳарланиш психозлари, шунингдек касбга хос (тетраэтилкўрғошин, антифриз, симоб, маргимуш, фосфорорганик ва бошқа бирикмалар) заҳарланиш заминида ҳам ривожланиши мумкин. Даволаш туфайли пайдо бўладиган заҳарланиш психозлари атропин, акрихин, барбитуратлар ва баъзи психотомиметик воситалардан келиб чиқиши мумкин. Психиатрлар амалиётда кўпроқ сурункали заҳарланиш оқибатларига дуч келадилар.

Кўпчилик кимёвий моддалар заҳарли хоссаларга эга бўлганлиги учун улар келтириб чиқарган заҳарланиш руҳий бузилишларнинг умумий хусусиятларини, уларнинг ўзига хос томонларини ўрганиш билан аниқланади.

Бонгеффернинг таълимотига мувофиқ ҳамма экзоген психозлар, шунингдек заҳарланиш психозлари ҳам, инфекция психозлар ҳам психотик реакциянинг табиатига қараб эмас, балки фақат уларни келтириб чиқарган этиологик омилларнинг хусусиятларига қараб бир-биридан фарқ қилади. Бироқ Крепелин инфекция психозларнинг заҳарланиш психозларидан етакчи психотик синдромининг табиати ва структураси билан фарқ қилишига аҳамият берган. Инфекцион делирий онгнинг қаттиқ бузилиши, лекин галлюцинатор кечинмалар системасига сиғмайдиган ўзуқ-юлук кечинмалар билан боради, заҳарланиш делирийси эса онгнинг унча бузилмаслиги ва бемор ўрганиб қолган мавзудаги тасаввурий галлюцинациялар билан кечади. Заҳарланиш психозларига қўйидаги касалликларни киритиш мумкин:

Сурункали алкоголизм ёки давомли алкоголизм.

1. Алкогол психозлари. Бунга ўз навбатида:

- а) алкогол делирийси— оқ алаҳлаш,
- б) ўткир алкогол галлюцинацияси,
- в) сурункали-алкогол галлюцинацияси,
- г) алкогол параноиди

д) Корсаков психози.

е) Гейл-Вернике энцефалопатияси.

3. Наркоманиялар (гиёҳвандлик).

4. Токсикомания.

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизмга ижтимоий маънода— спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш ҳамда бунинг оқибатида шахснинг юриш-туриши, меҳнат фаолияти, турмуши бузилишига олиб келадиган ҳолат деб қараш мумкин.

Алкоголизмга тиббиёт нуқтаи назаридан қараладиган бўлса, бу — спиртли ичимликларни сууистъемол қилиш натижасида алкогольга руҳий ва жисмоний қарамлик ҳолатига тушиш билан, алкоголь ичишга енгиб бўлмас даражада истак бўлиши билан кечадиган касалликдир.

Алкоголизм ривожланиш ва кечиш даврида маълум динамикага эга ва бир қатор босқичларга бўлинади:

1-босқич— бошланғич босқич ёки неврастеник босқич.

2-босқич — барқ уриш ёки наркоманик босқич.

3-босқич — сўнгги ёки энцефалопатик босқич.

Биринчи босқич

1- босқичнинг асосий аломати алкогольга толерантликнинг, яъни чидамлиликининг аста-секин, ўзлуксиз ошиб бориши ҳисобланади. Алкоголни ўзоқ вақт давомида тез-тез ичиб туриш одамда заҳарланишнинг белгиларисиз алкогольнинг каттагина дозаларини ичиш қобилиятини пайдо қилади. Маиший манфаатпарастликдаги алкогольдан заҳарланишга хос бўлган ҳимоя кучи рефлексининг йўқолиши алкогольизмнинг биринчи босқичи бошланганлигидан далолат беради. Организмнинг алкогольга аста-секин ўрганиши натижасида спиртли ичимлик аввалги ичганида беморга кераклича мастлик ҳолатини, эйфорияни бермайди, шунинг учун бемор аквалгита қараганда кўпроқ алкоголь истеъмол қилишга ҳаракат қилади. Бундан ташқари, беморда ичкилик ичиш маросимларидан аввал жонланиш, ҳаяжонга тушиш, кайфиятнинг кўтарилиши ва бу маросимларга бўлган ҳар қандай тўсиқларни олиб ташлаш каби хатти-ҳаракатлар кузатилади. Олдинда тўрган ичкилик ичиш ҳақидаги хаёллар беморни хизмат

мажбуриятларидан ва кундалик ишларидан чалғитади. Бу аломат алкоголь истеъмол қилишдан олдин ҳосил бўлгани учун бирламчи ёки руҳий қарамлик (ружу қуйиш) аломати деб юритилиши мумкин. Алкоголнинг бошланғич босқичида бемор аста-секин ички сабаблар ҳукми остида бўлиб қолади. Натижада алкогольга интилиш миядан кетмайдиган истак сифатидаги майлга айланиб қолади.

Бу истакни ҳамиша ҳам енгиб бўлмай қолади, унда ўз-ўзини идора қилиш қобилияти йўқолади. У ичилаётган алкогольнинг микдорини назорат қила олмай қолади, бунинг натижасида жуда қаттиқ маст бўлиб қолгунича ичаверади. Мастлик ҳолатидаги бундай ичкиликка инти-лишнинг кучайиши, ёки ружу қўйилиши икқиламчи интилиш, ёки мает ҳолдаги ружу қуйиш деб юритилади.

Ичкиликбозликнинг эртаси куни бемор мастлик ҳолатидаги хатти-ҳаракатларининг баъзи қисмларини хотирлай олмайди, яъни перфорацион амнезия белгилари ёки алкоголь полимисести деб юритиладиган аломат пайдо бўлади.

Алкоголизмнинг биринчи босқичи I йилдан тортиб бир неча йилларгача (4—6 йилгача) чўзилиши мумкин ва ҳар бир алоҳида ҳолда беморнинг ёшига, шахс хусусиятларига, феъл-атвориға, маиший ичкиликбозлик даврининг давомийлигига боғлиқ бўлади,

Иккинчи - ўрта босқич

Бу босқич учун алкоголь токсикоманияси аломатларининг тўлиқ ривожланиши тавсифлидир. Иккинчи босқич 50 фоиздан ортиқ беморларда 26—36 ёшлар орасида ривожланади. Алкоголизмнинг иккинчи босқичига утиш алкоголь абстинент синдромининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Биринчи босқич аломатлари йўқолиб кетмайди, улар кучайиши ёки кўриниши ўзгариши мумкин. Биринчи босқичдан иккисига ўтиш аста-секин бўлади. Бу босқичда алкогольга толерантликнинг янада ошиши кузатилади, у энт баланд даражага етади. Алкогол истеъмол қилиши бутунлай ички сабабларга боғлиқ бўлиб қолади, бемор ичкилиндан ўзини тия олмай қолади. Психологик енгиб булмайдиган истак билан бир қаторда алкогольга жисмоний ружу қўйиш пайдо бўлади. Алкогол метаболизмнинг муҳим таркибий қисми бўлиб қолади, бу ичкилик ичишни тўхтатиб қўйилганда юзага чиқади. Бунда абстинент синдром ёки алкоголь очлиги синдроми ҳосил бўлади. Бу соматовегетатив, неврологик ва психик аломатлардан ташқил топган аломатлар мажмуи деб ҳам юритилади. Бу синдромни беморлар газак қилиш — бош оғриғига ичиш йўқи билан кайтаришлари мумкин. Бу синдром қўйидаги аломатлар билан намоён бўлади. Умумий тремор, айниқса қўлларни олға ўзатилганда бармоқлар, тил, қовоқларнинг титраши, беҳоллик терлаш, кўнгил айниши, ич қотиши, иштаҳа йўқлиги, бош оғриши, гипнологик галлюцинациялар, ваҳимали тушлар кўриш, уйқусизлик кузатилади. Умумий эмоционал ваҳима, маъюслик, тушқунлик, ўз айбини ҳис этиш ташкил этади. Муносабат, васваса

ғоялари бўлиши мумкин. Абстинент синдромининг оғир ҳолларида бемор кечаси деярли ухламайди, кўзини юмиб ётганда ҳам шаклсиз майда нарсаларни, баъзан кўрқинчли башараларни, фантастик маҳлукларни кўради. Психосенсор бузилишлар — чуқурликка тушиб кетаётгандай бўлиши мумкин. Баъзи оғир ҳолларда патологик рефлекслар, галлюцинозлар ва ҳатто тутқаноқлар кузатилиши мумкин.

Баён этилган абстинент синдроми бевосита оқ алаҳлаш ҳолатига ўтиши мумкин, делирий гуё абстиненциядан келиб чиқади. Оғир абстинент синдроми бор беморни касалхонага ётқизиш ва катъий назорат қилиш зарур, чунки ваҳима, ўз айбини ҳис қилиш, муносабат ғоялари беморнинг ўз-ўзини ўлдиришгача олиб бориши мумкин. Бемор энди алкогольни психологик интилишдан кўра кўпроқ унга жисмоний ружу қилиши туфайли ичишга мажбур бўлади. Бемор кайф қилиши ёки мастлик ҳолатида бўлиши учун эмас, абстинент ҳолати бошланиб қолишидан кўрққан ҳолда ва аҳволини энгиллаштириш учун ҳар соатда такрор-такрор ва оз-оздан ичкилик қабул қилиши зарур бўлиб қолади. Бемор тўхтовсиз, кунлаб маст ҳолатида бўлади, мастлик эса тез-тез амнестик шаклга айланади. Беморларда руҳий тубанлашиш руй беради, ижтимоий ўсиш тўхтайдди, жумладан хизмат поғонасида орқага кайтиш кузатилади, қизиқишлари йўқолади, ижодий фаоллик сусаяди ва бутунлаи йўқолади. Таъсирчан бўлиб қолади, салга ёмон таъсирга берилади. Аста-секин оилага, меҳнатга қизиқиш сусаяди. Яқин одамларнинг панд-насихатлари, ишда интизомий танбех берилиши, врачларнинг кўрсатмалари ўзоққа бормайди. Беморлар ўзларига нисбатан танқидий фикр юритмайдилар, ичкиликка берилганликларини қандайдир ташқи сабабларга: дўстлар билан учрашишга, дўстларни кузатишга, ҳавонинг совуқлигига, чарчоқликка, хотин билан уришишга, ишдаги кўнгилсизликка, қувончли воқеалар, ичкилик билан ўтадиган маросимлар ва бошқаларга боғлаб ўзларини оқлашга ўринадилар. Ҳарактерда одатда мақтанчоқлик, ўринсиз қўпол ҳазил қилиш каби ўзгаришлар пайдо бўлади. Интеллектнинг пасайиши ўз ҳулқига танқидий муносабатнинг пасайиши билан намоён бўлади. Бу беҳаёлик, беандишалик, ўринсиз қилиқлар қилиш билан юзага чиқади. Бу алкоголь юмори деб аталади. Хотиранинг яққол сусайганлигини кузатиш мумкин. Юқорида баён этилган руҳий ўзгаришларни алкоголь деградацияси деб аталади.

Учинчи — сўнгги босқич

Алкоголизмнинг учинчи босқичга ўтиши ривожланиб бораётган токсик энцефалопатия билан боғлиқ бўлган янги аломатларнинг ҳосил бўлиши билан руй беради. Бу босқичнинг энг тавсифли аломати алкогольга бўлган толерантликнинг пасайишидир. Бу аломат наркоманияларда учрамайди. Алкоголга тоқат қила олмаслик (интолерантлик) айниқса узлуксиз ичиш жараёнида яққол би-линади. Узлуксиз ичишнинг кундан-кунга оша бориши шунга олиб борадики, 5—7-куни бемор деярли бутунлаи спиртли ичимликларни ичмай қўяди ва шу билан узлуксиз ичиш тўхтайдди.

Қатор ҳолларда илгариги дозани кўтара олмаслик узлуксиз ичишнинг биринчи кунларидаёқ сезилиши мумкин. Ўзлуксиз ичиш даврий табиат кашф этади. Ўзлуксиз ичишнинг охириги кунларида бемор фақат абстинент синдромини енгиллаштиришни кўзда тутаяди, лекин интолерантлик сабабли, ўзини оғир наркотик масталиккача олиб боради. Даврий ёки узлуксиз ичиш бемор жисмоний аҳволининг оғирлашиши, юрак уришининг сусайиши, диспептик бузилишлар билан тугайди.

Шахс даражасининг сусайиши яна ҳам қуйи даражаларга, ҳатто органик эси пастликкача етади.

Соматик бузилишлар жуда ҳам турли-туман бўлиб, сурункали гастритлар, меъда яраси касалликлари, панкреатитлар, жигар циррозлари, миокардиодистрофиялар, нафас йўллари касалликлари ва бошқалар учрайди.

Оддий мастлик. Оддий мастлик организмга алкоголь кирганда юзага келадиган, этил спиртидан ўткир захарланишдир. Алкогол — умум хужайравий захар сифатида сўрилиб, марказий нерв тизимига таъсир этади. Шунинг натижасида олий нерв фаолияти ишдан чиқади.

Дастлаб тўхташ жараёни зарарлангани учун кўзғалиш жараёни устиворлик қилса, бора-бора унинг ўзи ҳам фаолият кўрсатмай қўяди.

Клиник кўриниши. Маст одам сергап, хушчақчақ, танқидсиз ва бўлар-бўлмасга ҳам куладиган, ўз мувозанатини йўқотган ҳолатда бўлади. Спиртли ичимликдан оз миқдорда ичганда, гуё куч-қуввати кўпайгандек туюлади, лекин уларнинг руҳи, меҳнат қобилияти тушиб кетади. Биринчи ўринда кузатиладиган бузилишларга моторика — тўғри ва аниқ мувозанатнинг бузилишлари, жинсий майлнинг сусайиши, сезгининг тез ишдан чиқиши киради. Бу ҳолатда улар тез ўзгариб (бир кулса, бир йиғлайди) туради. Бу ўзгаришлар: тахикардия, гипергидроз, вазомотор реакциялар (қизариш, оқариш), баъзан кўнгил айнаши ва қусиш каби қатор соматик бузилишлар билан боради. Агар яна устига-устак алкоголь ичса мастликнинг оғир шакли, ҳатто юрак фаолиятини издан чиқарадиган наркотик ҳолат келиб чиқиши мумкин. Мастликнинг оғирлик даражаси ёки давомийлиги нафақат ичиладиган алкоголь миқдорига, балки организм чидамлигига ҳам боғлиқ. Марказий нерв тузилмаси етишмовчилиги бор кимсаларда мастликнинг оғир шакли ўтади. Мастлик беморнинг клиник кўринишлари, нафас чиқараётган ҳаводаги ва қон таркибидаги алкогольга қараб таҳлил қилинади. Мастлик ҳолатида қонунни бузган шахс қандай оғир ҳолатда бўлсин айбдор саналади.

Патологик мастлик Ичкиликдан кейин юзага келадиган эси кирарли-чиқарли ҳолат кўринишидаги қисқа муддатли ўткир психозга патологик мастлик дейилади. Бундай номланишнинг нотўғри томони шундаки, бу мастликда ҳам оддий мастлик каби клиник манзара кузатилади. Бирок фарқли томонлари ҳам йўқ эмас. Оннинг бўзилиши кўкқисдан юзага келади. Бундан ташқари, унинг пайдо бўлиши ичилган алкоголь миқдорига боғлиқ эмас. Мастнинг ҳаракатларида ҳам қўполлик, ваҳшийлик ва кўзғалувчанликни кузатиш мумкин. Бўларда ҳам бошқа эс-хушнинг пасайиш

ҳолатларидаги сингари ҳар хил васваса турлари, эшитув ва кўрув галлюцинациялари ва ташқи оламдан ўзилиш рўй беради. Баъзиларда мастликнинг умумий белгилари қатори тутқаноққа ўхшаш кўзголиш, бошқаларда эса уйлаб хавотирланадиган васвасалар кузатилади. Бундай ҳолатлар шахсни нафақат оғир жароҳат, балки ўлимга ҳам олиб бориши мумкин. Патологик мастлик бор-йўғи бир неча соат давом этиб, шахсда уйқуга кетиш билан тугалланади. Бўлиб утганларни шахс умуман эслай олмаслиги ёки маълум қисмларини эслаши мумкин. Патологик мастлик кўпроқ чарчаганда, мажбурий уйқусизликда, очликда, илгари бош суяги жароҳатланганларда ва соматик касали бор беморларда учрайди.

Агар бундай ҳолатларда бирор ножўя ҳаракат қилса, улар айбсиз ҳисобланади.

Алкогол галлюцинози

Алкогол психозининг бу тури ҳам ўзоқ давом этаётган сурункали алкоголизмдан келиб чиқади. Бу оқ алаҳлашга қараганда камроқ учрайди. Клиник манзарасида галлюцинатор ваевасага ўхшаш эшитув галлюцинацияси кузатилади. Онгини, мувозанатини йўқотмаган соматик бузилишлар ҳам учрайди. Бемор уни жарималаш учун режалашаётган ҳаракатларида айб топаётган, устидан кулаётган жуда кўп «овозлар»ни эшитади. Уларнинг аҳволи оқ алаҳлашга қараганда анча енгил.

Касаллик давомийлиги I—3 ҳафта, бироқ бир неча йиллаб эшитув галлюцинацияси билан азоблайдиган сурункали шаклига ҳам ўтиши мумкин. Бундай ҳолларда бемор «овозларга» ўрганиб қолади ва дўхтирга ҳазил тариқасида гапириб беради.

Давоси. Алкогол галлюцинозининг ўткир ва сурункали шаклларида аминазин, стелазин ва галоперидол каби дорилар берилади.

Корсаков психози

Бу касаллик 1887 йили С. С. Корсаков томонидан алкогольнинг полиневритик психози сифатида ёзилган. Касаллик полиневрит кўринишлари билан борадиган Корсаков амнестик синдроми шаклидаги руҳий бузилишлар билан тавсифланади. Клиник манзарасида хотиранинг бузилиши

биринчи ўринга чиқади. Эслаб қолиш ва эслаш қобилияти бутунлай ишдан чиқади. Бемор атрофидаги воқеаларни тушуниб етса-да, тез унутиб қўяди. Бунинг асосий сабаби мувозанатнинг бузилишидир. Бемор қандай қилиб, қачон, қайси куни касалхонага келганини, ҳатто нима еганини ҳам эслай олмайди.

Касаллик бошида беморнинг кайфияти талабчан, кўрқувчан, кейинроқ эса апатия, бўшашган ва интеллекти пасайган бўлади. Корсаков психозига яна полиневрит тавсифлидир, лекин ифодаланиш даражаси ҳар хил бўлади.

Корсаков психози кўп йиллардан бери спиртли ичимлик ичадиган 50—60 ёшли кишилар орасида кўпроқ учрайди. Кўпинча касаллик секин-аста ривожланиб боради, баъзан эса оқ алаҳлашдан кейин келиб чиқиши ҳам мумкин. Касаллик кечиши сурункали, кўп йилликдир. Агар бемор ичкиликни ташласа, аста-секин аҳволи яхшиланиши мумкин, бироқ хотиранинг пастлиги, бўшашганлиги ва фаолиятнинг йўқлиги сақланиб қолади. Агар яна ичишда давом этса, аҳволи ёмонлашиб бораверади. Шуни унутмаслик керакки, Корсаков психози билан Корсаков синдроми (инфекция, захарланиш, жароҳат, мия ўсмаси касалликларида учрайди) бир-биридан кескин фарқ қилади.

Давоси. Полиневритни даволаш керак. Дорилардан: В1 ва никотин кислота тайинланади.

Алкогол псевдопараличи (сохта фалажлиги)

Бу гуруҳ кам учрайди. Бу хил беморларда интеллект пасайган, хотира йуқолган ва васваса ҳамда кайфи-чоғлик билан псевдопаралич синдромлари юзага чиқади.

Рухий бузилишлар билан бир қаторда нутқнинг ва пай рефлексларининг бузилиши кузатилади.

Қатор муаллифларнинг ёзишича, алкоголь псевдопараличи Корсаков фалажлигининг фаол кўринишидир. Бунда ошиб борувчи фалажликдан фарқли ўларок серологик реакция манфийдир.

Гайне-вернике псевдоэнцефалити

Касаллик оқ алаҳлашдан кейин уйқучанлик толиққанлик, эшитишининг пасайиши каби белгилар билан юзага чиқади. Рухий бузилишлар билан бир қаторда атаксия ва кўз соққасини ҳаракатлантирувчи нерв фалажини кўриш мумкин. Касаллик кўпинча ўлим билан тугайди. Кейинги вақтларда Корсаков психози, псевдопаралич ва Гайне-Вернике псевдоэнцефалити алкоголь энцефалопатияси деган бир гуруҳга киритилади. Бўларнинг патогенезида ўхшаш томонлари бўлиб, барчаси учун сурункали алкоголь захарланишини келтириб чиқарадиган В ва РР витаминларнинг етишмовчилиги хос. Даволаш учун тиамин ва никотин кислотасининг юқори дозалари ишлатилади.

Алкоголдан рашк васвасаси

Бу касалликда сурункали алкогольнинг ўрнини аста-секин рашк васвасаси эгаллайди. Дастлаб рашк ҳақидаги ғоялар мастлик ҳолида яхшилик асосида бўлса, кейинроқ доимий ва ёмонлик асосида бўлади. Бемор умр йўқдошини кузата бошлайди ва ундаги арзимас ўзгаришларга ҳам ёмон кўз билан қарайди. Айбини буйнига қўйиш учун уради. Беморни гўё хотини захарлаб, бошқа биров билан қочиб кетадигандек туюлаверади.

Агар бемор ичкиликни ташласа, аҳволи яхшилана бошлайди.

Бундай беморлар нейролептик (аминазин, стелазин) дорилар билан даволанади.

Алкогол психози билан оғриётган беморлар айбдор саналмайди ва даволанишга юборилади.

Олдини олиш. Сурункали алкоголизмнинг олдини олиш учун аҳоли ўртасида алкогольнинг зарари ҳақида антиалкогол ташвиқотини олиб бориш керак. Шунингдек спиртли ичимликлар чиқаришни чеклаш керак бўлади. Беморларни ўз вақтида аниқлаб даволамоқ зарур.

Оқ алаҳлаш (алкогол делирийси)

Оқ алаҳлаш касаллиги сурункали алкоголизм оқибатида вужудга келадиган оғир касаллик бўлиб, клиник кўриниши рухий, неврологик ва соматик ўзгаришлар билан кечади. Оқ алаҳлаш бир неча йил давомида ривожланиб дастлабки белгилари алкоголизмнинг ўрта босқичида моддалар алмашинувининг бузилиши ва унга таъсири натижасида вужудга келади. Алкогол истеъмол қилишни кеекин тўхтатишга сабабчи омиллар (ўпка яллиғланиши, юкумли касалликлар) қўшилиши оқ алаҳлаш касаллиги вужудга келишида муҳим омил ҳисобланади. Организмда алкоголь микдорининг камайиши абстинент синдромини вужудга келтириб, аста-секин соматик ва неврологик белгилар қўшилиши касалликнинг дастлабки белгилари ҳисобланади. Уйқусизлик ва аста-секин кўрув ва эшитув иллюзиялари (алаҳлаш), сахна галлюцинациялари қўшилади ва беморда кўрқув кучаяди. Касалликнинг бошланиш чоғида Липпман аломати муҳим аҳамият касб этади. Беморнинг кўз соққаси босилганда қандайдир образлар (қиёфалар) ифодаланса, масалан, беморга ташланаётган ит образи кўринса, бунда кўрқув, саросима ҳолати кузатилади. Галлюцинациялар пайдо бўлиши билан беморда ҳиссиёт ўзгаришлари кучли намоён бўла бошлайди. Беморнинг юзида жонланиш пайдо бўлиб, бу ҳолат галлюцинацияга мос ҳолатни намоён қилади. Васваса ғоялари вужудга келади.

Онгининг бузилиши сабабли бемор макон ва замонни тўғри идрок қила олмайди, бемор вокзал ёки иш жойидаман деб ўйлайди, атрофидагиларни ҳам касбдоши деб ҳисоблайди, ўзини ўтган кун, ҳафта, ой, йилларда юргандай ҳис қилади. Ўз шахси ҳақидаги тасаввурлари

бузилмайди, лекин ўзига нисбатан танқидий қараши йўқолади. Галлюцинацияларга мос равишда турли ҳаракатлар қилади (қажқадир югуришга, ўзини нималардандир ҳимоя қилишга интилади). Бу вақтда бемор атрофдагиларга хавфли бўлиб, турли жиноятлар содир қилиши мумкин. Психоз ҳолати ўртача 3—4 кун давом этади. Психопатологик симптомларнинг сусайиши ва беморнинг соғайишидан дарак берувчи ҳолат уйқу ҳисобланади (табиий ва препаратлар ёрдамида). Ўзоқ вақт давом этган уйқудан сўнг беморда психоз ҳолати сусаяди ва ўз шахсига нисбатан таққидий муносабат пайдо бўла бошлайди. Алаҳлашнинг кучайиши натижасида бемордаги ҳаракат кўзғалишлари тўшакда чегараланиб, тактил галлюцинациялар пайдо бўлади. Баданидан турли ҳашаротларни олиб ташлаш, оғзидан соч толаларини олиб ташлаш каби ҳаракатлар пайдо бўлади. Касаллик давом этиши натижасида аста-секии сопор ва кома ҳолатига ўтиши кузатилиб, ўлим билан тугаши мумкин.

Агар соғайиш кузатилса, бир неча кундан сўнг алаҳлаш абортив (суеайган) ҳолатда такрорланиши мумкин. Беморда руҳий ўзгаришлардан ташқари, неврологик аломатлар, соматик аломатлар (асосан қон томир тизими патологияси, терида айниқса юзда гиперемия, тахикардия, тана ҳарорати 39° га кўтарилади) кузатилади. Паренхиматоз аъзолар — жигар, буйрак фаолиятининг бузилишлари руй беради. Асоратлари гепатит, зотилжам, панкреатит ва ҳоказолар.

Этиологияси ва патогенези. Этиологияси ва патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Алкогол маҳсулотлари таъсиридаги заҳарланиш устивор омил ҳисобланади. Натижада мия тўқималари органик ўзгаришларга учрайди ва қўшимча омиллар таъсирида (жароҳат, юқумли касалликлар) алкоголь делирийсини вужудга келтиради. Айниқса жигар фаолиятининг бузилиши (дезинтоксикацион, оксил, ёғ ва пигмент алмашинуви) касаллик ривожланиши учун асос ҳисобланади. Жигар ферменти алкоголь дегидроксидаза фаоллигининг сусайиши ацетальдегид йиғилишига сабаб бўлади. Бу ҳолат умумий моддалар алмашинувининг бузилиши, тўсиқ фаолиятининг бузилиши, гипо- ва авитаминоз вужудга келиши оқибатида алкоголь психози ри-вожланади. Бош миядаги патоморфологик ўзгаришлар сурункали энцефалит ва ўткир қон томир ўзгаришлари (қон томирлар утказувчанлигининг ошиши ёки қон томир некрози) натижасида нейронларнинг иккиламчи дистрофиясига ва некротик ўзгаришларга олиб келади.

Таққослаш ташхиси ўтказиш асосан алкоголь галлюцинози ва бошқа интоксикациялар, ўткир жароҳат психозлари, ўткир ва сурункали панкреатит, психозлар билан олиб борилади.

Ўткир алкоголь токсикозидан асосий фарқли томони макон ва замондаги мўлжални нотўғри таҳлил қилиши, тасаввур галлюцинацияларининг бўлишидир. Ўткир алкоголь токсикозида онг равшан бўлиб, вербал галлюцинациялар кузатилиб, соматовегетатив белгилар йўқлиги билан тавсифланади.

Алкоголсиз ва юкумли касаллик психозида касаллик белгилари қон анализлари, серологик реакциялар асосида фарманати. Жароҳат делириози эса вегетатив ва вестибуляр бузилишлар билан кечиб, узок вақт давом этади.

Даволаш. Алоҳида ва мажмуавий даволаш услублари бор.

1. Дезинтоксикацион.
2. Витаминотерапия.
3. Антипсихотик.
4. Дегидратацион.
5. Десенсибилизацион.
6. Симптоматик юрак-қон томирлар тизими фаолиятини кучайтириш.
7. Гемодиализ, гемосорбция.

Алкоголизм мавзусига оид тест саволлари

1. Алкогол делирийсига хос:

*кўрув галлюцинациялар
 фиксацион амнезия
 психомотор кузгалиш
 *парейдолиялар
 шилқим гоялар
 эйфория

3. Сурункали алкоголизмнинг биринчи босқичига хос :

компульсив майл, жисмоний буйсуниш
 мастлик формасининг ўзгариши
 *қайт қилиш рефлексининг йуқолиши билан
 ичишни «запой»ли характердалиги
 обсессив майл
 талваса синдроми

4. Алкогол делирийси учун хос:

ёркин диний мазмундаги галлюцинациялар
 *кечки вақтдаги ок-кора рангдаги микро-зоопсиялар
 *кечинмаларига нисбатан тулик амнезия
 алкоголь абстиненцияси фонида пайдо булиши
 интеркуррент касаллик фонида
 псевдогаллюцинациялар ва ўз шахсига дезориентировка

5. Корсаков психози учун хос:

жинсий майл бузилишлари ва деменция
 идрок бузилишлари ва интеллект пасайиши
 тафаккур бузилишлари ва артралгия
 спиртли ичимликка нисбатан толерантликни узгариши
 *хотира бузилишлари
 *полиневропатия

7. Алкоголизм медикаментоз терапиясига киради:

шартли реффлектор
 дезинтоксикацион
 атропинокоматоз
 *сенсбилизацияловчи
 инсулинокоматоз
 антиконвульсив

8. Алкоголизмга хос:

прогредиентсиз кечиши
 *алкоголга патологик майл
 *абстинент синдромни булиши
 *соматик бузилишлар
 псевдогаллюцинация
 амбулатор автоматизм

9. Сурункали алкоголизмнинг биринчи босқичига хос:

компульсив майл, жисмоний буйсуниш
 мастлик формасининг ўзгариши
 қайт қилиш рефлексининг йўқолиши билан
 алкоголь энцефалопатиялари
 обсессив майл
 толерантликнинг ўсиб бориши
 миқдорий назоратнинг йўқолиши

11. Алкоголизмни даволашда қандай препарат клетчатгача имплантация килинади:

*эспераль
 трихопол
 фурадонин
 радотер
 амбрифит
 фуразолидон

12. Алкогол делирийси учрайди:

* алкоголизмнинг II босқичида
 патологик мастликда
 ўткир алкоголь интоксикациясида
 абстиненция ва ўткир йўлдош касаллик фониди
 маиший ичкиликбозликда

алкоголизмнинг I босқичида

13. Алкогол абстинент синдромига хос :

кайфият ва уйқу бузилиши
 *астеник бузилишлар
 *вазомотор-вегетатив бузилишлар
 иллюзиялар ва галлюцинациялар
 диспептик бузилишлар
 эйфория

14. җайси препарат алкогольга сенсбилизация чакиради?

эметин
 *тетурам
 трихопол
 апоморфин
 фуразолидон
 Антабус

15. Сурункали алкоголизмнинг I босқичи учун хос :

ру••ий қарамлик
 жисмоний қарамлик
 *химоя рефлексларининг й'қолиши
 толерантликнинг ортиши
 миқдорий назоратнинг й'қолиши
 Гайе-Вернике энцефалопатияси

16. Сурункали алкоголизмни даволашда қайси метод қ'лланилади:

психотерапия
 симптоматик даволаш
 инсулинотерапия
 *шартли рефлексор терапия
 атропин коматоз терапияси
 *сенсбилизация

17. Корсаков психози учун хос :

*конфабуляция ва псевдореминисценция
 *фиксацион амнезия

галлюцинациялар
 ретроград амнезия
 актив ва пасив негативизм эхо-симптомлар билан биргаликда
 *полиневритлар

18. Ўткир алкоғолдан заърланишни даволаш:

дезинтоксикацион терапия
 уйқу дорилари
 рауш-наркози
 нафас аналептиклари
 кам миқдорда алкоғол бериш
 психодизлептиклар
 тиосульфат натрий, унитиол

19. Алкоғол галлюцинозида тавсия этилади

сиднокарб
 галоперидол
 тизерцин
 циклодол
 этаперазин
 реланиум
 мелипрамин

20. Алкоғолизмнинг I босқичи белгиларига киради:

абстинент синдроми
 толерантликнинг ортиши
 қайт қилиш рефлeksi йўқолади
 миқдорий назоратнинг йўқолиши
 патологик мойиллик
 алкоғол галлюцинози

21. Алкоғолизмнинг II босқичига хос:

абстинент синдроми
 * жисмоний ва руҳий қарамлик
 максимал толерантлик
 толерантликнинг пасайиши
 сурункали алкоғол психозлари
 Корсаков психози

22. Алкогол психозларига киради:

Пик касаллиги
 *оқ ала лаш
 сурункали галлюциноз
 Арджил-Робертсон синдроми
 *рашк васвасаси
 Ганзер синдроми
 * Корсаков психози

23. °ткир алкоголь галлюцинозига хос:

со та галлюцинациялар
 шилқим Ҷоялар
 *чин эшитув галлюцинациялар
 онг бузилиши
 амнезия
 ориентировканинг сақланганлиги

24. Корсаков психозига хос :

маконга ориентирни й қотиш
 конфабуляция
 рухий автоматизмлар
 онг бузилиши
 * полиневрит
 * фиксацион амнезия

25. Алкогол абстинент синдромига хос :

*вегетатив бузилишлар
 карахтлиқ
 *бош айланиши ва оқриши
 эйфория
 ич бузилиши
 юрак уриб кетиши

26. Алкоголга сенсбилизация чақирувчи дори

амитриптилин
 аминазин

галоперидол
эспераль
трифтазин
антабус

27. Алкогол делириясига хос :

* галлюцинациялар
дезориентировка
конфабуляциялар
уйқу бузилиши
к'рқув безовталик
ўз шахсига ориентировканинг йўқолиши

28. Алкогол абстинент синдроми характерланади:

иллюзия ва галлюцинациялар билан
*вазомотор вегетатив бузилишлар билан
астеник бузилишлар билан
диспептик бузилишлар билан
уйқу ва кайфият бузилиши билан
фиксацион амнезия билан

29. Сурункали алкоголизмнинг соматик асоратларига киради:

жигарнинг ёҢ дистрофияси
кардиопатия
полиартрит
гастрит
* жигар циррози
* алкоголь псевдофалажлиги

30. Алкоголизмнинг 2 босқичига хос :

алкогол ақл пастлиги
*жисмоний тобъелик
мастликнинг 'згарган турларининг пайдо б'лиши
компульсив майлнинг пайдо б'лиши
толерантликнинг пасайиши
толерантликнинг ортиши

45 Алкогол психозида ёрдам бериш тури:

- 1 психиатрия стационарида
- 2 бир марта ёрдам кўрсатиш
- 3 диспансерга кунда қатнаш
- 4 *наркология стационарида
- 5 уйда даволаш
- 6 амбулатор ёрдам

46 Алкоголдан оддий маст бўлишнинг ўзгарган шакллارга киради:

- 1 депрессив аффект билан кечадиган мастлик
- 2 эксплозивлик билан кечадиган мастлик
- 3 истерик белгилар билан кечадиган мастлик
- 4 эйфорияли
- 5 параноид синдром билан кечадиган мастлик
- 6 психомотор тормозланиш ва релаксация

47 Алкогол психозлари турларига киради:

- 1 парафрения
- 2 *галлюциноз
- 3 делирий
- 4 кататония
- 5 *утқир рашк васвасаси
- 6 параноид

48 Этил спиртига хос:

- 1 гипнотик хусусият
- 2 гипертимия
- 3 кучли психотик таъсир
- 4 *эйфория • олатини чақириш учун ичишга бўлган талаб
- 5 *алкогол абстинент синдромининг пайдо бўлиши ва шаклланиши
- 6 ноотроп хусусият

49 Шартли-рефлектор терапияда қайси препарат қўлланилади?

- 1 апоморфин
- 2 *тетурам (антабус)
- 3 клофелин
- 4 трихопол
- 5 эметин
- 6 эспераль

50 Алкоголизмга сенсбилизация чақирмайдиган препарат:

- 1 трихопол
- 2 тетурам

- 3 пирроксан
- 4 тиосульфат натрий
- 5 эспераль
- 6 фуразолидон

51 Алкоголизмнинг иккинчи босқичида буладиган асосий ўхлар:

- 1 *абстиненция
- 2 қайт қилиш химоя рефлексининг йўқолиши
- 3 палимсестлар
- 4 псевдозапой
- 5 ру•ий қарамлик
- 6 чинакам запой

52 Алкоголизмни даволаш усулларига киради:

- 1 витаминотерапия
- 2 дезинтоксикацион
- 3 электртутқаноқ муолажа
- 4 психотерапия
- 5 инсулинокоматоз турапия
- 6 *шартли-рефлектор

53 Наркоман деб ҳисоблаш учун керак бўлган шартларга киради:

- 1 характернинг бўртирилганлиги
- 2 васваса ғоялари бўлиши
- 3 наркотик қабул қилишдан сақлана олмаслик
- 4 абстинент кўринишлар
- 5 наркотикка чидаб бўлмас майл
- 6 толерантликнинг ортиши

54 Наркоманиянинг дезинтоксикацион терапиясида қўлланилади:

- 1 преднизолон
- 2 гемодез
- 3 тиосульфат натрий
- 4 инсулин
- 5 реомакродекс
- 6 нейролептиклар

55 Наркоманияни чақирадиган модда:

- 1 гашиш
- 2 морфин, опий препаратлари
- 3 транквилизаторлар

- 4 уйқу дорилари
- 5 бензин
- 6 кокаин

56 Наркоманиянинг этиологик омилига киради:

- 1 аутоинтоксикация
- 2 ижтимоий омил
- 3 жинс
- 4 психологик омил
- 5 ирсият
- 6 биологик омил

57 Наркоманиянинг умумий характеристикасига киради:

- 1 руҳий ва жисмоний қарамлик
- 2 эйфория
- 3 толерантликнинг ўсиши
- 4 амнезия
- 5 чидаб бўлмаб майл
- 6 психопродуктив симптоматика

58 Токсикоманияга киради:

- 1 этаминал натрий қабул қилиш
- 2 циклодол
- 3 фенабарбитал қабул қилиш
- 4 кокаиномания
- 5 кофеин қабул қилиш
- 6 наша

59 Алкогол психозлар алкоголизмнинг қайси босқичига хос:

- 1 алкоголизмнинг I босқичига
- 2 алкоголизмнинг II босқичига
- 3 алкоголизмнинг III босқичига
- 4 маиший ичкиликбозликка
- 5 ҳумор синдромига

60 Опиат гиёҳвандлиги абстинент синдроми таркибидаги бузилиши:

- 1 гипостезия
- 2 тумоғ, ютал

- 3 сенестопатия
- 4 парестезия
- 5 ичи кетиши (понос)

61 Алкогол галлюцинозда қўйдаги галлюцинациялар кўпроқ учрайди:

- 1 чин вербал
- 2 чин кўрув
- 3 томоқ ва бурундаги
- 4 кўрув сахнасимон
- 5 тактил

62 Ўткир алкоголь интоксикациясига хос:

- 1 онг тухташи /караҳтлик, /
- 2 кома
- 3 онгнинг делириоз бузилиши
- 4 иллюзиялар
- 5 галлюципациялар

63 Абстиненнт синдроми шаклланади

- 1 алкоголизмнинг II босқичида
- 2 хаотик ичганда
- 3 маиший ичкиликбозликда
- 4 Наркоманияда
- 5 алкоголизмнинг I босқичида

64 Наркотик мастлиги учун кўпроқ хос бўлган хиссиет бузилиши:

- 1 эйфория
- 2 гипертимия
- 3 апатия
- 4 депрессия
- 5 дисфория
- 6 Липман симптоми
- 7 ганзер симптоми
- 8 Ашафенбург симптоми
- 9 амнезия симптоми
- 10 эйфория симптоми

65 Алкоголизмни даволашда гипносуггестив терапия қўлланилади

- 1 даволашнинг 3 босқичида

- 2 маиший ичкиликбозликда
 - 3 даволашнинг 2 боскичида
 - 4 запой даврида
 - 5 эпизодик ичкиликбозлида
- 66 Алкоголда мастликни аниқлаш:

- 1 *Мохова-Шинкаренко синов
 - 2 электроэнцефалография
 - 3 клиник текшириш
 - 4 Ланге реакцияси
 - 5 Вассерман реакцияси
- 67 Алкоголизм қуйидагига киради:

- 1 касалликнинг алохида турига
 - 2 наркоманияга
 - 3 экзоген касалга
 - 4 зарарли одатларга
 - 5 эндоген касаллика
- 68 Алкоголизмми бемор дераза орқасидан нотаниш одамларнинг "овозини" эшитишти.ва курапти Симптом:

- 1 *эшитув галлюцинация
 - 2 *курув галлюцинация
 - 3 таъқиб васвасаси
 - 4 рашк васвасаси
 - 5 Корсаков психози
- 72 Оқ алаҳлаш қандай ҳолатларда кузатилади:
- 1 *алкоголизм
 - 2 анаша истемоли
 - 3 шизофрения
 - 4 маниакал депрессив психоз
 - 5 климактерик психоз

Алкоголизм

9. Тез ёрдам билан қабул бўлимига бемор олиб келинган. Контактга киришмайди. Кимлар биландир гаплашади. Тусатдан туриб, ойнанинг решоткасига қараб отилди, уни олиб туширишгандан сунг чанглари ни артигандек бўлди. Суқиниб кетди, вақт ва маконга нисбатан ориентировкаси бузилган, шахсига нисбатан ориентировкаси сакланган. Уйдагиларни айтишига қараганда охириги 2 хафта мобайнида фақат спиртли ичимлик ичган, 3 кундан бери ичмаяпти.

.синдромал ташхис

.Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Инфекцион касалликлар, бош мия травмалари, интоксикация	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкоғоли делирий	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, қон ва сийдикнинг биохимик анализи	10	8-10	2-7	0-2
4.	Иллюзия ва сахнасимон галлюцинация, шахсга ориетир сакланган. Вақт ва маконга нисбатан бузилган	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш	25	20-25	5-19	0-4

Алкоголизм

10. Бемор П 37 ёш. Жаррохлик булимига пичок жарохатидан сунг келиб тушган. 20 йил мобайнида спиртли ичимлик кабул килган. Операциядан сунг 4 кунда ухламаган, атрофдагиларни танимайди, хотинини уйнаши билан биргаликда кидирмоқда, галлюцинациялар кузатиляпти, айтишича уз уйида утирибди, психоматор кузгалишда ойнадан узини ташлаб юборди.

.синдромал ташхис

.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Шизофрения, инфекцион касалликлар, алкоголизм	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкогол делирийси	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-катамнестичек, қон ва пешобнинг биохимичек тахлили, патопсихологик текширув, экспресс - тестлар	10	8-10	2-7	0-2
4.	Васваса, галлюцинациялар,	15	10-15	4-9	0-4
5.	Психиатрик касалхонага стационар даволашга юбориш	25	20-25	5-19	0-4

Алкоголизм

11. Бемор К. 42 ёш. Жаррох булиб ишлайди. Ёшлигида бош мия жарохати олган. Охирги пайтларда жуда куп операциялар утказди, кечкурун огир операция утказдыва 150 гр. коньяк ичиб олди. Ухлашга ётди. 20 дакикадан сунг туриб хозиргина операция килган бемор олдига бориб уни буга бошлади. хамкасбларига нисбатан агрессив харакатлар кила бошлади ва ухлаб колди. Эрталаб килган ишларини эслай олмади.

. Дастлабки ташхис

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

. асосий ва кўшимча текшириш усуллари

. бу синдромни характеристикасини санаб беринг

. УАШ тактикаси ва даволаш?

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Патологик мастлик	25	20-25	5-19	0-4
2.	Психопатия, бош миянинг органик касалликлари, соматик кучсизланган беморларда алкоголь истеъмолининг оқибатлари	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-анамнестик текширув, ЭЭГ, РО-графия, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикнинг биохимик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Канча микдорда ичишидан катъий назар кучли мастлик белгилари тусатдан пайдо булади. Атрофдагилар билан контакт йуколади.	15	10-15	4-9	0-4
5.	Фиксация. Нейролептиklar,	25	20-25	5-19	0-4

транквилизаторлар					
-------------------	--	--	--	--	--

Алкоголизм

12. Бемор Н.41 ёш. 15 йил мобайнида спиртли ичимликлар истеъмол килади. Ичкиликдан сунг холсизлик, хавотир, шовкинлар пайдо булди, ойна ортида кушнилари «овози»ни эшитмоқда, улар куркитмоқда, хакорат килмоқда, алкаголик деб аташмоқда. Бемор ойна ва эшикларни ёпиб олиб ишга чикмади. Макон ва вақтга мулжалини йукотмаган.

.синдромал ташхис

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромнинг барча симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси?

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Алкогол галлюцинози	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкоголизм, наркомания, интоксикация	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ, РО-графия, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдик биохмик тахлили	10	8-10	2-7	0-2
4.	Эшитув галлюцинацияси, шархловчи ва айбловчи, ориентир сакланган.	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига даволанишга жунатиш	25	20-25	5-19	0-4

Алкоголизм

8. Бемор Ш.61 ёш, бир неча йиллар мобайнида спиртли ичимликлар қабул қилган, икки мартаба «ок алахлаш» кузатилган, охириги йилларда вино истеъмол қилади, кичик дозалардан қайфи ошиб қолади, зурга юради, «оёқлари юрмайди». Неврология бўлимига ётқизилаган. Келаганда: сана, кун, йил, ойни билмайди, даволовчи врачнинг исмини билмайди, уз палатасини топа олмайди, уз уйимдаман деб ҳисоблайди, айтишича уз устахонасида эрталаб булган.

.синдромал ташхис

. Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси.

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Корсаков психози	25	20-25	5-19	0-4
2.	Сурункали алкоголизм, бош мия органик касалликлари, интоксикациялар	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикнинг биохимик текширув, соматоневрологик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Фиксацион ва ретроград амнезия, амнестик дезориентировка, парамнезия, полинейропатия фониди ривожланади	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига	25	20-25	5-19	0-4

жунатиш					
---------	--	--	--	--	--

Алкоголизм

1. Бемор К. 27 ёш. Юз-жаг жаррохлигига автохалокатдан сунг келиб тушди. Бир неча йиллар давомида спиртли ичимликлар истеъмол килган. Операциядан сунг 3 кунда ухламаган, атрофдагиларни танимайди, галлюцинациялар кузатилмокда, уз уйимдаман деб хисоблайди, психомотор кузгалишда ойнадан узини ташлаб юборди.

.Синдромал ташхис кўйинг

.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.Асосий текшириш усуллари

.Бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Ма кс бал л	Тулик жавоб	Нотул ик жавоб	Коник жавоб
1.	Алкогол делирийси	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкоголизм, токсикомания, наркомания	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико анамнестик, патопсихологик, соматоневрологик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Чин галлюцинациялар, жойга ва трофдагиларга дезориентация, ўз шахсига ориентировка сақланган, психомотор кўзгалиш, кўркув аффекти	25	20-25	5-19	0-4
5.	Рухий касалликлар шифохонасига				

	госпитализация	15	10-15	4-9	0-4
--	----------------	----	-------	-----	-----

7-БОБ

ГИЁХВАНДЛИК ВА ТОКСИКОМАНИЯ

Гиёхвандлик ва токсикомания руҳий фаол моддаларни, шу жумладан наркотик моддаларни суиистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган сурункали захарланишдир. Беморлар шундай моддаларни истеъмол қилишга ҳуруж қўйганлиги, шу моддаларга руҳий ва жисмоний қарам бўлиб қолганлиги, нейротропик моддаларга толерантлиги кучайиб бориши натижасида улар микдорини аста-секин кўпайтириб бориши, шу билан бирга руҳий касалланиш туфайли шахснинг инқирозга учрашига олиб боровчи хусусиятлари билан тавсифланади.

Гиёхвандлик ва токсикомания асосида руҳий фаол моддаларнинг нейрокимёвий жараёнига таъсир қилиши натижасида руҳий ва жисмоний қарамликни юзага келтирадиган патогенетик механизм ётади. Шу билан бирга бу касалликлар орасида клиник ва юридик-ҳуқуқий нуқтаи назардан маълум тафовутлар бор.

Гиёхвандликка наркотик моддалар жумласига кирувчи дорилар ёки бошқа моддаларни суиистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган касалликлар киради. Токсикомания — наркотик моддалар руйхатига кирмайдиган доривор моддаларни суиистеъмол қилишдан юзага келадиган касалликдир.

Лекин шундай моддаларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилинса, унда бу моддалар ҳам наркотик дорилар ва касалликлар руйхатига киритилади, уларни суиистеъмол қилинса, гиёхвандлик деб аталади.

Гиёхвандликнинг клиник кўринишлари

Гиёхванд моддаларни истеъмол қилиш куп йиллардан маълум. Огий Хиндистондан Шаркий Жанубий Осиёга кириб келди. Европа давлатларида ҳам аста секин огий пайдо була бошлади.

Наркотик модда сифатида огий Ирок, Покистон, Хиндистон, Миср ва Осиё мамлакатларида айникас кенг тарқалди. Олдинга огий ва унинг препаратлари тинчлантирувчи таъсири борлигидан жуда кам микдорда факат тиббиётда ишлатилиб келинди. Сунгра уни суиистеъмол қилиш натижасида аста-секин наркомания пайдо була бошлади. Гиёхвандлик эпидемияси Европа мамлакатларида 50-нчи йилларнинг охири 60-нчи йилларнинг бошларида, Осиё мамлакатларидан анча йиллар олдин бошланган. 80 йилларга келиб захарли токсик моддаларни суиистеъмол қилиш кенг тарқалган. Хар бир Минтакага хос гиёхванд модда истеъмол қилинган.

Урта Осиёда, Козогистонда, Кавказда, Жанубий Украинада, Узок Шарқда-ёввойи кукнор ва каноп усимликлари куп усган. Шу сабабли бу жойларда гашиш ва сунъий огий (героин), препаратларини истеъмол қилиш ривожланган. Айрим мамлакатлар ахотиси хар кунги истеъмоли кофе, кокаин булганлиги учун бу минтака ахотиси, ёшлари кофеин, какоин суиистеъмол қилган. Охирги йиллардан бошлаб Марказий Осиё мамлакатларида гиёхванд моддалардан асосан героин тарқалиши купайиб борди. Бунинг оқибатида гиёхванд моддаларни инъекция йули билан кабул қилиш купайди.

Бу хавфли касаллик СПИД(ВИЧ) инфекциясини тарқалишига сабаб булди. Гиёхвандлик ва токсикоманияни тарқалганлиги унча аник булмаса ҳам дунёда наркотик моддаларни кабул қилувчиларнинг сони ошиб борапти. Россияда наркоманларнинг сони 269 мингдан ортик булса, Узбекистон Республикасида 20 мингдан куп шахслар наркотик моддалар

кабул киладилар. (Даракчи 14.03.2002й).

Гиёхвандлик, яъни наркомания дейилганда наркотик моддаларни сурункасига истеъмол килиш, унга мойил булиб колиш, наркотик модда булмаганда эса огир рухий, жисмоний, маънавий узгаришлар, ижтимоий тушкунлик билан кузатиладиган касаллик.

Гиёхвандлик ва токсикоманиянинг келиб чиқишида ижтимоий (нотугри тарбия, теварак-атрофнинг таъсири, оиладаги салбий келишмовчиликлар), шахснинг конституционал омиллари, психологик ҳолатлар (кизикувчанликдажирибага, кайф-сафога интилиш, кийинчиликдан кочиш), наркотик талаб килувчи соматик касалликлар, муҳим аҳамият касб этади.

Ҳозирги текширувчилар шуни тасдиқлайдики, организмда бирорта хужайра туқимаси йукки гиёхванд модда унга токсик таъсир курсатмас. У оксил, углевод, ёғ синтезига катнашади, фермент метаболизмини бузади, туқима ядросининг митохондриясига таъсир килади, мембраналар утказувчанлигини бузади, нерв импульсларини утказувчанлигини узгартиради ва бузади,

Гиёхвандликнинг айрим турларининг клиник кўринишлари, уларнинг ривожланиши аввало шу моддалар ва уларни суистеъмол қилишдан келиб чиқадиган касалликлар билан боғлиқ. Аммо уларнинг умумий ало-матлари борки, гиёхвандликнинг барча турлари ана шу асосда бирлашади.

Наркотикларни истеъмол қилгандан сўнг, қоидага кура, гиёхвандликнинг барча турларида кузатиладиган умумий аломатлар билан тавсифланадиган наркотик сархушлик ҳолати юзага келади.

Наркотик сархушликнинг клиник кўриниши юқори кайфият (баъзида беғамлик, хаёлпарастлик), кўп қулиш, телбаллик, диққат чалғиши, фикрлаш қобилиятининг тезлашуви, ҳаракатнинг тезлашуви ёки унга қарама-қарши ланжлик, ҳаракат мувофиқлигининг бузилиши, қадам ташлашнинг ўзгарувчанлиги билан намоён бўлади. Баъзида баджаҳллик, жиззакилик тажовўзорлик кузатилади. Тери қопламнинг қизариши ёки рангпарлиги, кўзнинг хиралашуви ва уларнинг кенгайиши кузатилиши мумкин. Гиёхвандлик ва тосикоманияга хос тана реак-тивлигининг ўзгаришидан юзага келадиган, доривор ва бошқа моддаларга бўлган руҳий ва жисмоний қарамлик, толерантликнинг ўзгариши умумий аломатлар асосида ётади.

Руҳий қарамлик — наркотик таъсир ёки руҳий келишмовчилик ҳолатини йўқотиш мақсадида моддаларни истеъмол қилишга интилишдир. Гиёхвандлик моддаларини истеъмол қилишга интилишнинг ривожланиш тезлигига кўп омиллар сабаб бўлади. Бу омилларнинг асосийси моддаларнинг наркогенлик хоссаси ҳисобланади. Энг кучли наркотик хусусиятга — кокаин, ундан камроқ — наша ва МНС ишини кучайтирувчи моддалар эга бўлади.

Жисмоний қарамлик — жисмоний ва руҳий ўзгаришлар кўринишида юзага келадиган наркотик моддаларни сурункали истеъмол қилиш натижасидаги дардчил ҳолатдир. Бу ҳолат моддаларни истеъмол қилмагандан ёки уларни антагонистларини истеъмол қилишдан юзага келади. Бу ҳолат наркотик моддаларнинг навбатдаги микдорини бериш билан бартараф этилади.

Толерантликнинг ўзгариши — олдинги психофармакологик таъсирни юзага келтириш учун наркотик моддаларни янада кўпроқ микдори талаб қилиниши натижасида наркотик моддаларга кўникишдир.

Гиёхвандлар тиббиёт соҳасида қўлланиладиган наркотик моддалар микдоридан 5—10 марта ортиқ микдорда истеъмол қиладилар.

Гиёхванд моддаларни истеъмол қилгандан сўнг, қоидага кура, гиёхвандликнинг барча турларида кузатиладиган умумий аломатлар билан тавсифланадиган наркотик сархушлик ҳолати юзага келади.

Наркотик сархушликнинг клиник кўриниши юқори кайфият (баъзида беғамлик, хаёлпарастлик), кўп қулиш, телбаллик, диққат чалғиши, фикрлаш қобилиятининг тезлашуви ёки унга қарама қарши ланжлик, ҳаракат мувофиқлигининг бузилиши, қадам ташлашнинг ўзгарувчанлиги билан намоён бўлади. Баъзида баджаҳллик, жиззакилик, тажовўзорлик кузатилади. Тери қопламнинг қизариши ёки рангпарлиги, кўзнинг хиралашуви ва уларнинг кенгайиши кузатилиши мумкин, Гиёхвандлик ва токсикоманияга хос тана реактивлигининг ўзгаришидан юзага келадиган, доривор ва бошқа моддаларга бўлган руҳий ва жисмоний қарамлик, толерантликнинг ўзгариши умумий аломатлар асосида ётади.

1)-боскич - наркотик моддага руҳий мойиллик (обсессия) пайдо бўлиши химоя жараёнларининг йўқолиши, наркотик моддаларга чидамлилиқнинг ошиши, уларнинг физиологик таъсири сакланган ҳолда мунтазам қабул қилиниши билан ифодаланади. (1-бошлангич боскич, адаптация боскичи ҳам дейиш мумкин). 2)-боскич - бу боскич абстиненция (хумор синдроми), наркотик моддага енгиб бўлмас даражадаги хирс қуйиш, унга бўлган чидамлилиқнинг юқори даражага етиши, наркотик моддалар таъсирининг ўзгариши (купинча кузгапувчанликка олиб келувчи таъсири), шахс ўзгаришларининг пайдо бўлиши билан кузатилади. (2-боскич сурункали боскич. жисмоний қарамлик юзага келишини тугалланиши ҳам дейилади).

3)-боскич - бунга наркотик моддаларга чидамлилиқ пасаяди, уларнинг таъсири фақат «тетиклаштириш» даражасига етиши, шунинг учун беморларда наркотик моддаларсиз «яшай олмаслик», хусусиятларининг пайдо бўлиши кузатилади. Бундан ташқари хумор синдроми оғирлашиб, чузилиб бориши, руҳий, соматик, оғир ижтимоий оқибатлар келиб чиқиши билан ифодаланади. (3-боскич охириги боскич ҳам дейилади).

Гиёхвандликдаги абстиненциянинг ҳар бир турида узига хос хусусиятларига эга бўлади. Бу хусусиятлар асосида улар дифференциал ташхис қилинади. Одатда бу жуда

огир азоб берувчи рухий ва жисмоний узгаришлардир. Гиёхвандликнинг бошлангич боскичларида шахснинг узгаришлари кузатилади.

Гиёхвандлик ва токсикоманияни куйидаги турлари маълум:

- 1) Наша истеъмол килувчи бангилар (нашавандлар)
- 2) Кукнор (опий группаси) истеъмол килувчи бангилар (кукнор, морфинизм, героизм): опий, промедол, кодеин.
- 3) Кокаин кабул килувчи бангилик (кокаиномания, чефиризм)
- 4) Уйку келтирувчи наркотик моддалар истеъмол килувчи бангилик (барбитуромания). Буларга фенобарбитал (амитал), нембутал, хлоралгидрат, барбитал натрий кабилар киради:
- 5) Амфетамин истеъмол килувчи наркомания: (фенамин, фенатин, эфидрин).
- 6) Галлюцинацияга сабаб буладиган моддалар истеъмол наркоманияси: (лизерген кислотаси ва бошкалар).
- 7) Эфедрон наркоманияси.
- 8) Икки ёки ундан ортик наркотик модда истеъмол киладиган бангилик полинаркомания.
- 9) Психофармакология моддаларни истеъмол этиш билан утадиган токсикомания (транквилизаторлар, антидепрессантлар, юмшок нейтролептиклар),
- 10) Рухий ҳолатни тетиклаштирувчи моддалар истеъмоли билан утадиган токсикомания (центидрин, кофеин).
- 11) Циклодолни суистеъмол қилиш натижасида токсикомания (циклодол, паркопан, артан, ромпаркин).
- 12) Корхоналарда ва турмушда ишлатиладиган кимёвий моддаларни хидлаш туфайли келиб

чикадиган токсикоманиялар (бензин, буюк ва лак эритувчилар). 13) Никотиномания (тамаки, нос **Опий (афюн) гиёхвандлиги**

Афюнмандлик-афюн ва унинг бирикмалари (морфин, промедол, героин, опий, кодеин, кодтерпин ва бошкалар) тери остига, томирга, ичиш ёки чекиш пайтида ҳаво орқали организмга юборилади.

Афюнни бир марта кабул қилган кишида кутаринки кайфият, роҳатбахш «тинчлик» сезгиси, ижобий мазмунга эга булган узгарувчан тасаввур ва тушсимон хом хаёлларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Фикрлаш сузлаш ва баъзида ҳаракатлар тезлашади. Ташки таъсиротнинг кучи сусаяди ёки йуқолади. Наркотик моддаларнинг доимий кабул қилиш, юкорида курсатилган кутаринки кайфият ҳолати афюнга хирс куйишга, тез орада рухий ва жисмоний қарамликка олиб келади. Опийнинг кимёвий ҳосиласи-героин бўлиб, героинли гиёхвандликка кишилар 1-2 мартаба инъекция қилганларидаёқ урганиб, унга тобе бўлиб қоладилар. Инъекциядан сунг танага ёқимли иссиқлик югуради, кул ва оёқлар оғирлашади, бушанглик пайдо бўлиб 2-3 минутлик тинчлик пайдо бўлади. Кайфият кутарилиб, жуда ёқимли уйкуга сабаб бўлади. Бу ҳолат 8 соат давом этади. Гиёхванд героинни тез-тез кабул қила бошлайди. Организмни сурункали захарлай бошлайди. Гиёхванд терисининг ранги қорамтир ерсимон бўлади. 1-ой давомида рухий қарамлик шаклланади. Эйфория ҳолати 4 соатга қисқаради, толерантлик ортиб боради ва 1,5-2 ой мобайнида жисмоний қарамлик ривожланади.

Афюнмандлик касаллигининг кечишида афюнга чидамликнинг ошиши, уни истеъмол қилиш бирданига тухтатиб қуйишганда хуморнинг пайдо бўлиши асосий уринни эгаллайди. Хумор ҳолати 15-20 соатдан сунг беморнинг тез-тез эснаши, йутал пайдо бўлиши, кузи ёшланиши, юрак уриши ва нафас олишнинг тезлашиб кетиши, титрокнинг пайдо бўлиши, бадан-увишиши, куз қорачигини кенгайиб кетиши, оёқ-кул мушакларининг тортишиши, ич суриши билан тавсифланади. Бемор хумор тутган пайтда жуда тажанг, кузгалувчан, жахлдор бўлиб афюнга чексиз мойиллик сезади ва бу борада қонун бузарликка ҳам кул уриши мумкин.

Касаллик оқибатида 2-4 кундан кейин беморларнинг аҳоли аста-секин оғирлашади, унинг умумий куполлашуви, дунёқарашининг торайиши кузатилади. Бундан ташқари, бемор ички аъзоларининг фаолияти ҳам бузилади. Афюнманд кишининг ташки қуриниши ҳам узиги ҳос бўлиб тери қаватининг ниҳоятда қуриб кетиши ва қорайиб, ерсимон ранга кириши. Юзларида пайдо бўлиши. Бадан терисининг қорайиб кетиши, куз қорачигининг торайиб кетиши, вегетатив бузилишларнинг мавжудлиги билан тавсифланади.

Опийнинг ҳосиласи морфин ҳисобланиб, у оғриқсизлантиришда ишлатилади. Морфин, промедол ёки героин тери остига ва томирга юборилади, опий ичилади ва томирга юборилади ёки чекиш пайтида ҳаво орқали киради. Беморларда фикрлаш, сўзлаш тезлашади. Хаёл суриш, роҳатланиш, вақтихушлик қўринишидаги кайфиятнинг кўтарилиши юз беради. Баъзида ҳаракатлари тезлашуви мумкин. Лекин бу ҳолатнинг маълум мақсади бўлмайди. Наркотик моддаларнинг керакли микдорини олиш учун қилинган йўналиш бундан истисно. Моддаларни доимий истеъмол қилиш тез орада рухий ва жисмоний қарамликка олиб келади. Наркотик истеъмол қилиш барча истаклардан устун туради.

Морфинга бўлган толерантлик жуда тез ҳосил бўлади, бир неча ҳафтадаёқ биринчи микдордан анча кўпроқ модда истеъмол қилишга ўрганиб қолинади.

Беморларда морфин қаби опий ҳосилаларини сурункали истеъмол қилиш натижасида ўз ишига, атрофдагиларга қизиқиш йўқолади, қизиқиш доираси кескин тораяди. Беморлар кўпол, худбин бўлиб қоладилар. Уларнинг ҳулки асоциал бўлиб қолади. Беморлар барча ишга қодир бўлиб қоладилар, ҳатто наркотик моддалар топиш ҳаракатида ҳеч

нарсадан кайтмайдилар.

Абстинент синдром — аввалига кучсизланиш, кўз ёшланиши, корачикнинг торайиши ва титраш билан тавсифланади. Маълум вақтдан сўнг(15—20 соат) титраш, қорачикнинг кенгайиши кузатилади. Беморда тумов, аксириш, йўталиш, кўз ёшланиши ва терлаш кузатилади. Ичак ҳаракати тезлашади. Опий гиёҳвандлигидаги абстиненциянинг руҳий кўриниши безовгаланиш, кучли тарқоқ оғрик юрак уриши ва нафас олиш тезлашуви, артериал босим кўтарилиши билан тавсифланади.

Кейинрок (2—3 кундан кейин) кўрсатилган аломатлар кучайиб, уларга мушак оғриклари, кучли уйқусизлик қўшилади. Бемор танасида, асосан (бўғимларида), белда, қориннинг пастки қисмида кучли оғрик сезади. Бу симптомлар 3—4 кундан сўнг жуда кучаяди. Беморнинг аҳволи оғирлашади, иштаҳаси йўқолади, қайт қилиши, ич кетиши кузатилади. 4—5 кунлардан сўнг бу аломатлар йўқолади. Лекин 1—2 ой ичида баъзи-баъзида бўғимлардаги оғриклар, уйқусизлик безовта қилиб туради.

Наша моддаларини истеъмол қилишдан келиб чиқадиган гиёҳвандлик

Наркотик моддаларнинг ушбу гуруҳига нашанинг турли навларидан олинган сақичсимон моддалар- марихуанна, анаша, банг, хусус, харас киритилади. Наша таркибидаги ароматик альдегид каннабинол бошлангич таъсир кучига эгадир. Наша чайнаб, чекиб, ичимлик шаклида қабул қилинади. Наша чекилганда эйфория, борликни ранго ранг қабул қилиш, фикрлашнинг тезлашиши, хирсий хусусиятларнинг кучайиши пайдо бўлади. Бундан ташқари, психосенсор узгаришлар, иллюзиялар (кичик арик худди катта дарёга ухшаб, секин овозлар гумбирлашдек, шовкиндек туюлиши), деперсонализациялар (уз тана аъзолари инкор этиш), учрайди. Мастликнинг кечки даврларида фикрлашнинг боғланмаганлиги, бачканалик, кулгили холатлар, ташналик, лоқайдлик билан тугайди. Нашага урганиб қолиш секин ривожланади. Хуморлик холати юмшокрок булиб, соматовегетатив узгаришлар ва беҳоллик, депрессия, дисфория истерия холатлари билан намоён бўлади. Наша хаддан ташқари куп қабул қилинганда психозлар (хушнинг намошшомсимон, делириоз бузилиши, эпилепсияга ухшаган тутканоклар, беҳушлик) пайдо бўлади.

Беморларда уткир хумор психозлари - делирий, намошшомсимон хуш узгариши, куркинч, безовталиқ билан кечадиган ва чузилган эндоформ психозлар учрайди. Нашавандликдаги шахс узгариши психопатсимон холатлар, маиший бузиклик ва ақл идрокнинг камайиши шаклида кузатилади.

Наша — канопнинг турли навларидан олинган модда. Уни чекиш ёки ичиш йўқи билан истеъмол қилинади. Канопнинг руҳий фаол хоссага эга бўлиши ундаги каннобиноидларга боғлиқ. Наша билан уткир заҳарланишнинг клиник кўриниши — хушдан кетиш кўринишидаги онгнинг ўзгариши, телбанома ҳулкли, бесабаб кулувчи, ассоциациянинг тезлашуви ва шу каби белгилардир.

Каноп моддаларини доимий истеъмол қилишдан камгаплик камкувватлик ва шахснинг инкирозга учраши кучаяди, шахс ўз хусусиятларини йўқотади.

Бемор терисининг кизариши ёки рангпарлик шох парданинг конга тулиши, терлаш, сулак окинш кузатилади. ўаша билан сурункали заҳарланишнинг сунгги босқичи ;ўриниши шизофренияга ухшаш бўлади. .

Кокаин наркоманияси.

Кокаин-Жанубий Америкада усадиган кока номли усимлик баргидан тайёрланиб, алколоидлар туркумидаги модда ҳисобланади. Бангилар кокаинни истеъмол қилганларида, уларда фикрлаш қобилятининг кучайиши, сергаплик, ҳаракатчанлик билан утадиган эйфория холати кузатилади. Оқибат натижада уларда дармонсизлик, жахлдорлик, мушаклар бушаш уви ва титрок холатлари аникланади. Касалликнинг биринчи йилларидаёқ беморларда курслик, узбилармонлик, майдагаплик, жахлдорлик, узига карамаслик холатлари билан кечадиган чукур шахс узгаришлари ривожланади. Агар кокаин сурункасига истеъмол қилинса психозлар келиб чиқади.

БАРБИТУРОМАНИЯ.

Барбитуромания (уйку келтирувчи моддалар истеъмоли наркоманияси). Купинча алкоғолизм, афъюн наркоманиясига учраган беморларда ёки куп вақт уйқусизликдан кийналаётган кишиларда учрайди. Охириги купсатилган холатдаги шахсларда барбитуратларнинг уйку келтирувчи микдори купайиб боради, бу эса эйфория холатига олиб келади. Ана шу эйфория холати беморларни барбитуратларга ургатиб қуяди.

Касалликнинг ривожланиши бошқа наркоманиялардаги каби, хумор ҳолатлари оғир кечиб, кучли астения, уйқусизлик, хавотирланиш мушаклар учиши, ич кетиш ҳолатлари билан ифодаланади. Хуморнинг 4-5 кунларида беморларда тутканоклар, хумор психозлари (делирий,галлюциноз) кузатилиши мумкин.

Касалликнинг ривожланиши бошқа наркоманиялардаги каби барбитуратлар узок вақт истеъмол этилганда беморларда сурункали эйфория, жажлдорлик,дисфория, паршонхотирлик, 4-5 йилдан сунг органик деменция, хотира ва акл-идрокнинг сусайиши билан неврологик узгаришлар (талаффуз бузилиши, титрок, мувозанат йуколиши) кузатилади.

Рухий ҳолатни кузгатувчанлик моддалар истеъмоли **наркоманияси**.

(Амфетаминлар-фенамин,фенатин, эфидрин). Бу моддалар қабул қилганда кучга тулиш, жушқинланиш, ҳаракатлар кучайиши билан утадиган эйфория пайдо бўлади.

Хумор узок уйқусизлик, уз-узини айблаш билан утадиган депрессия ҳолати, суикасд қилиш каби узгаришлар билан ифодаланади.Купинча хушнинг бузилиши, кузгалувчанлик билан утадиган психозлар, баъзан эса таъқиб ва муносабат васвасалари, эшитиш, қуриш ва сезиш галлюцинациялари каби узгаришлар кузатилади.

Галлюциногенлар келтириб чиқарувчи моддалар **истеъмоли наркоманиялари**.

(лизергин кислотаси ва бошқалар). Бу моддаларга тез урганиб қолади. Беморларда депрессия маниакал ҳолат, делирий, галлюциноген-васвасали ва деперсонализация ҳолатлари кузатилади.

Токсикоманияни клиник қуриниши. Токсикомания-наркотик моддалар руҳхатига қирмаган табиий ва сунъий захарловчи моддаларни истеъмол қилиш натижасида юз берадиган вақтинчалик ёки сурункали захарланиш ҳолати. Токсикоманияни келтириб чиқарувчи моддаларнинг асосийси психотроп моддалардир. Транквилизаторлар, паркинсонизмда қулланиладиган моддалар, антидепрессантлар, рухий ҳолатни тетиқлаштирувчи дорилар (центедрин, кофеин), қорхоналарда ва саноатда ишлатиладиган кимевий моддаларни хидлаш натижасида токсикоманияни уткир ва сурункали захарланиш белгилари намоён бўлади. Токсикоманияни уткир захарланишда 4 та босқич фаркланади:

- 1) эйфория
- 2) онгнинг узгариши
- 3) галлюцинация
- 4) ҳолатдан чиқиш босқичлари.

Сурункали захарланишда психоорганик синдром белгилари намоён бўлади.

Токсикоманияларда ҳам худди наркоманиялардаги сингари шу моддаларга мойиллик ва чидамлилиқнинг ошиши, хумор ҳолатининг пайдо бўлиши кузатилади.

Психофармакологик моддаларни истеъмол **этиш билан утадиган токсикоманиялар**.

Беморлар уз ҳолатларини яхшиловчи ҳар қандай психофармакологик моддаларга урганиб қолишлари мумкин.

Бу ҳолат купинча психотроп (транквилизаторлар, антидепрессантлар-депрессияга қарши дорилар) моддалар билан узок даволашда еки психопатик шахсларда, неврозларда рухий касалликлардаги ипохондрик ҳолатдаги беморларда кузатилади.

Ҳозирги вақтгача психофармакологик моддаларга мойиллик белгилари ҳақида умумий фикрлар йук. Лекин купгина тажрибалар шуни курсатадики, «юмшок» нейрорептиқларга жисмоний мойиллик ривожланганда бош оғриши, беҳушлиқ ҳолатлари, юрак уриши тезлашиши, титрок босиши, эпилепсиясимон тутканоклар, психоз ҳолатлари кузатилади.

Купинча бензодиазепам туркумидаги психотроп моддаларга (хлордиазепоксид, диазепам, нозепам, нитрозепам, лоразепам, тазепам) ҳам мойиллик бўлиши мумкин. Шу моддалар узок вақт истеъмол этилганда уларга чидамлилиқ ошади, хумор (қурқув, уйқусизлик, безовталиқ, куп терлаш, титрок) ҳолатлари пайдо бўлади, бу эса жисмоний мойиллик, вегетатив узгаришлар ҳолида антидепрессантлар суистеъмол қилган пайтда ҳам кузатилади.

Психофармакологик моддаларни сурункали истеъмол этишда токсикоманияларга ҳос шахс узгаришлари аста-секин ривожланиб боради. Бу шахс узгаришлари бефарқлик, муҷмаллик, узини гута билмаслик, жажлдорлик қайфиятнинг узгарувчанлиги, қизиқишлари фақат даволашга қаратилганлиги билан кузатилади.

Рухий ҳолатни тетиқлаштирувчи моддалар **истеъмоли** билан утадиган токсикоманиялар

Бу ҳолдаги токсикоманиялар наркотик моддалар руҳхатига қиритилмаган мия фаолиятини тетиқлаштирувчи моддалар (центидрин, кофеин, ацифин, сиднокарб, синднофен ва бошқалар). суистеъмол қилганда вужудга келади. Бу моддалар қабул қилганда тетиқлашиш, кучга тулиш, енгилланиш каби ҳолатлар пайдо бўлади. Бу ҳолат оз вақтдан сунг бушашишлиқ, тушқунлик, бош оғриги, бадан қакшаши билан тугалланади. Беморлар ана шу моддаларни такрор қабул қилишга мажбур буладилар, бу эса токсикоманияга олиб келади. Тетиқлаштирувчи моддаларга урганиб қолиш, купинча психопатик (уз-узига ишонмаган, иккиланувчи, купинча уйқучанликка, тез қарчашга берилган) шахсларда

учрайди. Беморлар бу моддаларни истеъмол қилишни бирдан тухтатганда хуш бузилиши (делирий) ва кузғалиш ҳолатлари пайдо бўлиши, бундан ташқари, васвасавий, галлюцинацияларга сабаб бўлиши каби ҳолатлар юзага келади. Бу моддалар истеъмоли миқдори ошиб кетганда қурқинчли аниқ қуриш галлюцинациялари (ургимчақлар, майда хайвонлар, қунгизлар) билан кечадиган делирийлар ёки овоз эшитиш галлюцинациялари кузатилади. Бундан ташқари, уткир сезиш, таъқиб, муносабат, таъсир этиш васвасалари кузгалувчанлик билан утадиган психозлар келиб чиқиши мумкин.

Бу токсикомания жуда аччиқ чой анчадан бери ичиб юрилганда вужудга келади Қасалликка олиб келадиган модда чойдаги кофеин алкалоидларидир.

Циклодолни суистеъмол қилиш натижасидаги токсикомания

Паркинсонизмга қарши ишлатиладиган дори-дармонлар (циклодол, артан, ромпаркин, паркопан) оз-оздан эмас, 2-4 марта купрок дозада қабул қилинганда эйфория мастлик ёки галлюцинацияларга сабаб бўлиши каби ҳолатлар юзага келади. Бу моддалар истеъмоли миқдори ошиб кетганда қурқинчли аниқ қуриш галлюцинациялари (ургимчақлар, майда хайвонлар, қунгизлар) билан кечадиган делирийлар ёки овоз эшитиш галлюцинациялари кузатилади. Бундан ташқари, уткир сезиш, таъқиб, муносабат, таъсир этиш васвасалари кузгалувчанлик билан утадиган психозлар келиб чиқиши мумкин.

Орадан 1-1,5 йил утгач қасалликнинг сурункали даври бошланади. Чидамлилик 30-40 таблеткага етади. Хумор ҳолати кул ва тана титраши, мушакларда оғрик, тортишиш, бугимларда ва умуртка погонасида оғрик пайдо бўлиши, юрак уришининг бузилиши, хавфсираш, қурқинч тарикасида кузатилади.

Қасалликнинг кечки даврида рухий ва жисмоний мойиллик оғирлашиб, органик турдаги ақл қамайиши кузатилади.

Қорхоналарда ва турмушда ишлатиладиган кимёвий моддаларни хидлаш туфайли келиб чиқадиган токсикомания.

Бу туркумдаги моддалар бензин, буёқ ва лак эритувчилари, доғ кеткизувчи моддалар, кимёвий елимлар ҳисобланади. Улар асосан оғиздан, бурун орқали хидлаш йули билан нафасга олинади. Уткир захарланишда (мастликда) эйфория ҳолати пайдо бўлиб, у ранг баранг, сахнасимон, фантастик мазмунли галлюцинациялар билан ифодаланади. Беморларда шахс хусусиятларининг узғариши, нотугри хатти-ҳаракатлар пайдо бўла бошлайди

Улар бу моддаларни 2-3 кун истеъмол этмасалар, юрак уриши, қон босими бузилади, кул титраши, қовоқ учиши, тана шишуви пайдо бўлади, безовталиқ, ташвишланиш, 5-7 кунга бориб депрессия, апатия, бушашиш, астения учрайди.

Қасаллик ривожланганда беморларда шахс узғаришлари қурина бошлайди. Улар аффектив узғарувчанлик, дисфориялар, газабланиш, бағритошлиқ, ҳужумқорлик, ақл-идрокнинг чуқур узғаришлари кузатилади. Беморлар тез орада ишга яроксиз бўлиб қоладилар, саёқ юрадилар, қонунбузар ишлар қиладилар.

Гиёҳвандликнинг диагностикаси.

Гиёҳвандликнинг диагностикаси бир оз қийин бўлиб бунга беморларнинг гиёҳванд моддаларни қабул қилишини яшириши сабаб бўлади. Гиёҳвандлик диагностикасида қуйидаги аниқ критерийларга алоҳида эътибор бериш зарур: қариндошларнинг маълумотлари, яъни беморнинг у ёки бу турдаги гиёҳванд моддасини истеъмол қилаётганини улардан аниқлаб олиш, бемор танасида инъекциядан кейинги доғлар, чандиклар ёки абцесслар борлиги, беморни ёпик жойда сақлаганда гиёҳванд модда қабул қилишга имконият бўлмаганда хуморлик синдромининг пайдо бўлиши, гиёҳванд моддаларни сурункасига истеъмол қилиш натижасида ички аъзолардаги ва асаб тизимидаги узғаришлар. Сулак, қон ва сийдикда гиёҳванд моддалар ва уларнинг метаболитларининг топилиши.

Опийли гиёҳвандликда қондаги АЛТ ва липидлар миқдори ошади, фосфолипидлар миқдори қамаяди. Барбитуроманияда ГГТ (глутамилтрансфераза), АЛТ миқдори ошади. Учувчи органик моддалар токсикоманиясида қонда креатинфосфокиназа пайдо бўлади.

Гиёҳванд моддалар қабулини аниқлашнинг экспресс-тест усули ҳам бўлиб, уни уй шароитида ҳам гиёҳванд деб гумонсираётган одамда қуллаб аниқласа бўлади. Бунга асосан махсус тайёрланган қогозни гиёҳванд сийдигига 5 сония туширамиз. 5 дақиқадан сунг қогозга эътибор қаратамиз, агар 2-та қизил-қунгир чизик пайдо бўлса ҳаммаси жойида гиёҳванд мода йук, агар 1-та чизик пайдо бўлса сийдикда гиёҳванд модда бор. Қогозда чизик пайдо бўлмаса тест нотугри утқазилган бўлади.

Гиёҳвандлик диагностикасида бемордаги баъзи белгилар, ҳолатлар ва хатти-ҳаракатлар ҳам қатта аҳамият қасб этади. Буларга қуйидагилар қиради: ҳаво иссишига қарамай узун еңгли қийим қийиш, қул панжасининг шиши, тишларининг қорайиши ва саргайиши, синиши, сузлашувининг галатилиги, алкоғол хиди қелмай туриб сархушлиқ ҳолати бўлиши, ҳаракат секинлашуви, таъсирчанлик, тажанглиқ, уйдан нарсалар ва пулларнинг йуқолиши.

Гиёҳвандликнинг асоратлари

ГИктисодий асоратлар: қатта пул сарфланиши, барча даромадларнинг йуқолиши, уйдаги буюмларни сотиб йуқотиши, ишдан хайдалиши, одамлардан қарз олиши, оиласидан ажрალიши.

2. Ижтимоий-сиёсий асоратлар: давлатга қарши оқимларга, диний экстремизмга,

террористик оқимларга кушилиб кетиши.

3. Юридик асоратлари: жиноий ишлар содир килади, угрилик, босқинчилик, одам улдириш, террорчилик ва бошқа жиноятлар.

4. Тиббий асоратлар: гиёхванд моддалар бутун организмга ва марказий нерв системасига, рухиятга таъсир курсатиб, чуқур даражадаги шахс узгаришларига олиб келади. Гиёхванд моддаларни инъекция йули ва бошқа йуллар билан қабул қилиниши гиёхвандларда жинсий майлнинг бузилишига сабаб бўлади, ОИТС билан касалланиш даражаси ортади. Маълумотларга қура ОИТС касаллигига чалинганларнинг 80 % дан қупини гиёхвандлар ташкил қилади. Шу сабабли ҳам гиёхвандлик ва ОИТС 21-аср ваОСИ **ХИСОБЛАНАДИ**

Гиёҳвандлик ва токсикоманияни даволаш ва олдини олиш

Гиёҳвандликни даволаш принциплари..

1. Аноним (яширинча)
2. Ихтиерий
3. Мажбурий

Касаллик 3 боскичда даволанади:

- 1) Дастлабки боскич -дезинтоксикация, умумий мустахкамлаш ва тетиклаштириш усуллари Наркотик модда қабули тухтатилиши билан олиб борилади.
- 2) Асосий боскич-наркотик моддаларга Карши қаратилган самарали усулларни қўллаш
- 3) Тутиб

Пироксан транквилизаторлар, хавотирли депрессияга қарши дорилар

(тазепам,нозепам,амитриптилин).

Наркотик ҳумор ҳолатида пироген таъсирига эга бўлган дори сульфозин 2-3 кунга 1 марта, пирогенал, безовталиқ,уйқусизлик,кузгалувчанлик қўзатиладиганда 2,5%-2-4 мл аминазин, 2,5%-2-4мл тизерцин,0,5%-1-2 мл галоперидол, 1%-2-4мл димедрол ва бошқа дори-дармонлар қўлланилади.Детоксикация мақсадида физиологик эритмада В ва С гуруҳдаги витаминлар,тиосульфат натрий,баральгин, панангин, лазикс юборамиз.

Уйқуни яхшилаш мақсадида реланиум+тизерцин+кордиамин мушак орасига қилинади.

Гиёҳванд моддага нисбатан патологик мойилликни йўқотиш учун нейролептиклар:модитен-депо,галоперидол-деканоат қўллаймиз. Опиатлар билан уткир захарланганда уларнинг антогонистлари налорфин ёки налтрексон 0,5%-3-5 мл вена ичига юборамиз.

Қўшимча ёрдамчи даволаш воситалари: электро уйқу,психотерапия, оёқларини иссик сувда ушлаб туриш, массаж қабилар қўллаш мумкин.

Гиёҳвандлик билан касалланган беморлар даволанаётган вақтда ишга лаёқатсизлик варақаси берилади, бошқа пайтда иш қобилияти сақланган бўлади. Харбий хизматга лаёқатсиз ҳисобланади.

Наркомания мавзусига оид тест саволлари

1. Опиёли наркоманияда абстинент синдромига ҳос:

қуз ёшланиши, ринорея
оғиз қуриши, ич қотиши
иштаха қучайиши, полидипсия
анализаторларнинг таъсир бусатасини ортиши
қунгил айниш, қайд қилиш, мушакларда оғрик
ич қетиши, қўп терлаш

31 Опиё гуруҳига қирадиган препарат:

- 1 омнопон
- 2 дроперидол

- 3 морфий
- 4 промедол
- 5 фентанил
- 6 каннабинол

32 Наркоманиянинг асосий белгиларига киради:

- 1 абстинент синдроми
- 2 рухий ва жисмоний қарамлик
- 3 онг тўхташи синдроми
- 4 Ганзер синдроми
- 5 наркотик моддага толерантликнинг ўзгариши
- 6 интоксикациянинг клиник қуринишининг ўзгариши

33 Морфий абстиненцияси белгиларига киради:

- 1 эйфория
- 2 эснаш, аксириш, бурун кичиши
- 3 мушакларда, бўғимларда кучли оғриқ
- 4 куз қорачигининг кенгайиши, тремор
- 5 миоз, ич қотиши, гипотермия
- 6 куз ёши оқиши, сулак оқиши, кўп терлаш

34 Токсикомания чақирадиган дорилар:

- 1 антидепрессантлар
- 2 ноотроплар
- 3 нейролептиклар
- 4 психостимуляторлар
- 5 транквилизаторлар
- 6 дисульфирам тутувчи дори воситалар

35 Наркотик моддаларга киради:

- 1 барбитуратлар
- 2 кодеин
- 3 наша
- 4 опий
- 5 транквилизатор
- 6 нейролептиклар

36 Наркоманияга алоқаси бўлган симптом:

- 1 мутизм
- 2 толерантликнинг ўсиши
- 3 абстинент синдроми
- 4 каталепсия
- 5 соматопсихик бузилишлар
- 6 шахс деградацияси
- 7

37 Қайси препаратни бемор суистемол қилганда, токсикомания диагнози қуйилади:

- 1 наша
- 2 кокаин
- 3 органик эритувчилар
- 4 транквилизаторлар
- 5 кодеин
- 6 барбитурантлар
- 7

38 Гашишизмга қандай бузилиш хос :

Корсаков синдроми

- 1 макропсия
- 2 ёркин, ранг-баранг иллюзиялар ва галлюцинациялар
- 3 дереализация
- 4 шахс деградацияси

- 5 кучли оғриқлар билан ўтувчи жисмоний қарамлик
- 39 Наркоманиянинг асосий белгиларига киради:
- 1 рухий ва жисмоний қарамлик
 - 2 интоксикациянинг клиник кўринишининг ўзгариши
 - 3 наркотик моддага чидамликнинг ўзгариши
 - 4 онг йўқолиши синдроми
 - 5 абстинент синдроми
 - 6 кататоник синдром
- 40 Наркоманияга киради:
- 1 жисмоний қарамлик
 - 2 рухий қарамлик
 - 3 интеллектуал-мнестик сусайиш
 - 4 Ясперс триадаси
 - 5 реактивликнинг ўзгариши
 - 6 толерантликнинг ўзгариши
- 41 Гашиш психозларида кузатилади:
- 1 кататоник ступор
 - 2 галлюцинациялар
 - 3 аффектив бузилишлар
 - 4 гиперестезия, дисморфопсия
 - 5 Кандинский-Клерамбо синдроми
- 42 Опийдан маст бўлишга қуйидагилар хос:
- 1 гипотимия
 - 2 реалликдан узоқлашиш
 - 3 гипертимия
 - 4 қўзғалувчанлик, хиссий лабиллик
 - 5 миоз
 - 6 Амнезия
- 43 Кайси модда наркомания диагнозини тасдиқлайди
- 1 аминазин
 - 2 кофеин
 - 3 кокаин
 - 4 псилоцибин
 - 5 героин
 - 6 гашиш
- 44 Опиум наркоманиясидаги абстинент синдром учун хос:
- 1 кўз ёши оқиши, ринорея, диарея ва кўп терлаш, қусиш
 - 2 оғиз қуриши, кабзият, балўамли йўтал
 - 3 иштаха ортиши, полидипсия, диарея
 - 4 эснаш, мушак ва суякларда оғриқлар, мушаклар тиришиши
 - 5 кўнгил айнаши, қусиш, мушакларда оғриқлар
- 45 Алкогол психозида ёрдам бериш тури:
- 7 психиатрия стационарида
 - 8 бир марта ёрдам кўрсатиш
 - 9 диспансерга кунда қатнаш
 - 10 наркология стационарида
 - 11 уйда даволаш
 - 12 амбулатор ёрдам
- 46 Алкоголдан оддий маст бўлишнинг ўзгарган шакллarga киради:
- 7 депрессив аффект билан кечадиган мастлик
 - 8 эксплозивлик билан кечадиган мастлик
 - 9 истерик белгилар билан кечадиган мастлик
 - 10 эйфорияли

- 11 параноид синдром билан кечадиган мастлик
 12 психомотор тормозланиш ва релаксация
- 47 Алкогол психозлари турларига киради:
- 7 парафрения
 8 галлюциноз
 9 делирий
 10 кататония
 11 уткир рашк васвасаси
 12 параноид
- 48 Этил спиртига хос:
- 7 гипнотик хусусият
 8 гипертимия
 9 кучли психотик таъсир
 10 эйфория • олатини чақириш учун ичишга бўлган талаб
 11 алкоголь абстинент синдромининг пайдо бўлиши ва шаклланиши
 12 ноотроп хусусият
- 49 Шартли-рефлектор терапияда қайси препарат қўлланилади?
- 7 апоморфин
 8 тетурам (антабус)
 9 клофелин
 10 трихопол
 11 эметин
 12 эспераль
- 50 Алкоголизмга сенсibiliзация чақирмайдиган препарат:
- 7 трихопол
 8 тетурам
 9 пирроксан
 10 тиосульфат натрий
 11 эспераль
 12 фуразолидон
- 51 Алкоголизмнинг иккинчи боскичида буладиган асосий ўхлар:
- 7 абстиненция
 8 қайт қилиш химоя рефлексининг йўқолиши
 9 палимсестлар
 10 псевдозапой
 11 ру•ий қарамлик
 12 чинакам запой
- 52 Алкоголизмни даволаш усулларига киради:
- 7 витаминотерапия
 8 дезинтоксикацион
 9 электртутқаноқ муолажа
 10 психотерапия
 11 инсулинокоматоз турапия
 12 шартли-рефлектор
- 53 Наркоман деб ҳисоблаш учун керак бўлган шартларга киради:
- 7 характернинг бўртирилганлиги
 8 васваса ғоялари бўлиши
 9 наркотик қабул қилишдан сақлана олмаслик
 10 абстинент кўринишлар
 11 наркотикка чидаб бўлмас майл
 12 толерантликнинг ортиши
- 54 Наркоманиянинг дезинтоксикацион терапиясида қўлланилади:
- 7 преднизолон
 8 гемодез
 9 тиосульфат натрий

- 10 инсулин
 11 реомакродекс
 12 нейролептиklar
- 55 Наркоманияни чақирадиган модда:
- 7 гашиш
 8 морфин, опий препаратлари
 9 транквилизаторлар
 10 уйқу дорилари
 11 бензин
 12 кокаин
- 56 Наркоманиянинг этиологик омилига киради:
- 7 аутоинтоксикация
 8 ижтимоий омил
 9 жинс
 10 психологик омил
 11 ирсият
 12 биологик омил
- 57 Наркоманиянинг умумий характеристикасига киради:
- 7 ру•ий ва жисмоний қарамлик
 8 эйфория
 9 толерантликнинг ёсиши
 10 амнезия
 11 чидаб бўлмаган майл
 12 психопродуктив симптоматика
- 58 Токсикоманияга киради:
- 7 этаминал натрий қабул қилиш
 8 циклодол
 9 фенабарбитал қабул қилиш
 10 кокаиномания
 11 кофеин қабул қилиш
 12 наша
- 59 Алкогол психозлар алкоголизмнинг қайси босқичига хос:
- 6 алкоголизмнинг I босқичига
 7 алкоголизмнинг II босқичига
 8 алкоголизмнинг III босқичига
 9 маиший ичкиликбозликка
 10 хумор синдромига
- 60 Опиат гиёҳвандлиги абстинент синдроми таркибидаги бузилиши:
- 6 гипостезия
 7 тумоғ, ютал
 8 сенестопатия
 9 парестезия
 10 ичи кетиши (понос)
- 61 Алкогол галлюцинозда қуйдаги галлюцинациялар кўпроқ учрайди:
- 6 чин вербал
 7 чин кўрув
 8 томоқ ва бурундаги
 9 кўрув саҳнасимон
 10 тактил
- 62 Ўткир алкогол интоксикациясига хос:

- 6 онг тухташи /карахтлик, /
- 7 кома
- 8 онгнинг делириоз бузилиши
- 9 иллюзиялар
- 10 галлюцинациялар

63 Абстиненнт синдроми шаклланади

- 6 алкоголизмнинг II босқичида
- 7 хаотик ичганда
- 8 маиший ичкиликбозликда
- 9 Наркоманияда
- 10 алкоголизмнинг I босқичида

64 Наркотик мастлиги учун кўпрок хос бўлган хиссиет бузилиши:

- 11 эйфория
- 12 гипертимия
- 13 апатия
- 14 депрессия
- 15 дисфория
- 16 Липман симптоми
- 17 ганзер симптоми
- 18 Ашафенбург симптоми
- 19 амнезия симптоми
- 20 эйфория симптоми

65 Алкоголизмни даволашда гипносуггестив терапия қўлланилади

- 6 даволашнинг 3 босқичида
- 7 маиший ичкиликбозликда
- 8 даволашнинг 2 босқичида
- 9 запой даврида
- 10 эпизодик ичкиликбозлида

66 Алкоголда мастликни аниқлаш:

- 6 Мохова-Шинкаренко синов
- 7 электроэнцефалография
- 8 клиник текшириш
- 9 Ланге реакцияси
- 10 Вассерман реакцияси

67 Алкоголизм қуйидагига киради:

- 6 касалликнинг алохида турига
- 7 наркоманияга
- 8 экзоген касалга
- 9 зарарли одатларга
- 10 эндоген касаллика

68 Алкоголизмли бемор дераза орқасидан нотаниш одамларнинг "овозини" эшитяпти.ва курыпти
Симптом:

- 6 эшитув галлюцинация
- 7 курув галлюцинация
- 8 таъқиб васвасаси
- 9 рашк васвасаси
- 10 Корсаков психози

69 Алкоголда мастликни аниқлаш:

- 1 Мохова-Шинкаренко синов
- 2 электроэнцефалография
- 3 клиник текшириш
- 4 Ланге реакцияси

5 Вассерман реакцияси

70 Алкоголизм қуйидагига киради:

- 1 касалликнинг алоҳида турига
- 2 наркоманияга
- 3 экзоген касалга
- 4 зарарли одатларга
- 5 эндоген касаллика

71 Алкоголизмми бемор дераза орқасидан нотаниш одамларнинг "овозини" эшитяпти.ва курыпти
Симптом:

- 1 эшитув галлюцинация
- 2 курув галлюцинация
- 3 таъқиб васвасаси
- 4 рашк васвасаси
- 5 Корсаков психози

72 Оқ алаҳлаш қандай ҳолатларда кузатилади:

- 6 алкоголизм
- 7 анаша истемоли
- 8 шизофрения
- 9 маниакал депрессив психоз
- 10 климактерик психоз

Наркомания

1. Бемор Д. 17 ёш, охири пайтларда писмик, алдоқчи булиб колди ва жуда озиб кетган. Уйга кеч келади, наркотиклар истеъмол килиши маълум булди. Тусатдан кечга якин ранги оқарган, тер босиб кетган, аксиради, диарея, бугинларда кучли огрик кузатилмоқда.

.Синдромал ташхис

.Бу синдром кайси касалликларда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси

Жавоблар

1. Абстинент синдроми
2. Героинли наркомания, кокаинли наркомания, токсикомания
3. Клинико анамнестик текширув, кон ва сийдик тахлили
4. Артралгия, сулак оқиши, куз еш оқиши, диарея, тумов
5. Наркологик стационарга госпитализация

Наркомания

2 Бемор Д.16 ёш. Охири ойлар мобайнида камгап, алдоқчи, хаддан ташқари озиб кетган, узига оро бермайдиган булиб колган. Уйга кеч келади. Дугонаси наркотик сотишда айибламоқда. Тусатдан кечкурун холсизлик хис этди, тер оқиб туша бошлади, акса, диарея, оёқларда каттик огрик кузатилди.

.синдромал ташхис

.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Наркомания, алкоголизм, токсикомания
2. Абстинент синдром
3. кон ва пешобнинг биохимик анализи, патопсихологик текширувлар, экспресс тестлар
4. 24-48 соат ичида чуккига чиқади, хавотир. Кузгалувчанлик, сенестопатия, уйкусизлик, куз ёш оқиши, тана хароратининг кутарилиши, тахикардия, КБ кутарилиши, кунгил айниш, кушиш, диарея, ошқозонда спазм, озиб кетиш, корачик кенгайган.
5. Наркологик касалхонага йулланма

3

8-БОБ

ДОРИВОР ОВҚАТ ВА САНОАТ МАҲСУЛОТЛАРИ ТАЪСИРИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН РУҲИЙ ЎЗГАРИШЛАР

Сўнгги йилларда доришунослик, кимё, саноат ишлаб чиқариши ривожланишининг кучайиши натижасида баъ-зи моддалардан заҳарланиш ва руҳий ўзгаришларнинг келиб чиқишини ўрганиш жуда муҳим.

Заҳарланишдаги руҳий ўзгаришлар алоҳида кўринишга эга булмай, балки неврологик ва соматик ўзгаришлар билан бирга юз беради. Кўпинча бундай моддаларни қонда, сийдикда ва мия суюқлигида топиш мумкин. Заҳарли моддаларнинг доимий таъсири натижасида танаминг шу заҳарга таъсири кучаяди ва кам микдори таъсир қилганда вужудга келадиган патологик реакция шу модданинг ўзи бўлмаса ҳам давом этади.

Бир марта кўп микдордаги моддадан заҳарланишда онгнинг демирил ўзгариши кузатилади. Бу ҳолат атропин, тетраэтил кўрғошин, бензин каби моддалардан заҳарланишда кузатилади.

Гипоксия келтириб чиқарувчи моддалар билан кучли заҳарданганда қарахтлик-кома юзага келади.

Ис гази, анилин, антифриз, кўрғошин, симоб, радиоактив моддалардан заҳарланишда мнестико-интеллектуал ўзгаришлар кузатилади. Кўпинча шизофренияга ўхшаш кататоник, гебефрен ва маниакал симптомлар ҳам кузатилади.

Руҳий ҳолатга тегишли бўлмаган астеник, невротик, депрессив ва ипохондрик синдромлар ҳам кузатилади.

Заҳарланиш оқибатида юзага келган психозларни даволаш асосан заҳар таъсирини йўқотиш ва унга қарши усулларни қўллаш, патогенетик даволаш усуллари билан олиб борилади. Заҳарланиш оқибатида баъзи дориларга таъсирчанлик кучаяди, шунинг учун дориларни эҳтиётлик билан ишлатиш зарур.

Даволашда яна заҳарларнинг антидотлари, таъсирчанликка қарши моддалар ҳам қўлланилади.

Инсулинни оз миқдорда қўллаш мумкин.

Заҳарланишда 1 г гача миқдорда унитиол ичирилади ёки 5% ли эритмадан 10 мл миқдорда бир неча кун мушакларга юборилади.

Симоб каби моддалардан заҳарланганда физиологик эритма, қон, плазма юборилиши мумкин. Юрак ва нафас олиш доим назорат остида бўлиши зарур. Даволаш махсус бўлимларда олиб борилади.

Заҳарланишнинг олдини олиш учун доимий санитария назорати ўтказиш, заҳарланишни дастлабки босқичларидаёқ, аниқлаш, организмга заҳар таъсирини камайтиришдан иборат.

Кашандалик

Тарихий маълумотлар. Христофор Колумб ва унинг ҳамроҳлари Овруполиклардан биринчи бўлиб тамаки барги билан танишдилар. Ҳиндулар баргини найчасимон қилиб ўраб чекадиган бу ўсимлик Тобако деган провинцияда ўсарди, шунинг учун унга «табак» деб ном беришган. XV аср охирида тамаки Колумб томонидан Оврупога олиб келинди. XVI асрнинг охирига келиб тамаки чекиш Рарбий Оврупонинг жуда кўп мамлакатларига тарқалди. Лекин кўп ўтмай тамакига бўлган ҳавас унга қарши ҳаракат билан алмашинади, чунки жуда кўп заҳарланиш ва ҳатто ўлим ҳоллари кузатилди. Шунга қарамай, никотин XX асрнинг энг кўп тарқалган наркотигидир.

Тарқалиши. Умуман олганда 60% эркаклар, 20% аёллар, яъни ер юзи аҳолисининг 40% кашандалардир. Сигарета Хитойда энг кўп чекилади, кейин, АҚШ, собиқ СССР таркибига кирувчи мамлакатлар, Япония, Бразилия, Германия, Буюк Британия, Италия, Франция туради.

Этиологияси ва патогенези. Тамаки тутуни таркибига 7000 га яқин моддалар киради. Шулар ичида энг зарарли ва заҳарлиси никотиндир. Қушлар учун никотинда ҳўлланган таёқчани унинг тумшугига яқинлаштириш, қуёнлар учун 1/4 томчи, одам учун 2—3 томчи ўлим дозаси бўлиб ҳисобланади. Тамаки тутуни таркибида шунингдек яна 40 дан ортиқ типик канцерогенлар ва 12 хил рак ривожланишига шароит яратувчи моддалар мавжуд. Тамаки тутунида радиоактив кўрғошин, висмут, калий, ярим емирилиш даври 138 кунга тенг бўлган радиоактив полоний сақланади. Аниқланишича, кашандаларда чекмайдиганларга нисбатан 45 ёшдан 64 ёшгача сийдик пуфаги раки 3 марта, ҳикилдоқ раки 6 марта, оғиз бўшлиғи шиллик қавати раки 10 марта, қизилўнгач раки 11 марта, ўпка раки 12—14 марта кўп учраркан. Сурункали тамаки интоксикацияси таъсирида эндокрин безлар фаолияти бузилади, бу эса импотенция, бепуштлик, қандли диабет ва бошқа эндокрин касалликларга олиб келади. Кислород танқис бўлган, никотин ва бошқа тамаки заҳарлари билан туйинган қон томирлар сиқилишига, бу эса ўз навбатида атеросклероз, ЮИК (ИБС), миокард инфаркти, облитсрацияловчи эндартериитларга олиб келиши мумкин. Тамаки тутунининг токсик компонентлари мия пўстлоғи цитоархитектоникасига ўта зарарли таъсир кўрсатади ва бунинг натижасида хотира ва тафаккур пасайиши юзага келади.

Никотин эмбрионнинг ҳали етарлича ривожланмаган гематоэнцефалик тўсиғи орқали бемалол ўта олади. Она-ҳомила тизими орқали юз берган тамаки интоксикацияси ташқи кўздан кечиришда кўзга яққол ташланади: бош миянинг шиши, қон кўплиги ва кўкимтирлиги. Микроскопик текширувда эса нерв ва глиал хужайраларнинг кўплаб нобуд бўлганини куриш мумкин. Шунинг учун ҳам чекунчи оналарнинг фарзандлари ёш жихатидан жисмоний ва ақлий ривожланишдан орқада қолишади. Чекишга ўрганиш имконияти 14, 17, 19 ёшларга келиб ошади ва 25 ёшларда камаяди.

Чекишга ўрганиш сабаблари кўйидагича: ўртоқларининг таъсири — 16,8%, қизиқувчанлик — 13,2%, катталарга тқлид қилиш — 16,7%. Шундан фақат 20% киши чекишнинг зарари тўғрисида хабардор. Шундай қилиб, чекиш кўпгина одамларнинг кундалик ҳаётига кириб келади ва уларнинг мустаҳкам ҳаёт талабига айланади. Бу далилга оддий шартли рефлекс деб қараш мумкин эмас. Бу жуда мураккаб хулқ-атвор ва руҳий-ижтимоий ҳодисадир.

Клиник манзараси. Дастлаб чекилганда тамаки нохуш сезгиларни чақиради, бу томоқ қичишиши, кўнгил айнаши, кайт қилиш ва бошқалар, лекин чекиш давом эттирилаверса, бу нохуш ҳислар ўтиб кетади. Кашандаларда бора-бора никотин синдроми вужудга келади. Никотин синдромининг бошланиши деб, чекишдан келиб чиқадиган нохуш ҳисларнинг йўқолишини ҳисоблаш керак.

Никотин синдроми шартли равишда 3 та босқичга бўлинади:

— бошланғич босқичи: мунтазам тавсифга эга, кишини чекишга тортаверади ва борган сари кўп микдорда тамаки чекилади. Чекиш иш қобилятини ошираётгандек, яхшилаётгандек ўзини яхши ҳис қилаётгандек туйғулар пайдо қилади. Шундай қилиб, руҳий қарамлик ривожланади. Жисмоний қарамлик юз бермайди. Никотинга толерантлик ошиб боради. Соматик неврологик ва руҳий ўзгаришлар йўқ. Босқичнинг давомийлиги 3—5 йил.

— сурункали босқичи: толерантлик жуда баланд бўлиб, чекиладиган сигарета микдори кунига 20—40 тани ташқил қилади. Чекиш шилқим фикр тавсифига эга бўлиб қолади. Жисмоний майл элементлари эрталабки йўтал, дискомфортлик ҳисси доимий чекиш истагида намоён бўлади. Соматик ўзгаришлар — бу бронхит, гастрит, юрак соҳасида нохуш ҳислар, қон босимининг ўзгарувчанлигидир. Неврозсимон аломатлар—енгил, тезда ўтиб кетадиган бўлиб, нохуш сезгилар, «бошда оғирлик», уйқу бузилиши, тез жахл чиқиши, иш қобилятининг пасайиши билан намоён бўлади.

Босқичининг давомийлиги 5 йилдан 15—20 йилгача.

— сўнгги босқич: никотинга нисбатан толерантлик тушиб кетади, никотиннинг юқори дозалари дискомфорт ҳолат юзага келтиради. Руҳий майл деярли йўқ. Чекиш автоматик равишда содир бўлади. Жисмоний майл унчалик чуқур бўлмаган абстиненция кўринишида: бошда оғирлик ҳиссий, кучли бош оғриғи, иштаҳа пасайиши, вегетатив дискомфорт ҳолати бўлади. Оч қоринга чекиш хоҳиши пайдо бўлади ва кашанда тунлари уйғонади. Мунтазам равишда юрак ва қон томир фаолиятининг ўзгаришлари, рак ва рак олди ҳодатлари кузатилади. Шунингек ривожланган неврастения кўзга ташланади.

Даволаш. Чемасликка ўргатиш амбулатор шароитда, катъий чекишни ташлаш хоҳиши бўлганда олиб борилади. Кашандалик босқичидан келиб чиққан ҳолда ҳар томонлама чоралар ўтказилади. Бу чоратadbирлар қўйидагилардан иборат: психотерапия, нафрат уйғотиш билан даволаш (опоморфин инъекциялари ва бошқалар), ўрин босувчи терапия (лобелин эритмаси ва таблетка ҳолидаги табекс). Жуда ривожланган вегетатив ўзгаришларда транквилизаторлар, симптоматик терапия қўлланилади.

Чекишга қарши кураш мунтазам равишдаги санитария-оқартув ишларини, никотинга қарши ташвиқот ва тамакининг соғлиққа зарарли таъсирини тушунтиришни талаб қилади.

9-БОБ

БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Бош миё шикастланиши туфайли пайдо бўладиган руҳий бузилишлар полиморфлиги билан фарқ қилади. Миё шикастлангандан кейинроқ дарров ривожланадиган ўткир руҳий бузилишлар билан бир қаторда руҳий дун-ёқарашнинг узок вақт ўтгандан сўнг рўёбга чиқадиган бузилишлари маълум.

Шикастланиш натижасида руҳияти бузилган беморлар психоневрологик дисциансерлар ҳисобидаги беморларнинг тахминан 8%ини ва психоневрологик касалхоналарда даволанган беморларнинг 4% ини ташқил этади: Бошнинг механик шикастланишлари 12% ҳолларда кузатилади.

Калла скелетининг механик шикастланиши натижасида миёнинг чайқалиши (*commotio cerebri*) ёки лат ейиши (*contusio cerebri*) пайдо бўлиши мумкин.

Нерв-руҳий бузилишларнинг манзаралари бош миё пўстлоғининг қайси соҳаси ва қай даражада зарарланишига боғлиқ бўлади.

Одатда калла скелетининг ёпиқ зарарланиши учун хос бўлган миё чайқалиши ва лат ейиши билан бир қаторда калла скелетининг ўтувчан жароҳатланиши натижасида миё моддасининг зарарланиши кузатилади. Бу калла скелетининг очик шикастланиши бўлиб, бунда миё эзилиши (компрессия), ёрилиб миё моддаси тушиб кетиши (миё чурраси) мумкин.

Бош миё шикастланишидан келиб чиқадиган ўткир психозлар

Бош миё шикастланишининг бевосита натижаси онгнинг сопор ёки кома кўринишидаги чуқур бузилиши ҳисобланади. Фақат камчиликни ташқил этадиган беморлардагина калла скелети шикастлангандан сўнг онг бузилиши дарров бошланмайди, балки бир неча минут, камроқ бир неча соатлардан кейин бошланади. Бундай ҳолларда албатта миё чайқалиши тўғрисида сўз юритиб бўлмайди. Тўғрироғи, бундай ҳодисалар кон кўйилишига олиб келадиган ўзига хос контузия билан изоҳланади. Команинг ва сопорнинг давомлилиги шикастланишнинг оғир-енгиллиги ва ундан кейин пайдо бўладиган ликвор динамикасининг бузилишлари даражасига қараб аниқланади.

Аксари миё чайқалишида ҳушдан кетиш даври минутлар билан ўлчанади, бироқ, коматоз ҳолатнинг бир неча соатлаб ва ҳатто кунлаб давом этиш ҳодисалари ҳам маълум. Бундай ҳолат қанчалик ўзоқ давом этса, миёнинг оғир чайқалиши билан бир вақтда унинг кон-векситат ёки базал сатҳи юзасининг зарарланиши, яъни коммоциянинг контўзияга кўшилиб келгани тўғрисида маълумотлар шунчалик кўп бўлади. Коматоз ёки сопороз ҳолатнинг асосий аломатлари ташқи таъсиротларга ҳар турдаги реакцияларнинг йўқлиги ёки жуда чегаралангани ҳисобланади. Кома мавжуд бўлганда чимчиллаш ҳам, бирор нарса санчиш ҳам беморда жавоб реакциясини пайдо қилмайди. Агар бу сопор бўлса, оғрик

таъсиротига жавобан суёт ҳимоя-муҳофаза реакцияси пайдо бўлади.

Шикастланишдан келиб чиқадиган церебрал шок ҳолатидаги беморларнинг умумий кўриниши ўзига хосдир. Улар одатда мушаклари тўла бушашган (комадаги) ҳолатда ётадилар ёки (сопорда) мақсадсиз бетартиб ҳаракатлар қиладилар. Терининг ранги қочгани ва намлиги ҳам церебрал шокнинг тавсифли аломатлари ҳисобига киради. Бу ҳолатда пульс тез, минутига 120—130 марта уради ёки, аксинча, секин — 40—50 марта уради. Бош миянинг енгил чайқалишида шок ҳолатидан чиқиш анча тез содир бўлади: бемор аввало ўз ҳолатининг одатдагича эмаслигини сезади, анқайган ҳолатда бўлади. Бунда беморлар қачон шикастланганликларини қисқа муддатга эслай олмайдилар (ретроград амнезия). Бу даврда беморлар ёқимсиз сезгиларни сезадилар, қулоқ шанғиллайди, бош айланади, кўнгил айнийди, нафас олиш қийинлашади. Жуда кўп ҳолларда ахволининг ёмон бўлишига қарамасдан шикастланган одамлар уйларига ёки шу яқиндаги тиббий муассасага етиб бора оладилар.

Анча оғир шикастланишда эс-ҳушнинг анча қаттиқ ва узоқ бузилиши кузатилади. Бу ҳолатдан чиқиш тез бўлмайди. Одатда беморлар узоқ вақтгача довдираш ҳолатида бўладилар ва уйқудан ҳали тўла уйғонмаган кишиларга ўхшайдилар; улар берилган саволларни дарров англамайдилар, битта жумлани ҳадеб такрорлайверадилар, инжиқ ва йиғлоқи бўлиб қоладилар. Бунда бемор 'бош оғришидан, бош айланишидан, қулоқ шанғиллаши ва бошнинг оғирлашишидан, кўнгил айнишидан шикоят қиладилар. Қатор ҳолларда бемор қусади. Объектив текширилганда вестибуляр бузилишлар, конвергенциянинг сустлиги, анизокория ва бошқа неврологик симптомлар аниқланади. Одатда беморларнинг ташқи таъсиротлар, тақиллаш, шовқин, ёруғ нур, оғрик таъсиротларига сезгир бўлиши қайд қилинади. Руҳиятда коматоз ҳолатдан чиқиш пайтида хотирасининг сустлиги, диққатнинг тезда чалғиши, фикр юритишнинг қийинлашиши, кайфиятнинг бесабаб бузилиб шўх эйфориядан ваҳима қилишгача ва ҳатто тушкунликкача ўтадиган ўзгаришлар қайд қилинади. Мия чайқалишига алоқадор бўлган бу барча ҳолатлар аста-секин босилади ва 2-хафтанинг охирига бориб бутунлай йўқолиб кетади. Бирок коматоз ҳолатдан чиқишнинг бошқача йўқи бўлиши ҳам мумкин. Баъзи ҳолларда довдираш (кома ёки сопор) ҳолати ўтиб кетиши биланок онгнинг делириоз ёки делириоз-онейрик аломатлари топилади. Беморлар атрофдагиларни танимайдилар, макон ва замонни мўлжал қила олмайдилар, ўз хатти-ҳаракатларини назорат эта олмайдилар. Бу бузилишларни ҳамиша делирийга ёки аменцияга тааллуқли дейиш осон бўлмайди, айти бир вақтнинг ўзида иккала синдромнинг ҳам белгилари кўрилади, чунки беморларда мўлжал қилишнинг бузилишидан ташқари, галлюцинациялар, кўпинча кўриш галлюцинациялари, ваҳима, кўрқиб пайдо бўлади, ҳаракат кўзғалиши ривожланади. Галлюцинатор кечинмаларнинг мазмуни аксари беморга энг яқин бўлган мавзуда: жанг майдони, касбга алоқадар бўлган воқеаларга ва бошқаларга дахлдор бўлади. Делириоз ҳолатлар 2—3 кун давом этади, бироқ шикастлангандан сўнг делирийнинг чўзилиб кетган ходисалари маълум (2 ҳафтагача).

Қатор ҳолларда шикастланишдан келиб чиқадиган ўткир психоз эс-ҳушнинг ўзига хос кирарли-чиқарли бўлиш аломатлари билан тавсифланади. Касаллик манзарасида жойда ва шахсларда мулжал

қилишнинг бузилиши, баъзан ҳужум ёки ҳимоя туридаги қўрқув ва бекордан-бекорга ваҳимага тушиш билан ҳаракат қўзғалишлари биринчи ўринга чиқади. Баъзан эс-хушнинг кирарли-чиқарли бўлиш ҳолати кўпинча бирор билинарли руҳий бузилишларсиз шикастланиш натижасидаги шокдан чиққан беморларда пайдо бўлади. Бунга имкон яратувчи қатор шароитлар, чунончи барвақт транспортда олиб бориш ёрдам беради. Мана шунинг учун ҳам калла скелетининг очик ва ёпик шикастланишларида, агар шароит имкон берса, беморларни ҳеч бўлмаса 2—3 ҳафта мобайнида бир жойда олиб туриш керак. Бундан ташқари, оғир довдираш ҳолатлари, айниқса ўзига хос апатик ступор кузатилади. Беморлар бунда ҳаракатсиз бўладилар, уларнинг мушаклари бўшашган, нигоҳлари бепарво бўлади ва бирон нарсага тикилиб қарамайдилар. Беморлар билан суҳбат кўрганда берилаётган саволларнинг улар онгига етиб бормаётгани, берилаётган маслаҳатларнинг қулоғига кирмаётгани, макон ва вақтда мўлжал қилишнинг кескин бузилганини билиб олса бўлади.

Калла скелети шикастланишида руҳиятнинг қаттиқ бузилишининг оғир турларидан бири жароҳатли Корсаков синдроми ҳисобланади, ё бўлмаса делириоз-аментив синдром ва довдираш синдроми билан алмашинади. Корсаков синдроминанинг типик аломатларига хотирлаш коби-лиятининг бузилиши, вақт ва маконда мўлжал қилишнинг бузилиши ҳамда идрок этишнинг очик алданиши киради. Одатда беморларда ретроград амнезия ҳам топилади, бироқ унинг даражаси ҳамиша ҳам шикастланишнинг оғир-енгиллигига мос келавермайди. Умуман олганда эса Корсаков синдроми ҳамиша ҳам миянинг оғир шикастланиб, зарарланишнинг натижаси ҳисобланади. Агар алкоғолли Корсаков синдроми учун табиати ёрқин конфабуляциялар типик бўлса, унинг жароҳат негизиде соҳа реминесценциялари, биринчи ўринга чиқади. Беморлар ҳеч қандай янги нарсани идрок этмайдилар, фақат вақтдаги хотираларни чалкаштириб юборадилар. Кўпчилик ҳолларда Корсаков синдроми 3—4 ой давомида йуқолиб кетади, бироқ калла скелети очик шикастланиб, мия моддаси бутунлиги бузилганда амнестик бузилишлар анча узоқ вақтгача қолиши мумкин.

Шикастланишлардаги нерв-руҳий сферанинг ўткир бузилишларига уруш йилларида кўп учрайдиган сурдомутизм-гаранглик — гунгликни киритадилар. Патологиянинг бу тўрини одатда ҳаво контузиясига боғланади. Бироқ урушлар тажрибаси сурдомутизмнинг соф шикастланиш табиатига эга эканлигига шубҳа билан қарашга мажбур этади. Афтидан, бу психоген истерик реакциянинг шикастланишга қўшилиши бўлса керак. Бу реакциянинг бирор снаряднинг портлаш вақтига тўғри келиши, уми ҳаво контузиясининг натижаси деб қарашга ҳали асос бермайди. Ҳаво контузияси қўйидаги шикастланиш компонентларини: ҳаво зарб тўлқини, портлаш натижасида бир лаҳзада пайдо бўладиган ҳаво босимининг фарқи, таъсири, йиқилишда лат ейиш ва эмоционал таъсир (қўрқиш) омилини ўз ичига олади. Киши ҳамма вақт ҳам портлашда бу шикастларнинг омилларига дуч келмайди. Кўпинча бундай ҳолларда битта руҳий омил етакчи аҳамиятга эга бўлади.

Ўткир жароҳатли психозлар авж олганда уларни пайдо қилган шикастнинг табиатини ҳамиша ҳам аниқлаб бўлмайди. Контузияда ҳам коммоциядаги каби ўткир психик бузилишлар босқичида умумий мия

аломатлари биринчи ўринга чиқади. Бироқ клиник аломатлар ўткирлиги, психознинг ўзоқ давом этиши, коммоциялардан кўра контузияга хосдир. Етган шикастнинг табиати тўғрисидаги саволга беморлар психоген ҳолатдан чиқаётганида жавоб бериш осон бўлади, бу даврда одатда контузия учун хос бўлган миянинг ўчоқли зарарланишини кўрсатувчи бирор неврологик аломатлар юзага чиқади. Агар посткоммоцион психозлар астеник синдром билан тугаса, у ҳолда постконтузион психозлар оқибат натижаларининг жуда турли-туман бўлиши билан фарқ қилади. Масалан, асосан пешона бўлимлари зарарланганда апатик-абулик синдром кузатилади ёки, аксинча, ҳаракатчанликка, тентакликка, умумий тормоз бўшашишига, ҳаддан ортиқ интилиш билан эйфория ҳолати кузатилади. Бош миянинг асоеан мотор соҳаси зарарланиши билан контузия бўлганда зарарланган ўчоқнинг қарама-қарши томонида тегишли мушак гуруҳларида таъсирланиш ёки бушашиш ҳодисалари пайдо бўлади. Тепа ва энса соҳаларининг зарарланишида психосенсор бузилишлар, гемианопсиялар, оптик агнозия кузатилади ва ҳоказо. Ўз-ўзидан маълумки, миянинг ўчоқли зарарланиши билан руй берган бирор мураккаб рухий бузилиш тўғрисида гапирар эканмиз, функцияни муайян бир анатомик соҳага қушмаймиз. Гап бу ерда мия бирор соҳасининг жараёнга кўпроқ тортилиши тўғрисида кетмоқда, бунда унинг ҳаммаси шикаст етказувчи омил билан зарарланиши ҳисобга олинади.

Мия шикастланганидан сўнг ўзоқ вақт ўтгач кузатиладиган рухий бузилишлар

Мия шикастланишининг узоқ вақт ўтгандан сўнг юзага келадиган оқибатларига травматик деменция ва кечки травматик психозлар киради.

Травматик церебростения. Жароҳатли церебростения аксари мия чайқалишини бошидан кечирган кишиларда кузатилади ва талай даражада неврастенияни эслатувчи клиник манзара билан тавсифланади. Травматик церебростения баъзан шикаст етган вақтдан анча узоқ вақт ўтгач ривожлангани маълум. Бироқ бу касаллик кўпинча ўткир шикастланишдан кейинги давр тугаши биланоқ юзага келади. Бу синдром аста-секин шикастланишдан кейин анча узоқ вақт ўтиши билан шаклланган ҳолларда, компенсатор имкониятларни бўзувчи қатор бошқа омилларнинг патогенетик иштирокини инкор этиб бўлмайди.

Тезда чарчаб қолишга ва озиб кетишга, зарур бўлганда қўшимча кучланишларга чидамсизлик, янги ҳаёт ва меҳнатга мослаша олмасликдан шикоят қилиш симптоматологияда етакчи ҳисобланади. Бундан ташқари, беморларнинг боши тинмай ёки ўқгин-ўқтин оғрийди, иш жараёнида, суҳбатлашганда, об-хаво ўзгарганда, автомашина ва трамвайда юрганда бош оғришини оддий ҳолат деб ҳисоблаш керак. Ниҳоят, беморларнинг ҳароратга, тақиллашга, шовқин ва бошқа ташқи таъсиротларга жуда сезгир бўлиши жароҳатли церебростениянинг муҳим аломати ҳисобланади. Неврологик текширишда одатда руйи-рост органик симптомлар кузатилмайди, одатда вегетатив иннервациянинг лабиллиги ва ҳатто бузилганлигини кўрсатувчи аломатлар диққатни ўзига жалб қилади. Беморлар салга қизариб кетадилар, ранглари ўчади, уларда терининг намлиги ёки қуриши, оғизда гиперсаливация ёки қуриш кузатилади.

Бунда, баъзан ташки таъсиротларга адекват вегетатив реакцияларнинг бўлмаслиги кўрилади. Масалан, совукда одам терлайди, иссиқда эса тери қуруқлашади.

Жароҳатли церебростения аломатлари, агар беморга ўз вақтида дам берилса ва зарур даволаш ўтказилса, сусаяди ва ҳатто бутунлай йуқолиб кетади. Бироқ ёмон шароитларда улар илгаридек салга янгидан пайдо бўлиши мумкин. Ликвординамик бузилишлар, клиник манзаранинг шаклланишида эҳтимол муҳим аҳамиятга эга бўлса керак, шунинг учун дегидратацион даволаш, ликвор маҳсулотини камайтирувчи ва орқа мия босимини пасайтирувчи воситалар, шифобахш таъсир кўрсатади.

Асосий церебростеник синдром заминидан қатор бошқа функционал ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин: ипохондрик фикрлар, тинмай кўрқиш, баъзи ҳодисаларда, аксинча, ланжлик, апатия пайдо бўлади. Баъзаи церебростения зўрайганда вестибуляр бузилишлар, уйқунинг бузилиши ва бошқалар биринчи ўринга чиқади. Бу жароҳатли церебростения кўринишининг келиб чиқишида фақат кишининг индивидуал хусусиятлари ва шикастланишидан олдинги табиати рол уйнамайди, балки бемор ҳаётининг шароити рол ўйнайди.

Кундалик клиник тажриба шуни кўрсатадики, психопатиянинг турларига, чунончи астеник ва истерик турларига мубтало бўлган одамларнинг амнезиядан уларнинг болалигида шикастлангани учрайди. Ўз-ўзидан тушунарлики, травматик омил таъсири остида ўзгарган марказий нерв тизимининг реактивлиги, чунончи унинг салга бузиладиган бўлиб қолиши, ҳар хил кузатишларга чидамсизлиги психопатиянинг шаклланишига мойиллик туғдиради. Маълумки, жароҳатли церебростения билан оғриган болалар ўқишда ўзлаштира олмайдилар ва ўсишда тенгдошларидан орқада қоладилар. Болаларнинг ўз мукамаллиги ҳақида ўйлаши баъзи ҳолларда уларни ғазаблантиради ва ҳулқнинг бузилишига олиб келади, бошқа ҳолларда эса ўзига ишончсизлигини кучайтириб, ҳаддан ортиқ тортинчоқ қилиб қўяди. Тарбиялаш шароити ёмон бўлганда жароҳатли церебростенияли болалар психопатик шахслар сафини тўлдирувчи асосий заҳира бўлиб қолади.

Жароҳатли энцефалопатия (церебропатия). Энцефалопатиянинг клиник манзараси жароҳатли церебростениянинг клиник манзарасига жуда ўхшаш. Бундай ҳодисаларда ҳам фақат кучли интенсивликда ички тормозланишнинг сусайиш аломатлари биринчи ўринга чиқади: ўзини тута билмаслик, серзардалик, жиззакилик, нерв тизимининг тезда чарчаши ва ҳолдан кетиши кўрилади. Одатда жароҳатли энцефалопатия илгари бошдан кечирилган мия контузияси ва яраланиши натижасида пайдо бўлади, марказий нерв тизимида ўчоқли симптомлар мавжуд бўлиши билан тавсифланади. Бу аломатлардан кўз ҳаракати иннервациясининг бузилиши, чунончи конвергенция парези, анизокория, юз асимметрияси, тилнинг ўрта чизикдан четга чиқиши анча барқарорлик билан кузатилади. Руй-рост билинадиган неврологик симптомлар билан бир қаторда вестибуляр аппаратнинг сустиги (у калориметрик йўқ билан санаб кўрилганда ёки Баранов курсисида айлайтирилганида аниқланади), вегетатив иннервациянинг асимметрияси қайд қилиниши мумкин ва ҳоказо.

Жароҳатли энцефалопатиянинг тарқалган ҳар хил кўринишларидан бири жароҳат эпилепсияси

ҳисобланади. Бунда эпилепсиясимон тутқаноқлар мия пешона қисмининг мотор ва премотор зоналарининг фокал зарарланиши натижасида пайдо бўлади. Эпилепсиясимон тутқаноқларнинг табиати анчагина ўзгариб туради. Кичик ёки катта тутқаномар типдаги талвасали пароксизмал билан бир қаторда дисфория хуружлари ва эс-хушнинг кирарли-чиқарли ҳолатлари эпизодлари бўлиши мумкин. Қатор муаллифлар баён этган болалардаги ҳамда катталардаги органик типдаги даврий психозлар кўпинча миянинг жароҳатли зарарланишига алоқадор бўлади.

Жароҳатли энцефалопатиянинг бошқа кўп тарқалган кўриниши унинг психосенсор тури ҳисобланади. Бунга вестибуляр бузилишлар осон пайдо бўладиган ҳодисалар ҳам киради. Бундай беморлар транспортда тез кетаётганда, кинода, гавда ҳолатини ўзгартирганда бош айланишидан доимо шикоят қиладилар. Бош айланишидан ташқари, кўпгина беморларда метаморфопсиялар ва гавда схемасининг бузилишини сезиш кўрилади. Ўзининг пайдо бўлишига кўра эпидемик энцефалитнинг сурункали босқичини эслатадиган жароҳатли паркинсонизм ҳодисалари маълум. Бу турнинг клиник манзарасида амиостанизм бузилишлар билан бир қаторда хиралиқ зўрма-зўраки кулиш ва йиғлаш каби аломатлар кузатилади.

Жароҳатли энцефалопатия шахс психопатик тузил ишининг ривожланишига мойиллик туғдирадиган замин ҳисобланади. Атроф муҳитнинг шароити ёмон бўлганда психопатияга ўхшаш маълум ҳолат пайдо бўлади, серзардалиқ, ғазабланиш, қизиқишларнинг чегараланиб, жуда руй-рост эгоцентризмга етиш, аччиғланиш ва тажовўзкорлик унинг асосий аломатларига киради. Психопатиянинг бу хилда ривожланиши кўпинча болалиқда шикастланганда кўрилади.

Шикастланган шахсларнинг алкоғолли ичимликларни кўп ичишга мойил бўлишини аллақачонлар сезишган. Бунинг сабаби, асосан ички тормозланиш механизмларининг бўшашиши ва шу туфайли ортикча таъсирчанлик ва итоаткор бўлиб қолишдадир. Алкоғолизмга мубтало бўлган бундай кишилар одамлар орасида бўлганда соғлом кишиларга қараганда алкоғолни мунтазам ра-вишда ичишга тез ўрганадилар. Бунда уларнинг алкоғол таъсирига жуда сезгир бўлишини ҳисобга олиш керак, улар алкоғолни нисбатан катта бўлмаган микдорда ичганда ҳам маст бўлиб қоладилар. Бунда алкоғолли деградациянинг таъсири травматик церебростения ва энцефалопатиянинг комаларини чуқурлаштиради ҳамда беморларни аксари ногирон қилиб қуяди.

Жароҳатли деменция. Мия зарарланишидан узоқ вақт ўтгандан сўнг юзага келадиган оқибатларининг энг оғир тури деменция ҳисобланади. Унинг ривожланиши ҳамиша ҳам бошдан кечирилган шикастларнинг оғирлигига алоқадор бўлавермаиди, бироқ кўпчилик, ҳолларда, шубҳасиз, мия моддасининг кенг кўламда зарарланишига боғлиқ бўлади. Жароҳатли деменциянинг клиник манзарасида беҳоллик дантасалиқ, лоқайдлик ёки, аксинча, сал нарсдан таъсирланиш, им-пульсивлик, жоҳиллик ҳолатлари юзага чиқади. Бунда хотиранинг баъзан Корсаков синдроми турида жуда рўйи-рост бузилиши кўп учрайди. Жараён зўрайгани сари ўз хатоларини тўғрилаш, шароитда тўғри мўлжал қилиш, уйлаб қарор қабул қилиш қобилияти бузилади. Жароҳатли деменция одатда, прогредиент билан кечадиган

касалликдир. Бироқ жароҳатли деменциянинг стационар турлари ҳам кузатилади.

Кечки жароҳатли психозлар. Жароҳатли церебростения ва энцефалопатия билан касалланган шахсларда асосан эпизодик ва кечки жароҳатли психозлар пайдо бўлади. Улар аксари онгнинг делириоз синдром типдаги бузилишларнинг эпизодлари кўринишида ўтади. Бироқ клиник манзараси билан циркуляр психозларни эслатувчи маниакал ва депрессив жароҳатлар мажмуаси ҳам бўлади. Эпизодик психозларнинг ажралиб турувчи хусусиятлари уларнинг қисқа муддатлилиги (1—2 кундан 2—3 хафтагача) ва бош миянинг органик зарарланиши аломатлари мавжуд бўлиши ҳисобланади.

Патологик анатомияси ва патогенези. Бош суяқнинг очик ва ёпиқ шикастланишларида патологик анатомия ва патогенетик механизмлар бир хил бўлмайди. Бош суягининг очик шикастланиши кўпинча мия моддасига яраловчи нарса (ўқ снаряд парчаси), шунингдек бош суяги парчаси кириши туфайли пайдо бўлади. Ёпиқ шикастланишларда эса бош суяклари зарарланмайди, бунда ё мия чайқалади ёки мия бош суягига урилади, шикастланишнинг ҳар иккала турида ҳам ўткир даврида умумий мия аломатлари кузатилади. Кейинчалик калла суягининг очик шикастланишида фақат мия моддасининг бевосита зарарланишига алоқадор ҳодисалар эмас, балки инфекциян табиатдаги асоратларга ҳам алоқадор ҳодисалар юзага чиқади. Бош суяк қопқоғи бутунлигининг бузилиши инфекция учун йўқ очиб беради, бунинг натижасида, одатда йирингли менинго-энцефалитлар ривожланади. Бош суягининг коммоция ва контўзия типдаги ёпиқ шикастларидан асосан **III** мия қоринчаси зонасига зарар етади. **III** мия қоринчасининг кенгайганини, унинг деворларида нутқадек-нуктадек геморрагиялар борлиги микроскопик аниқланади. Мия қаттиқ лат еган ҳолларда мия моддасига кўп қон қўйилиши мумкин. Гистологик текширишда, одатда қон томирларда рўйи рост ўзгаришлар кўрилади: капиллярлар ва прекапиллярлар спиралсимон ва пармасимон кўринишга киради, айрим жойларда томирлар конвалютаси топилади. Периваскуляр геморрагик айлана қон шаклли элементларининг инфильтрацияси билан, шунингдек мия моддасининг ич-ичида эритроцитлар бўлиши билан очик-ойдин юзага чиқади. Агар мия чайқалишида бу нуктадек-нуктадек геморрагиялар асосан **III** мия қоринчасининг деворида кузатилса, контузияларда эса энг кўп зарарланишга дучор бўлган соҳаларда кўп кузатилади. Кўпинча контузия вақтида миянинг конвекситет юзаси зарарланади, ана шу ерда асосан субарах-ноидал қон қўйилишлар содир бўлади. Бу томир бузилишлари бевосита шикастланиш орқасидан келадиган ўткир босқичга ҳосдир. Кейинчалик улар жойига келиб қолади ва мия ганглиоз элементларидаги бузилишлар, ҳужайраларнинг кучли шишиши, кариорексис ва плазмолизлар биринчи ўринга чиқади.

Бош суяқнинг очик шикастланишларида нерв тўқи-маларининг механик бузилишлари ва қон қўйилишлари билан бир қаторда нерв ҳужайраларининг ва зарарланган атрофдаги ўчоқли толаларининг дегенерацияси, шунингдек мия шиши кузатилади. Юқорида айтиб ўтилганидек бунда яра инфицирланади ва йирингли менинго-энцефалит маизараси ривожланади.

Бош суяқнинг ёпиқ шикастланишида кузатиладиган ўткир церебрал шокнинг патогенезида ликвор динамиканинг ўзгариши катта рол уйнайди. Ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатадики,

сильвий сув йўқи орқали III мия қоринчасига борадиган ташқи ликвор у ерда ликворнинг карши тўлкини билан тўқнашади. Бунинг натижасида, қоринча девори бир лаҳзада кенгайиб, шу жойда ётган муҳим вегетатив марказларни шикастлайди. Патофизиологик текширишлар шуни кўрсатадики, шикастланишдан кейинги биринчи даврда бош мия пустлоғида ёйилган кўриқловчи тормозланиш ҳодисаси юзага келади ва илгари ишланиб чиққан шартли рефлектор алоқалар йуқолиб кетади. Кейинчалик, бу ҳолат бартараф этилгандан сўнг шартли рефлектор фаолият тикланади, бироқ ички тормозланиш аломатларининг бушашиши кузатилади.

Мия моддасидаги жароҳат чандиғи мия атрофидаги нормал қисмларнинг доимий механик кўзғатувчиси ҳисобланади. Локал талваса тутқаноғи (Жексон эпилепсияси) асосида ётадиган кўзғалишнинг вақти-вақти билан юзага чиқиб туриши а на шунга боғлиқдир.

Даволаш ва профилактикаси. Жароҳатли бузилишнинг ўткир давридаги асосий тадбир беморларга камида уч ҳафта мобайнида тула ором бериш ҳисобланади. Бирор жойга элтадиган транспортдан фойдаланиш зарур, чунки йўлдаги ҳар қандай қўшимча кучланиш (силкиниш, туртки)лар ликвординиамик бузилишларнинг кучайишига имкон туғдириб, бош суяги ичида қон қўйилишига олиб келади ва ўткир шикастланиш психозини пайдо қилиши мумкин. Шикастланишдан сўнгги биринчи 30—40 минут ичида беморнинг бошига мўзли ҳалта қўйиш ва ҳукна ёрдамида ичакларни тозалаш зарур. Дори препаратларидан венага 40% ли уротропин эритмасини (5—10 мл дан) юбориб туриш керак. Томир кенгайтирувчи ва томир торайтирувчи воситалар магnezий сульфат, кальций хлорид, адреналинни ўткир даврда бериш тавсия этилмайди. Бу дориларни қўллашга зарурат туғилганда юрак воситаларини тайинлаш керак. Бош суягининг очик шикастланишида бемор доимо фақат жарроҳ кузатуви остида бўлиши керак.

Мия шикастланишидан узоқ вақт ўтгандан сўнгги оқибати бор беморларга қарашда уларни тўғри ишга жойлаштириш муҳим рол уйнайди. Мия шикастланишини бошидан кечирган шахсларнинг асосий хусусияти уларнинг қўшимча ва ҳаддан ортиқ кучланишларга ниҳоятда сезгир бўлишини юқорида айтиб ўтган эдик. Масалан, жароҳат церебростенияси бор одамни иссиқ цехдан олиб, бошқа совуқ цехга худди шундай ўтказилса бу касаллик зўрайишининг олдини олиши мумкинлиги қайд қилинган. Беморни вақтинча бир оз енгил ишга ўтказиш ва даволаш-профилактика таътиллари бериш жуда самарадор бўлади. Агар энцефалопатияси бор кишини гарчи вақтинча бўлса-да шовқин-суронли шароитдаги ишдан тинч ишга ўтказилса, касалликнинг бошлаиб келаётган зўрайишининг олдини олиш мумкин. Мия шикастланишининг узоқ оқибатлари бор шахсларга қатъий меҳнат, дам олиш ва овқатланиш режими тайинлаш зарур. Беморлар ортиқча зўриқмасликлари, ишдан ташқари вақтда ишламасликлари, дам олишлари ва бўш вақтларидан тўғри фойдаланишлари лозим.

Врач беморларга қуёшда ортиқча исиб кетиш, хадеб чўмилавериш ва чарчаб қолгунча сайр қилишнинг зарар етказиши ҳақида айтиб қўйиши шарт. Тўғри, бу ерда ҳамма учун бир қолипда тавсия бериш мумкин эмас. Ҳар бир алоҳида ҳодисада врач миянинг шикастланиш даражасини ҳамда беморнинг

индивидуал хусусиятларини, чунончи унинг одатларини ҳисобга олиши керак. Эпилепсиясимон тутқаноғи бор беморларга чўмилишни, велосипед ҳайдашни ва жуда катта куч талаб қиладиган ҳар хил спорт ўйинларини уйнашни қатъий ман этиш керак. Шунингдек алкоғолли ичимликлар ичиш, тамаки чекишни мутлақо ман этиш керак.

Церебростения зўрайганда амбулатория шароитида умум мустаҳкамловчи терапия курсини ўтказиш керак, масалан, глюкозани аскорбин кислота билан венага юбориш лозим. Уйқусизликни йўқотиш учун рўйи рост томир кенгайтириш хоссасига эга бўлмаган (барбамилдан фарқли ўларок, уни қўллаш ман этилади) люминал ва медиал каби препаратлардан фойдаланиш мумкин. Лю-минални валериана, рух билан бирга тайинлаб оҳиста юз берадиган уйқу пайдо қилиш мумкин. Травматик эпилепсиянинг баъзи ҳолларида, айниқса болаларда пневмоэнцефалография — мия қоринчасига ҳаво киритиш яхши терапевтик самара беради. Бунда шикастланишдан сўнг ҳосил бўлган чандиқлар узилади, бу орқа мия суюқлиги циркуляциясининг тикланишига олиб келади.

Калла ичи босими кўтарилишга алоқадор бўлган кучли бош оғриқларда орқа мияни пункция қилиш билан бир қаторда, ош тўзининг гипертоник эритмаларини, глюкоза, уротропинни венага юбориш фойдали. Бош оғриши бош суяк ичидаги босимнинг пасайишига алоқадор бўлган шундай ҳолларда физиологик эритмани тери остига юбориш йўқи билан яхши натижага эришиш мумкин. Жароҳатли церебростения ва энцефалопатиянинг зўрайишини даволашда сув муолажалари, чунончи, тунга 20—30 минут давомида иссиқ ванналар буюриш мумкин. Электро муолажалардан Чербак усулидаги галваник ёқа, Бургиньон усулидаги бошни дарсонвализация ва йодли калий билан ионизация қилишни буюриш самарали.

Эпилептик тутқаноқлар билан кечадиган энцефалопатияда тутқаноққа қарши даволаш тахминан эпилепсия давосида қабул қилинган усул билан ўтказилиши керак

1. Турли бош мия жароҳатларида (инсульт, ВМЖ) қўйидаги таффакур бузилишлари кузатилади:

персеверациялар
резонерлик
вербигерация
символизм
аутиклик

2. Бош миянинг травматик зарарланиши клиникасида кузатилади:

астеник синдром
Ясперс триадаси
Корсаков синдроми
Ганзер синдроми
тутқаноқ

3. Бош мия травмасининг узоклашган даври учун хос:

коматоз ҳолатлар
неврозсимон синдром
психопатсимон синдром
посттравматик делирий
деменция
кулок битиши

4. Бош мия органик касалларга хос бўлган онгнинг бузилиши:

навозшомсимон ҳолат
 онейроид
 аментив
 карахтлик
 делириоз

Бош мия шикастланишларида рухий бузилишлар мавзуси буйича вазиятли масалалар

4. Бемор Н 38 ёш. 2 йил аввал бош мия жароҳатини олган, бир неча кун хушсиз ётган, бош мия трепанацияси утказилган. Касалхонадан чикандан сунг паришонхотир булиб қолган, хотираси пасайган, ишлай олмайди, амалий куникмалар йуқолган, палапартиш, ориентирни йуқотган, критикаси йуқ.

.синдромал ташхис

. Бу синдром қайси касалликларда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси

Жавоблар

1. Психоорганик синдром
2. Бош мия органик касалликлари, нейросифилис
3. Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ, калла суяги R-графияси, ЭХО-ЭГ, ликворни текширув, патопсихологик текширув
4. Ташки ва ички муҳитга мослашув бузилиши, аффектни тутиб тураолмаслик, хотиранинг бўлаётган воқеаларга фиксация(ушлаб қолиш) функциясининг пасайиши, диккат, фикрлаш бузилиши.
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш

15-БОБ

СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Соматоген руҳий бузилишлар, фақат соматик касалликлар туфайли юзага чиққан аломатлар билан аниқланмасдан, балки эндоген, субъектив омиллар туфайли чақирилган аломатлар билан ҳам аниқланади. Шунинг учун патологик жараённинг кечиш тавсифи беморнинг шахсида, унинг шахсий ҳиссий кечинмаларида акс этади. Клиник кўринишларига кўра соматик касалликларда психоген ҳолатлар ҳар хил бўлади. Кўпинча улар кайфият бузилишлари, қоронғилиқ тормозланиш кўринишларида бўлади. Ўзоқ даволанишни эшлаш, оиласидан ажралган ҳолда касалхонада узоқ ётишни уйлаш беморга салбий таъсир этади. Вақт ўтиши билан беморда ҳаракат ва тафаккур тормозланишлари юзага келиши мумкин. Жаҳлдорлик аффектив лабиллик пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун шифокор беморга унинг соғлигининг ҳозирги ҳолатини айтганда, тиббий хужжатларни берганда эҳтиёт бўлишлари керак.

Клиникаси. Симптоматик психозлар ўткир бошланиши ва ўзоқ давом этиши мумкин. Бунда онгнинг хиралашуви бўлмайди. Соматик касалликлар ривожланиши, яширин кечиб келаётган эндоген психозларнинг (шизофрения, маниакал депрессив психоз ва б.) хуружга ёки пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Соматик касалликларда депрессив параноид ҳолат юзага келиши мумкин. Кечалари делириоз белгилари бўлади. Депрессия фонидида васвасалар пайдо бўлиши, касалнинг соматик аҳволининг ёмонлашганини билдиради. Оғир ҳолларида эшитиш галлюцинациялари, иллюзиялар ва ступор ҳолатлари қўшилиши мумкин. Кам ҳолларда Корсаков синдроми учрайди. Бу кўрсатилган психик бузилишлар ўткинчи бўлиб, булардан кейин хотира тўла тикланади. Руҳий бузилишлар, соматик касалликларнинг хусусиятига ва оғирлик даражасига боғлиқ. Ўткир юрак қон-томир етишмовчилигида аментив, делириоз ҳолатлар, қўрқинч, ваҳима, баъзида эйфория бўлади.

Миокард инфарқтининг дастлабки даврларида иллюзия, галлюцинация, аффектив бузилишлар, ўзига ва атрофдагиларга танқид йўқолиши бўлади. Баъзида маниакал ҳолат юзага келиб, бемор ҳатто ўзининг инфаркт бўлганлигини эсдан чиқаради. Миокард инфаркти ри-вожланиши билан дереализация ва деперсонализация белгилари, муносабат ва ўз-ўзини айблаш васвасалари пайдо бўлади. Сурункали юрак қон-томир етишмовчиликларида ҳам психопатологик белгилар бўлиши мумкин. Стенокардияда хуруж вақтида аффектив бузилишлар, ваҳима, ўлимдан қўрқинч белгилари юзага келади. Касаллик қайталангандан кейин беморларда кардиофобик синдром доимий ҳолда ривожланиши мумкин.

Ревматизмнинг актив босқичи делириоз бузилишлар, ревматик гиперкинезлар, депрессив параноид ҳолатлар ва ваҳима билан кузатилиши мумкин. Делириоз бузилишлар онейроид компонентлар билан бирга келади. Юқори иситма фонидида беморларга қуролли кишилар, душманлар, ҳар хил миллат одамлари, байрам парадлари кўринади. Товушлар, мусиқа овозлари, ҳар хил тилда қўшиқлар, шовқинлар эшитилади. Бу кечинмалар ваҳима билан ўтади. Ревматик гиперкинезлар ҳар хил даражада ривожланган хореоид ҳаракатлар кўринишида: юз, бўйин, елка камари мусқўллари учишидан бошлаб то тўхтовсиз

давом этувчи ҳаракат қўзғалишларигача бўлади. Хореоид қўзғалишлар ташқи кўринишидан гебефреник синдромни эслатади. Лекин бу қўзғалишлар гебефреник синдром сингари умумий психомотор қўзғалишларга ўтмайди. Ўткир ревматизмда психик бузилишлар 2—3 ой давом этади ва соғайиш билан тамом бўлади. Иситма тушади. Қон кўрсаткичлари, ЭЧТ (СОЭ) мсёрига кайтади.

Жигар, ошқозон-ичак йўқлари касалликларида секинлик билан уйқусизлик таъсирчанлик, ҳиссий лабиллик, ипохондрия, канцерофобия ривожланади. Жигар касаллиги кайфиятнинг дисфорик бузилиши, гипногогик галлюцинация билан кузатилади. Жигар циррозида ривожланган клиник белгилар (сариклик, асцит, қон кетиши) билан бирга психик бузилишларда биринчи ўринга астеник бузилишлар, таъсирланувчанлик, ўзининг диққатини оширишга талаб чиқади. Астеник бузилишлар билан бирга вегетатив бузилишлар: юрак уриб кетиши, кўп терлаш, қон босимнинг ошиши юзага чиқади. Беморнинг аҳволи оғирлашганда сопор, ҳатто кома ривожланади.

Жигарнинг токсик дистрофиясида коматоз ҳолат ривожланади. Бунда бош оғриги, кўп терлаш, нафас сиқиши, кунгил айнаши, қайт қилиш, уйқу бузилиши кузатилади. Кулоқ битиши фонида психомотор қўзғалишлар, делириоз-аментив бузилишлар, галлюцинация ва васваса кўринишлари ривожланади.

Бемор аҳволининг оғирлашиши билан сопор, кома ривожланиб, оғир оқибатга олиб келиши мумкин.

Сурункали зотилжам, ўпка силининг оғир шакллари билан касалланган беморларга депрессив эйфория, юзаки фикрлаш, васваса белгилари хосдир.

Баъзида эйфория, юзаки фикрлаш, ҳаракатларнинг тезлашуви кузатилади. Бу руҳий бузилишларнинг ҳаммаси астеник аломатлар мажмуига бирлаштирилган. Баъзи ҳолатларда бу аломатлар мажмуи касалликининг клиник манзарасини белгилайди, бошқа ҳолатларда руҳий астения фонида қўшимча руҳий бузилишлар: маниакал параноид ҳолат, баъзида онг бузилишининг белгилари юзага келади. Силдаги руҳий астения бошқа соматик касалликлардаги астениядан фарқ қилмайди ва руҳий хорғинлик, фаолиятсизлик билан тавсифланади. Силда ҳиссий лабиллик бошқа касалликлардагига қараганда анча кучлидир. Баъзи касалликларга анозогнозия (ўз ҳолатини етарлича баҳоламаслик) хос. Сил касаллиги оғирлашиб бориши билан, беморларда аментив ҳолат ривожланиши мумкин. Беморнинг гапи узук-юлук ноадекват бўлади. Фиброз-каверноз сил оғир кечганда аментив ҳолат кўп учрайди. Бу ҳолатларда делириоз, кататоник бузилишлар, вербал галлюцинозлар кузатилиши мумкин. Бир ярим-икки ойгача сақланган аменция, касалликнинг ривожланганлигини ва сил менингити келиб чиқиши мумкинлигини кўрсатади. Сил касаллигида делирий ичкилик ичадиганларда кўп учрайди. Бунинг клиник манзарасига вербал ва кўрув галлюцинациялари киради. Енгил астеник чалкаштириш фонида параноид ҳолат ривожланиши мумкин. Бунда улар ҳар хил васвасалар (кузатиш, заҳарланиш) ҳақида, овқатни рад этаётганини айтади. Улар қисқа муддатли эйфориядан кейин таъсирланувчанликнинг пасайганлиги, кам ҳаракатлик кузатилади. Антибиотикларни, антибактериал дориларни таъсирчан қўллаш, улардаги руҳий

бузилишларни камайтиради. Дастлаб онг бузилишлари, параноид бузилишлар, сўнгра аффектив бузилиш ва астеник аломатлар мажмуи йўқолади.

Туғруқдан кейинги психозлар — онгнинг аментив бузилиши, депрессив белгилар билан кузатилади. Бундаги психик бузилишлар, эндоген психознинг (шизофрения, эпилепсия) бошланғич босқичи бўлиши мумкин. Туғруқдан кейинги психозлар одатда 1,5—2 ойларда бошланади. Баъзида эндоген ва экзоген омиллар таъсирида (эндокрин-диэнцефал ва эмоционал инстинкт дезрегуляцияси, микросоциал омиллар ва б.) кеч ривожланиши мумкин.

Аментив ва аментив онейроид бузилишлар кўпинча юқумли табиатли ҳар хил гинекологик асоратларда юзага келади. Айниқса септик жараёнларда аментив ҳолатлар чуқурлашади. Бундай ҳолларда аменция, галлюцинация, васвасалар, онероид кечинмалар, ступор ҳолатлари, мутизм, ҳаракатсизлик кузатилади. Бу кўрсатилган белгиларнинг пайдо бўлиши, патологик жараённинг ривожланганлигини кўрсатади. Ҳақиқатдан ҳам бемор ахволининг оғирлиги билан тана ҳарорати ўртасида номутаносиблик юзага келади ва жинсий аъзолар томонидан ҳам нисбий ўзгаришлар бўлади. Бу руҳий бузилишлар фақат туғруқдан кейинги соматик касалликларга боғлиқ бўлмасдан, перебрал хасталикка ҳам боғлиқ эканлигини кўрсатади.

Туғруқдан кейинги депрессия, туғруқдан 1,5—2 ойдан кейин юзага келади. Одатда уй шароитида туғруқхонадан чиққандан кейин бир неча кун ўтгандан кейин бошланади. Бунда кайфиятнинг тушиши, ҳаракат ва тафаккурнинг сусайиши, уйқусизлик ўзини айблаш васвасалари пайдо бўлади.

Депрессив ҳолат бир неча ҳафтадан 2—3 ойгача, баъзан сурункали давом этиши мумкин. Боланинг нуқсон билан туғилишида, бола ўлими ёки бошқа психоген ҳодисалар натижасида реактив психоз юзага келиши мумкин, бунда бемор ҳаётининг қийинлиги, ўзининг ноуддабурилиги ҳақида фикр пайдо бўлганлиги, бола кўра олмаслиги, болани парвариш қила олмаслигидан шикоят қилади. Оилани боқа олмасликдан қурқиш, ўз айбларини сезишнинг кучайиши кейинчалик ўзининг яқинларига бўлган бегоналикни ривожлантиради. Баъзида бундай беморлар болани овқатлантиришдан бош тортади, сабаб қилиб у ҳаётга қизиқиши қолмаганини кўрсатади. Бундай беморларда суицидал фикрлар пайдо бўлиши мумкин. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, туғруқдан кейинги депрессия, эндоген депрессиялар сингари чуқур бўлмайди. Антидепрессантлар, транквилизаторларни қўллаш яхши натижа беради. Айниқса инсулинокоматоз даволаш, электро-титратиш билан даволаш яхши натижа беради.

Хавфли ўсмаларда депрессив параноид ҳолат, Котар васвасаси, Корсаков синдроми юзага келиши мумкин. Руҳий бузилишлар операциядан кейин ёки кахексия (озғинлик) ривожлангандан кейин бошланади. Рак билан касалланиш ёки унга шубҳа бўлишининг ўзи беморга руҳий таъсир этади. Бу реактив психознинг ривожланишига асос яратади. Онкологик беморларда реактив ҳолатнинг клиник манзарасида безовталик-депрессив синдроми биринчи ўринга чиқади. Ипохондрик реакция, параноид ҳолат, таъсирчанлик пайдо бўлиши мумкин. Депрессив бузилишлар ваҳима, деперсонализация, дереализация билан кузатилади.

Операция оқибатининг яхши бўлиши, консерватив давонинг яхши натижа бериши, бу кўрсатилган бузилишларнинг орқага қайтишига олиб келади. Беморнинг яхши натижаларга умид қилиши ҳам бузилишларнинг орқага қайтишига олиб келади. Ўсманинг ривожланиши ва соматик ҳолатнинг оғирлашиши, айниқса ошқозон-ичак йўқлари ракида безовталиқ депрессия фонида нигилистик васваса, эшитиш ва тактил галлюцинация ривожланиши мумкин.

Мия усмаларининг клиник манзараси жуда ўзгарувчан бўлади. Бу усманинг жойлашган жойига, усиш тезлиги ва тавсифига боғлиқдир. Рухий бузилишлар бош мия усмаларида қўшимча патологик ўзгаришлар сифатида намоён бўлади. Кўп ҳолларда мия ўсмаларида ҳар хил даражада ифодаланган онгнинг бузилиши кузатилади. Бунда рухий жараён — умумий тормозланганлиги, ланжлик, бефарқлик, фаол ва пассив диққатнинг сусайганлиги, мўлжал олишнинг бузилганлиги кузатилади. Камроқ ҳолларда онгнинг бошқа тур бузилишлари, эпилептиформ кўзгалишлар ва онейроид ҳолатлар учрайди. Баъзан деперсонализация ва дереализация ҳолатлари кузатилади. Ўткир пароксизмал бузилишлар кекса ёшдаги кишиларда юқорида кўрсатилган аломатлар билан кузатилиши мумкин. Бундам ташқари, онгнинг ўзгариши асосида рухий органик синдромлар учраши мумкин. Бундай ҳолларда хотиранинг кучайиб борувчи бузилиши, бошланишида фиксацион амнезия билан псевдореминесценция ва конфабуляциянинг, кейинчалик эса ретро- ва антеград амнезиянинг ривожланиши тавсифланади. Шу билан бир вақтда кўзгалувчанлик ўзини тута олмаслик, ланжлик, бефарқлик, апатия кўринишида аффектив сферанинг ўзгариши кузатилиши мумкин. Бундай беморларда ўзига нисбатан танкид камайган бўлади.

Юқорида айтиб ўтилганидек, рухий бузилишлар клиникаси ўсманинг жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Ўсма миянинг чекка бўлагидан жойлашганда рудиментар кўрув ва эшитув галлюцинациялари, камдан-кам ҳид ва таъм билиш галлюцинациялари бўлиши мумкин. Бундай бузилишлар ўсманинг тепа ва энса бўлимларида жойлашганида ҳам кузатилиши мумкин. Ўсма миянинг пешона бўлагидан ривожланганида апато-абулик синдром билан хотиранинг бузилиши биринчи ўринга чиқади. Камроқ ҳолларда қарама-қарши аффектив бузилишлар, эйфорияга мойилликнинг тормозланиши содир бўлиши мумкин. Бош миянинг ҳар хил жойлашган ўсмаларида, ривожланган ва абортив (Жексон диэнцефал) эпилептик талвасалар кузатилиши мумкин.

Қалтирашли талвасалар асосан миянинг органик ўзгаришларида учрайди. Мия усмаларини ташхис қилиш кўпгина қийинчиликлар туғдиради. Уи миянинг қон-то мир ва атрофик касалликларидан фарқлай олиш керак. Онгининг ва бошқа кўринишдаги бузилишлари кучли сиқувчи бош оғриқлари, эпилептик талвасалар бош мияда ўсма борлигидан далолат беради. Диагностика мақсадида кўз туби текширилади. Бунда кўрув нервнинг шиши ва атрофиясини кўриш мумкин. Орқа мия суюқлигида оқсил ва хужайра элементларининг микдори ошганлиги, орқа мия ичи босимининг ошганлиги, бош мия рентгенографияси, пневмо- ва эхоэнцефалография маълумотлар мияда ўсма борлигини тасдиқлайди. Миядан усмалар жарроҳлик йўқи билан олинади. Бундан ташқари, радиотерапия, дегидратацион терапия ва калтирашга қарши терапия ўтказилади. Ўткир психоген бузилишларда, психомотор бузилишларда транквилизаторлар

ва нейролептиklar қўлланилади.

Нефроген психозлар астеник симптомокомплекс, делириоз ва аментив бузилишлар билан намоён бўлади. Астеник синдром бирор компоентининг кўпроқ юзага келишига қараб уч тўрға фарқланади:

1. Астенодинамик.
2. Астеноневротик.
3. Астеновегетатив.

Астеноневротик турида бел соҳасида оғриқ, бошда оғирлик, кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, сезувчанлик намоён бўлади. Олиго- ва анурия билан кечувчи буйрак етишмовчилиги пайдо бўлган тақдирда чуқур уремик кома тез ривожланади.

Астенодинамик турида онгнинг хиралашуви қулоқ битиши билан кузатилиши, уремик команинг чуқурлашиши унинг кучайишига олиб келади. Беморлар саволларга кийналиб жавоб беради, атроф муҳитга мослашиши йўқолади. Фикрлашнинг сусайиши, диққатнинг бузилганлиги кузатилади. Ташқаридан қараганда улар ланж, уйқусираган, бефарқ бўлиб кўринади.

Астеновегетатив тури кўпинча кома ҳолатидан чиққан беморларда кузатилади. Бунда асаб-руҳий фаолиятининг сусайганлиги, вегетатив реакцияларнинг кучайиши, фикрлаш ва мойилликнинг пасайиши, бош оғриғи ва бошқа белгилар билан намоён бўлади. Тафаккурнинг пасайиши, қизиқишнинг чегараланганлиги кузатилади. Айрим ҳодларда беморлар атроф муҳитни хомуш ҳолатда қабул қилади, даволанишига ишонмайди, уйдагиларга ноқулайликлар туғдиради.

Делириоз синдром кўпинча кўп миқдорда ичкилик ичиб юрган беморларда кузатилади. Делириоз белгилари соматик ҳолат оғирлашганда ривожланади ва аментив чалкаштириш ҳолатининг юзага чиқишига олиб келади. Психопатологик белгиларнинг намоён бўлиши, соматик статусга боғлиқлиги тавсифланади. Нефроген делирийдаги кўрув галлюцинациялари турли хил таъм билиш, сезги, хид билиш галлюцинациялари билан бирга намоён бўлади, лекин эпилепсия ва оқ алаҳлашларга нисбатан анча кам ривожланган бўлади. Аментив синдром нефроген заҳарланишда бошқа токсик — юқумли касалликдаги психопатологик ўзгаришлардан фарқ қилмайди. Лекин нефроген аменциянинг асосий белгиси бўлиб руҳий жараёнларнинг сустлашуви, ўз-ўзини билишнинг бузилиши билан кечувчи фикрлашнинг боғланмаганлиги, мўлжал олишнинг чуқур бузилиши ва психотик амнезия ҳисобланади. Амнезияда кузатиловчи психомотор кўзгалувчанлик айрим ҳолларда ҳаракат стереотипи билан тавсифланадиган кататоник хавотирланиш, ноадекват аг-рессивлик ва кейинчалик бўлар ступор аментив ҳолатга ўтади. Ташқи кўринишидан тери қоиламларининг оқиш-кўкимтир ранглиги, камдан-кам қизариши, юз ифодасининг ўткирлашиши кузатилади.

Эндокрин безлар фаолияти ўзгарганда қўйидаги психоэндокрин синдром ривожланади. Унинг клиник манзараси ўзига хос бўлмай, ўзгаришнинг тури ва тавсифига боғлиқдир. Бунинг ўзига хос томони шундаки, система фаолияти марказий асаб системаси томонидан бошқарилади ва бу жараёнга бош мианинг гипоталамус тузилмалари кўшилган бўлади. Эндокрин бузилишларда нев-розга, психозга ўхшаш

ва аффектив психопатологик синдромлар ривожланади. Неврозга ўхшаш аломатлар синестопатик ипохондрик кўринишда намоён бўлади. Бунда беморлар оғрикни бутун тана буйлаб: бош, бел қисми, корин қисми ва тананинг бошқа қисмларида тортишишни сезади. Бу сезгилар гормонал бузилишнинг хуружи даврида кучаяди. Бемор юқоридаги ўзгаришларни тўла ва яққол ҳис этади.

Психопатияга хос бузилишлар психоастеник сезгиларнинг ривожланиши билан тавсифланади. Бундай ҳолларда беморлар безовта, беқарор, жуда нозик бўлиб қолади. Бўларга ҳамиша ўз кучига ишонмаслик сезгиси қўшилиб келади. Бундан ташқари, шилқим кўркув, гу-монлар ривожланиши мумкин. Баъзи ҳолларда беморларда ўта қиммат кечинмалар кузатилиб, тиббий ходимлар, қариндошларининг унга эътибор бермаслигидан шикоят қилади, атрофдагилардан кўпинча норози бўлиб юради. Янги даволаш усуллари кўллашни талаб қилади. Эндокрин бузилишдаги аффектив синдромларнинг клиник манзараси, депрессив ва гипоманиакал ҳолатлар кўринишида юзага чиқади. Депрессив бузилишлар астеник симптомокомплекс асосида юзага чиқади. Беморлар тез чарчаш, беҳоллик, уйқусизлик, атрофга бўлган қизиқишнинг пасайганидан шикоят қиладилар. Бундай ҳолатларда кайфиятнинг пасайиши, оғир вегетатив томир пароксизми, бефарқлик, безовталиқ ва ваҳима кузатилади. Астенодепрессив бузилишлар одатда монополяр кечади, лекин циклик кечиши ҳам мумкин, бунда депрессив ҳолат маниакал ҳолат билан алмашинади.

Гипоманиакал бузилишлар атипик кўриниши билан тавсифланади. Кўтаринки кайфият асосида кўзгалувчаилиқ ҳаяжонга берилувчанлик, мойилликнинг тормозланиши кузатилади. Гипоманиакал ҳолат оптимизм, хурсандчилик, ялқовлик ҳолати билан кузатилмайди (бу маниакал-депрессив ҳолатга хосдир).

Уларга гамгинлик, дисфорик гипомания ҳолатлари хосдир. Гипоманиакал ҳолат депрессив ҳолатларга нисбатан уч барабар кам учрайди. Юқорида намоён этилган психопатологик бузилишлар психоэндокрин синдромга хос эмас. Лекин бошқа бирор эндокрин бузилишда бу психопатологик белгиларнинг учрамаслигини билдирмайди. Кўпинча Базедов касаллигида кўзгалувчанлик ўзгарувчан кайфият, ҳаяжонланиш, йиғлоқилиқ белгилари кузатилади. Оғир ҳолатларда онг бузилиши синдромлари, васваса, галлюцинация ҳолатлари ривожланиши мумкин.

Микседема билан касалланган беморларга депрессив ҳолат, онгнинг делирий ва қовоғи солинган ҳолатлари ҳарактерланади.

Акромегалия ва Адиссон касаллигида аста-секин ривожланувчи беҳоллик, кайфиятнинг пасайиши, оғир ҳолларда эса васваса ғоялари кузатилади.

Қандли диабетда турғун бўлмаган ҳиссиёт, кучли кўзгалувчанлик ва таъсирланувчанлик кузатилади, депрессив бузилишлар бўлиши мумкин, баъзида маниакал ёки делирий-параноид ҳолат, васваса ғоялари, галлюцинациялар билан кузатилади.

Юқорида кўрсатилган кучли кўзгалувчанлик ҳисобига диабетик кома ривожланишига олиб келади.

Даволаш. Соматик касалликларда руҳий бузилишларнинг борлиги, уларни соматик касалхонанинг психиатрия бўлимига ётқизишга нисбий кўрсатма ҳисобланади. Бундай беморлар доим терапевт,

эндокринолог, инфекционист ёки психиатр кузатуви остида бўлиши керак. Руҳий фаолиятнинг кучли ва узоқ давом этган бузилишларида даволашни руҳий касалхоналарда олиб бориш мумкин.

Симптоматик психозларни даволаш асосий соматик ёки юқумли касалликни йўқотишга қаратилган бўлиши лозим. Бундан ташқари, дезинтоксикацион терапия ҳамда руҳий бузилишлар синдромларининг хусусиятига қараб психотроплар берилади. Соғайиш даврида ноотроплар (ноотропил, аминолон, пирацетам ва б.) қўллаш мумкин.

Психиатрия амалиётида психотроп моддалар асосий терапевтик воситалар сифатида ишлатилса, симптоматик психозларда эса, қўшимча восита сифатида ишлатилади. Улар соматик касалликларнинг маълум босқичларида рухсат этилади. Бу касалликнинг оғир-енгиллигига, ўткирлигига, клиник хусусияти ва ривожланиш босқичларига қараб бир неча кун, ҳафта ёки ой мобайнида бир марта берилади. Психотроп моддалар руҳий фаолиятни меъёрлаштириш билан бирга асосий соматик касалликни даволашда ҳам ёрдам беради.

Соматик касалликларда руҳий касалликлар мавзусига оид тест саволлари

1 Соматик касалликларда учрайдиган синдром:

гебефрен
депрессив
онг бузилиши
кататоник
ипохондрик
астеник

2 Гипотиреоз учун хос:

рефлексларнинг жонланиши
рефлексларнинг пасайиши
кўзгалувчанлик
апатия
ментизм
гипермнезия

3 Тиреотоксикозда руҳий узгаришлар

Психопатосимон бузилишлар
Кўзгалувчанлик
Апатия
Абулия
Гипотимия

4 Гипертиреозид буюк учун хос:

физик тормозланиш
агрессивлик
моториканинг ортиши
апатия
уйқу бузилишлари
психик тормозланиш

ЮРАК-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Юрак касалликлари билан боғлиқ бўлган руҳни бузилишлар. Марказий нерв тизими, айниқса бош мия пўстлоқ қисмидаги хужайраларнинг кислород етишмовчилигига ва қон айланишининг бузилишига сезгирлиги жуда юқори бўлади. Шунинг учун юрак фаолиятидаги кўзга кўринган патологик жараёнлар эрта-кечми албатта руҳий бузилишларга олиб келади. Бирқ марказий нерв тизимининг ўта мослашиши ва адаптацияси, бош мия гемодинамикасининг доимийлигини таъминлайдиган компенсатор механизмлар мавжудлиги учун кардиоген психозлар кам учрайди. Кўп ҳолларда психоз даражасига етмайдиган руҳий бузилишларни учратиш мумкин.

Кейинги вақтларда кўкрак қафаси жарроҳлиги соҳаси ривожланиши билан юрак операциясидан, айниқса митрал комиссуротомиядан кейинги руҳий бузилишлар учрамоқда.

Патогенези. Беморларда руҳий бузилишларни келтириб чиқарадиган механизмлар тўрт гуруҳга бўлинади:

1. Мияда қон айланишининг бузилиши.
2. Кислород етишмовчилиги.
3. Заҳарланиш.
4. Рефлектор таъсирлар.

Психопатологик аломатлар пайдо бўлиши, уларнинг динамикаси ва келажагини юқорида айтилган механизмлар даражаси, уларнинг нисбати ва ривожланиш тезлиги билан тушунтириш мумкин. Ҳар хил соматик патологияда ҳал қилувчи турли хил механизм бўлиши мумкин. Миокард инфаркти ва ўткир юрак етишмовчилигида мия қон айланишининг бузилиши биринчи ўринга чиқади. Бу ҳолатда юрак фаолияти кескин ёмонлашади, томирлар қаршилиги бузилишидан қон босими тушиб кетади. Айланиб юрган қон ҳажми камаяди, умумий ва мия қон оқими бузилади. Натижада қон-томир етишмовчилиги юзага чиқадики, бу билан мия тўқималари етарли кислород ололмайди. Юзага келган гипоксия мияни метаболитик ўзгаришга олиб келади. Бундай ўзгаришлар аорта-каротид ва юрак чегарасидаги асаб рефлектор таъсирлардан ҳам келиб чиқиши мумкин. Баъзан миокард инфарктининг охириги босқичларида юракнинг улган тўқимаси — миомаляциясининг қонга сурмлишидан зарарланиши устиворлик қилиши мумкин.

Юрак фаолиятининг декомпенсацияланиши натижасида операциядан сўнг гипоксия бўлиши мумкин. Буни қон таркибидаги ҳаво микдорини текшириб руҳий бўзилиш билан таққослаб кўрилганда аниқласа бўлади.

Клиник кўриниши. Келиб чиқишига қараб ҳар хил бўлган юрак касалликлари билан асоратланган

беморларда рухий бузилишлар: кўрқув, шайтонлаш, кайфичоғлик, апатия, тушкунлик каби ҳиссиет бузилишлари шаклларида кузатилади. Кардиоген психоздаги энг хос белги қисқа муддатли ҳиссий ҳолатдаги кўрқувдир. Кўрқув оғрик синдромлари ва юрак тож артерияларидаги ўзгаришлар ҳисобига юзага келади. Ўлимдан эзилиб кўрқиш миокард инфаркти бошланаётганда ва стенокардиядаги оғриқда содир бўладиган ҳолдир. Баъзан стенокардия хасталигининг оғриқсиз хуружларида асосиз кўрқув кузатилиши мумкин. Сурункали секин ривожланаётган юрак касалликларида психопатология бузилишлар ҳиссиет бузилишлари билан кам боғлиқ. Бунда асосан тушкунлик кайфичоғлик ёки тушкунлик ҳолларини кузатиш мумкин.

Беморнинг соматик ахволи оғирлашиши билан тушкунлик кайфичоғлик билан алмашади. Улар ҳазилкаш, сергап, хушчақчақ бўлиши мумкин. Ва, аксинча, кайфичоғликнинг тушкунликка ўтиш ҳолатини кузатиш мумкин. Масалан, миокард инфарктдан кейин. Юрак касалликларидаги психологик кўринишларнинг яна бир ўзига хослиги шундаки, улар сўнадиган кам фаолиятли бўлиб қоладилар. Беморларнинг шикоятларидан бири уйқунинг бузилишидир. Бемор юзаки, енгил хансирайди, кийинчилик билан ухлайди. Яна бир клиник кўриниши: онг бузилишининг ҳар хил шакллари билан боради. Кўрқув ва эшитув, сезиш галлюцинациялари (чалғишлари), васваса ва беҳузурлик шулар жумласидандир. Баъзан васваса ғоялар онгли равишда ҳам бўлиши мумкин.

Юрак тож томирлари сурункали етишмовчилиги

Стенокардия хуружида кўп беморларнинг рухий фаолиятида бузилишлар учрамайди. Баъзан уларда оғриқ хуружи такрорланишидан кўрқиш, рухий аломатларни кузатиш мумкин. Бу беморларда атеросклероз ҳатто бош мия томирларида ҳам юзага чиқиб, церебрал атеросклерозга хос бўлган патологик белгилар намоён бўлади. Миокард инфаркти билан оғриётган беморлар рухий фаолиятида ҳар хил бузилишларни учратиш мумкин.

Томир касалликлари келтириб чиқарадиган рухий бузилишлар

Энг кўп тарқалган ҳар хил асаб-рухий бузилишлари билан борадиган бош мия томир касалликларига атеросклероз, гипертония, гипотония касалликлари киради.

Мия артериялари атеросклероздаги рухий бузилишлар

Атеросклероз — сурункали кечиш билан борадиган, ёши улугларда учрайдиган мустақил умумий касаллик бўлиб, битта умумий ташқи белги — артерия девори ўзгариши (зичлашуви, бириктирувчи тўқиманинг усиши) намоён бўладиган ҳар хил нозологик бўлимларни ўз ичига олган йиғма номдир. Церебрал атеросклероз қатор асаб-рухий ўзгаришлар билан боради. Оғир кечиш билан бораётганлари албатта ақл пастликка ёки ҳатто ўлимга ҳам олиб бориши мумкин.

Аломатлари. Касаллик босқичига, унинг намоён бўлиш даражасига, кечиш тавсифига қараб церебрал атеросклероз клиникаси ҳар хил бўлади. Кўпинча неврозга ўхшаш аломатлар: ўта кўзгалувчанлиқ чарчаш, меҳнат қилиш қобилятининг пасайиши кузатилади. Айниқса, аклий иш

қобилиятининг пасайиши тавсифлидир. Бемор фикри тарқоқ тез чарчайдиган бўлиб қолади.

Бошланғич церебрал атеросклерозда ишончсизликнинг кучайиши, гумонсировчи, юзаки ўйловчи, ҳасис, бесабр, умуман К.Шнейдер таъбирича, «шахснинг масхараланиши»га ўхшаш кўриниш намоён бўладики, бу унинг ўзига хос томонларидир.

Касаллик ривожланиши билан беморнинг иш қобилияти ва хотираси пасаяди. Улар нима қилмоқчи бўлганини, нимани қаерга қўйганини тез унутадилар. Айниқса улар ўтиб кетган воқеаларни, кун номларини эслаб қоладики, натижада у ўз ҳолатини танқидий баҳолайди. Баъзи ҳолларда кар-соқов синдромигача етиб боради. Яна «майли» ўзгардики, улар ҳаракатчан бўлиб қоладилар.

Церебрал атеросклерознинг энг тавсифли томони бемор ҳиссиётга берилувчан бўлиб қолади. Улар йиғлоқи, раҳмдил бўлиб қоладиларки, ҳатто мусиқа ва кинони йиғлаб эшитадилар ва кўрадилар, тез кулиб юбориши ҳам мумкин. Яна тавсифли томони аста-секин ортиб борадиган аҳамиятсиз нарсадан ҳам портлаб кетадиган кўзғалишнинг юзага келишидир. Атрофдагилар билан муносабати ўзгарзди.

Майл ва хотиранинг бузилиши, ҳиссиётга берилувчанлик ва айниқса хатти-ҳаракатидаги ўзгаришлар атеросклероз, ақлсизликнинг юзага чиққанидан далолат беради.

Церебрал атеросклероз қариликда содир бўлиши мумкин бўлган тутқанокнинг сабабларидан бири бўлиши мумкин. Кўпинча руҳий тушқунликлар, баъзи ҳоллардагина кайфичоғлик (эйфория), тунлари эса кунлаб, соатлаб давом этадиган кўрув, эшитув, васваса галлюцинациялари содир бўлади. Кўп ҳолларда васвасанинг рашқ муносабат, кузатиш, ипохондрия турлари, баъзан эса кашфиёт ва эротик васвасалар кузатилади.

Оғир атеросклерознинг тавсифли аломатларидан бири мияга қон қўйилиши (инсульт)дир. Кутилмаганда чуқур даражада онгнинг туманлашиши (кома) содир бўлади. Агар ҳаёт учун аҳамиятли марказлар зарарланган бўлса, тез ўлимга олиб боради. Бошқа ҳолларда бир неча соатлаб давом этадиган сопор билан алмашилиб турадиган, астасекин эсинг ўз ҳолига қайтиши билан борадиган чуқур даражадаги онгнинг туманлашиши кузатилади. Бу даврда сабрсиздик шошқалоқлик, кўрқув, сўзлаш ва ҳаракат кўзғолувчанлиги, тиришиш ҳолатларини ҳам учратиш мумкин.

Қон қўйилишининг асоратларига нафақат неврологик (паралич, афазия, агнозия, апраксия), балки апоплексиядан кейинги ақлсизлик кўринишидаги руҳий бузилишлар ҳам киради.

Инсульт нафақат кўққисдан, балки секин-аста продромал даврдан кейин ҳам бош айланиши, бошга қон қўйилиши, қудокда шовқин, кўз олди қоронғилашиши, гавданинг ярми ишламаслиги каби қатор белгилар билан инсульт олди ҳолати юзага келиши мумкин. Баъзан нутқ кўриш ва эшитишнинг бузилиши кузатилади. Инсульт олди ҳолати доим ҳам инсультгача бормай, юқорида санаб ўтилган белгилар билан тугаши ҳам мумкин.

Инсультлар ҳам кўққисдан ҳамда ҳар хил омиллар: руҳий кучланиш ҳолати (диққат, кўрқув, шошқалоқлик), жинсий ва алкоголь эҳтиёжи, меъданинг тулиб кетиши, кабзият ва бошқа таъсирлар натижасида юзага келиши мумкин.

Неврологик ва соматик бузилишлар. Атеросклероз билан оғриётганларда бош айланиши, бош оғриши ва қулоғига шовқин эшитилиши мумкин. Яна уйқунинг бузилиши (тез ухлаш, уйғонолмаслик) тавсифлидир. Неврологик кузатишларда кўз қорачиғининг торайгани ва ёруғликка кам ҳаракати, қўл панжаларининг қалтираши, кичик ҳаракатлар мувозанати бузилгани ва пай реф-лекслари ошгаплиги аниқланади.

Соматик ўзгаришлар: ички аъзолар (юрак аорта ва буйрак) ва периферии томирларда бириктирувчи тўқима ўсади, қон босими ортади, тахикардия, баъзан Чейн-Стокс нафас олиши содир бўлади.

Беморнинг ташки кўриниши. Беморнинг ёши каттароқ териси сарик, тўрсимон тери ости томирлари аниқ кўринади:

Этиологияси, патогенези ва патанатомияси. Атеросклероз асосида артерия ички қобиқларига липидларнинг йиғилиши натижасида бириктирувчи тўқима тугунчалари бўлиши аниқланади. Томир тўқималари ўзгариши натижасида асаб тўқималари зарарланишини чақирадиган ҳар хил ҳажмдаги мия қон айланишининг бузилишлари келиб чиқади. Хасталик келиб чиқиш механизмини тушунтирадиган ҳар хил назариялар тақлиф қилинган. Кенг тарқалган назариялардан бири қон билан айланиб юрадиган липидлар орқали томир деворлари инфильтрациясига олиб борадиган инфильтрацион назариядир. Кейинги йилларда олиб борилган текширишларнинг кўрсатишича, липид инфилтрати томир деворида физик-кимёвий хусусиятларнинг бирламчи ўзгаришига олиб келар экан. Жараённинг ривожланишига захарланиш, инфекция, вазомотор бузилиш, модда ва липид алмашинувининг бузилишлари кўмаклашар экан.

Кечиши ва оқибати. Айниқса касалликнинг биринчи йилн тўлқинсимон кечиш билан ўтади. Пироварддаги ҳолати нафақат зарарланиш даражаси, балки хасталик ўчоғи ўрнига ҳам боғлиқдир.

Давоси ва олдини олиш чоралари. Атеросклерознинг (олдини олиш учун овқатланишни тўғри ташкил этиш билан бирга алкоголь, чекиш каби захарли моддалардан захарланишдан ўзини сақлаш, меҳнат ва дам олишни тўғри ташкил этиш керак. Касаллик бошланишида қўлланиладиган даво учун йод дорилари:

Сайодин (0,5 г дан 2—3 марта, овқатдан кейин); йод-гиперсол (0,5—1 г дан 2 марта, овқатдан олдин); 3% ли калий (1 ош қошиқдан 3 марта) ёки 5% ли спиртли йод эритмаси (қунига 2—3 томчидан 2 марта, 1 томчидан ошириб 15—20 томчига етказилади, сут билан овқатдан кейин ичилади). Йод дориларини қабул қилаётганда йодизм келиб чиқиши мумкин эканлигини унутмаслик лозим. Кейинги вақтларда линетол (эрталаб 20 мл дан 1 марта) ва диоспонин (0,02—0,2 г дан 2 марта, овқатдан кейин) кенг қўлланилмоқда. Бу беморларга 5 мл 2% ли новокаин 3 марта қунига, ҳафтада 1 та инъекция ва 10 кун танаффусдан кейин яна 1 йилда 4 босқичда даво олиш ксрак бўлади. Атеросклероз психозлзрида нейролептик дорилардан: аминазин, нозепам, этапиразин. Транквилизаторлардан: мепротон, либриум. Агар атеросклероз гипертония касаллиги билан бирга келса, гипотензив дорилар, ақл пастликда фосфорли дорилар (липоцеребрин, фитин) берилади. Беморнинг аҳволини ҳам кузатиб бориш керак: инсульт юзага

чикса эуфиллин (5—10 мл, 2,4% 10—20 мл 40% глюкоза билан) юборишии унутмаслик лозим.

Гипертония касаллигида рухий бузилишлар

Гипертония касаллиги кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, бўлар билан бошқа турдаги врачлар қатори психиатрлар ҳам жуда кун тўкнашади. Касаллик этиологияси ва патогенези замонавий таботнинг муҳим муаммоларидан биридир. Гипертония касаллиги ҳар хил кучланишлар (жароҳатлар) таъсирида келиб чиқади. Бошқача қилиб айтганда, олий нерв фаолиятининг нейрогуморал механизм таъсирида бузилиши томирлар тонусини ўзгартирадики, натижада гипертония келиб чиқади. Бирок томирлар тонусини ўзгартирадиган бошқа ирсий омиллар, қарилик аломатлари, эндокрин силжишлар ва бошқа назариялар ҳам бор.

Симптоматологияси. Гипертония касаллигида церебрал бузилишлар бошқа хасталиклар қатори ўзига хос тавсифга эга. Улар энгил гипертоник криздан бошлаб то инсульт каби энг оғир зарарланишгача, мия қон айланиши бузилишлари кўринишида бўлади. Лекин, мия қон айланиши бузилишларидан ўладиганлар сони юрак хасталикларидан ўладиганлар сонидан кейин иккинчи ўринда туради.

Гипертония касаллиги учун кўп сонли неврологик бўзилишлар билан бирга гипертония психозлари деб номланадиган рухий бузилишлар ҳам тавсифлидир. Бу касалликдаги психопатологик кўринишлар касалликнинг ҳар қандай шакли ва босқичларида учрайди. Шу билан бирга гипертония касаллигининг рухий бузилишлар тавсифи билан маълум нисбати бор. Масалан, неврозга ўхшаш аломатлар 1-босқичга, ақл пастлик 3-босқичга ҳосдир. Шунингдек, маниакал ҳолат, депрессив вазваса, псевдоступор синдромлари, псевдопаралитик статус каби аралаш клиник кўринишларни учратиш мумкин.

Гипертония касалликлари билан оғриётган беморлар: сезгирликнинг ошиши, бош оғриги, уйқусизлик чарчаш ва бўшашиш, иш қобилятининг пасайиши, кўнгли бўшлиқ ва тез ҳафа бўлувчанликдан шикоят қиладилар. Бир сўз билан айтганда, уларнинг кайфиятлари тушиб кетадики, баъзан танг аҳволда кўрсанг, баъзаи эса нимадандир тоқати тоқ бўлаётгандек туюлади. Сабрсизлик кўпинча тусатдан тунлари бошланади. Шунингдек, гипертонияда учрайдиган кучли кўрқиш ҳоллари ҳам тусатдан содир бўлади. Бу касалликка яна ипохондрик муносабат ва кузатув вазвасалари, рашк, ўз-ўзини айблаш тафаккурлари; хотиранинг ҳар хил даражада пасайиши, деменция, ақлсизлик тавсифлидир.

Давоси ва олдини олиш. Гипертония касаллигининг олдини олиш омилларига: оилавий муҳит, меҳнат ва дам олишни тўғри ташқил этиш, овқатланиш тартиби, захарланишдан сақланиш кабилар киради. Даволашда резерпин, серпазил, раунатин, фенотиазин қаторидан нозепам, аминазин, транквилизаторлардан мепротан — андаксин, лимбриум, элениум қўлланилади. Бошланғич даврида электроуйқунинг ҳам катта аҳамияти бор. Шунингдек диуретин, теобромин, сальсолин ва дибазол (па-д у т и н) ҳам ишлатиш мумкин.

Тромбозмболитик асорати юзага чиқмаслиги учун тикоагулянтлар ҳам тавсия қилинади.

Гипертоник криз ҳолатида эуфиллин, дибазол, магнезий сульфат беришни унутмаслик керак.

Оқибати яхшилик билан тугашининг ягона йўли юқорида санаб утилган дорилар билан бирга рухий даволар, пархез овқатлар ва тўғри ташкил этилган турмуш тарзидан оқилона фойдаланмок жоиздир.

Гипотония касаллигидаги рухий бузилишлар

Гипотония билан оғрийдиган беморларда бош айланиши, у мумий беҳоллик, вазомотор бузилишлар ва ҳушидан кетиш ҳоллари каби белгилар билан гипотоник криз юзага келиши мумкин. Кўпинча беморнинг бош оғриги, бош айланиши, кулоқда шовқин ҳосил бўлиши, умумий бўшашиш ва чарчаш каби шикоятлари ўз гавдасини горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга тезлик билан ўзгартирганда ҳосил бўлади.

Баъзи бир беморларда юқорида санаб ўтилган астеник симптомлар билан бирга депрессия белгилари ҳам кузатилади.

Давоси. Витаминотерапия (С ва В). В. Л. Филатов биостимуляторлари, ҳаёт илдизи (женшен), хитой лимони, пантокрин, кофеин, тромб ҳосил бўлишига қарши антикогулянтлар қўллаш мумкин.

Кейинги вақтларда элимопсия (1% 10—20 томчидан 2 марта ичишга) 20—30 кун давомида қўлланилмокда.

Гипотония касаллигида дорилар билан бирга физиотерапия, жисмоний машқ қилиш лозим, меҳнат ва дам одишни тўғри ва меъёрида ташкил этиш фойдалидир.

Юрак-томир касалликларида рухий касалликлар

Бемор Г 52 ёш. 10 йил мобайнида гипертоник касаллик билан

касалланади, неврология булимидида гипертоник криз ва транзитор бош мия кон айланишининг бузилиши билан ётибди. Булимда вақт ва маконга нисбатан ориентировкаси бузилган, уз палатасини билмайди, даволовчи врачининг исмини билмайди, нонуштага нима еганлигини эслолмайди, уз уйимдаман деб хисоблайди ва ишга бориш кераклигини айтмокда.

.синдромал ташхис

.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

- 1. Бош миянинг травматик, томирли , токсик ва бошка касалликлари**
- 2. Корсаков амнестик синдром**
- 3. ЭЭГ, R черепа, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикни биохимик анализи**
- 4. Фиксацион амнезия, псевдоременисценция, конфабуляция, амнестик дезориентировка**
- 5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш**

1. Кон томир деменцияси учун хос :

кўрув галлюцинози
 ўчкили ўзгаришларнинг бўлиши
 когнитив функциялар бузилган
 анамнезда цереброваскуляр бузилишлар
 ўз ҳолатига танқид сакланган

2. Гипертония касаллиги I босқичи учун хос:

прогрессияланувчи деменция
 неврозсимон синдром
 психопатсимон синдром
 уткир параноид
 аффектни бошқара олмаслик
 амбулатор автоматизм

3 Бош миянинг кон томир патологияси учун кўпроқ хос:

кўнгилбўшлик
 гипомнезия
 амбивалентлик
 абулия
 мания

4 Миокард инфарктининг уткир даврида кузатилади:

хавотир
 псевдореминесценция
 гебефрения
 фобия
 вегетатив бузилишлар
 обнубеляция

5 Кон томирли деменцияга хос:

курув галлюцинацияси
 неврологик текширувда ўчкили ўзгаришларни аниқланиши
 амбивалентлик
 анамнезда цереброваскуляр бузилишлар борлиги
 акли заифликнинг тоталлиги
 талваса

17-БОБ

ИНВОЛЮЦИОН ДАВР РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРИ ВА ҚАРИЛИК ПСИХОЗЛАРИ

Ёшлик даврдаги ва ёш ўтиб қолгандаги руҳий касалликлардан ташқари, психозларнинг фақат ёши улуғлашган даврда учрайдиган айрим турдари мавжуд. Бу ёш шартли иккита даврга ажратилади: қарилик олди ёки пресенил — 45—60 ёш ва қарилик ёки сенил—65 ва ундан юқори ёш. Ёши улуғ давр руҳий касалликларини схематик равишда қўйидагича ажратиш мумкин:

1. Климактерик давр билан боғлиқ руҳий бузилишлар.
2. Инволюцион ёки пресенил психозлар, инволюцион меланхолия, пресенил параноид.
3. Қарилик сенил психозлари, сенил деменция, Аль-цигеймер касаллиги ва бош мия тизимининг атрофик касалликлари, Пик касаллиги ва бошқалар.

Охирги гуруҳга этиологик ва нозологик жиҳатдан бир хил бўлмаган, лекин умумий ўхшашлик белгиси бўйича бирлаштирилган касалликлар киради: бу касалликларнинг барчасига астасекинлик билан, доимий прогрессив кечиш хос бўлиб, бунда касаллик жараёни чуқур ақли пастлик билан яқунланади.

Ёши улуғ давр психозлари психиатриянинг эаг мураккаб муаммоларидан бири ҳисобланади. Ҳозирга қадар бу касалликларнинг этиологияси, патогенези ва таснифига оид масалалар етарлича кўриб чиқилмаган ва ечилмаган.

Климакс билан боғлиқ руҳий бузилишлар

Климакс — бу ички секреция безлари фаолиятининг ёшга хос ўзгаришлари билан боғлиқ физиология жараён бўлиб, жинсий безлар фаолиятининг ўзгариши унинг асосида ётади. Бу ўтиш даври эркаларда ҳам, аёлларда ҳам кузатилади, бироқ аёлларда климакс белгилари жуда аниқ юзага чиқади, чунки бу жараён ўртача 45—50 ёшларда юз берадиган овариал фаолиятнинг тўхташи билан бевосита боғлиқдир.

Климатерик аломат мажмуи хилма-хиллиги билан ажралиб туради, бунда ҳар хил соматик белгилар билан бир қаторда асаб-руҳий бузилишлар ҳам учрайди.

Асаб-руҳий бузилиш белгилари менопаузадан 1—2 ой олдин, баъзан орадан 2—3 ва ундан кўп йиллар ўтгач юзага чиқиши мумкин. Бу бузилишлар психозлар эмас, балки вақтинчалик невротик реакциялардир ва улар аффектив бекарорлик, юқори кўзғалувчанлик ва хавфсираш аломатлари билан юзага чиқади. Бу даврда реактив-депрессив ва ипохондрик реакциялар пайдо бўлишига мойиллик кузатилади, айниқса климакс вегетатив-соматик ўзгаришлар мияга кўп қон келиши, бош айланиши, юрак тез уриб кетиши, хушдан кетиш ҳоллари ва бошқалар билан кечганда шундай бўлади. Ўта юқори аффектив лабиллик ва реактивлик ҳар хил истерик ҳолларни келтириб чиқаради, бу Т. А. Гейер, О. Бумке каби баъзи муаллифларга касалликнинг алоҳида шакли — инволюцион истерияни ажратишга асос бўлди.

Психиканинг қўпол бузилишлари узоқ давом қилувчи депрессиялар одатда руҳий дунёкарашида олдиндан қандайдир бузилишлар, психопатиялар, табиати жиҳатидан шахснинг мувозанатлашмаганлиги мавжуд бўлган аёлларда учрайди.

Невротик бузилишларни даволашда седатив ва нейролептик моддалар буюрилади. Барча ҳолларда руҳий даволашнинг турли хил усуллари тавсия қилинади.

Климакс даври тугаши билан асаб-руҳий ўзгаришлар ҳам сусайиб, кейинчалик аста-секин йўқ бўлиб кетади.

Инволюцион пресенил психозлар

Инволюцион ёки пресенил психозлар клиник жиҳатдан кечиши бўйича ҳам, оқибати бўйича ҳам психознинг ҳар хил шакллари дир. Улар инволюцион давр касалликларининг алоҳида шакллари сифатида Крепелин томонидан 1896 йилда ажратилган.

Ҳозирги вақтда пресенил психозлар клиник кўриниши ва кечишига қараб инволюцион меланхолия, инволюцион параноид ва пресенил психознинг хавфли шакли Крепелин касаллигига ажратилади.

Инволюцион меланхолия

Касаллик кўпроқ аёлларда 50—60 ёшларда бошланади. Ҳозирги вақтгача касаллик этиологияси ва патогенези тўлиқ аниқланмаган. Лекин организмдаги инволюцион ўзгаришлар асосида келиб чиқадиган эндоген-токсик жараённинг аҳамияти шубҳасиздир ва у психоз ривожланишида асосий ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Мойиллик яратувчи омиллар — бу ҳар хил психогения ва соматогениялар дир.

Инволюцион меланхолиянинг асосий синдроми ташвишли — қайғули депрессия бўлиб, у кўпинча ўз-ўзини айблаш, ўз-ўзини ўлдириш ва ипохондрик васваса ғояларининг қўшилиши билан учрайди.

Клиник кўриниши. Касалликнинг бошланғич белгилари ноўрин безовталиқ ўзини йўқотиб қўйиш, жуда суст кайфият фонидаги ноаниқ кўрқув сифатида намоён бўлади. Климакснинг ривожланиши ҳар хил. Баъзи ҳолларда ташвишли нотинчликнинг аста-секин кучайиши кузатилади, кейинчалик у ўзгармасдан узоқ вақт бир хил даражада туради; бошқа ҳолларда ташвишли кўзголиш аломатлари ўта тез ривожланади ва одатда идрок қилиш бузилишлари ва васваса ғоялар қўшилиши туфайли мураккаблашиб кетади. Васваса ғоялар хиссиётларни фантастик шаклда акс эттиради. Котар васвасаси: «...Организм тириклигича парчланиб кетмоқда... Оилам ўлди... Менинг айбим туфайли оммавий фожеалар юз бермоқда... Қутулишнинг ҳеч қандай йўли йўқ. Ягона йўл — ҳаққоний қасос» ва ҳоказо.

Беморлар доимо безовта ҳаракатда бўладилар, бу вақги-вақти билан ажиатацияга ўтувчи ўралашиб қолишда иамоён бўлади. Улар палатада у ёқдан бу ёққа юришади, ўзларини тимдалашади, ўз сочларини юлишади. Беморлар нутки шикоятларини ҳадеб бир хил жумлалар орқали кайтаравериш билан тавеифланади. Вақт ўтиши билан нотинч ҳаракатлар тормозланиш билан алмашилиши мумкин, бироқ бунда ташвишли — қайғули зўриқиш камаймайди. Бетинчлик ташқи шароитлар ўзгартирилганда, бошқа

палата ёки бўлимга ўтказилганда янада кучаяди. Идрок қилишнинг бузилишлари кўпинча вербал иллюзиялари билан намоён бўлади: атрофдагиларнинг суҳбатида ўзига каратилган айблалар эшитилади, назарида уни камситишади, уришишади. Ил-люзияларнинг васвасалар билан ифодаланадиган бошқа шакллари ҳам учрайди: кўришга келган кариндошлари ўзгариб кетган; улар бошқача кўринишади, юзларида касаллик аломатлари: балки, булар кариндошлари қиёфасидаги умуман бошқа одамлар. Кўпинча ипохондрик васваса учрайди: беморлар ўзларини захм билан касалланган, рак билан касалланган деб ҳисоблайдилар. Овқат ҳазм қилиш йўқларининг оғир зарарланишидан шикоят қиладилар. Овқат ҳазм бўлмаяпти, ичакларим атрофияга учраб кетаяпти ва бошқалар.

Касалликнинг соматик белгилари кам тавсифли. Фақат озиб кетиш ва бевақт қариб кетиш кузатилади. Баъзи ҳолларда касаллик ўта шиддатли кечади, у шиддатли даражага етувчи ажиотаж кўзғолиш билан юзага чиқади. Бунда ажиатация даврлари онейроид типигаги онг хиралашиш элементлари мавжуд бўлгач, ўзини йўқотиб қўйиш даврлари билан алмашилиб туради. Беморлар фожеавий даражада тез қувватсизланадилар ва озадилар. Кейинчалик ҳаракат кўзғолишлари негативизм симптомлари бўлган, кататоник ступорни эслатувчи ступороз ҳолатга ўтиб кетиши мумкин. Беморлар бефойда бўлган қаршилиқ курсатадилар, овқатни туфлаб юборадилар, ўзук-юлуқ жумлаларни стереотипик равишда қайтараверадилар. Баъзи муаллифлар бундай ҳолатларни пресенил психознинг алоҳида шаклига ажратадилар ва уни «хавфли пресенил психоз», Крепелин касаллиги, «кеч кататония» деб атайдилар. Лекин бир томондан бундай ҳолатларга инволюцион меланхолиянинг оғир кечувчи вариантлари сифатида ҳам қараса бўлади.

Кечиши. Инволюцион меланхолия кўп ойлар, ҳатто кўп йиллар узоқ давом этиши билан тавсифланади. Климакс оқибатлари турлича. Бутунлай соғайиб кетиш ҳам мумкин, лекин касаллик кўпинча бир хилдаги тушкун кайфият ҳолатидаги умумий активликнинг пасайиши билан кечадиган турғун астеник кўринишдаги асорат қолдиради. Шиддатли кечувчи хавфли кўринишлари ривож-ланиб борадиган умумий қувватсизлик билан кечадиган ҳолларда ўлим билан тугайди.

Патологик анатомияси. Оғир кечувчи инволюцион меланхолияда асосан ички секреция безларининг зарарланиши билан ўтадиган умумий дистрофия кузатилади. Одатда бош мия пўстлоғининг пешона-мия соҳасининг кучсизроқ атрофияси аниқланади. Патоморфологик жиҳатдан **эса** марказий нерв тизимидаги токсикологик ўзгаришлар аниқланади.

Фармаш ташхиси. Инволюцион меланхолиянинг бошланишида фарқлаш ташхисида қийинчиликлар туғилиши мумкин, чунки ёш ўтиб қолганда ҳар хил депрессив ҳолатлар ҳам ташвишланиш ва ҳаракат нотинчликлари аломатлари билан кечади. Маниакал-депрессив психоздан инволюцион меланхолияни қўйидаги белгилар ажратиб туради: олдин циркуляр хуружларнинг кузатилмаганлиги, касаллик манзарасида ташвиш ва кўркувнинг устун туриши. Томир касалликлари туфайли келиб чиқадиган депрессиялардан инволюцион меланхолия тўлқинсимон кечишининг йўқлиги, психотик ҳолатнинг томир тонусига боғлиқ эмаслиги билан фарқланади.

Даволаш. Ҳозирги вақтда нейролептик моддаларни, аминазин ва ҳоказоларни антидепрессантлар имизин, мелипрамин ва бошқалар билан бирга қўллаш катта фойда бермоқда. Оғир ажиотаж ҳолатларда симптоматик восита сифатида опий препаратлари тавсия қилинади, уларнинг дозалари дастлаб ошириб борилади, кейин аста-секин камайтирилади. Нейролептикларни ўз вақтида қўллаш ўлимнинг кескин камайишига олиб келади. Қайд этиб ўтилган дори препаратларига нисбатан резистентлик мавжуд бўлган ҳолларда «электротитратиш» билан даволаш қўлланилади. Беморларда суицидал ҳаракатларга мойиллик борлигини ҳисобга олиб тезда шифохо-нага ётқизиш керак

Инволюцион параноид

Бу шакли бошқачасига инволюцион параноид, инволюцион парафрения ёки пресенил Зиен васваси дейилади.

Клиник манзараси. Касаллик тиниқ онг ва ташқи томондан ўзгармаган хулқ-атвор фонида аста-секин ривожланадиган васваса билан тавсифланади. Васваса тузилмаси ва унинг фабуласи жуда ўзига хосдир. Васваса концепциясига кишиларнинг тор доираси киради: кўшнилари, танишлар уларга атайлаб нохушликлар келтириб чиқаришда айбланадилар. Васвасалар одатда тор доирадаги хўжалик муносабатларидан, арзимас гинахонликдан четга чиқмайди. Аввал беморларнинг даъволари атрофдагилар томопидан ҳаққонийдек қабул қилинади, бироқ вақт ўтиши билан уларнинг патологик асоси кўзга ташланиб қолади. Беморларнинг назарида кушнилари уларнинг нарсаларини бўзаётгани, калитлар ва махсус воситалардан фойдаланиб яширинча уйга кираётгани, овқатларига ахлат солиб кетаётгани, деворларда тирқиш очиб у ердан газ юбораётганига ва бошқа хавфли ишлар қилишига ишончлари комил. Кечалари кўшнилари-никида йиғинлар уюштирилади, у ерга шубҳали шахслар келади. Бўларнинг ҳаммаси моддий зиён етказиш, соғлигига зарар қилиш ёки хонасидан сиқиб чиқариш учун атайлаб қилинади. Баъзан ҳидлов галлюцинациялари, эшитув вербал иллюзиялари сифатидаги идрок қилиш бузилишлари учрайди. Шунингдек соматик бўзилишлар билан боғланган ҳолда тана сезгиларини васвасали қабул қилиш кузатилади, юрак уриши, газдан заҳарланиш оқибати ва ҳоказолар. Васвасалар рашк ғоялари асосида ривожланиши ҳам мумкин. Муҳитни, яшаш жойини ўзгартирилганда беморлар бир оз тинчланишади, бироқ кейинчалик олдинги васваса фикрлар яна қайта бошланади. Беморлар ўз оғрикли кечинма ва ғояларини химоя қилишда ўта фаолликлари билан ажралиб турадилар. Улар эшикларига кўплаб қулфлар ўрнатадилар, доимо кузатишлар уюштирадилар, суд органларига шикоятлар билан мурожаат қиладилар, милицияга борадилар. Бунда депрессия кузатилмайди. Аксинча, аффектив соланганлик астеник белгилар билан, васваса ғояларининг ўта ташвишлилиги юзага чиқади

Касаллик сурункали кечади. Соматик ҳолларида ўзгаришлар кузатилмайди.

Фарқлаш ташхиси. Фарқлаш ташхисидаги кийинчилик доимо инволюцион параноидни кеч шизофрениядан ажратиш билан боғлиқ. Ташхисдаги асосий белгилар бу беморларнинг ҳиссий ўзгармаганлиги, касаллик манзарасида руҳий автоматизм аломатларининг йўқлигидир. Қариллик ёшидаги

бундай психозларга баъзи муаллифлар томонидан карилик паранойей деб қаралади.

Даволаш. Стационар шароитида олиб борилади ва аминазин ёки бошқа нейролентикларнинг суткасига 800—1000 мг дозаларини қўллашдан иборат. Касалхонадан чиққач беморлар бу дориларни кичик дозаларда қабул қилиб юришлари керак. Нейролептик воситалар билан даволаниш натижасида васваса симптоматикаси одатда сусаяди ва аффектив характерини йўқотади.

1 Инволюцион параноид учун қуйидаги васваса тури хос:

зарар етказиш
ислохотчилик
захарлаш
муносабат
ипохондрик
ихтирочилик

инволюцион психоз мавзуси буйича вазиятли масалалар

1. Бемор С.60 ёшда. Овқат ейишдан бош тортяпти, ундан кутилиш ниятида хотини овқатига захар солиб куйган деб уйлайди. Бир неча эркаклар билан юради дейди. Эшикни кулуфлаб утиради.
.синдромал ташхис
. Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди
.асосий ва қўшимча текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси.

Жавоблар

1. Параноид синдром
2. Шизофрения, инволюцион психоз, бош миянинг органик касалликлари
3. Клинико-катамнестик текширув ЭЭГ, калла суяги R-графияси, ЭХО-ЭГ
4. Рашк, таъсир, ва захарланиш васвасалари.
5. Рухий касалликлар касалхонасига даволанишга жунатиш

ИНВОЛЮЦИОН ПСИХОЗ

2. Бемор М 82 ёш. Хотини билан 50 йилдан бери бирга яшайди. Кузи яхши курмайди. Охириги пайтларда хотинини ҳаммадан рашк килади. Хаттоки кушнининг 4 ёшлик боласига ҳам рашк килади. Кечкурун хотинини кроватга боглаб куяди, лекин айтишича хотини боғловни ечиб кечкурун эркакларни олдига бориб келади. Бунинг исботи боғловнинг ранги узгариб колганлиги.
.синдромал ташхис
. Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди
.асосий ва қўшимча текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси

Жавоблар

1. Параноид синдром

2. Инвалюцион психоз, шизофрения, бош мия атрофик касалликлари
3. Клинико-анамнестик текширув, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, калла суяги РО-графияси
4. Химоя ва далиллар системасига эга бўлган рашк васвасаси
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш

13-БОБ

ҚАРИЛИК ПСИХОЗЛАРИ

Қариллик психози — сенил деменция. Касаллик кекса ёшда, одатда, 70—80 ёшлар орасида бошланади. Қариллик психозининг асосида асосан бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг ривожланиб борувчи ёки прогредиент атрофик жараёни ётади. Бу жараён мия паренхимасининг қарилликдаги физиологик инволюцияси эмас, балки патологик ўзгаришларнинг оқибатидир. Шундай қилиб, сенил деменция — бу психиканинг ёшга боғлиқ ўзгаришларининг кучайишидан сифат жиҳатдан фарқ қилувчи ҳолатдир.

Қариллик психозига олиб келувчи сабаблар яхши ўрганилмаган. Баъзи муаллифларнинг фикрича бунда наслий омилларнинг аҳамияти бор.

Клиник манзараси. Қариллик психозининг клиник манзараси кучайиб борувчи ақлий заифлик, қонуний равишда кучайиб борувчи хотира сусайиши ва кейинчалик барча руҳий жараёнларнинг емирилиюидан иборат.

Касаллик аста-секин ривожланади. Бошланғич симптомлари кўпинча унутувчанлик, ҳарактерли белгиларнинг ўзгаришидан иборат бўлади. Кейинчалик ҳарактернинг сифат жиҳатидан ўзгача белгилари пайдо бўлади, психопатиясимон ўзгаришлар руй беради. Беморлар шубҳаланувчан, кўрс, эзма бўлиб қоладилар: болаларга хос ишонувчанлик билан бир қаторда ҳеч тушунмайдиган кайсарлик тавсифлидир. Ўзидаги ўзгаришларга танқидий қараш бутунлай қолмайди. Қизиқиш доираси кескин тораяди. Улар баҳиллик талабларини қондиришга интилиш билангина чегараланадилар, вегетатив турмуш тарзига ўтиб оладилар. Бунда кўпинча майллар тормозланмайдиган бўлиб қолади ва бу ҳолат кўпгина енгилтак, ҳатто жиноий ҳаракатларга олиб келиши мумкин. Пулларни бефойда сарфлаш кузатилади. Хотира кескин бузилади, воқеалар қанчалик янги бўлса, шунчалик тез унутилади — Рибо қонуни. Шунинг учун беморлар ҳаёти ўтмиш воқеалар доирасида кечади. Узоқ даврлардаги воқеалар, лавҳалар уларнинг фикрларининг асосий мавзуси бўлиб қолади. Доимо бир хил нарсаларни кайтарадилар ва ҳар гал бу улар учун янгидек бўлиб ҳисобланади. Ўрганган шароитларда бир амаллаб мўлжал қиладилар, лекин янги жойда ўзларини бутунлай йўқотиб қўядилар. Бора-бора хотира бутунлай йўқолади. Беморлар невараларининг, болаларининг исмларини, ўзининг ёши ва фамилиясини унутиб юборадилар. Қариндошларга ва ўз яқинларига бўлган боғлиқлик ҳиссини йўқотадилар, уларни таиимайдилар, баъзан қачонлардир ўлиб кетган кишилар билан адаштирадилар.

Касалликнинг клиник кўринишлари ҳар хил, шунинг учун қариллик психозининг турли шакллари ажратилади. Юқорида баён этилган ҳолат оддий шакли учун тавсифлидир. Баъзи ҳолларда деменциядан ташқари биринчи қаторга аффектив бузилишлар чиқади, у доимий ғамгин кайфият, ҳаётдан совуш кўринишида бўлади.

Бундай депрессиялар ипохондрик васваса ғоялар билан кузатилади ва кўпинча тузилиши жиҳатдан

ўта ғалатилиги билан ажралиб туради... «Ошқозоним, ичагим аллақачон йўк.. Ичимдаги ҳамма нарса куриб, чириб кетди...» — Котар васвасаси.

Амнеетик адоматлар мажмуаси билан деменция фонида камбағаллашиш ёки ўғри тушиш васваса гоюларя кузатилади. Беморлар безовта, ўта шубҳаланувчан бўлиб қолишади, нарсаларини доимо бурчак-бурчакларга бекитиб юрадилар ва ҳаммани ўғриликда айблайдилар. Бундай беморларга тунги безовталик хосдир. Улар кундуз куни уйқусираган, шашти паст, тунда эса хоналар буйлаб кезадилар, қўшнилариинг эшикларини тақиллатадилар, ниманидир излайдилар; бу вақтда эзмалик билан сўкинадилар ва уни ўз жойинга ётқизишларига қаршилиқ қиладилар. Амнестик мўлжал бузилиши кескин нотинчлик хуружлари, ўралашиб қолиш, мазмун жиҳатдан жуда саёз галлюцинациялар, қарилик делирийси деган ном билан юритилади.

Қарилик психозининг конфабулятор шакли ёки пресбиофрения олди касалликнинг алоҳида тури сифатида кўриб чиқилади. Бундай ҳолда амнестик синдром кучли коифабуляциялар билан бирга бўлади. Бу конфабуляцияларда олдин бўлиб ўтган воқеалар, олдинги касби ёки турмуш шароити билан боғлиқ уйлаб топилган воқеалар асосий ўрин эгаллайди. Масалан, олдин соатсоз бўлган бемор врач билан суҳбатида шундай дейди: «Мен сизни жуда яхши эслайман, сиз яқинда менга Павел Буре маркали соатингизни тўзатишга бердингиз.... Йирик фирма, бундай соатдан аниқлигини талаб қилса бўлади».

Беморлар эйфорик, ҳаракатчан, болаларча тажанг бўладилар. Атрофдаги ҳамма нарсалар унинг эътиборини тортади. Улар бегоналар суҳбатига ҳеч нарсага тушунмаган ҳолда аралашадилар, бошқаларга берилган саволга жавоб берадилар. Хулқ-атвори ўта ўралашувчанлик ва тиришқоқлик ишбилармонлик билан ажралиб туради. Қаёққадир кетмоқчи бўлиб чойшабларини тугун қилиб тугадилар, сочиқ билан пол ювадилар ёки нарсаларни тинмасдан у қўлларидан бу қўлларига оладилар. Битта бемор бостирмадаги товук тухум қўйдимикан деб нуқул қаравоти тагига кираверади.

Делириоз ва конфабулятор шакллари сенил деменциянинг атрофия ўчоғи ўзига хос жойлашган ёки қон томир ва умумсоматик ўзгаришлар қўшилган шаклларига тегишли деб қарашади.

Қарилик психозининг давомийлиги бир неча йиллар билан ўлчанади, беморлар умумий маразм ҳолатида ўладилар.

Альцгеймер касаллиги

Қарилик ақли пастлигининг бошланғич шакли кўринишларидан ҳисобланади. Касаллик одатда анча эрта бошланади. 55—65 ёшлар, ҳатто 45—50 ёшлар оралиғида. Дастлаб шахс ўзгаришлари эмас, балки марказий нерв тизими томонидан ўчоқли ўзгаришлар юзага чиқиши тавсифлидир. Касалликнинг биринчи белгилари хотира бузилиши билан бўлади, бунда аффефективлик ва ўз ҳолатига танқид сақланган бўлади. Вақт ўтиши билан апрактик ва афактик бузилишлар, чуқур ақлий заифлик ривожланади. Қарилик деменциясидан фарқли ўлароқ касалликнинг кечиши 10—15 йилгача чўзилади. Касалликнинг охириги босқичида эркин ҳаракатлар бутунлай йўқолади, экстрапирамидал мушаклар таранглиги, ушлаб олиш,

хартум ва бошқа орал рефлекслари пайдо бўлади.

Патологик анатомияси. Қарилик психозиди бош миядаги морфологик ўзгаришлар жуда тавсифли. Миянинг умумий атрофияси кузатилади, айниқса пешона, чакка ва тепа қисмларининг пўстлоғида кўпроқ. Мия вазни ўртача ёш меъеридан анча паст. Каттиқ ва юмшоқ мия пардалари анча хиралашган ва қалинлашган: мия қоринчалари катталашган бўлади. Гистологик текши-рилганда кўпгина нерв хужайраларининг кучли дегенерацияси кузатилади, у кўпроқ пешона ва тепа-чакка қисмларининг мия пўстлоқ қаватининг учинчи ва тўртинчи қаватларида кўпроқ кўринади. Сақланиб қолган нерв хужайралари ёғ томчилари билан тўлган бўлади.

Қарилик психозининг энг тавсифли патогистологик белгиларига қўйидагилар киради:

1. Мияда сенил друз — нерв паренхимасининг некротик ўзгариш ўчоқларининг мавжудлиги. Улар бутун мия пўстлоқ қавати буйлаб тарқалган бўлади, лекин атрофик қисмлар кўпроқ аммон шохида учрайди;

2. Ганглиоз хужайралардаги фибрилляр тўрнинг бирикиб ва қалинлашиб кетиши — фибриллаларнинг Альцгеймер тугуни пайдо бўлишидир. Бу иккита белги Альцгеймер касаллигида яққол аниқланади.

Фарқли ташхиси. Кўпинча перебрал атеросклероздан фарқлаш лозим. Церебрал атеросклерозга тулкинсимон кечиш ва аффектив бскарорлик хос: кўпгина бузилишлар учокли тавсифга ва тегишли певрологик аломат-ларга эга.

Альцгеймер касаллигини унинг бошланишида аниқлаш жуда қийин. Ақлий заифлик фониди ўчоқли аломатлар ва нутқ бузилиши бўлганда ривожланувчи фалаж ва мия ўсмаларидан ажратиш керак. Улардан фарқлаш: серологик реакциялар йўқлиги чуқур ақлий заифлик билан секин кечиши, апрактик бузилишлар ва афазиялардир.

Даволаш. Бу беморларни суцидал ҳаракатлар қилингандагина стационарга ётқизилади. Беморлар атрофдагилар учун ҳам хавфлидирлар, чунки уларнинг касаллиги ва ўз ҳаракатларига баҳо бера олмасликлари туфайли газ жўмрақларини очик ҳолда қоддиришади, олов ёқишлар уюштиришади.

Қўзғалиш ҳолларида нейролептиклар, аминазин 25— 100 мг, юрак препаратлари қўлланилади. Беморларни каттиқ тўшак режимида ушлаш мумкин эмас. Ётоқ яраларнинг олдини олиш мақсадида узок ётадиган беморларга терининг юмшоқ жойларини камфорали спирт билан артиб қўйиш лозим.

Пик касаллиги

Бу хасталик кўпроқ кексалик олди касаллигидир, у 50—60 ёшларда юзага чиқади. Касаллик асосида бош мия айрим қисмларини ривожланиб борувчи атрофияси ётади. Энг кўп пешона қисм пўстлоқ қавати шикастланади.

Клиник манзараси. Энг дастлабки белгилари шахс ўзгаришларида намоён бўлади, бемор хулқ-атворида олдин унга хос бўлмаган белгилар пайдо бўлади. Шу билан бирга беморда фикрлашнинг ҳам бузилиши кузатилади, беморда ўз ҳолатига нисбатан танқид бўлмайди. Бемор нохуш хатти-ҳаракатлар қилишни бошлайди, ўз ишида кўпол хатоларга йўқ қўяди. Беморлар апатик, пассив, ҳамма нарсаларга бефарқ бўлиб қоладилар. Беморларнинг нутқида эхохолия бўлади, яъни улар атрофдагилар ганларининг маъносини билмасдан қайтараверадилар.

Пик касаллигига энг тавсифли белги, бу ҳаракатлар ва гапларининг бир хил кўринишда бўлишидир. Масалан, бемор ювиниш хонасига киради, кран жўмрагини бураб, сувни оқизади, лекин кўлини ювмасдан яна палатага қайтиб киради ва бу ҳаракатни бир неча марта қайтаради.

Беморларда нутқнинг бутунлай йуқолгунига қадар уларнинг гаплари, жумлалари, имо-ишоралари бир хилда бўлади.

Жуда узоқ вақтлар ўтгач уларда кахексия ривожланади ва мушаклар тонуси ўзгаради.

Касалликнинг кечиши аста-секин ривожланувчидир. Касаллик руҳий фаолиятнинг бутунлай парчаланиб кетиши биланоқ тавсифланади.

Патологик анатомияси. Касалликка тавсифли патологик-анатомик белги — бу «грек ёнғоғи» белгисидир, яъни пушталар жуда нозик ва эгатлар жуда кучли. Атрофия ривожлангандек бўлиб қолади, ок модда ва пўстлоқ остига тарқалади. Альцеймер касалдигидан фарқли ўлароқ сенил друзлар бўлмайди, фибриллаларнинг қайта шаклланиши кузатилмайди.

Даволаш. Фақат беморни яхши иарвариш қилиш ва назорат қилиб туришдаи иборат. Дорилар билан аломатларга қараб даволанади.

2 Альцгеймер касаллигига хос:

хотира бузилиши
идрок бузилиши
ривожланиб бориши
хушни бузилиши
фикрлаш бузилиши
интеллект бузилиши

3 Пик касаллигига хос:

эшитиш галлюцинациялари
аста секин бошланиши
эмоционал таранглик
хулкни бузилиши
талваса пароксизмлари
психик автоматизм

14 кон томир деменцияси учун хос :

кўрув галлюцинози
ўчокли ўзгаришларнинг бўлиши
когнитив функциялар бузилган
анамнезда цереброваскуляр бузилишлар
ўз ҳолатига танқид сакланган

Карилик психози буйича вазиятли масалалар

6. Бемор С 65 ёш. Овкат ейишдан бош тортяпти, айтишича агар бир бурда нон еса бутун дунё болалари оч колади ва очликдан улади. Нафасини ушлаб туради, айтишича нафас олса миллиард бактериялар ажралиб чикади ва бутун дунёни зарарлаши мумкин.

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

. Сизнинг дастлабки ташхисингиз

. Қўшимча текшириш усуллари

. Бу синдромни барча симптомларини санаб беринг

. УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. шизофрения, алкоголизм, карилик психозларида

2. Котар синдроми

3. Клинико-катамнестичек текширув, қон ва пешобнинг биохимичек тахлили, патопсихологик текширув, экспресс - тестлар.

4. 24 – 48 соатлардан сўнг чўққисига етади, хавотир, безовталаниш кузатилади, сенестопатиялар, уйқусизлик, кўз ёшланувчанлиги, ринорея, тана хароратининг ошиши, тахикардия, АҚБнинг ошиши, кўнгил айниш, қусиш, меъдадаги спазмлар, тана вазнининг камайиши, тананинг турли қисмларидаги оғриқлар, қорачиқ кенгайган.

5. Наркологик тационарга даволанишга юбориш

ТУТҚАНОҚ (ЭПИЛЕПСИЯ)

Бу касаллик инсоният тарихи каби қадимий. Бизга маълум бўлган тиббиёт қулёмаларининг деярли барчасида касалликнинг талвасаси жуда аниқ қилиб баён қилинган. Лекин кишиларнинг бу хасталикка муносабати турлича бўлган. Ҳали инсон организми тузилиши ва унинг касалликлари қонунияти тушуниб етилмаган даврларда тутқаноқли беморларга қандайдир бир сирли одамлар сифатида қаралар эди. Бу касалликни «қут-луғ касаллик», «худолар томонидан берилган касаллик» деб ҳисоблашар эдилар. Шундай вақтлар ҳам бўлганки, бу беморларга гўё «жин чалган», «шайтан йўқдан урган», ёки ичига шайтон кириб қолган қабилда қарар эдилар.

Қадимий грек давлатининг буюк намоёндаси, таботатнинг отаси Гиппократ биринчи бўлиб бу хасталикнинг ҳеч қандай сирли эмаслигини, балки тана ва бош мияда юз берадиган қон — ўт — сув жисмларининг нотўғри тақсимланиши сабабли пайдо бўлишини айтган эди.

Тутқаноқ деган номни шарқнинг буюк табиби Абу Али ибн Сино берган бўлиб, у бу касалликни янада чуқурроқ ўрганишга муваффақ бўлди.

Ҳозирги замон тиббиёти эпилепсия касаллигини ҳар томонлама ўрганган бўлиб, унинг сабаби, келиб чиқиш йўқлари, кечиши ва даволаш ишларини муваффақиятли олиб бормоқда.

«Эпилепсия» термини грекча «эпилепвано» демакдир, у «тутаман» деган маънони билдиради ва касалликнинг яққол кўзга ташланадиган аломати — тутқаноқдан иборат бўлади.

Эпилепсия — бош миянинг сурункали касаллиги бўлиб, пароксизмал равишда пайдо бўладиган турли хилдаги талвасали ва сенсор тутқаноқлар сифатидаги бузилишлар, шунингдек руҳиятнинг зурайиб борадиган руҳий эзилиш эквивалентлари билан таърифланади. Эпилепсиянинг ёмон оқибатларидан бири ақли заифлик билан тугашидир. Бу нисбатан кўп учрайдиган, турли ёшларда кузатиладиган касалликдир.

Умуман тутқаноқ касаллигида 2 гуруҳ белгилар намоён бўлади:

1. Қисқа муддатли, вақти-вақти билан бўлиб ўтадиган белгилар.
2. Эпилепсиянинг доимий белгилари.

Эпилепсиянинг қисқа муддатли, вақти-вақти билан бўлиб ўтадиган белгилари.

Хуружсимон белгилар

Бундай белгилар қаторига тутқаноқ талвасалари ва талвасаларсиз ўтувчи қисқа муддатли ўткир руҳий бузилишлар киради.

Эпилепсия талвасалари. Бўлар тутқаноқнинг энг асосий белгисидир. Одатда катта ва кичик талвасалар тафовут қилинади. Катта талвасалар тоник (хамма мушакларнинг бараварига тортишиб қолиши — 1- фаза) ва клоник (мушакларнинг ритмик равишда тортишиб туриши) — 2- фаза

(тортишишлардан ҳамда кома), онгнинг бутунлай йўқолиши — 3-фазаларидан ташкил топади. Катта талвасалар бошланишидан бир неча дақиқа аввал беморларда уларнинг эсида қоладиган бирдан-бир ходиса — ауралар юз беради. Бунда бемор кўзига кўркинчли нарсалар кўриниши ёки кулоққа товушлар, шовқинлар эшитилиши ёки баданнинг у ёки бу ерида ачишиш, карахт бўлиш каби сезгилар пайдо бўлиши, бурунга қандайдир хидлар келиши ва оғизда металл ва бошқа мазалар пайдо бўлиши ва ҳоказолардан шикоят қилади. Ауралар жуда ҳам қисқа вақт ичида ўтиб кетиши туфайли беморга ташқаридан ҳеч бир ёрдам беришга илож қолмайди — фақат беморлар ўзларининг йиқилишини сезиб, жой танлаб қолиши, қаттиқ йиқилишнинг олдини олиш учун ўтириб олишлари, олов, сув, транспорт ва шу каби хавфли ходисалардан ўзини сақлаб қолиш чораларини қисман кўриши мумкин, холос.

Аммо аура ташхис аҳамиятига эга. Унинг қандай турда юз беришига қараб, эпилепсия ўчоғи мияининг қайси бир ерида эканлиги аниқланади. Катта талвасалар қанчалик мураккаб бўлмасин, қанчалик оғир ўтмасин ва қанчалик давом утмасин улар бемор хотирасида мутлақо қолмайди. Катта талвасаларининг жуда кам қайталаниши (1 йилда 2 тадан то 12 тагача), камроқ қайталаниши (1 ойда 1 тадан 4 тагача), тез қайталаниши (1 ҳафтада 1тадан 7 тагача) ва жуда тез қайталаниши (1 кунда 1 тадан 10 ва ҳатто 24 тагача) кузатилади. Баъзан маълум бир сабаблар натижасида (бош миянинг шикастланиши, тана ҳароратининг кескин ошиб кетиши, ичилаётган дорининг кескин тухтатиб кўйилиши каби) талвасалар кетма-кет тушиши мумкин, бундай узлуксиз талваса тутиши тутқаноқлик ҳолати (статус эпилептикус) деб номланиб, у ҳаёт учун ниҳоятда хавфлидир.

Кичик талвасалар—бир неча секундлар ичида ўтиб кетувчи талвасалардир. Улар катта талвасалардан фарқли ўларок 3 та фазага булинмайди. Беморлар бунда ҳеч қачон йиқилиб тушмайдилар. Кичик талвасалар эпилепсия касаллигида жуда кўп учрайди ва касалликнинг бирдан-бир белгиси бўлиб ҳисобланиши мумкин. Кўпинча улар катта талвасалар билан бирга учрайди. Бошқа ҳолатларда эса тутқаноқ кичик талвасалардан бошланиб, сўнгра катта талвасага ўтиши билан кечади. Кичик талвасалар бир неча хилда кўринади. Бўларнинг ичида энг кўп учрайдиган хили—абсанс (йўқолиш) деб номланади. Бунда беморлар бир неча секунд давомида «қотиб» қоладилар — қилинаётган ишлари, юриши ва ҳоказолар шу вақт ичида бир зум тўхтаб қолади, еунгра гуё ҳеч парса булмагандек яна ўз ишларини давом эттираверадилар. Абсанслар беморлар хотирасида сақланмайди. Абсанслар ва умуман кичик талвасалар жуда тез тутиши билан ажралиб туради. Бир кун давомида 100—200 ва ҳатто 300 тагача тутиши мумкин. Бу ҳолатда беморлар кучли чарчаш аломатини сезадилар. Абсанс талвасаларсиз тутқаноқ бўлса, бошқа тутқаноқлар кичик талвасали бўлиши мумкин. Бунга мисол тариқасида баданнинг айрим ерида учрайдиган тиришиш ҳолатларини киритиш мумкин. Масалан, Жексон тутқаноқларида беморнинг фақат бир қўли ёки бир оёғида талваса пайдо бўлади. Бемор онгини йўқотмаслиги мумкин. Баъзан кичик талвасалар фақат бошнинг титраши («ҳа ёки йўқ» деган ишорадек) ёки бошнинг чуқурроқ эгилиши («дон чуқиш»га ўхшаш ҳаракат, баъзан эса бутун тананинг ярми билан ерга эгилиши («келин салом»ига ўхшаш) ҳаракатлар билан ўтиши кўрилади. Бемор бирданига орқага ташлаб юбориш ҳолатлари ҳам учраб туради.

Талвасасиз ўтувчи қиска муддатли ўткир рухий бузилишлар эпилепсияда жуда тез учраб туради. Уларни кўпинча тутқаноқ, яъни талваса ўрнига пайдо бўлишини ҳисобга олиб, талвасалар эквиваленти, яъни талвасалар ўрнини олувчи рухий ҳолатлар деб номланади. Бу ҳолатларни билиш жуда катта аҳамият касб этади, чунки бунда беморлар ўзларини-ўзлари идора қилолмай қолиши ва атрофидагилар учун номақбул хатти-ҳаракатлар қилишлари мумкин.

Кайфиятнинг **кескин бузилиб қолиши (дисфория)** — энг кўп учрайди. Бунда бемор экзальтация ҳолатида сабабсиз хурсанд бўлади, сабабсиз аламзада бўлиб юради. Атрофда бўлаётган воқеалар, одамларнинг хатти-ҳаракати улар учун ёқимсиз қабул қилинади ва беморларнинг қаттиқ норозилигига, баъзан ғазабланишларига олиб келади. Бунда атрофдагиларга шафқатсиз тажовуз аломатлари юз бериши мумкин. Бу ҳолат бир неча соат ва кунлар давом этиши мумкин.

Баъзи беморлар дисфория хуружида алкоғолли ичимликларни ичишни бошласалар, баъзилари дайдийдиган одат чиқарадилар. Шунинг учун кўпинча дипсоманиялар (ичкиликка муккасидан кетиш) ва дромомания (дайдиб юриш) билан оғриётган беморларни тутқаноқ касаллари ташкил қилади.

Эс-хушнинг ғира-ширалик ҳолати. Бу ҳолатда беморлар ҳаракат қилиш қобилиятини йўқотмайдилар, лекин атроф-муҳитга тўғри баҳо бера олмайдилар. Натижада рухий жараёнлар бир-бири билан боғлиқ бўлмаган ҳолда тарқоқ ўтади. Бу ҳолатларда кайфиятнинг бузилиши, кўрқув аффекти, галлюцинациялар ва васваса ғоялар мужассамлашган бўлади. Шу туфайли бундай беморларнинг ҳаракатлар и нотўғри, ўзлари учун ва атрофдагилар учун хавфли бўлиши мумкин (кўкқисдан ташланишлари, одам ўлдиришлари, ёнғин чиқаришлари, ўзларини деразадан ташлаб юборишлари мумкин ва х.к.). Ғира-ширалик ҳолати бирор ташқи сабабларсиз тўсатдан бошланади ва худди шундай тугайди. Бу ҳолат бир неча соатдан бир неча ҳафтагача давом этиши мумкин. Беморлар бу ҳолатдан чиққач хотираларида ҳеч нарса сақланиб қолмайди, тўлиқ амнезия кузатилади. Эс-хушнинг ғира-ширалик ҳолатининг клиник кўринишларида бири сомнамбулизм ёки лунатизмдир. Кўпроқ болалар ва ўсмирларда учрайди. Беморлар уйқуларида ўриндан туриб, ҳар хил ҳаракатлар қиладилар, бу ҳаракатлар автоматик равишда бажарилади. Бунда ҳам тўлиқ амнезия кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган ҳолатга яқин — онгнинг делириоз (алахсираш) ҳолати ҳам кузатилади. Бунда беморлар ўзларининг хатти-ҳаракатларини камроқ, баъзан эса бутунлай хотираларида олиб қолмасликлари кузатилади. Бу ҳолат беморлар кўзига турли нарсалар кўриниши ва қулоқларига кўрқинчли, ваҳимали товушлар эшитилиши билан кечади. Улар ана шу вазиятга бутунлай кириб кетадилар ва ўзлариги танқидий қарай олмайдилар. Товушлар кўпинча буйруқ тарзида келади ва беморлар уларга сўзсиз бўйсундилар. Биз кузатган бемор аёл воқеаси бунга айнан мисол бўла олади.

Қаттиқ совуқ тушган қиш кунларининг бирида беморнинг чақалоғи йиғлаб қолади. Шу вақт кўрқинчли бир товуш пайдо бўлиб, боланг жуда исиб кетди, қорга яланғоч кўмиб совутиб кел, деб буйруқ беради. Бемор аёл ҳеч иккиланмай буни бажаради. Гўдак совуқдан қотиб йиғлай олмай қолганда, яна ўша товуш, бўлди — энди болани исит, у совуқ қотиб қолди, сандални оловини очиб устига қўй, деб буюради.

Буни ҳам ҳеч уйламай-нетмай амалга оширади. Эрим кириб қолганда — дейди бемор аёл,— болам деярли кўмирга айланиб қолган эди.

Яна бир клиник кўриниш— бу транс: ташқаридан қараганда бундай беморларда ҳеч қандай ўзгариш сезилмаслиги мумкин, фақат паришонхотир бўлиб кўринадилар. Бу ҳолатда беморлар узок масофаларга саёҳат қилишлари мумкин. Ўзларига келгач, қандай қилиб ва нима учун бу ерда юрганликларини билмайдилар.

Баъзан беморларда қисқа муддатли васваса ғоялари пайдо бўлиб қолади ва бу ғоялар уларни нотўғри ҳаракатлар қилишга олиб келади. Бизнинг клиникамизда бир бемор ана шундай ҳолатга тўсатдан, врач ҳузурида ўтирганида тушиб қолган. Ёш врач, ўзининг саволлари билан бирданига беморга жосус бўлиб туюлган. Бемор кескин ҳаракат билан унинг ёқасига ёпишган, кўзойнагини силтаб отиб юборган ва қаттиқ товуш билан «ушланг жосусни» деб қичқираверган. Атрофдагилар тезда ёрдамга етиб келишган ва беморни ўз хонасига элтиб, тинчлантирувчи чоралар кўрилган. Бемор фақатгина эртаси куни ўзига келиб, врачдан кечирим сўраган.

Юқорида айтиб ўтилган ҳолат эпилепсияда талвасалар ўрнига тез-тез учраб туриши мумкин. Лекин ҳамма беморларда учраши шарт эмас.

Эпилепсиянинг доимий белгилари

Касалликнинг бу туридаги доимий белгилар беморларда аста-секинлик билан пайдо бўлади ва баъзан тез, баъзан эса узок муддат мобайнида ривожланади. Бу беморларда хулқ-атворнинг ўзгариши, фикрлаш-сўзлаш ҳамда хотира, ақл қобилиятларининг бузилиши каби ҳолатларда намоён бўлади.

Шахснинг узгаришлари (хулқ атвор бузулишлари)

Тутқаноқ дардига мубтало бўлган беморларнинг анчагина қисми, агар талвасалар тез-тез хуруж қилмаса ва улар оғир ҳолда кечмаса узок вақтлар, баъзан эса умрларининг охиригача ўз руҳий фаолиятларининг бузилмаганлиги, ўз касби бўйича ишлаб, оила ва жамият учун фойдали кишилар бўлиб қолгани кузатилади. Улар врач, инженер, ўқитувчи, бухгалтер ва шу каби соҳаларда муваффақиятли иш олиб бораверадилар. Бироқ беморларнинг кайфияти аста-секинлик билан руҳий фаолиятларида ўзгариб қола бошлайди. Бу айниқса эпилепсия ёшлик давридан бошланганда юз беради. Беморлар инжик, серзарда ва жаҳлдор бўлиб қоладилар. Арзимаган баҳоналар топиб, оила аъзолари билан жанжал чиқара бошлайдилар. Улар ўта гиначи бўлиб қолишади ва одамлар томонидан қачонлардир тасодифан ўтиб қолган камчилик ёки бирор ножўя сўзларни узок вақт мияларида сақлаб юрадилар. Баъзи бир ҳолларда қасос олишгача етиб бориши мумкин. Беморларнинг жаҳли жуда тез чиқади, бу пайтда қалтис ва хавфли ҳаракатлар қилишлари мумкин: нарсаларни синдириб ташлаш, ёкиб юбориш, атрофдаги қилишларга улар ким бўлишидан қатъий назар, кўпол гапириш ёки ташланиш ва шу кабилар. Мана шу хатти-ҳаракатлари билан улар оила ва жамиятга анча қийинчиликлар туғдирадилар. Шуниси ҳам борки, худди ана шу

беморлар бошқа бир вазиятларда ўта хушфеъл, мулойим ва ширинсухан бўлиб кўринадилар. Улар ўз танишларига ўта хушомадгўй, ёқмайдиган ғамхўр, сермуҳаббат, итоатли бўлиб кўринадилар. Қарама-қарши аломатларга эга бўлган ҳулқ-атвор эпилепсия касаллиги учун жуда хосдир. Беморларнинг яна бир хусусиятлари ҳақида тўхтаб ўтиш жоиздир. Бу уларнинг рухий фаолиятларининг инерт бўлиб қолиши билан боғлиқ бўлган белгилардир. Тутқаноқли касаллар бир сўзли, ўта қатъиятли ва баъзан кучли иродали бўлиб қолишлари ҳам мумкин. Улар хаддан ортиқ озодаликка, тартибга мойил бўлиб қоладилар. Масалан, ўз хоналаридаги тартиб доимо бир ҳолатда туриши шарт, акс ҳолда улар ғазабга келишлари мумкин.

Фикр-мулоҳаза бузилишлари. Рухий фаолиятнинг инертлиги беморларнинг фикрлаш қобилиятига ҳам таъсир қилдди. Фикр ва мулоҳаза юритишлари сусаяди ва секинлашади. Шу туфайли улар секин, тез-тез тутилиб, сўзларни чўзиб-чўзиб гапирадиган бўлиб қоладилар. Уларнинг гапириш тезлиги гуё мусиқали пластинка ўз тезлигидан паст тезликда айланиб қолганидай чўзилиб қолади. Шу билан биргаликда беморлар бир фикрда узоқ вақт чайналиб, кераксиз, кам аҳамиятли, иккинчи даражали мулоҳазалар устида узоқ тўхтаб қоладиган (яъни «эзма-чурук») бўлиб қоладилар. Бора-бора касалликнинг ривожланиши билан бирга уларда аста-секин нутқ бойлиги камая бошлайди ва улар доимо бир хил сўзларни қайтара берадиган бўлиб қоладилар.

Ақл-хотира бузилишлари. Юқорида айтиб ўтилгандек, бир қатор беморларда хотира пасайиб, ақлий фаолиятлари камая бора бошлайди. Хотирадан беморга шу вақтларда у керак бўлмайдиган барча воқеалар йуқолиб кета бошлайди. Шундай пайт келадикки, улар ўқиган китобларини, сеvimли ёзувчиларини, сиёсий масалаларни, тарихий воқеаларни, ҳисоб-китобни бутунлай унутиб юборадилар. Уларнинг қизиқиши эса асосан ўзларига хос бўлган нарсаларгагина сақланиб қолади. Масалан, бемор ойлар нимини билмасдан, ҳафтадаги кунларни айтиб беролмасдан ва биринчи синф ҳажмидаги арифметик мисолларни ечолмасдан туриб, ўзлари қачонлардир олган ва олаётган дори-дармонларнинг номини ва ҳатто уларнинг қай миқдорда олганликларини жуда аниқлик билан айтиб беришлари мумкин. Батъзи бир ҳолларда эси паст бўлиб қолган беморларда мураккаб ақлий фаолиятлар сақланиб қолади.

Этиологияси ва патогенези. Тутқаноқ касаллиги полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг юзага чиқишига жуда кўп сабаблар: она қорни ичида, туғиш даврида, чақалоқлигида, гўдақлигидаги касалликлардан яна юқумли касаллик, заҳарланиши натижасида юзага келиши мумкин. Маълум маънода наслга ҳам боғлиқ томони бўлиши мумкин, бироқ ҳозирча бу аниқ, эмас. Шундай маълум-мотлар борки, наслдан касаллик эмас, балки уни келтириб чиқарадиган ҳолатлар ўтар экан. Масалан, модда алмашинувидаги бузилишлар шулар жумласидандир.

Текширишларнинг натижасига қараганда тутқаноқ, бемор қонида заҳарли моддалар ҳосил бўлганда бошланиб, ўша моддалар тугагандан кейин тўхтар экан. Қонда заҳарли моддалар ҳосил бўлиш сабабларини ўрганиш учун мия тўқималаридаги алмашинув жараёнларини ўрганидганлиги маълум. Умумий тасдиқланган назария йўқ бўлсада, текширишларнинг кўрсатишича, асаб хужайралари ўтказувчанлиги бузилиб, қон баланси издан чиқар экан. Талвасанинг тортишиш босқичида эркин

ацетилхолин кўпайиб, гамма-аминомой кислота камайиб кетади.

Гамма-аминокислота витамин В6 билан ўзвий боғлангандир. Шунинг учун В6 тип авитаминози тортишиш (тутқаноқ)га олиб келса, гл юта мин кислота эса тортишишга қарши таъсир этади.

Шундай қилиб, тутқаноқда энергия ресурслари ва жараёни бузилса-да, асаб импульсларини ўтказиш жараёнига таъсир қиладиган метаболизмнинг бўзидиши катта аҳамиятга эга.

Патологик анатомияси. Тутқаноқ даврида ва айниқса тутқаноқ ҳолатида ўлган гўдак текширилганда мни бўқиши, шишиб кетганлиги, гиперемия, шунингдек миянинг баъзи бўлимларида қон қўйилишлари кузатилган. Юқоридаги ўткир бузилишлардан ташқари, икки йўнадишдан келиб чиққан сурункали бузилишлар ҳам бўлиши мумкин. Уларнинг бири тутқаноқ чақирган сабаб (бош мия жароҳати, минингоэнцефалит, туғма иллат) бўлса, иккинчиси некротик ўзгаришга олиб борган, тез-тез кайталаниб турадиган тутқаноқдир.

Бироқ, патологик-анатомик белгилар тутқаноқнинг асосий сабабини кўрсатиб беришга ожиз.

Касалликнинг кечиши. Касаллик давридаги белгилар касалликнинг барвақт бошланиши, эпилептик ҳолатларнинг белгилари, миянинг чуқур шикастланиши, тутқаноқ давридаги ғира-ширалик ҳолатининг келиб чиқиш тезлиги ва оғирлиги, тутқаноқнинг кундузи ва тунда пайдо бўлиши катта аҳамиятга эга.

Тутқаноқ оқибати нафақат фикрлаш қобилиятининг ўзига хос ақл пастликларининг ўзгаришига эмас, балки бемор ҳаёти учун ҳам хавфлидир. Бемор тутқаноқ ҳолатининг, тутқаноқ хуружи давридаги бахтсиз ходисанинг, дисфория вақтида ўз-ўзини ўлдиришидан ёки онгининг ғира-ширалик ҳолатидан ўлиши мумкин. Шунингдек қайта жароҳатланиш, тез чарчаш, юқумли касалликлар, заҳарланиш ва айниқса спиртли ичимликлар истеъмол қилиш касаллик кечишини оғирлаштиради.

Қиёсий ташхис. Тутқаноқнинг оғир шаклларида ташхис қилиш унчалик қийинлик туғдирмайди. Бироқ, касалликни эрта ташхислаш ёки тутқаноқ хуружлари ҳар хил нотипик шакллари билан бошланганда, айниқса касалликнинг руҳий эквивалентларида қийинчилик туғдиради.

Тутқаноқни дастлаб истерия билан қиёслашнинг асосий сабаби шундан иборатки, бунда нафақат хуружли тутқаноқ, балки тутқаноқдаги кайфиятга ўхшаш ғира-ширалик ҳолати кузатилади. Истерия учун хос бўлган юриш-туришни кўз-кўз қилиш, руҳий онгсизликнинг юзакилиги ва тез таъсирланувчанлик каби хусусиятлар қиёсий ташхислашда ёрдам беради.

Ёш болаларда учрайдиган тутқаноқ тоник ва клоник тортишишлар билан борадиган, кўзга яққол ташланиб турадиган спазмофилия билан қиёсланади.

Қиёсий ташхис мезонлари қўйидаги аломатлардан иборат бўлиши мумкин:

1. Спазмофилиянинг маълум мавсумий (октябрь, ноябрь ва март)лиги;
2. Спазмофилиядаги электр қўзғалувчанлик ва механик қўзғалувчанлик аломатларининг кучлироқ ифодаланганлиги.
3. Спазмофилия учун ларингоспазмлар ва айниқса кальций алмашинувининг бузилиши

тавсифлидир.

Тутқаноқ касаллигини қиёслашда тутқаноқсимон синдромлар билан кузатиладиган касалликлар катта аҳамиятга эга. Бош мия заҳарланишининг тутқаноқсимон шаклида мия захми учун хос бўлган анамнестик, неврологик ва лаборатория маълумотлари бўлади.

Бош миянииг юқумли заҳарланиш касалликлари, бош мия суяк жароҳатлари ва марказий нерв тизимининг бошқа органик заҳарланишларида юзага келадиган тортишиш синдромлари бу касалликларни тутқаноқ касаллиги билан қиёслашни тақозо этади. Қиёсий ташхислаш учун нафақат клиник текширувлар, балки ҳар хил лаборатория маълумотлари ҳам катта аҳамиятга эга. Бирок, қатор ҳолларда тутқаноқ билан тутқаноқсимон синдромли касалликларни фарқлашда анчагина қийинчиликлар туғилади. Шунинг учун юқоридаги касалликларни қиёслаётганда клиник ва лаборатория маълумотлари билан биргаликда вақтга боғлиқ омилларни (тортишиш синд-ромларининг юзага чиқиш вақти) ҳам ҳисобга олиш керак.

Даволаш. Тутқаноқ, касаллигини даволашда икки йўналишни ҳисобга олиш керак: I. Аффект даражасини ва уларнинг такрорийлигини ҳисобга олиш керак. Тутқаноққа қарши ҳар хил дориларни қўллаш керак.

2. Давони миқдори ошиб бориш тартибида узоқ давом эттириш ва ҳеч қачон давони бирдан тўхтатмаслик лозим.

Тутқаноқдаги барча даво тадбирлари икки гуруҳга бўлинади:

- а) дори-дармонлар бадан,
- б) тўғри овқатланиш режасини ташкил этиш билан (парҳез билан даволаш).

Дори-дармон билан даволаш. 1. Люминал, катталар учун 0,05—0,01 г 3—4 марта, болалар учун 0,01—0,1 г, 2—3 марта.

Натрийли бром ёки аммонийли бром, бошланғич дозаси I—2 г, охиригиси б—8 г_v

Гексамидин, катталарга 0,5—1,5, болаларга 0,25— г.

Дилантин, катталарга 0,1, 3—4 марта, болаларга 0,03 г, 2—3 марта.

Диакарб, катталарга 0,125—0,25 г, 2—3 марта, болаларга 0,02 г, 2 мартадан.

Хлоракан, шунингдек, тутқаноқ, пайтида феникон яхши самара беради.

Онгнинг ғира-ширалик ҳолатида ҳамда тутқаноқнинг қалтис ҳаракатларини йўқотиш мақсадида тутқаноққа қарши дорилар билан биргаликда аминазин, мепротан ёки либриум қўлланилади.

Тутқаноқ ҳолатига қарши хлоралгидратли клизма қилинади. Катталар учун 2 г дан кунига 6г, болалар учун 6 ойгача 0,1 г дан; 6 ойдан 2 ёшгача —0,15 г, 3—4 ёшдагилар учун 0,2 г, 5—6 ёшдагилар учун 0,25 г дан, 7 ёшдагилар учун 0,3 г, 14 ёшгача —0,5 г. Хлоралгидрат ўраб олувчи моддалар билан юборилади. Агар хлоралгидрат самара бермаса, у ҳолда магnezий сульфат (25%) билан глюкоза (40%) венага юборилади. Баъзи бир ҳолларда гексенал (катталарга 1 г ва 10 мл дистилланган сув) яхши самара беради. Шунинг унутмаслик керакки, гексенал фақат мактаб ёшидаги болалардаги тутқаноқ статусида

тавсия этилади.

Парҳез даво. Тутқаноқ касаллиги учуи кундалик овқатланиш тартибини тўғри ташкил этиш катта аҳамиятга эга. Бўлар учун 4 хил парҳез тавсия этилади:

1. Очлик, тузсиз, суюқлиги кам овқатлар ва кетоген-парҳез (оқсил ва карбонсуви кам бўлган овқат).

Овқатланганда қўйидаги қоидага риоя қилишлари керак:

1. Кам суюқлик ичиш билан биргаликда уларнинг таркибида тўз ва аччиқлик бўлмаслиги керак.

2. Оқсил овқатларни, айниқа гўштни кам истеъмол қилиш керак.

3. Аччиқ чой ва кофе, айниқса спиртли ичимликлар қатъиян ман этилади. Бундай беморлар харакатланадиган механизмлар, тепаликда, олов ва сув ёнида ишламасликлари керак.

Профилактикаси. Тутқаноқ чақирадиган сабаблар: миянинг юқумли касалликлари, жароҳатлар, айниқса тутқаноқ, давридаги жароҳатларнинг олдини олиш керак.

1 Ката тутқаноқларни фазаси

1. Гипертимия
2. Тоник талваса
3. Клоник талваса
4. Эйфория
5. Апатия

2 Тутқаноқ синдроми қайси

1. холларда кўпроқ учрайди
2. алкоголизмнинг III босқичида
3. Бош мия жароҳатида
4. алкоголизмнинг I босқичида
5. маиший ичкиликбозликда
6. алкохол мастликнинг ўрта даражасида

3 Катта тутқаноқ хуружи таркибига қуйидагилар киради:

1. продром
2. тоник фаза
3. аура
4. клоник фаза
5. онгнинг сақланганлиги

4 Тутқаноқ пароксизмлари турларига қуйидагилар киради:

1. grand mal
2. абсанс
3. тоник постурал тутқаноқлар
4. джексон тутқаноқлари
5. дисфориялар

5 Қуйидагилардан қайси ҳолат эпилепсияда учрайди

1. Хулқ-атвор ўзгариши, дисфориялар
2. психоэнергетик потенциалнинг пасайиши
3. гебефрения
4. онгнинг намозшомсимон хиралашуви
5. апатико абулик ҳолат

6 Эпилепсия касаллиги учун энг к'проқ хос:

1. дисфория
2. депрессия
3. мания
4. апатия
5. рухий анестезия
6. онгнинг намозшомсимон бузилишлари

7 Эпилепсияда беморни рухий шифохонага госпитализация қилишга курсатма:

1. дисфория
2. эпилептик параноид
3. хушни номозшомсимон бузилиши
4. эпилептик акли пастлик
5. эпилептик статус
6. эйфория

8 Эпилепсия учун куйидаги симптомлар хос:

1. эзма тафаккур
2. хушни йуқолиши билан кечувчи хуружлар
3. дисфориялар
4. гебефрения
5. рухий автоматизмлар
6. символик, резонерли фикрлаш

Ситуационные задачи

Эпилепсия

2. Бемор Л. 40ёш, оилали, спиртли ичимлик истеъмол қилмайди. Яхши мутахасис. Стоматологда тишини олдиргандан сунг тусатдан йикилиб клоник ва тоник тутканоклар кузатилди ва хушини йукотди. Узига келганда тутканок хакида эслай олмайди.

.Синдромал ташхис

Бу синдром қайси 2 та касалликда учрайди

.Қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни асосий симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Талваса синдроми	10	8-10	2-7	0-2
2.	Эпилепсия, бош миянинг органик касаллиги	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ	15	10-15	4-9	0-4
.	Клоник ва тоник титрашлар, амнезия, онг хиралаши, хуруждан кейинги амнезия				

		25	20-25	5-19	0-4
5.55.	Талвасага қарши, дегидротацион терапия, Врач психиатр консультацияси				
		25	20-25	5-19	0-4

Эпилепсия

13. Бемор Л 42 ёш. Оилали, алкоголь истеъмом килмайди, яхши мутахасис. Тусатдан паришонхотирлик , дезориентировка, автоматик ҳаракатлар(айлама ҳаракат) 1-2 минут давом этувчи ва амнезияга тушади.

- .синдромал ташхис
- .Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди
- .сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
- .асосий текшириш усуллари
- .бу синдромни симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	талваса синдроми	25	20-25	5-19	0-4
2.	Эпилепсия, бош миянинг органик касалликлари, турли интоксикациялар	25	20-25	5-19	0-4
3.	Эпилепсия касаллиги, кичик хуржлар билан	10	8-10	2-7	0-2
4.	КТ, мия суяги рентгенограммаси, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, Клинико-катамнестик	15	10-15	4-9	0-4
5.	Тусатдан паришонхотирлик , дезориентировка, автоматик ҳаракатлар(айлама ҳаракат) 1-2 минут давом этувчи ва амнезия	25	20-25	5-19	0-4

Эпилепсия

14. Бемор С, 42 ёш. Узок вақт мобайнида эпилептик касаллик билан касал, 2-гуруҳ ногирони, кушнисининг танбеҳидан сунг жажлдор, газабли, сал нарасага жажли чиқади, кушнисини уриб , кулини синдирди. Бу ҳолатини кушниси хафа қилганлиги учун шундай қилганлигини айтди.

- .синдромал ташхис
- .Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди
- .сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
- .асосий текшириш усуллари
- .бу синдромни симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Дисфория	25	20-25	5-19	0-4
2.	Эпилепсия, психопатия, бош мия жарохатлари	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, патопсихологик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Тушкун газабли кайфият, сал насага жахл чикиш, атрофдагиларга агрессив муносабатда	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш	25	20-25	5-19	0-4

Эпилепсия

15. Бемор 31 ёш. Анамнезида 1 йилда 1 мартаба тутканок тутиб туради. Врачларга мурожаат килмаган, даво олмаган. Иш вақтида кучага чикиб кетди. Бир неча соат мобайнида йук булиб кетди. Шахарнинг у бурчагида узи йук холатда милиция ходимлари томонидан топиб олинган. Бу еога қандай келганлигини, нима килганлигини айтиб беролмайди.

.синдромал ташхис

.Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Эпилепсия, бош мия травмалари, бош мия органик касаликлари	25	20-25	5-19	0-4
2.	Онгнинг номозшомсимон хиралашуви	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, ЭХО-ЭГ	10	8-10	2-7	0-2
4.	Тусатдан бошланади, атрофга нисбатан амнезия. Жахлдорлик, агрессив	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасида	25	20-25	5-19	0-4

	даволаш				
--	---------	--	--	--	--

19-БОБ

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения—сабаблари номаълум бўлган, сурункали кечишга ва бемор руҳияти бир бутунлигининг турли бузилишларига мойил касаллик ҳисобланади.

Шизофрения ривожланиб борса, фикрлашнинг бузилишига, ҳиссий реакцияларнинг камайишига, апатик акл заифликка олиб келади. Аммо бу касаллик ўз ривожланишида тўхташи ҳам мумкин, бунда ҳар хил бузилишларнинг компенсациясини ва бошланғич даврларида тўла соғайиш ҳолатларини кутиш мумкин.

Шизофрения кўп учрайдиган руҳий касалликлардан бири ҳисобланади. Невропсихиатрик диспансерларда даволанувчи беморларнинг 1/5 қисмини, руҳий неврологик касалхоналарга келувчи беморлар (касаллиги энди бошланганлар)нинг 1/5 қисмини ва сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг 2/3 қисмини шизофрения билан оғриган беморлар ташкил қилади.

Шизофрения билан оғриган беморлар сонининг ошиб бориши, оғир кечиши, сурункали касалликларнинг одамлар орасида кўпайиб бориши натижасида бу касалликнинг ёмон оқибатлар билан тугалланишини кузатиш мумкин.

Шизофрения кўпроқ ёшларда учрайдиган касалликдир, яъни кўп ҳолларда 20—25 ёшларда тез-тез учраб турувчи, узоқ кечиш хусусиятига эга бўлиб, инсоннинг ёши, меҳнатга яроқли даврини шикастловчи касалликдир. Унинг ижтимоий аҳамияти шу билан тушунтирилади.

Бу жараёндан шизофрениянинг 3 та асосий аломати (белгиси) келиб чиқади: аутизм, руҳиятнинг ажралиши ва ҳиссий тўнглик.

Аутизм — бу ўхшаш кўринишни ҳосил қилувчи, турли шаклларда намоён бўладиган реал борликдан кетиш. Беморлар касаллик бошиданоқ атрофдагилардан ажраган, жим юради, одамлар билан кам муомала қилади, мажбур бўлган ҳолларда расмий, совуқ муомалада бўлади, кўзини олиб қочади, сўрашганда кўл чўзмайди. Улар билан суҳбат тор доирада чегараланган бўлади. Айрим ҳолларда беморлар ниқобда юрадилар: катта қора кўзойнақ кенг шляпа, ўзун соч, сокол.

Анча оғирроқ ҳолларда касаллар сабабсиз ўқиш ва ишни ташлайдилар, уйдан чиқмай ўядилар ва ҳатто кўп вақтни ўрнида ўтказадилар. Бошқа ҳолларда шаҳардан чиқиб кетиб, ўрмон, тоғ, ғорларга яширинадилар. Баъзи беморлар ўз аутизмидан компенсация қилиш учун иш жойини ва касбини ўзгартирадилар.

Бундай беморларнинг фикрлаши ўзи билан ўзи бўлиб қолади, улар ўз ҳаёлотларида яшайдилар, ўзларини атрофда содир бўлаётган воқеалар марказида тургандек ҳис қиладилар. Руҳиятнинг ажралиши (ажралиш — қадим юнон тилида «скизис», шундан шизофрения атамаси келиб чиққан) қисман аутизмдан келиб чиқади. Бемор бир вақтда икки дунёда яшайди: ички, ўзи учун асосий бўлган на ташқи реал, безак сифатида қабул қилади. Ажралиш бир неча турларга эта. Кўпинча амбивалентлик (сезгининг

иккиланиши) ва амбигендентлик (ҳарактеринг иккиланиши) белгилари кўринишида намоён бўлади. Бундай ҳолларда бемор бир вақтда бир кишига ёки битта кўринишга икки қарама-қарши ҳис-туйғуда бўлади. Шу билан бир қаторда бемор икки хил бир-бирига қарама-қарши фикр борлигини сезиши мумкин, бунда айрим касаллар мияси иккита ярим шарга ажраб, уларнинг ҳар қайсисини ўзича фикр юритаётганини сезиши мумкин.

Оғирроқ ҳолларда беморлар ўзларининг иккита шахсга ажратанини, яъни бир вақтда ҳам ўзи, ҳам бошқа одамлигини ҳис қилади.

Ҳиссий тўнглик касаллик бошланишидан сезилади. Беморлар аста-секин одамийлик туйғу ва қизиқишларини йўқотиб, оила аъзолари, яқинларига совуқ муомалада бўла бошлайди. Сўнгра совуқлик бир неча йилда ортиб бориб, бемор атроф-муҳитга бутунлай бефарқ бўлиб қолади.

Кейинчалик васваса ғояларига қизиқиши сўниб боради ва уларни механик тарзда қайтараверади. Ҳиссий тўнглик ирода сўниши билан бирга келади, яъни апатияга абулия ҳамроҳ бўлади (апатико-абулик аломат). Шизофрениянинг асосий аломатлари биргаликда ўхшаш ҳолатни келтириб чиқаради.

Касаллар доимо мудроқ ҳолда юрадилар, уларнинг фикрлаши ҳам мудроқ табиатда бўлиб, воқеа ва шахсларнинг антиқа қуюқлашуви ва ўрин алмашинуви содир бўлади: бир одам белгилари иккинчи одамга қўшилади, турли воқеалар бирлашади ёки вақт бўйича сурилади.

Шизофрения билан оғриган кулчилик беморлар атроф-муҳит, вақт ва шахсиятга тўлиқ ва тўғри мўлжал олади, аммо айрим ҳолларда «иккилама мўлжал» келиб чиқади, бунда бемор тўғри мулжал олган ҳолда шу вақтнинг ўзида ўзининг ўзга шахс эканлигини таъкидлайди. Шизофрения касаллигида моторика, мимика ва нутқ ўзига хос. Улар ҳаракати, ҳолати, юриши сунъий, ғайри-табиий бўлиб қолади ва кеккайиб, гердайиб юрадилар. Уларнинг нутқида цитата, мураккаблашган ва ўта ақли сўзлар ва ганлар кўпайиб кетади, ҳатто неологизмга, яъни икки-уч сўздан тузилган антиқа сўзлар тўзшигача боради («гриппоз» — гипноз таъсирида грипп келтириб чиқариши).

Беморлар ноўрин жилмайишади, кулишади, қош кериб чимирилишади, пешонасида қотиб қолган ҳукмронлик, шу вақтда юзининг пастки қисмида мутлоқ маъносиз, ҳатто ниқобсимон қотиб қолиш, қараши қаҳрли бўлади. Мимиканинг бундай ўзгариши парамимия дейилади ва руҳиятнинг ажралиши ҳамда ҳиссий тўнгликда намоён бўлади.

Шизофрения кечишига кўра ё ўзлуксиз ёки хуружли бўлади, бунда ҳар бир хуруждан сўнг ремиссия келади, сўнгра хуруж қайталаниши мумкин. Ҳар бир хуруждан кейин руҳиятда турғун нуқсон қолади.

Оддий шақли (тури) кўп учрайди, асосан ўсмирлик вақтида намоён бўлади: секин-асталик билан кам сезиларли бошланиши ва нисбатан секин, аммо узлуксиз ривожланувчи ремиссияларсиз кечиши кузатилади. Бунда беморлар феъл-атворида кўйидаги ўзгаришлар кечади: яккаланиш, ота-онасига совуқ ёки ёмон муносабат, кутилмаган, импульсив, парадоксал қилмишлар, атрофдагиларга нисбатан негативизм, одатдаги қўрқувнинг йўқолиши ва шу билан бир вақтда янги, ғалати эрмак пайдо бўлади.

Улар ўз ташки кўринишларига бефарқ бўлиб қоладилар. Вақт ўтиши билан атрофдагилардан ажраб борадилар. Кўпчилик ҳолларда руҳий касаллик ташхиси кечикиб аниқланади, чунки касаллик белгилари секин ва кам сезиларли бошлангани учун атрофдагилар уларни оғир феъл-атворли ёки ёмон тарбия қурбони сифатида қабул қиладилар. Бундан ташқари, шизофрениянинг оддий шаклида васваса ғоялари ва галлюцинациялар учрамайди. Касаллик бошлангач 3—5 йил ўтгач апатико-абулик типигаги руҳият нуқсони ривожланади.

Гебефреник шакли (юнонча «гебефрения» — «ўсмирлик руҳияти») оддий шакл сингари асосан усмирлик даврида учрайди. Оддий шаклда учрайдиган белгилар билан бир қаторда бу ерда биринчи ўринда доимий аҳмоқлик ва тажовузкорлик туради. Улар ўзини масхарабозга ухшаб тутиб, аҳмоқликлар қиладилар, хингиллайдилар, атрофдагиларга тегажожлик қилиб, уларда майда кўнгилсизликлар келтириб чиқарадилар, кексаларни мазах қилиб, устидан куладилар. Бундай беморлар кўпинча бемехрлик намоён қилади ва жиинилик қилиб, хингиллаб қонли жиноятлар содир қилиши мумкин. Шизофрениянинг бу шакли кам учраб, ремиссиясиз, хавфли кечади, дарҳол ташхис қилинмайди (оддий шаклдаги сингари атрофдагилар уларга узок вақтгача тарбия кўрмаган ёки безори деб қарайдилар) ва руҳиятнинг оғир нуқсони ривожланади.

Кататоник шакли. Шизофрениянинг илгари учраган бу шакли ҳозир анча кам учрайди. Бу шаклга руҳият бузилишнинг мушак тонуси ўзгариши билан бирга кечиши хосдир.

Шизофрениянинг бу шакли турли ёшда учраши мумкин. Бунда беморларда кататоник ступор билан кататоник кўзғолишнинг алмашилиб келиши кузатилади. Кататоник ступорда аутизм белгиси аниқ, кўринади: бемор мушаклари тўлиқ қисқаришга учрайди ва шу сабабли у ўринда бир хил қотиб қолган (кўпроқ эмбрионал) ҳолда ётади. Бемор юзида ғамгинлик ва ажабланиш, айрим ҳолларда жилмайиш қотиб қолади. Мутизм (мустаҳкам жимлик), негативизм (кўрсатмаларни бажаришга қаршилиқ қилиш) аломатлари учрайди. Беморлар айрим ҳолларда мумсимон эгилувчанлик намоён қиладилар, бунда улар қаршилиқ қилиш тугул, ҳолатларини сунъий ўзгартирилганда шундай аҳволда жуда узок муддат туриб қолиши мумкин. «Дюгере ҳаво ёстиғи» симптоми беморнинг мустақил равишда бошини ўриндан кўтарган ҳолда қотиб қолишида вужудга келади.

Кўп ҳолларда эхомимия (мимиками кайтариш), эхо-праксия (ҳаракатни кайтариш) ва ўхолалия (сўзларни кайтариш) симптомлари учрайди.

Кататоник ступор бир неча кун мча чўзрилиши мумкин. Ступор ҳолатдан чиққан бемор билан суҳбатлашганда ступор ҳолатида беморлар атроф мулжалини тулик гаклаганликларини ва шу вақтда атрофда бўлган суҳбат ва воқеаларни яхши эслаб қолганлигими аниқлаш мумкин.

Кататоник шаклда онейроид синдром учрайди, бунда беморлар фантастик дунё оғушида бўладилар. Бунда и ҳолларда улар суҳбатлашмайдилар, саволларга жавоб бермайдилар, ўринда ўзок ётадилар, ажабланган ҳолда атроф билан хаёлий сахналарни кузатадилар.

Кататоник ступор икки тарафлама хавфли — биринчидан, беморда ётоқ яралар ҳосил бўлиши

мумкин. Иккинчидан, овқат емаслиги сабабли у очликдан ўлиб қолиши мумкин. Бундан ташқари, кататоник ступор тез ва кутилмаганда кўзғалишта ўтиши мумкин: беморлар жўшқин ва импульсин равишда ўриндан сакраб кетади ҳамда узлуксиз бир хил ҳаракатлар қилади, бу ҳаракатлар кетма-кет бир неча кун давомида чарқоқсиз давом этиши мумкин.

Беморлар билан субатлашиб бўлмайди, улар саволларга жавоб бермайдилар. Кататоник кўзғалиш бирдан тўхтамайди ёки яна кататоник ступорга ўтади, ёки ремиссия билан тугайди. Кататоник шаклда ремиссия баъзан узоқ вақт меҳнат қобилияти сақланган ҳолда бўлади, аммо руҳий камчилик қолади. Бир ёки бир неча кататоник шизофрения хуружи ўтказган беморлар одатда масхарабоз, ҳаракат ва нутқда қилиқдор бўладилар.

Кататоник шакл таркибида кам учрайдиган гипертоксик тури бўлади. Бунда кататоник ступор ва кўзғалиш белгилари билан бирга, беморнинг соматик ҳолати билан боғлиқ бўлмаган, юқори ҳарорат ва шу асосда қон ва сийдик текширилганда ўзгаришлар бўлади. Беморларнинг умумий аҳволи жуда оғир, баъзан эса летал натижа ёки улим кататонияси кузатилиши мумкин.

Психофармакология эришган ютуқларга кўра, кататоник ступор ва кататоник кўзғалишни кўп ҳолларда даволаб яхши натижа олинмоқда.

Параноид (ёки галлюцинатор параноид) шакл. Бу энг кўп тарқалган шакл бўлиб, кўпроқ 40—50 ёшлар орасида юзага чиқади. Асосий симптоми васваса ҳисобланади.

Касаллик аста-секин ривожланади, лекин кўринишлари тўсатдан намоён бўлади. Васваса ғоялари пайдо бўлаётган ва ривожланаётган ишончсизлик, эҳти-ёткорлик, шубҳалилик, камгаплик кузатилади ва шу асосда уларнинг ҳаёт фаолияти ўзгаради.

Васвасанинг типик ривожланишида аввал атроф муҳитга нисбатан алоҳида аҳамиятли васваса ғоялар, кейин муносабат васваса ғоялари, ниҳоят, аниқ тузилиши жиҳатидан таъкиб васваса ғоялари келиб чиқади. Аммо бу ҳолат ҳамма беморларда бир хил бўлмайди, баъзан таъкиб васвасаси ғояси дарров пайдо бўлади. Айрим ҳолларда васваса ғоялари галлюцинациялар (эшитиш, кўриш, хид, таъм, тактил) билан бирга келади.

Баъзан беморлар бир неча йиллар давомида ўзларини ижтимоий муносабатлар доирасида маълум даражада ишласалар ва ишлай олмасалар ҳам, атрофдагиларнинг диққатини камгапликлари, шубҳалиликлари ва душманларча муносабати билан жалб этадилар

Бироқ, кўпчилик беморлар васваса ғояларини агрессив (тажовузкор) ҳаракат шаклида ёки тўғридан-тўғри уларини таъкиб қилишиётганлигини билдиришади ва шу сабабли психиатрия стационоларига даволаниш учун ётқизилади. Айрим ижобий ҳолларда бир неча ой ўтгач, ремиссия ҳолати бошланади ва беморлар ишга ва оиласига нисбатан қониқарли ҳолатга қайтади, бунда психоз хуружи қайталанмайди, айрим оғир ҳолларда васваса ғоялари бутун умрга қолади.

Циркуляр шакли. Бу шакл маниакал ва депрессив хуружларнинг бирин-кетин келиши ёки ремиссия даврлари оралаб, турли муддатда алмашиниши билан кузатилади. Маниакал-депрессив

психоздан фарқ қилиб, бунда васваса ғоялари ва галлюцинациялар кузатилади ва ҳар хуруждан сўнг руҳият нуқсони чуқурлашади.

Шизофрениянинг бу шакли нисбатан ижобий кечади ва беморлар бир неча йил давомида иш қобилиятини самаб қоладилар.

Ёш болаларда шизофрения

Ёш болалардаги шизофрения муаммолари билан жуда кўп олимлар шуғулланган. Ҳозирги пайтда шизофрения хасталигининг ёшларда учраш чегараси аниқланган. Касаллик қанча эрта бошланса, клиник аломатлари шунча секин кўзга кўринади, гўдакнинг ташқи оламга муносабати ўзгаришларидан, ҳис-ҳаяжон реакцияларидан сезиш мумкин. Бу ҳолда касаллик оқибати яхшилик билан тугайди.

Ёш болалар шизофренииясида эрта учрайдиган аломатлардан бири кутилмаганда кўркувдир. Масалан, 11 ёшли бола севимли оиасидаи кўрқадиган, қичқирадиган бўлиб қолади. Шунингдек уларда умуман беҳоллик, фаолликнинг пасайиши, ёшга тўғри келмайдиган фантазияга боғлиқ, турғун ҳаракат автоматизми, галлюцинатор ҳолатлар, соматик захарланиш симптомлари (безгак, ис-сиги кўтариладн, овқат хазм қилиш тизими бузилади) ва тафаккур бузилишини ҳам кузатиш мумкин. Васваса ғоялари уларда кам учрайди. Ҳис-ҳаяжон бузилишларини эса барча даврларда учратиш мумкин.

Шизофрениянинг кечиши буйича турлари

Шизофрениянинг психопатологик белгилари серқирра бўлади, унинг клиник кўриниши аниқ патофизиологик механизм асосида маълум қонуниятларга бўйсунди.

Кечиши буйича шизофренининг учта тури мавжуд.

1. Узлуксиз кучайиб борувчи.
2. Даврий.
3. Ўзилиб-ўзилиб кучайиб борувчи.

1. Шизофрениянинг узлуксиз кучайиб бориши билан кечиши кўпинча ёмон натижа билан тугайди. Кўп беморларда умумий бушашиш, эс-хушнинг, меҳнатга бўлган лаёқатининг йўқолиши, баъзаи эса ташқи оламга бефарқлик, совуққонлик учрайди. Бу хил оқибатлар кўпроқ шизофрения ядроли тўрининг оддий ва гебефреник кўринишларида, шунингдек кататониянинг кучайиб борувчи турларида учрайди.

2. Шизофрения даврий турининг кечиши кўпинча яхшилик билан тугайди. Касаллик оғир ўтишига қарамасдан вақти-вақти билан тузалиб туриши ҳам мумкин. Узоқ вақт давом этган тузалиб туриш (ремиссия) жараёнидан кейин бемор енгил ишлар билан шуғулланиши мумкин. Шахснинг ўзгаришлари қийинлик билан боради. Бироқ ўзилиб кучайиб борувчи шакли узлуксиз кучайиб борувчи кечишларидек доимо ҳам чуқур ўзгаришларга олиб бормади.

Шизофрениянинг даврий кечишида кататоник, баъзан депрессив параноид ва циркуляр шакллари юзага чиқади. Циркуляр психоз шаклидан бошқа барча шаклларида галлюцинация, васвасанинг кўп турларида руҳни фаолиятнинг пасайиши ва ассоциатив фаолиятнинг бузилиши каби клиник кўринишлар

кузатилади.

3. Узилиб-узилиб кучайиб борувчи турида гебефреникдан кататоник бузилишлар устун бўлади. Кўпинча қайталаниб туриш ҳоллари кўплигидан клиник кўринишлари ҳам оғирлашиб боради. Бу турда ҳам ҳисҳаяжоннинг йўқолиши, меҳнатга иштиёқнинг пасайиши кузатилади.

Патологик анатомияси. Шизофрения морфологик субстратларини ўрганиш ўтган аср охирларида бошланган. Текширишлар шуни кўрсатадики, шизофрения касаллигидан ўлган беморлар бош мия ва ички аъзоларида ўзгаришлар бўлар экан. Бироқ, бу ўзгаришлар айнан шизофренияга тааллуқлиги ёки бошқа касаллик оқибатими, буни аниқлаш маълум қонуниятга бўйсунар экан. Чунки шизофрения оқибати кам ҳолларда улим билан тугайди. Шунда ҳам гипертония касаллиги оқибати бўлиши мумкин экан.

Макроскопик кузатишларда: барча ички аъзоларда тўлақонлик, қалқонсимон безида склеротик ўзгаришлар, жинсий аъзолар гиперплазияси, юрак ўлчами кичрайиши, аортанинг торайиши, шунингдек жигар ва ўт қопи ўлчамининг кичрайиши, аортанинг торайиши, жигар ва буйракда ҳам ўзгаришлар кузатилади. Мия қоринчаси ва пўстлоғида макроскопик ўзгаришлар топилмайди.

Микроскопик кузатишларда: бош мия пўстлоғининг ганглиоз хужайраларида дистрофик, яъни бўкиш, шиш, ишемия ҳосил бўлиши, ёғ йиғилиш ҳоллари учрайди.

Гипертоник шизофрения макроскопик кузатишларида: мия қаватларининг тўлақонлиги, мия моддасининг шишиши, оқ моддасида нуқтали қон қўйилиш ҳоллари учрайди. Микроскопик кузатишларида кўрув дўнглиги, ўзунчоқ мияда қон қўйилиши, томирларда қон ўт-казувчанлигининг ошиши, дистрофик ўзгаришлар учрайди.

Ҳозирги даврда жаҳон адабиётида шизофрения патогенезига тўхталганда кўрув дўнглигида, гипоталамус ва ретикуляр формацияларда борадиган зарарланишга катта аҳамият берилмоқда.

Этиологияси ва патогенези. Кейинги йилларда тиббиёт фанлари қўлга киритган қатор муваффақиятлардан бири шизофрениянинг этиологияси ва патогенезини экспериментал ва клиник аниқлаш бўлди.

Этиологияси ҳақида тўхталганда шизофренияни чақирадиган сабабларни чегараламоқ керак. Чунки касалликнинг қўзғатувчиси ҳанузгача аниқланган эмас.

Шизофрениянинг юзага келишида ҳомиладорлик, туғиш ва туғилгандан кейинги даврда организмда борадиган физиологик ўзгаришлар, баъзи юқумли касалликлар, захарланиш, алкоголизмнинг маълум аҳамияти бор.

Шизофрениянинг ирсий омиллар билан наслдан-наслга узатилиши клиник-статистик кузатишлар билан тасдиқланади. Бироқ, касаллик наслдан-наслга ўтганда, генларнинг ўзгариши туфайлими ёки қўшимча ташқи таъсир натижаси эканлиги ҳозирча номаълум. Лекин шизофрения билан оғриганлар ДНК сининг азотли бирикмаси соғлом одамникидан фарқ қилиши тасдиқланган.

Шизофрения этиологиясини юқумли касалликларда ахтариш ҳали ҳам тортишувларга олиб келмоқда. Эпидемик ўчоқнинг, касаллик пандемиясининг, яллиғланиш жараёнининг йўқлиги

шизофрениянинг сурункали юқумли касалликлар қаторига кирмаслигидан далолат беради. Бундан ташқари, вирусли этиологияси ҳам тасдиқланмаган. Бироқ баъзи олимлар (Кранушкин, Гиля-овский, Сухарев) шизофрения ривожланишида аллергиянинг маълум аҳамияти борлигини айтиб утишган. Иммунология соҳасида ҳам анчагина иш қилинган бўлса-да, бироқ шизофрения этиологияси ва патогенези ҳақида аниқ фикрлар йўқ.

Шизофрениянинг этиологиясида биринчи ўринни аутоинтоксикация назарияси эгаллайди. 20 йил олдин Бускаино шизофренияни аутоаминотоксикоз билан тенглаштирган, бироқ ҳозиргача қандай аминокислот бириктирган модда оқсил модда эканлиги аниқ эмас. Букаино ароматик аминокислота деса, канадалик олим Гоффер адреналин дейди.

Шизофрения касаллиги асосида олий нерв фаолиятининг бузилишлари ётганлигидан унинг патогенезини И. П. Павлов номи билан боғлиқ бўлган нейрофизиологик тизим билан тушунтириш мумкин.

Психологик синдромлар асосини кулранг модда асосида борадиган тўхтатиш ва қўзғалиш бузилишлари ташкил этади. И. П. Павлов кўрсатишича, шизофрения синдромлари кулранг модда ва кулранг модда ости бузилишлари нисбатидан келиб чиқар экан. Бироқ, бу ерда мия фаолиятининг бутунлай тўхташи юзаки бўлади. Павлов фикрича, кулранг моддада бутунлай тўхташ юзага келганда, кулранг модда ости бўлимларида шизофрениянинг ҳар хил клиник кўринишлари пайдо бўлар экан.

Мунтазам ступор, негативизм шу билан изоҳланадики, бутунлай тўхташ юзага келганини кулранг моддани кузатадиган дорилар киритиш (кофеин) билан исботлаш мумкин.

Ташхиси. Беморни текшираётганда руҳий ва соматик аҳволини касалликнинг ўзига хос кечиши билан ёритилган ҳолда ва текширишлар тўлиқ ўтказилгандан кейингина шизофренияни ташхис қилиш мумкин.

Психопатологик синдромлар ҳар хил касалликларда учраганлиги учун беморни бир марта кузатиш билан ташхис қўйиш қийин. Чунки шизофрениянинг клиник кўриниши сурункали алкоголизм, бод, захарланиш, юқумли касаллик психозлари ва туғишдан кейинги тошмалар билан ўхшашдир.

Анамнезда ташқи омил кўрсатилган бўлса, марказий асаб тизимида органик бузилиш белгиси топилганда ёки эси кирарли-чиқарли бўлиб тўрган ўткир психотик ҳолатларда шизофрения деб ташхис қўйишга шўшилмаслик керак

Ўткир бошланган шизофрения психопатологик симптомлари тўлиқ ўзгаргандан кейин ташхисланади. Баъзан яқунловчи ташхис фақат ўткир руҳий қўзғалишлар тўхтаганда кейин қўйилади. Чунки астеник аломатлари йўқлиги, диққатнинг бузилиши, жисмоний кувватсизлик юқумли касаллик эмас, балки шизофрениянинг табиатига тўғри келади. Уларда тафаккурнинг бузилиши билан ҳис-ҳаяжон кўринишлари ва юриш-туришининг тўғри келмаслиги ҳам шизофрения деб ташхис қўйишга асос бўлади.

Бундан ташқари, психотроп дорилар, нейролептик ёки антидепрессантларни қўллаш билан баъзй психопатологик симнтомларни аниқлаш мумкин. Чунки улар бу ерда галлюцинация, васваса ва бошқа

бузилишларни кучайтирувчи индикаторлар бўлиб қолиши мумкин.

Оқибати. Ҳозирги пайтда беморнинг ҳолатини, ёшини, қилинган давони, касаллик бошланган вақтни, шаклини ҳисобга олган ҳолда касалликнинг яхши ёки ёмон оқибат билан туггани ҳақида фикр юритиш мумкин.

Шизофрения: спонтан ремиссия — даволанмасдан узок вақт тузалиш билан, терапевтик ремиссия — даво олгандан кейин тузалиш билан тугаши мумкин.

Спонтан ремиссия бир неча ойдан бир йилгача, терапевтик ремиссия касаллиги бир йилдан ортик давом этаётган даврда кузатилади. Буни 30% беморларда кузатиш мумкин. Касаллик муддат ортиши билан бу фоиз микдори камая боради.

Ремиссиясиз ўтадиган, ўсиб боровчи шизофрениянинг ядро шакли (унга шизофрениянинг гебефреник, кататоник ва оддий шакллари киради) кўпгина ҳолларда иш қобилиятини тўлиқ йўқотишга олиб келади.

Охирги даврда шахсда юзага келган етишмовчилик касалликнинг охирги ҳолати ёки оқибати деб қаралади.

Шизофрениянинг циркуляр, даврий, кататоник параноид шакллари яхши натижа билан тугайди.

50 ёшдан кейин шизофрения кўпинча сурункали кечишга ўтади, бироқ параноид шаклга нисбатан енгилроқдир.

Болаларда учрайдиган шизофрения беморнинг ёшига, касаллик шаклига ва кечишига боғлиқ. Касаллик қанча эрта бошланса, клиник кўринишлари шунча аниқ бўлади ва кўпинча нохуш оқибат билан тугайди.

Даволаш. Беморлар асосан касалхонада даволанишлари керак. Кейинги пайтларда янги психотроп дорилар пайдо бўлганлиги шизофрениянинг енгил шаклларини касалхоналардан бошқа жойларда ҳам даволашга имкон беради. Бироқ, ҳар икки шароитда ҳам мажмуавий даволаш усули тавсия этилади. Бу усулга электротитратиш, руҳий даволаш, меҳнат ва дорилар билан даволаш усуллари киради. Буларнинг қайси биридан фойдаланиш бемордаги касалликнинг даражасига, шаклига боғлиқ.

1. Инсулинокоматоз даволаш усули М. Закалем томонидан 1936 йилда тақлиф қилинган 3 даврдан иборат.

2. Коматоз фаза даври. Ҳар куни нонуштадан олдин ўсиб боровчи дозада (4, 6, 10, 14, 20) мушак орасига инсулин юборилади. Сўнгра узок ётиш керак. Бунининг таъсирида уйқусираш, қувватсизлик, юзнинг оқариши, терлаш, иссиқнинг пасайиши, пульснинг тезлашиши кузатилади. Қондаги канд микдори 10—8 мг% га етганда (меъёр 120 мг%) кома олди ҳолати юздга чиқади.

3. Коматоз даврининг давоси. Мушаклар оз-моз бўшашиши, хириллаб нафас олиш, пульснинг кучсизлиги, терлаш, сўлак ажралишининг кўпайиши беморнинг комага тушганидан дарак беради. Бу ҳолат 20—30 минутдан ошмаслиги керак. Кейин 40% ли 10—40 мл глюкоза вена томирига

юборилади. Бемор ўзини тутиб олганидан кейин 200 г қандни эритиб ичирилади. Бир неча дақиқалардан кейин углеводга бой овқат берилади.

4. Инсулин миқдори камайтириладиган даври. Бу 1 — 2 ҳафта давом этади. Инсулин терапияси даврида қўйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин:

А. Чўзилиб кетган коматоз ҳолат. Бу глюкоза қуйиш билан бартараф бўлмайди. Бу ҳолатда оёморни иссиқ тутғич (грелка)га ётқизиб, яна 40% глюкоза, витамин В мушак орасига магний сульфатнинг 25% эритмаси юборилади. Бу ҳам ёрдам бермаса, АКТГ юборилади.

Б. Инсулиннинг катта дозаси юборилганда кома кечкурунга кўчади. Бунда чуқур комага ўтиб кетмаслиги учун 40% глюкозадан 20 мл ва 100 г қандли сув берилади.

II. Психотроп дорилар билан даволаш. Кўп ҳолларда психотроплардан нейролептик (аминазин, трифтазин, пропазин, асетазин, галопиридол, резерпин) дорилар ишлатилади.

Агар касаллик сурункали кечишга ўтган бўлса, нейролептиклар билан бирга комплекс даво олиб борилади. Циркуляр даврий шизофренияда нейролептиклар билан бирга антидепрессант (мелиорамин) стимуляторлар билли бирга берилади. Маниакал кўзғалишда эса нормотроплар қўшиб берилади.

III. Электротитратиш терапияси. Бу соматик касалликлари йўқ беморлардагина нонуштадан олдин овқат ҳазм қилиш тизими тўлиқ тозалангандан кейин қўлланилади. Беморнинг чаккасига электродлар ўрнатилади, 90—120 вольт кучланиш юборилади (0,4—0,8 сек). 10 сеанс берилади.

IV. Меҳнат билан даволаш кейинги пайтларда қўлланилмоқда. Бемор дорилар олиш билан бирга меҳнатга ҳам жалб этилади. Бу даво кўпроқ касалхонадан чиқарилгандан кейин қўлланилади.

Қайталаниш (рецидив)нинг олдини олиш. Қайталанишнинг сабабларидан қўйидагилари кўрсатиш мумкин: даволашнинг етарли бўлмаганлиги, уни тартиб билан олиб борилмаганлиги, вақтдан олдин тўхтатиб қўйилганлиги, касалхонадан чиққандан кейин руҳий таъсир этувчи воситалардан фойдаланишни давом эттирмаганлиги. Бўлардан ташқари, қўшимча равишда қўйидаги зарарли омиллар: ўткир ҳамда сурункали юқумли касалликлар (грипп, ангина, энцефалит, безгак, бошнинг жароҳатли зарарланиши, алкоголизм, руҳий жароҳатлар, ҳаддан ташқари чарчаш). Физиологик ўсишнинг оғиши (ҳомиладорлик, туғиш, климакс) касаллик қайталанганда маълум бир аҳамиятга эга. Шулардан шизофрения қайталанишининг олдини олиш йўқларини топиш мумкин. Психофармакологик, клиник ва ижтимоий психиатриянинг ҳозирги даражаси шифокорларга касалликларнинг қайта ривожланишини оғоҳлантириш имконини яратди.

Диспансер шароитида беморларни фаол кузатиш, ишлаш ва дам олиш тартибига риоя қилиш, ижтимоий ва меҳнат шароитларини яхшилаш, шифокорлар беморларни касалликларнинг дастлабки белгилари (уйқунинг бўзилиши, беморларнинг даволанишдан бош тортиши) билан таништириши хасталик қайталанишининг олдини олишга шароит яратади.

Шизофренияли беморларнинг ҳарбий экспертизаси. Касаллик қандай кечишидан ва ремиссия даражасидан катъий назар, беморлар ҳарбий хизматдан озод этилади ва хизмат қилиш учун ҳисобга олинмайди. Шу сабабли шизофрениyani аниқлаш анча қийин кечади, беморларнинг ҳарбий хизматга яроқсизлигини аниқлаш стационарда текширишлар билан аниқланиши керак.

Шизофрениянинг суд-психиатрик экспертизаси. Шизофрения кўп учраши ва хилма-хиллиги сабабли беморлар кўп ҳолларда ҳуқуқбузарликка йўл қўйиши, жамията қарши хавфли ҳаракатлар қилиши мумкин. Бу ҳаракатлар васваса ва галлюцинациялар натижасида келиб чиқади. Кўп ҳолларда беморлар айбсиз оҳисобланади. Бу масалалар ҳар бир айрим ҳодисада эксперт-психиатрлар томонидан текширилади, чунки чуқур ва турғун ремиссия вақтида қилаётган ҳаракатлари учун ўзига ҳисоб бериш ва ўз-ўзини бошқариш сақланиб қолиши мумкин. Айбсиз деб топилган беморларни жараённинг қандайлиги ва жиноятнинг оғир-енгиллигига қараб мажбурий ёки оддий стационар даволашга юборилади. Ўзининг руҳий ҳолатига қараб ҳуқуқларидан фойдалана олмайдиган, шахсида чуқур ўзгаришлар бўлган сурункали беморларга нисбатан воселик қилиш туман, шаҳар ҳокимиятларига қарашли участка психиатрларига руҳсат этилади. Бу масалалар атронаж ишларига лаёқатсизлик ҳолларида бажарилади.

1 Шизофрения турлари:

1. Корсаков
2. Оддий
3. Гебефреник
4. Кататони
5. Альцгеймер тури

2 қайси турдаги шизофрения учун ремиссия кўпроқ хос:

узлуксиз ёмон сифатли
узлуксиз ўрта прогредиент
узлуксиз кам прогредиент
хуржсимон-прогредиент (шубсимон)
даврий рекуррент

3 Шизофреник жараён учун қандай эмоционал бузилишлар хос :

кўнгилибўшлик
амбивалентлик
дисфория
ҳиссий ноадекватлик
ҳиссий нотурғунлик

4 Гебефреник кўзғалишда ўз ичига олади:

тутуруксиз-масхарабоз хулқ-атвор
импульсивлик, ҳаракатлар нотабиийлиги
нутқ патологик батафсиллик
апатия
абулия

5 Шизофреник нуқсон қуйидаги симптомлар шаклида намоён бўлади:

1. апатия
2. эмоционал заифлашув
3. абулия

4. интеллектнинг органик турдаги бузилиши
5. аутизм
6. ироданинг ортиб кетиши

6 Шизофрения турларини таснифлашда қуйидаги вариантлар учрайди:

узлуксиз прогредиент
 континуал
 кам прогредиент (суст кечувчи)
 шубсимон
 рекуррент
 циклотимик

7 Шизофренияга хос:

1. тулик ногиронлик, адаптациянинг йуклиги
2. сурункали ремиссиясиз кечиши
3. полиморфизм
4. психик процесларнинг бутунлигини бузилиши
5. апатико-абулик синдром
6. хотира бузилиши билан характерланади

8 Шизофрения турларини таснифлашда қуйидаги вариантлар учрайди:

узлуксиз прогредиент
 континуал
 кам прогредиент (суст кечувчи)
 шубсимон
 рекуррент
 биполяр

9 Шизофрениянинг кайси турига интермиссия характерли:

узлуксиз ёмон сифатли
 периодик фебрил
 узлуксиз кам прогредиентли
 хуружсимон-прогредиентли (шубообразный)
 периодик рекуррент
 узлуксиз урта прогредиентли

10 Кайси шизофрения шакли учрайди?

галлюцинатор
 циклик
 аффектив
 параноид
 гебефреник
 амнестик

11 Шизофреник нуқсон қуйидаги симптомлар шаклида намоён булади:

аффект кутбланиши
 эмоционал заифлашув
 абулия
 интеллектнинг органик турдаги бузилиши
 аутизм
 транзитор Корсаков синдроми

12 Шизофрения учун хос булган тафаккур бузилиши турини аниқланг:

патологик батафсиллик
 персеверация
 символизм
 аутизм

ковушкоклик
Резонерлик

13 Шизофрения учун қуйидаги синдромлар хос:

кататоник
тутқаноқлар
галлюцинатор-параноид
депрессив
Корсаков синдроми
психоорганик

14 Шизофрениянинг параноид турида қуйидаги галлюцинациялар учрайди:

сохта вербал
чин вербал
чин кўрув
тактил ва бурун томоқда
сохта курув

Шизофрения

1. Бемор Н 17 ёш. Мактабга бормай куйди, факат кузгуга қарайди. Айтишича бурни жуда хунук, ота онасини пластик операция қилиб беришларини талаб қилмоқда, булмаса уз жонига қасд қилишини айтди.

- .синдромал ташхис
- .Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди
- .сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
- .асосий текшириш усуллари
- .бу синдромни симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

7. Шизофрения, бош мия органик касалликлари, психопатия
8. Дисморфомания
9. Патопсихологик текширув
10. Куркув, шилким ва ута қимматли гоёлар, тушкун қайфият, косметик операция утказишга мажбур қилиш
11. Наркологик касалхонага жунатиш

Шизофрения

2 Бемор М 16 ёш. Охирги ойлар давомида бошқариб булмаяпти, уйдан чиқиб кетади, уйдагиларга нисбатан газабда, олди-қочди қийинади, сочини таги билан олиб ташлаб «зеленка»га буяб олган, касал бувасини жигига тегади, онасини уради, «цирқдаги масхарабоз қаби » юради.

- .синдромал ташхис
- .Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди
- .сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
- .асосий текшириш усуллари
- .бу синдромни симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Шизофрения, биполяр бузилишлар, реактив психоз

2. Гебефреник синдром
3. ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, кон ва пешобнинг биохимик анализи, патопсихологик текширувлар
4. Максадсиз кузгалувчан бузилишлар, ахлоқона харакатлар, негативизм. Атрофдагиларга ва узига нисбатан ахамиятсиз.
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш.

Шизофрения

3.32 ёшли бемор К да катта дозаларда узок вақт давомида нейролептиклар қабул қилиши натижасида мушаклар регидлиги, дистония, акенизия, тахикардия, КБ ошиши, гипесаливация ва гипертермия ривожланди.

.синдромал ташхис

- .Бу синдром қайси касалликда учрайди
- .асосий ва қўшимча текшириш усуллари
- .бу синдромни симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Гебефреник синдром
2. Шизофрения
3. Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ, РО-графия, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдик биохимик тахлили, патопсихологик текширув.
4. қилмишлари маъносиз булган харакат бузулишлари, телбанамо қўзғалиш, сохта хурсандчилик, негативизм. Яқинларига, ўзиниг ташқи кўринишига бефарқ, уятсиз.
5. Психиатрик касалхонага стационар даволашга юбориш.

Шизофрения

4.Бемор Л.24 ёшда. 4 йилдан бери психик касал, 2 маротаба психиатрик касалхонада даволанган, уйда даволашни давом эттирмайди. Охирги бир неча кундан бери харакатсиз, тушақда ётибди, гапирмайди, овқат емайди. Мушаклар гипертонуси, энса мушакларининг регидлиги, ахлат ва пешоб хиди келмоқда.

.синдромал ташхис

. Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

- .асосий ва қўшимча текшириш усуллари
- .бу синдромни симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси.

Жавоблар

6. Катотоник ступор
7. Шизофрения, биполяр бузилишлар, реактив психоз
8. Клинико-катамнестик текширув. ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикни биохимик текширув, патопсихологик текширув.

9. Каталепсия, «хаволи ёстикча» симптоми, «капюшон» мутизм, примитив рефлекслар(сўриш) негативизм.
- 10.Рухий касалликлар касалхонасига даволаш учун жунатиш

20-БОБ

МАНИАКАЛ-ДЕПРЕССИВ ПСИХОЗ

Маниакал-депрессив психоз (циклофрения, циркуляр психоз, циклотимия) даврий кечадиган рухий касаллик бўлиб, депрессив ва маниакал босқичлари ва уларнинг орасида тўла соғломлик даври — интермиссия билан алмашилиши кузатилади. Психознинг узок давом этишига ва кўп марта такрорланишига қарамасдан интермиссия даврида қандайдир рухий ўзгаришлар ёки шахснинг этишмовчилик белгилари кузатилади.

Маниакал-депрессив психоз (МДП) ёрқин ифодаланган турларни (циклофрения) ҳамда юмшак ифодаланган турларни (циклотимия) ўз ичига олади.

Маниакал-депрессив психознинг ҳозирги кўриниши немис руҳиётчи олими Э. Крепелин (1899, 1913 й.) тасвирлаган. Унгача бўлган даврда Гиппократ (Буқрот) фикрича алоҳида мания ва меланхолия каби мустақил касаллик тушунчаси ҳукм суриб келарди. Француз олимларидан Фальре ва Баярже (1854 й.) ишлари диққатга сазовордир. Улар циркуляр деб аталувчи ва психоз босқич билан кечувчи маниакал ва депрессив даврларга бўлинувчи касалликни баён этадилар. Маниакал-депрессив психозни алоҳида нозологик бирлик сифатида таъкидлаш учун Э. Крепелин бир-бирига клиник кўриниши қарама-қарши бўлган ҳолатларни (депрессив ва маниакал бузилишларнинг ички бирлигини), уларнинг келиб чиқиши ва хусусиятларини солиштириб (ирсий умумий-лигини, оила фони ўхшашлигини), кечишини (даврий — босқичлилигини) ва пировард-натижани (шахсият учун сўнггида нуқсон ҳосил бўлмаслигини) синчковлик билан солиштириб кўрди.

Этиологияси ва патогенези. Крепелин даврдан бошлаб маниакал-депрессив психоз эндоген касалликларга киритилади. Ҳозирги даврда маниакал-депрессив психоз касаллигининг сабаби ва ривожланиш механизми тўла аниқланмаган бўлса-да, касаллик таракқиётида иштирок этувчи бир қатор омилларга катта аҳамият берилади. Бўларга бемор организмдаги биокимёвий ва бошқа биологик ўзгаришлар (катехоламинлар алмашинувидаги ўзгаришлар, минерал алмашинуви бузилиши, эндокрин ўзгаришларнинг таъсири ва бошқалар), ирсий томонлари, ёши ва жинси ҳамда конституционал алоҳидаликлари шулар жумласидандир. Маниакал-депрессив психознинг ирсий узатилиши гумонлардан йироқдир. Бунинг тасдиқи бўлиб шу касалликнинг эгизаклардан бирида учраса, иккинчисининг ҳам мойиллиги ёки касалланиши хизмат қилади.

Каллман (1957 й) маълумоти бўйича икки зиготали эгизакларда касалланиш хавфи 20—25% ни ташкил этса, монозиготали эгизакларда 66—96% ни ташкил этади. Яна ота-онаси маниакал-депрессив психоз билан касалланган оилаларда болаларига ўтиш нисбатлари ҳам аниқланмоқда. Қариндошлар ўртасида қариндошлик қанчалик яқин булса, касалликнинг ривожланиш хавфи шунчалик кўпаяди. МДП пайдо бўлишида, жинси, гавда тузилишини, шахснинг касалликдан олдинги ҳолати билан алоқаси бўлса

керак — аёллар эркактарга нисбатан кўпроқ касалланади. МДП касаллигининг 60—70% и аёллардир.

МДП бўлган касалларнинг кўпчилигини диққат билан ўрганиб, уларнинг гавда тузилиши бўйича пакана эканлиги аниқланди. Беморларнинг касал бўлишдан аввалги ҳолатлари аниқланди. Бу одамлар аффектив тебранишларга мойил. Кайфияти сабабсиз ўзгариб турадиган, баъзан кайфияти кўтарилиб, баъзан тушиб турадиганлардир. МДП нинг нормостеник ёки психоастеник хусусиятли одамларда ҳам пайдо бўлиши тасвирланган. Тан олинган фикрларга биноан, МДП гипоталамус нейронлар тизимида ва мия базал қисмининг бошқа улимларида синаптик узатилишнинг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, бу бўлимларда асосий руҳий реакциялар уйғоқлик, кайфият, аффектларнинг шаклланиши кузатилади.

МДП нинг биокимёвий гипотезалари моноаминлар алмашинувининг бузилишида стероид гормон ва сув-электролит алмашинувининг ўзгаришида деб тахмин қилинади. Энг кўп тарқалгани моноамин алмашинуви — катехоламин ва индол аминларнинг алмашинуви бузилишлари билан боғлиқ деб билади. Катехоламин гипотезасининг маъноси шундан иборатки, депрессия ҳолатида мияда норадреналиннинг функционал етишмовчилиги, мияда эса фаоллашуви кузатилади. Буйрак усти беши фаолиятининг бузилишини ўрганиш учун дексаметазон тестидан фойдаланилади. Кўпгина текширувларнинг

натijasига қараганда эндоген депрессияси бор беморларнинг ярмидан кўпида дексаметазон тести патологик эканлиги аниқланган. МДП патогенезини ўрганиш кейинги йилларда осонлашгани психотроп, хусусан антидепрессив дори-дармонларнинг даволаш механизмини ўрганиш орқали бироз енгиллашади. Катехоламинларнинг алмашинувини ўрганиш аффектив бузилишларда даволаш механизмини ўрганиш орқали амалга оширилаяпти. Литий дезаминлаш маҳсулотлари ва катехоламинларни метиллаш орасидаги нисбатни ўзгартирар экан. Бундан ташқари, литий томонидан чақирилган ўзгаришлар катехоламинлар алмашинуви бузилиши гипотезаси билан сув-электролит алмашинуви бузилишлари орасидаги боғлиқлик борлигини ўрганиш имконими беради. Аммо барча тахминлар тажриба йўқи билан текширишни ва тўғридан-тўғри исботни талаб қилади.

Маниакал-депрессив психознинг клиник кўриниши ва кечиши. МДП ҳар қандай ёшда — болалардаи то қари ёшдагиларда ҳам бошланиб қолиши мумкин. Эпидемиологик маълумотларга қараганда кўпинча касаллик етук ва кексайган ёшда (40—50 ёшда) бошланади. Аммо шундай текширишларда касаллик аввалроқ амбулатор босқичда хирароқ кечганлиги кайфиятнинг босқичли ўзгаришлари эътибордан четда қолиб кетади. МДП билан аёллар эркактарга қараганда кўпроқ касалланади (2 мартагача), аёлларнинг кўпроқ қисми касалланишини барча муаллифлар тасдиқлайдилар. МДП нинг тарқалиши ҳақида ягона фикр йўқ. Э. Крепелин ва унинг замондошларининг маълумоти бўйича МДП кўп учрайдиган касаллик бўлиб, бу руҳий ташхис касалликларнинг 10—15% ига қўйилади ва даволанади. Кейинги 10 йиллар давомида МДП ташхисини камроқ қўймоқдалар. М. Кинкелин (1954) маълумоти бўйича МДП касаллар ўртача 50%, Р. Кохен (1975) маълумоти бўйича МДП 3,5% га тўғри

келади. МДП нинг турли фоизда учраши ҳар хил илмий ходимларнинг бу касаллик чегараларини ўзича тушуниши ва ташхис қўйиш маҳоратига боғлиқдир.

МДП нинг асосий ва ўзига хос кўринишлари тушкунлик ва кўтаринки кайфият — депрессив ва маниакал босқичлардан иборат. Бу босқичлар орасида «ёруғ» оралик—интермиссия кўнлари бўлади ва ҳеч қандай маълум тартибсиз касалнинг бутун ҳаётида қайтарилаверади. МДП нинг асосий етакчи клиник кўринишларидан депрессив (меланхолик) ва маниакал (мания) синдромлари (босқичлари)дир.

МДП касаллик кўринишларининг босқичлари фарқлансада, улар кўпгина умумий томонларга эга. Умумийлиги шундан иборатки, бузилишлар руҳий фаолиятнинг бир хил ва ўша қисмида кузатилади, уларни учта катта гуруҳга жамлаш мумкин.

1. Кайфиятнинг бузилиши.
2. Фикрлаш тезлигининг бузилиши.
3. Нутқ-ҳаракат фаолиятининг ўзгаришлари.
4. **Депрессив босқичи.** Депрессив босқич учта белги билан тавсифланади:

1. Тушкунлик-қайғули кайфият билан.
2. Тафаккурнинг сустлашуви билан.
3. Ҳаракат сустлиги билан.

Депрессив ҳолат кўпинча аста-секинлик билан бошланади ва касалликнинг асосий клиник кўриниши ҳисобланади.

Депрессиянинг бошланғич даврида ўзини нохуш сезишдан бошланади, барча кечинмаларда қайғули фон бўлиб, умумий ҳаётга қизиқиш сусаяди, астеник бузилиш кузатилади, қўли ишга бормайди. Тушкун кайфият фонида уйку бузилади, иштаха сусаяди, иш қобилияти ва иш унумдорлиги камаяди. Ланж бўлади, бўшашади, эрталаблари урнидан қийинчилик билан туради. Касаллар ўз ишларини ташлаб қўядилар, уй ва хизмат ишларини базўр бажарадилар, бемор ўзига-ўзи қийинчилик билан қарайди ва «дангасаликдан» азоб чекади. Беморларнинг кайфиятлари барқарор бўлиб, хурсандчилик ва қувноқлик чекинади, атроф-муҳит кўзга қоронғу кўринади ва унга қизиқиш сусаяди. Бу босқичда субъектив бузилишлар кучаяди ва шу вақтнинг ўзида депрессиянинг аломатлари суст бўлади ва касалликни аниқлашни қийинлаштиради.

Кейинчалик касаллик оғирлашиши билан депрессия кучаяди, ифода ўзига хос кўринишни олади, хасталик аниқ кўзга ташланади, бу беморнинг ўзини тутишида билиниб қолади. Беморликнинг бу босқичида иложсиз қайғу-алам ҳолатига етади, серхавотир бўлиб қолади. Бемор учун бир лаҳзалик бўлсада, қувонч ҳислари бегонадир (масалан, ҳатто қизи институтга кирса ҳам), доимо қалбида жисмоний оғрик сезади, кўпинча юраги сиқилаётганини, «юрак қайғусини» сезади. Депрессия бемор ташқи кўринишида аниқ сезилиб туради, юзида қайғу қотиб қолгандай, ҳаракатлари жуда сустлашади, кўзлари қуруқ нами йўқ, кўз пирпиратмайди. Бемор ўзида Верагутта бурмаси — устки қовоқ терисининг салқиланиб қолиши, юзига қайғули кўринишни бериши кузатилади. Гавдаси букилган, қўллари ёнига осилган, ўзлари

бўшашган, атрофдагилар билан иши йўқ, қимирламай ётадилар ёки утирадилар. Дикқатлари бир нуқтага тикилган — қайғули қадалган, ўзининг соғлиғини, келажагини, яқинларининг ҳолатларини жуда пессимистик гумон аралаш баҳолайди. Улар ҳозирга, келажакка ишончни йўқотадилар, кувончли онларни ҳеч сезмайдилар, ўзларини боши берк кўчага кириб қолгандай сезадилар, онгларидан ўзлари иложсиз ҳолатга тушиб қолганликлари чикмайди, оилада, ҳаётда, хизматда мутлақо яроқсиз деб сезадилар ва ўзларини дарди бедаво деб баҳолайдилар, келажак бутунлай азобли бўлиб туюлади.

Беморлар ўзларини берк кўчага кириб қолгандай сезадилар ва ундан фақат бир илож қилиб ўзини ўлдириб қутулиш мумкин, деб ҳисоблайдилар, шунинг учун беморлар депрессия ҳолатида суицидал ҳаракатлари билан хавфлидирлар. Ўзини-ўзи улдиришга қаратилган ҳаракат депрессияси ҳар қандай ҳолатда ифодаланиши мумкин. Баъзи ҳолларда ўзини-ўзи халок қилиши тўсатдан импульсив бўлади, бошқа ҳолларда унга яхшилаб тайёрланади ва ўз режаси ҳақида ҳеч ким билан маслаҳатлашмайди. Ўз-ўзини ўлдириш ҳаракатлари, ҳаракат сустлашиши кам ифодаланган вақтларда депрессиянинг бошланиши ёки тугашига яқин вақтларда кўпроқ учрайди.

Депрессиянинг бундан кейинги чуқурлашуви аввал ўта баҳоланган, пировардида бузилгани васвасалар билан ўзини айблаш, гуноҳкорлик ўзини камситиш, ипохондрик ҳолатлар билан кузатилади, бошқа беморларни ҳам ўзини-ўзи улдиришга ундайди. Эски, илгари даврда йўқ қўйган хатоси беморлар онгида ўсиб, улғайиб катталашади, жиноят қилгандек туюлади. Энди қилгилигига атайин жазоланиши керак деган ишонч ҳосил бўлади. Шундай беморлар атайин овқатланмайдилар, овқатланишга ҳаққим йўқ, деб ҳисоблайдилар, ўзларини ҳаётга нолойиқ деб ҳисоблаб, бошқалар уларни халок қилишини талаб қиладилар.

Депрессия фазасидаги беморлар учун хос бўлган белгилардан бири ҳиссизликни бошидан оғир кечириши — анестетик депрессиядир. Беморлар бунда хурсандчиликни билмаймиз, тунда бефарқ бўлиб қолдиқ деб шикоят қиладилар. Яқинларига, болаларига самимийликни, одамийликни йўқотиб, худди юраксиз роботга ўхшаб қолдиқ дейдилар.

Кўпинча депрессия хавотирлик (ташвишли депрессия) ваҳима, нотинчлик билан кечади, беморлар инграйди, йиғлайди, қўлларини қарсиллатади, ўзини қўйгани жой тополмайди, кўпинча бу ҳолатлар меланхолик раптус ҳолатига етиб, вақти-вақти билан ўзини-ўзи жароҳатлашга ва ўлдиришга ҳаракат қилади.

Кўп ҳолларда атрофини ва ўзини идрок қилиш ўзгаради, дереализация ва деперсонализация бўлади. Бу турдаги депрессияда унинг атрофида ҳамма нарса хира, қотиб қолган, жонсиз бўлиб кўринади.

Баъзида беморлар депрессив мазмунли галлюцинациялар — ўз болаларининг йиғисини, бақирғини, яқинларининг инграшини, мотам куй-қушиқларини эшитади. Ғам-ташвиш ошган сари ўзига мос фикрлашнинг сусайиши ошиб боради. Беморлар камгап бўлиб қоладилар, саволларга секин, камгаплик билан, бир сўз билан, кўп тўхтаб-тўхтаб, қайта-қайта илтимосдан сўнг жавоб берадилар. Чуқур депрессив ҳолати кузатилади. Баъзида касаллар калтабинлик, эси пастроқликдан, эсидан чиқариб қўйиш,

фикрлаши секинлашганлиги, саволларга жавоб беришга фикр тополмаслиги, бошининг бўм-бўш бўлиб қолганлигидан шикоят қиладилар.

Ҳаракатнинг сустлашуви депрессия фазасининг учинчи белгисидир. Тузукрок ҳолларда ҳаракатларнинг секин ва чаққонмаслиги билан намоён бўлади. Ҳаракатни сезиш йўқолади, беморлар ҳаракатни англамаслигидан шикоят қиладилар. Депрессиянинг ошиши билан ҳаракат актларининг секинлашуви боғлиқлиги шу даражагача борадики, натижада ҳаракат тўла тўхтади ва сўзлаш ҳам тўхтади — яъни депрессив ступор вужудга келади. Шундай ҳолларда бемор билан мулоқот қилиш деярли мумкин эмас, касал ўрнида етади ёки қимирламай ярим қайғули ёки қайғудан кучланган кўринишда, чуқур-чуқур хўрсиниб нафас олади. Териси, юзи оқарган, хира яшил-кулранг, кўз остида тўқрок ҳалқалар, лабларининг четлари осилган ва лаблари қуруқ ёпишган, оғиздан очликда бўладиган хид чиқиб туради, афтида бурма ва ажинлари ўта сезиларли, беморлар шалвиралган ва қаримсик кўринади. Ирода фаоллиги депрессия ҳолатида ўта пастлашган. Доим иккиланади, гумон қилади, ҳеч нарсани ҳал қилолмайди, жуда дангаса бўлиб қолганга ўхшайди. Кичик бир ишни ҳам зўрға бажаради. Бундай ўзгаришлар беморда ўзини айблашга олиб келади. Ўзидан норози бўлади, хоҳиш, ирода, қизиқишлар пасайган, иштаҳа, чанқаш, шаҳвоний сезги йўқолади, ҳатто ўзини сақлаш инстинкти ҳам сусайган.

Депрессия фазасида кун буйи ўзини ҳис қилиши ва кайфияти ўзгариб туради. Айниқса эрталаблари ўзини ёмон ҳис қилади. Кечга яқин ҳолати бир оз яхшиланади, иложсиз қолганлиги, тушқунлиги юмшайди.

Маниакал-депрессив психозда ниқобланган депрессиялар юзага келиши мумкин. Бунда биринчи ўринга соматик шикоятлар, кардиалгиялар, гастралгиялар, кучли бош оғриқлари чиқиб, шу вақтнинг ўзида депрессия белгилари бир озгина камаяди, иш қобилияти сусаяди. Бундай ҳаракатларни энг аввало соматик касалликлардан ажрата билиш лозим.

Маниакал босқичи. Маниакал фазанинг асосий клиник кўринишлари симптомлар учлиги билан ифодаланади: 1) кайфиятнинг кўтаринқилиги билан; 2) тафаккурнинг тезлиги билан; 3) ҳаракат кўзғолганлиги билан. Улар турли даражада ифодаланган бўлиши мумкин.

Шунга биноан маниакал фаза енгил — гипомания, ифодаланган (типик циркуляр мания) ва оғир (улуғворлик васвасаси) манияларга бўлинади.

Маниакал фаза бошланиш даврида ўзини кўтаринки рух, яхши ва оптимистик кайфиятда дадил сезади. Фаолият кўрсатишга кўтаринки иптилиш найдо бўлади, касаллар уй ишларини, ишхонада, ҳам ўқишда осонлик билан бажарадилар. Жамоалар тўзишга интилади, унда хурсандчилик қилади, хазиллашади ва аския қилади. Кўтаринки кайфиятга ўзини ортиқча баҳолаш сабаб бўлади. Кўп куч йўқтса-да, чарчаш нималигини билмайди, кам ухлайди, иштаҳаси чакки бўлмайди. Маниянинг кейинги фазасида — соф маниакал фазада маниянинг барча кўринишлари яққол ифодаланган бўлади. Юқори кўтаринки кайфият қувноқлик чегарасидан чиқиб кетади. Касаллар доимо ўта яхши кайфиятда бўлади,

жуда хурсанд, каттик куладилар, йўл-йўлакай бирданига тер тўкиб ишлайдилар, ўзлари қоникқан ҳолда ўқийдилар, ўзларини бахтиёр ҳис қиладилар. Доимо кўтаринки ҳолда ўзларини жуда етук деб ҳисоблайдилар, ўзларига маҳлиё бўлиб қоладилар — улар ўзларини истеъдодли деб, чет тиллардан бир нечасини биладиган деб ҳисоблайдилар, бирданига учта институтга кирмоқчи бўлиб тайёргарлик кўра бошлайдилар, ўзларини машҳур артист, кўшиқчи, шоир деб биладилар, катта илмий ёки сиёсий муаммоларни еча оладигандек деб ҳисоблайдилар. Бу ўта қимматбаҳо ғоялар баъзида улутғворлик васвасасига айланади, мавзунинг бир хиллиги билан ажралиб туради ва депрессия фазасига ўхшаб беморларнинг ҳулқини жуда ҳам аниқлайди. Маниакал синдромнинг ташқи кўринишлари ҳам яққол бўлади: ташқаридан жонли, хурсанд кўринади, арзимаган нарсага қаҳ-қаҳа отиб кулади, телбаларча тез югуриб келадилар, улар билан гаплашишларини сурайдилар, мода кетидан қувадилар, кўзга ташлаиладиган очик рангли кийим киядилар, тақинчоқларни яхши кўрадилар, косметикани ўта кўп ишлатадилар.

Беғубор қувноқ кайфият баъзан жаҳл чиқиши билан, ғазаб, тажовуз билан одатдаги хоҳишларга тўсиқ пайдо бўлганда алмашинади. Одатда бу ҳолат тез ўтиб кетади.

Фикрлаш жараёнининг тезлашуви гапдонликда намоён бўлади: беморлар кўп, баланд овозда ва тез гапирадилар. Доимо кўп гапирганлари учун товушлари бўғилган бўлади. Фикрлашнинг ўта тезлашуви, ғояларнинг сакраши деб номланиб, оғир ҳолларда ташқи воқеаларга боғлиқ бўлиб, хаёл ҳардамлик на ҳатто чалғитишгача етиб боради. Бундай ҳолатларда гапдан чалғиш бўлади. Шифокорнинг саволларига тўғри жавоб бера бошлагани ҳолда бемор шу заҳотиёқ саволдан чалғиб қолади ва миясида янги ҳосил бўлган фикрлар тўзонида чалғиб, қизиқиб қолади. Беморлар ўзларини тўта олмайдилар, кўзғалиб, тўхтамасдан бўғиқ товуш билан гапирадилар, ашула айтадилар, шеър ўқийдилар, сўзларни жуфтлаб айтишни яхши курадилар, шифокорларни, талабаларни, ходимларни кўтаринкиликда қутлайдилар, саломлашадилар, атрофда бўлаётган воқеаларни кўтаринки руҳ билан тушунтирадилар, бўлимдаги ҳар бир ишга аралашадилар, маслаҳат берадилар, Қўзғолганлик баъзида шиддатли тажовўзгача бориб етади. Ҳаракат кўзгалувчанлиги ҳатто оғир ҳолатларда ҳам маънисиз, мақсадсиз бўлмайди, балки ҳамма вақт беморнинг бир фаолиятга интилгани ҳолда мақсадга мувофиқ бўлади. Беморлар одатда ўта фаол, ҳаракатчан, чарчамасдирлар. Шунга қарамасдан ҳаракат фаоллиги ҳаракатларнинг тугамаслигини билдиради. Бирор ишни бажаришга киришар экан, беморлар тезда уни ташлаб, янгисини бошлайдилар, бошлаган ишларини охиригача етказмайдилар, қаерга бориб қолсалар ўз атрофида тўполон ва тартибсизлик чиқарадилар, ҳамма ёққа «бурнилларини» тикадилар, ҳаммага кўрсатма бериб, огоҳлантирадилар ва бу билан атрофдагиларни ҳолдан тойдирадилар. Эмоционал ҳолатга қараб ташқи кўриниши ҳам мос бўлади. Ўзларини тик ва дадил тутадилар, юзлари хурсанд, -кўзлари ялғирайди, яноқлари қизаргам, юз ҳаракатлари жонли ва ифодали, беморлар худди ёшаргандек ва руҳан тетик кўринадилар.

Маниакал беморларнинг ўзларини тутишлари бузилиши гиперреактивлиги ва қизиқишларининг, айниқса шахвоний ҳиссиётларининг кучайишидандир. Беморларнинг иштаҳаси юқори бўлади, аммо улар

ўзлари озиб кетадилар, кўпинча кўпол шахвоний қилиқлар қилиб қўядилар, уятсизлик қиладилар, эротик мазмунда кўп гапирадилар. Аёллар таннозлик қиладилар, кўпинча хоҳиш билан ечинадилар, кўпинча исрофгарчиликка мойиллик пайдо бўлади, беморлар керак бўлмаган қимматбаҳо, нокерак қиммат нарсаларни сотиб оладилар, кўп пул сарф қиладилар, кўп йиллар давомида йиғганларини сочадилар, нарсалар уларнинг жаҳлини чиқаради, бесабаб ишдан бўшаб кетадилар, уйларини алмаштирадилар, бирдан ажраб кетадилар, осонгина танишадилар, тасодифан жинсий алоқага мойил бўладилар, хасталик тўзалаётганда кўп жиддий тазарру қиладилар. Маниакал ҳолатдан чиққанларидан сўнг астеник ҳолат сезадилар.

Маниянинг атипик шакллари ҳам фарқланади (беморнинг хулқиға, психопатик симптомларининг интенсивлиғига қараб).

Қувноқ маниялар эйфория билан кечади, ўз-ўзини ортиқча баҳолаб юборади ва ўзини ғоятда яхши хис қилади.

Экспансив маниялар, биринчи ўринга руҳий жараёнларнинг тезлашуви билан ўта қимматли ғоялар қўшилиши чиқиб, фаолиятга интилиш намоён бўлади. Маниянинг бошқа белгилари озгина ифодаланади.

3. Ғазабли маниялар — жаҳлининг чиқиб кетиши, ғазабноклик билан агрессив ҳаракатларга, бўлар-бўлмасга тирноқдан кир қидиришга тушиб қоладилар.

Кўпинча маниакал-депрессив психозда маниакал синдромни депрессив синдромга қарама-қарши қўйилади. Айти вақтда, депрессив фаза энергетик қувватниинг камайиши билан, кайфият, руҳий жараёнларнинг тезлиги, ҳаётини лаззатлар, қўзғолиш, қизиқишларнинг сусайиши билан тавсифланади, маниакал босқичда эса уларнинг ўта кучайиши, вегетатив фаолият ва умумий жисмоний тонусларнинг ошиши кузатилади.

Циклотимия — юмшоқроқ кечувчи маниакал-депрессив психозларнинг кўринишидир. Худди маниакал-депрессив психозлардаги каби касаллик босқичлар шаклида (субдепрессив ва гипоманиакал намоён бўлади) уларнинг орасида яхшигина ёруғ соғлом оралик бўлади, бу интермиссия дейилади. Баъзи ҳолатларда циклотимия кайфиятнинг бир оз ўзгариши билан кечади. Циклотимия учун ҳолатларнинг ўзгариши — бир томондан ўзини яхши ҳис қилиш, қувват ва иш қобилиятининг ошиши, бошқа томондан, кайфиятнинг сусайиши, ғамнок бўлиб қолиши, ҳаракат сусаймаган ҳолатдалиги билан тавсифланади. Қисқа вақт давом этадиган хуружлар шифохонага ёткизишни тақозо этмайди, беморлар томонидан эса кайфиятнинг ўзгариб туриши деб баҳоланади. Циклотимия беморларда касаллик оғирлашиб, маниакал-депрессив психознинг ифодаланган босқичларига айланиши мумкин, бу эса касалликнинг маниакал-депрессив психозга тегишли эканлигини тасдиқлайди.

Маниакал-депрессив психоздаги сомато-вегетатив ўзгаришлар босқичлар сифатида ва хуружлар орасидаги давр билан таърифланади. В. Т. Протопопов ва унинг ходимлари ишларидан маълум бўладики, психоз хуружи соматик ўзгаришлардан бошланади, чунки соматик ўзгаришлар руҳий хасталик белгиларидан олдинроқ намоён бўлади. Ҳам маниакал, ҳам депрессив босқичларда соматовегетатив

Ўзгаришлар бир хил кўринишга эга бўлади ва бу симпатик нерв тизими тонуси ошганлигини кўрсатади: иштаҳа йўқолади, озади, оғзи қурийди, қабзият бўлади, юраги тез-тез уради, қорачиғи кенгайди, уйқуси бузилади, қон босими ўзгаради, терининг тонуси тушади, аменорея ва либидо ўзгариши рўй беради. Интермиссия бошлангунча вегето-соматик олам меъерига келиб қолади.

Депрессия ҳолатида босқичнинг тезда тугашидан дарак берадиган хушнуд этувчи аломат — бу беморни семира бошлаши ҳисобланади, яъни йўқотган оғирлиги тиклана бошлайди.

Кечиши ва натижаси. Маниакал-депрессив психознинг кечиши турлича бўлиши мумкин. Кечиш тури касалик босқичлари, сони, давомийлиги билан белгиланади. МДПнинг биполяр (депрессив ва маниакал хуружларнинг алмашинуви) ва монополяр (фақат депрессив ёки фақат маниакал хуружлар) шаклида кечиши кўп текширувчилар томонидан тан олинган.

Континуал (давомли) тарзда кечиши мумкин. Бунда депрессив ҳолат ёруғ оралиқсиз (интермиссиясиз) маниакал ҳолатга ўтади, хуружлар бир неча кундан ярим йилгача давом этиши мумкин, баъзида бир йил ва ундан ҳам ортиқ давом этади. Ўрта ёшдаги беморларда хуружлар 2 ойдан 6 ойгача давом этиши мумкин. Ёши улғайган кишиларда касалликнинг хуружлари ўзоқроқ давом этади, ёруғ кунлар қисқаради. Бундан ташқари, бу ёшда касаллик ўзига хос кўринишга эга бўлади, асосан васваса ғоялари кузатиб юриш, ипохондрик ҳолат (депрессив босқичда) галлюцинациялар пайдо бўлиш ҳисобига вужудга келади.

Васваса, галлюцинация, онгнинг хиралашуви билан кечувчи депрессив фаза фантастик меланхолия дейилади. Маниакал кўзғолиш чўққисида онгнинг хиралашуви чалкаш маниялар ҳақида фикр юритишга имкон беради. МДП нинг атипик кўринишларини тушунтиришда бир қатор ҳолатларга, конституционал омилга, аралаш ирсиятга, ҳамроҳ бўлган соматик касалликларга, нейроэндокрин бузилишларга, гипертиреозга ва хафақон касалликларига эътибор берилади.

МДП кечишининг бошқа кўрсаткичи интермиссиянинг давомийлиги ҳам кенг чегараларда ўзгариб туради. 1. Augst ва муаллифлари берган маълумотларга қараганда (1970) 54% ҳолларда беморлар ўз ҳаётида ўртача 7 босқични кечирар эканлар. Кўпинча бемор ҳаётида бир ёки икки касаллик даврини 10—20 йил оралиқ билан кечириши мумкин. Бир ҳолатда босқичлар тўғри алма-шинади ва бир йилнинг бир фаслида ва вақтида (кўпинча баҳор ва кўзда) қайтланади. Шу билан бирга маниакал-депрессив психоз кечишида шундай даврлар ҳам бўладики, унда ёруғ оралиқ амалий жиҳатдан бўлмайди ва босқичлар бирининг кетидан бири қайтарила беради.

МДП учун хуружлар орасида руҳий соғлигининг тўла тикланиши хос. Беморлар психоздан тўла чиқади (соғломлашади), касалликка қадар қандай бўлса, шундай бўлиб қолади. Бундай ҳолатларни интермиссия деб номлаш қабул қилинган.

Ҳар бир хуруж ҳолатининг оқибати яхшидир. Депрессия ёки маниакал ҳолатлар оғир кечишига қарамадан улар тўла қайтади ва ўзидан сўнг асорат қолдирмайди. Касалликка нисбатан бир бутун қилиб олинганда оқибати ҳақида эҳтиёт бўлиб гапирмоқ лозимдир. Босқичлар қайтарилиб туради, ёш ошиб

борган сайин давомлироқ ва оғирроқ кечади, баъзида мураккаб клиник кўринишлар кузатилади. Депрессия ҳолатида беморлар ўзига-ўзи суикасд қилиб ўлдирадидлар. Барча рухий беморлар орасида ўзига суикасд қилувчи МДП касаллар 11% ни ташқил этади. (Р. Г. Липанов, 1970). Касалликнинг хуружлари депрессия ҳолатида овқат емасликлари, оғир тан жароҳатлари ҳосил бўлиши билан, айниқса карияларда хавфлидир. Йўқдош бўлган касалликлар аҳволни янада мушқўллаштириши мумкин.

Кўпгина олимлар маниакал-депрессив психозларнинг атипик кўринишлари борлигини ахтардилар. Атипик кўринишлар бўлишини преморбид касалликлар ва бошқа омилларга боғлайдилар.

Касалликнинг атипик кўриниши унинг клиник аломатларидан бири бўлиши мумкин. МДП га хос бўлмаган элементлар қўшилишидаи ёки бошқа рухий касалликнинг белгиси бўлиши мумкин. Ўзга ҳолларда касаллик бошидан бошлаб атипик кечади, бу эса ташхиснинг тўғрилигига жиддий гумон туғдиради. Яна бошқа ҳолларда ўзига хос клиник кўриниши ривожланунча орада атипик кечади . Кечиши бўйича атипик ҳолат оғир кечаётган , босқичларнинг оралик даврида еруғ кунлар бўлмайдиган ,авалги муаллифлар бўйича сурункали маниялар деб номланувчи узун фазали касаллик ҳисобланади . Босқичлар атипияси психопатологик аломат кўринишларига – васваса ғоялари , галлюцинациялар, ёпишқоқ ҳолатларнинг қўшилишидан бўлиб ,МДП клиникасини оғирлаштириб юборади .

Кўпинча қўйидаги атипик фазалар учрайди . Сенестоипохондрик депрессия – депрессиянинг тананинг турли қисмларида учрайдиган сенестопатик сезгилар билан қўшилиши.

Клиник кўриниши бўйича буларга депрессив ипохондрик-ўта қимматли ипохондрия шаклидаги депрессия яқинлашиб келади . Ипохондрия ғояларининг мазмуни шундан иборатки ,бемор ўзининг соғлиғи ҳақида ўта қайғуради ,баъзида ички аъзолари йук деган даражагача боради , ўлиб қолиши мумкин эмас ,абдий кийноққа маҳкум этилгандек ғояларига бориб етади . Синдром янада ривожланса , Котар томонидан тасвирланган улуғворлик васвасига тушиб қолиши мумкин .

Галлюцинация, васваса ,онгнинг саёзлашуви билан кузатиладиган депрессия хаёлий меланхолия дейилади. Ёпишқоқлик пайдо бўлади ва бу оғир кечади . Кўпгина ҳолларда ёпишқоқлик контраст тавсифга эга бўлиб,бемор вазиятларига қарама –қарши бўлади ёки унинг рухий кечинма ва дунёқарашларига тесқари бўлади. Бир бемор ўзи қўрқади, қизини кўрса бўғиб қўйиши еки қизига пичоқ тиғи билан уриш хоҳиши пайдо бўлади .Ёпишқоқлик ёпишқоқ эсдаликлар сифатида пайдо бўлиши, одатда ,бемор учун ноқулай еки юзаки воқеалар кўринишида бўлиб,хатто суицидал фикрлар ҳам хаёлига келади .Бу ҳолат айниқса бморлар томонидан эрталаблари кучли қичима ҳосил қилади ва кечқурунга бориб бироз камаяди . Ёпишқоқликнинг пайдо бўлиши босқичларнинг клиник кўринишини оғирлаштиради ,узоқ давом этишга мойиллик ва даволашга резистентлик (чидамлиликини) пайдо қилади .

Фарқ қилиш ташхиси Типик ҳолатларда МДП ни аниқлаш касаллик ҳолатлари унча-мунча кескин бўлса, қийинчилик туғдирмайди . Босқичларнинг кўриниш вариантлари кўп бўлишига қарамасдан маниакл ёки депрессив-аффектив бузилшлар чегарасидан чиқмайди .Касалликнинг бошлашғич даври ташхис қўйишда кўп қийинчилик келтириб чиқаради .Наслий томонларини , гавда тузилишини, касаллик

бошланишидан аввалги ҳолатини: ёшини ,жинсини ва бошқа ҳолатларини ҳисобга олиш керак.Биринчи хуруж пайдо бўлганда МДП ни бир қатор касалликлардан ажратиб олиш анчагина қийинчилик туғдиради . Булар қаторига аффектив даврий ўзгаришлар билан (депрессия ёки маниакал тузилмалар) кечадиган шизофрения , инволюцион меланхолия, реактив депрессия, экзоген,инфекцион ,интоксикацион психозлар (ташқи органик психозлар,церебрал атеросклероз,ривожланувчи фалаж) ва бошқалар киради. Буларни билиш ғоят муҳим чунки бундай ҳолатларда даврийликка мойиллик кузатилади (органик даврий психозлар). МДП ни даврий шизофренияда чегаралашда шуни назарда тутмоқ керакки, МДП хуружлари фақат аффектив патология билан тугайди ,даврий шизофрения учун эса хуруждан-хуружга қараб клиник кўриниш мураккаблашиб, унга галлюцинатор васваса бузилишлари, руҳий автоматизм синдроми кўшилади .МДП нинг депрессия босқичиди кун бўйи кайфият ўзгаришини ҳисобга олиш керак .Бу босқичдан чиқишда шахсият ўзгармайди ва руҳий ҳолат тўла тикланади (интермиссияга ўтиш). Бу эса психоген ташхисни осонлаштиради, чунки шизофренияда кун бўйи кайфият ўзгариши кутилмайди ва шахсиятни касалликка хос ўзгаришлари аниқланади. Анамнезда кайфият ўзгариш даврининг бўлмаганлиги касалликнинг баъзан инволюцияга юз тутган даврида бошланиши ,касаллик ҳолатида кўркувнинг кўзгалувчанлик ва ўзига хос васваса билан бўлиши, касалликнинг чўзилиб кетиши , касаллик пировардида руҳий бўшангликка олиб келиши, яъни инволюцион меланхолия белгиларини МДП нинг депрессион босқичидан ажратишга имкон беради .Реактив депрессия депрессив босқичдан фарқли уларок, руҳан анча тушшунарли реактив депрессия тузилмасида руҳий жароҳат вазияти аниқ ўз-ўзини қондиради. Депрессив учлик МДП депрессив бос қичидаги каби ўзига хос кўринишга эга эмас. Циркуляр депрессия эндоген хасталик қонунияти бўйича ташқи муҳитларга боғланмаган ҳолда кечади. Реактив депрессиянинг бутун кечиши руҳий жароҳат билан боғлиқ бўлади : агар жархоат ҳосил қилаётган вазият ечилса реактив депрессия тез тугайди

Органик , инфекцион ва интоксикацион психозларда бузилиш даврларининг бўлиши, озиш ва тез чарчаш (органик астенизация аломатлари, интеллектуал пасайиш), эслаш қобилятининг сусайиши, руҳий фаолликнинг камайиши, муҳокама ва танқиднинг сусайиши ва ақлнинг пасайиши , бош миянинг ўчоқли зарарланиш белгилари, яъни руҳий-органик кўриниш бўйича ўзгариши ва уларнинг авж олишга мойиллиги МДП нинг йуқлигини тасди қлашга асос яратади

Даволаш ва профилактикаси . МДП бошланиши билан беморлар маниакал ҳолатларида ўзини нотўғри тутиши билан, депрессияда эса уларга хос бўлган суицидал ҳаракатлари бўлгани суицидал ҳарактлари бўлгани учун стационарга етқизиilib , даволашга муҳтож бўлиб қоладилар. Маниакал ҳолатдаги беморларнинг куч-қувватини имкон борича фойдали фаолиятга йўналтириш керак . Депрессия ҳолатидаги беморлар учун ярим ўриндиқли шароит яратиб бериб, уларни безор қилиб юбормайдиган даражада назоратда тутиш лозим . Кузатув ўрнатаётганда кун бўйи ўзгаришларни инобатга олиш керак . Ўз-ўзига суиқасд кўпинча тонг пайтида, эрталаб қилинади, чунки шу пайтда беморлар ухлаб ётган бўлади , тиббиет ходимларини сергаклилиги пасайган бўлади .

Даволаш муолажалври касалликнинг клиник кўриниши билан боғлиқдир (депрессив ёки маниакал

ҳолатига боғлиқ бўлади) ҳамда уларнинг ифодланганлиги ва клиник алоҳидалиги (типик босқич, хавотирли депрессия, васваса депрессияси, атипик босқич , чўзилиб кетган босқич ва б.) , беморнинг ешини ва бошқа омилларни ҳисобга олиш лозим.

МДП нинг ҳозирги замон даволаш асосини руҳий фармакологик даволаш ташкил этади . У беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда жисмоний ҳолатини доимо кузатиб олиб борилади. Маниакал ҳолатларида нейролептик тинчлантирувчи моддалар тайинланади, маниакал қўзғалишни бўшаштириш учун седатив таъсири бор нейролептиклар (хлорпиротиксин, аминазин, изерцин ёки галоперидол) берилади .

Галлоперидолнинг ўртача кунлик миқдори 30 -60 мг, хлорперитоксинники – 150 -300 мг, аминазин эса 300-600 мг , тизерцин 150- 300 мг дир . Даволаш 2 -3 ой давом этади , нейролептикнинг миқдорини аста-секин ошириб борилали , даво эффеқтини литийнинг тузлари кўрсатади , уларни нейролептиклар билан қўшиш мумкин.

Литий тузлари антидепрессив таъсирга эга эмас, аммо улар маниакал қўзғалиш белгиларини сусайтиради. Беморларнинг аҳволи одатда биринчи ҳафтада яхшиланади. Тайинлаш дозаси литийнинг қондаги миқдорига боғлиқ (1,0 -1,5 кун).

Манияни ва депрессияни даволашда кейинги вақтда қўлланилаётган (Wunder lioh. A.Potal, 1983) карбамазепим , феллипсин, тегрекол яхши наф бермоқда. Кунлик миқдори 600-1000 мг бўлиб , карбамазепиннинг қондаги миқдорига боғлиқдир (6-12 г/л). Даволаш таъсири маниакал босқичда ҳам, депрессив босқичда ҳам анча тез – 5 кунда билинади. Депрессив босқичда етакчи белгига қараб у ёки бу дори ҳам қўшимча белгиланади. Антидепрессантлар – тимолейцин кайфиятни кўтарувчи таъсир этади. Бундан ташқари , улар хавотирли ва тормозланганлик ҳолатига таъсир этади . Агар етакчи белги бўлиб ҳаётий қайғу , эзилганлик (классик депрессив учлик билан бўлиши) бўлса, тимолептик ва кайфиятни яхшиловчи, ўзини яхши тутишини стимуляция қилувчи компоненти фаолият кўрсатишга интилувчи бўлган антидепрессантларни тайинлаш лозим. Липийпромин (иллензин, имипромин), анафранил, пиразидол , мелипромил , 100-300 мг кунига, анафранил 100-200 мг кунига, пиразидол 200-400 мг кунига, бошланишидан 10 кун давомида даволаш, мушак ичига еки венага томчи усулида , сўнггра ичишга бериш мақсадга мувофиқдир .

Антидепрессантларни бир вақтнинг ўзида МАД ингибиторлари билан тайинлаш мумкин эмас.

Моноаминооксидазол ингибитори (МАОИ) психомотор тормозланишни камайтиради ва ҳаётий тонусни оширади . Буларга импромазид (ипразид), ниаламид (неамид, нуридал), транилципромин (трансамин)лар киради . Баъзи мамлакатларда уларни қўллаш ман этилади. Чунки бир гуруҳ дорилар (бошқа антидепрессантлар, резерпин, гипертонияга қарши препаратлар, адреналин) билан ва бир қанча озиқ-овқатлар (сыр ачитқи препаратлари билан, қизил вино ,пиво) билан ҳам тўғри келмайди ва баъзан ўлим билан тугаши мумкин. Ҳавотирлик депрессияси васвасалари билан бўлганда седатив тинчлантирувчи таъсири бор антидепрессант – амитриптилин (типтизол), тизерцин , сополакс ,

хлорпротексин – антидепрессив компонентли таъсири бор нейрорептиклар билан қўшилиши мумкин .
 Стимулятор – антидепрессантлар тайнланмайди .Аниқ юзага чиққан хавотирли ҳолатларда 150 – 300 мг миқдорда белгиланади. Амитриптилин одатда яхши таъсир этади ва бемор уни енгил кўтаради. Антилептик таъсирли транквилизаторлар: элениум, диазепам, седуксен, реланиум, тизерцинларни ҳам қўллаш мумкин. Фақат хавотирни олиб ташлашдан сўнг уларга кучсиз антидепрессантлар қўшиш мумкин (амитриптилин ва бошқалар). Антидепрессантни нейрорептик ва антидепрессантлар билан қўшиш депрессив фазада уйқу бузилганлиги учун қўшилади. Уйқу жиддий бузилганда нитрозепам, хлорпротексин, феназепам тайинлаш мумкин .

Вегетатив ва соматик белгилар билан ниқобланган ҳолдаги (вегетатив) депрессияда амитриптилин кунига 75-150 мг, азафен кунига 75-100 мг белгиланади. Электротитратиш билан даволаш (ЭТД) депрессияларда юқоридаги даволаш мувофақиятсиз кечса белгиланади. Кунора еки ҳафтасига 2 марта, жами бўлиб 6-8 марта тайинланади.

Инсулинли кома чақирувчи миқдорда энди қулланилаябти. Инсулинни гипоглекемия чақирувчи дозалари (4-8 бирликдан 40-50 бирликгача), айниқса иштахаси юқолиб озган ҳолатларда, умумий аҳволини ва кайфиятни яхшилайдиган даражада қўллаш мумкин.

Уйқу депрессияси, андоген депрессив ҳолатларни даволаш учун қулланилади. Бунда касаллар 24-48 соат давомида ухлатилмайди. Бу эса депрессив симптоматикани юмшатади (Ptlu IB,1973). Бу усул билан даволганда кечки пайтга бориб бемор кайфияти яхшиланади ва тонггача сақланиши тушунарли эмас. Уйқунинг депрессияси тунги ацидоз, серотонин, серотонин экстракциясини тўхтатиб туради, акс ҳолда одатда кечаси экскреция кучайяр экан, натижада бутун тун бўйи серотонин ошиқча бўлади деб муҳокама қилинади. Уйқу депривацияси қилинганда сийдикда катехоламинлар экскрецияси кучайиши билан боғлиқ бўлиши ҳам мумкин.

Тажриба шуни кўрсатадики, антидепрессантларни қабул қилиш ҳам босқичлар қайтарилишининг олдини ола олмайди. Фақат давомли раишда литий тузлари биландаволаш билангина босқичларнинг қайтарилишини олдини олади. Литий тузларига МДП нинг биполяр кечиши шаклларда, профилактик давога яхши берилади. Литий тузлари билан профилактик даволаш одатда депрессив фаза тугаши билан еки интермиссия давридв бошланади. Одатда литий карбонатнинг профилактик даволаш миқдори кунига 600-1800 мг ни ташкил этади, литийнинг профилактик давога мос миқдори аниқлаб олингандан сўнг беморлар йиллаб препарат қабул қилиши лозим. Даволанишда танаффус қилиш босқичларнинг қайталанишига олиб келади. Литийнинг профилактик таъсири одатда бир неча ой давом қилингандан сўнг билинади, аста-секин босқичли ўзгаришларнинг қисман ёки тўла инқироzi кузатилади. Литий карбонат билан даволаш қон зардобиди (аввалига ҳар ҳафтада, сўнгра 2-3 ойда бир марта) унинг миқдорини текшириб борилади .Депрессия пайдо бўлиб қолса, литий тузлари билан депрессия турига қараб антидепрессантларни кушиб бориш керак .

Даволаш-профилактика тадбирларида руҳий даволаш алоҳида ўрин тутаети, айниқса бунда бемор ва

шифокор муносабатлари муҳим аҳамиятга эга.

Индивидуал ва гуруҳий даволаш, шу жумладан оилавий руҳий даволаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Руҳий даволаш қуйидагиларни ўз ичига олиши зарур: беморларни умуман тинчлантириш, чўзилган босқичнинг қайтиши борлигига ишонтириш беморнинг иккиланишини йўқотиш (оилада ва ишлаган жамоасида), касаллик туфайли бузилган ижтимоий ўрнини мустаҳкамлаш (С.В.Днепропетровская, 1975) .

Витаминларни тайинлаш (В1, С ,никотин кислоталари ва бошқалар) мақсадга мувоқидир .

Яна тери остига кислород киритиш, сув ва физиотерапевтик тадбирлар белгиланади. Беморларнинг тана ҳароратларидан ҳабардор бўлиб, муттасил тажриба, текширишлар ўтказиб туриш лозим. Стационарда даволашда руҳияти яхшиланган беморни очик эшик тартибига ўтказиш мумкин, хатто касалхонадан ташқи шароитга мослашиш учун унга таътил берилса ҳам бўлади.

Меҳнат экспетизаси. Руҳияти бузилган босқичларда беморлар меҳнатга лаёқатиздилар. Сурункали чўзилган ҳасталикда ёки босқичлар тез-тез бўлиб турганда беморларни ногиронликка чиқарилади. Интермиссияларда меҳнат қобилияти сақланади, беморлар ўз ишларини давом эттрадилар.

Суд-руҳияти экспетизаси. Беморлар психотик босқичларда жиноий жазоланувчи иш кўрсатадилар, ўзармайдилар. МДП ташхиси қўйилганда беморлар ҳарбий хизматни ўташга яроқсиз бўладилар.

Маниакально –депрессив синдром мавзуси буйича вазиятли масалалар

2. **Бемор С.56 ёш. 1,5-2 ставкали узок вақтли ишдан сунг , холсизлик, тушкун кайфият, иштахасизлик ва узини касал деб хис килди. Назарида барча ички аъзолари огрияпгандек, жуда ҳам кузгалувчан. Хавотирлари ошган. Тез ёрдам врачининг текширувида юз куриниши хавотирли, кузгалувчан, у ердан бу ерга юради, бошка даволамасликларини илтимос килади, улимига ҳам розилигини айтмоқда. Бу сузларни бир неча маротаба такрорламоқда. Ойнадан узини ташлаб юбормокчи булди.**

.Синдромал ташхис

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ?

Жавоблар

1. Депрессив синдром
2. Шизофрения, биполяр бузилишлар, бош мия органик касалликлари
3. Клинико-анамнестик текширув, патопсихологик текширув
4. Фикрлаш ва ҳаракат секинлашуви, тушкун кайфият, суицидал фикрлар ва ҳаракатлар бўлиши мумкин
5. Психиатрик стационарга ётқизиш. Антидепрессантлар, транквилизаторлар, психотерапия

21-БОБ

ПСИХОГЕН КАСАЛЛИКЛАР (психогенлар)

Психоген касалликларга руҳиятга шикаст етказувчи омиллар таъсирида пайдо бўлган неврозлар ва реактив психозлар киради. Психогениялар кичик деб аталувчи ёки чегара психиатриясига қарашлидир. Кичик (чегара) психиатриясига яна психопатиялар ҳам киради. Кучли руҳий шикаст етиши натижасида реактив психозлар ривожланади. Аввалгидан кучсизроқ, аммо давомли руҳий таъсиротлар неврозлар пайдо қилади. Психоген касалликлар психозлардан фарқ қилиб, функционал қайтиш хусусиятига эга ва шахсиятнинг интеллектуал-мнестик сўниши билан кузатилмайди. Аммо шахс учун айниқса аҳамиятли, сурункали, руҳий шикастловчи таъсир ҳолатларида вужудга келган невроз ва реактив психозлар давомли бўлиши мумкин.

НЕВРОЗЛАР

«Невроз» тушунчаси тиббиётга 1776 йилда шотланд врачлари В.Коллен томонидан киритилган. У бу хасталикни функционал хусусиятга эга эканлигини таъкидлаб, бош миёна структурасида органик ўзгаришлар бўлмаслигини баён қилди.

Неврозлар функционал-қайтиш хусусиятига эга бўлган хасталик бўлиб, руҳиятга шикастловчи омиллар (кўпинча турмушнинг бўлмаслиги ва камроқ ҳолларда оғир руҳий таъсиротлар)га шахснинг реакциясидир. Невроз ҳосил бўлишига бошқа омиллар ҳамда шахснинг касалликдан олдинги ҳолатлари, масалан, астеник ва астеник-психопатларда, захарланганларда (алкоголизм), узоқ вақт чарчаганларда ва уйқуси оз – етарлича ухламайдиганларда тез ва осонликча пайдо бўлади. Кўпинча невроз белгилари аста-секин, камроқ ҳолларда тўсатдан юзага чиқади. Неврозлар турли ёшда пайдо бўлса-да, 25-40 ёшдаги одамлар учун кўпинча хосдир. Руҳий бузилишларнинг кўп учрайдиган тури невроздир. Ривожланган, тараққий этган капиталистик мамлакатларда неврозлар тахминан 5-15 % тарқалган, яъни ҳар ўнинчи одам невроздир. Неврозларнинг мамлакатимизда тарқалиши ҳақидаги маълумот йўқ. Баъзи вилоятларда 2,0-2,5 % (Н.Д.Лақосина, 1988), О.Р.Чатава маълумотларига қараганда неврозлар 1000 киши ҳисобига 21,1-21,8 гача беморларда учрайди (1981). Барча руҳий касалликларнинг 20-22 % неврозлардир. (Б.Д.Петров, 1972; Г.К.Ушаков, 1978). Болалар, эркаклар ва аёллар невроз билан баб-баравар даражада касалланадилар. Неврозлар реактив психозлардан фарқли ўлароқ ўрганиш-инъикос фаолиятининг бузилишига, руҳий фаолиятининг купол бузилишига олиб келмаса-да, беморларнинг ҳаётини вазиятларга мослашуви ўзгаради. Беморлар ўз касалликларига тўғри ва танқидий қарай оладилар, онги сақланиб қолади ва ўз-ўзини бошқара оладилар.

Неврозларнинг қуйидаги турлари фарқланади: неврастения, истерик неврозлар ва миёнадан кетмайдиган неврозлар.

Неврастения (астеник невроз, ҳолдан тойдириш неврози). Неврастения мустақил касаллик сифатида америкалик руҳий врач Д.Ж.Бурд томонидан 1868 йилда тасвирланган. У неврастенияни асаб системасининг ҳолдан тойиши, таассуротга чидамсизлик деб қарайди. Неврастенияда касаллик белгилари

турли-тумандир.

Неврастениянинг клиник кўринишида асосий ўринни астеник синдром, сержаҳллик билан бирга кучайган кўзгаувчанлик, ҳолдан тойиш, чарчашлик эгаллайди.

Неврастениянинг клиник кўринишида икки босқич фарқ қилинади: гиперстеник - кўпинча касаллик бошланишида кузатилади ва гипостеник. Уни бундай босқичларга бўлиш шартлидар, чунки касалликнинг ривожига ҳамма вақт ҳам босқичларни аниқлашга имкон бўлмайди. Неврознинг дастлабки гиперстеник фазаси тўла намоён бўлганда касалликнинг асосий белгилари кўзгалувчанлик ва таъсирчанлик, ўзини тутиб тура олмаслик, сабрсизлик, асабийлик, ички кучланишни сезиш, руҳий ва жисмоний чарчоқлик билан қушилиб, иш қобилиятини пасайтиради. Беморлар руҳиятига енгил шикаст етказувчи ҳолатлар учун жиддий, тез, ҳис-ҳаяжонли ва шиддатли реакция берадилар. Атроф муҳитнинг аввал одатда таъсир чақирмайдиган омилларни энди кўтара олмаслик ҳолати пайдо бўлади. Ҳатто нозик товуш, эшик ғичирлаши, соатнинг чиқиллаши, радио ва телевизор товуши, телефон қўнғироғи, кичик, арзимаган тасодифий жанжал беморларда сезиларли аффектив реакция чақиради, бу шундай шиддатли бўладики, бемор ўзини ушлай олмайди, ҳайрон қолиб бақиради, оёқларини тапиллатади. Бундай реакция учун унинг лабиллиги, қисқа вақт бўлиши, тез ўтиши, сўнгра умумий бўшашиш, кўз еши билан узоққа чўзилади. Абу Али Ибн Сино неврастениянинг бир қатор белгиларини келтиради: ортиқча таъсирчанлик, ўйноқи кайфият, уйқу ва иштаҳанинг йўқолиши, шундай беморларнинг ташқи таъсиротларга таъсирчан-берилувчан бўлиб қолиши, масалан, ёрқин еруғлик, каттиқ товуш ва бошқалар шулар жумласидандир.

Унинг таъкидлашича, «одамнинг юраги ва мияси арзимаган таъсиротларга кучли жавоб қайтарса, бундай одам арзимаган нарсадан жаҳли чиқиб ўзин –ўзи ушлай олмаса, агар бемор учун баланд товушлар, кучли ҳидлар ва ёрқин бўёқлар ноҳушлик туғдирса, унинг кўнгли, қалби бўшашган бўлади».

Бош оғриғини Ибн Сино бошқа омиллар билан бир қаторда руҳий «ташвишлардан», «оғир руҳий жараёнлардан ёки бадан ҳаракатидан» келиб чиқишига ишора қилади. Кўпгина беморлар ўзларини жуда эзилган ҳисоблайдилар, ўзларининг турли ишлари ва хизматлари чексизлигидан улар ҳеч қачон ишларини охиригача етказмайдилар, уларга ҳамиша вақти етишмайди, доимо шошиб юрадилар ва жонсаракликдан қутула олмайдилар. Жуда тез таъсирланувчан бўлиб қолганларидан яқинлари ва хизматдошлари, ҳатто нотаниш одамлар билан ҳам жанжанлашиб қоладилар. Одатда улар ўзларини ёмон ҳис қилаётгани, жисмоний ва руҳий толиқиши, бўшашиб кетаётганлигини, одатдаги ишни уddалай олмаётгани, тез-тез чарчаб қолиши, иш қобилиятини ва унумнинг пасайгани, тинка –мадори қуриб кетаётгани, хотираси пасайиб, эслаш қобилияти сусайганлигидан шикоят қиладилар. Аммо бош миянинг органик касаллигида (церебрал атеросклероз, инсультдан кейинги ҳолат, бош мия шикастида) кузатиладиган каби эмасдир, балки диққатнинг сусайганлиги, фикрнинг тарқоқлиги, узоқ вақт ўтириб ақлий меҳнат қила олмаслигининг маҳсулидир. Неврастения учун « уйқу ва уйғоқлик » циклининг бузилиши тавсифлидир. Бу узоқ вақт қийналиб ухлай олмаслик, ҳаяжонли юза уйқу, арзимаган шовқиндан еки ўзининг уйқудаги ҳаракатидан ўзи уйғониб кетишида намоён бўлади. Кўпича беморлар кундузги ташвишларининг уйқуда

давом этишидан шикоят қиладилар. Эрталаб беморлар зўрға турадилар, ўзларини лоқайд сезадилар, ишлаган, дам олмаган одамдек ҳис қиладилар. Бошлари оғир бўлиб турадилар .

Кун бўйи мудраб юрсалар-да, ухлай олмайдилар. Абу Али Ибн Сино «уйқусизликни» турли ҳолат ва касалликларда баён эта туриб тушкунликка тушганидан одамларда уйқу бузилишига эътиборни қаратади, баъзан уйқусизлик ёмон кайфиятда, ташвишли фикрлар чулғаб олганда кузатилади, айниқса улар уйқусизликка мойил бўлсалар, уйқусизлик яққол намоён бўлсалар, уйқусизлик яққол намоён бўлади .

Неврастениянинг клиник кўринишида сомато-вегетатив бузилишлар – аввалги муаллифлар иборасига кўра, аъзолар ёки тизимларнинг неврози муҳим ўрин эгаллайди. Буларга неврастенияда тез-тез учрайдиган бош оғриғи киради. Бошнинг оғриши кучли даражада бўлиб, баъзан пасайиб туради, аммо озгина ақлий, рухий зўриқишдан, арзимаган рухий шикастдан сўнг кучайиб кетади. Оғриқ хусусияти турлича ва ўзгарувчан – боши оғирлашиб қолади, нина санчигандек бўлади ёки импульсацияга ўхшаб тортишади ва беморда анчагина безовталиқ қилади. Қатор ҳолларда кузатиладиган кучли бош оғриғи неврологик ва параклиник текширишлар қилинмаганда бош миянинг органик касалликлари (лептоменингит, бош мия ўсмалари, бош мия шикастланишлари) йўқмикан деган гумонга олиб боради. Бундай беморлар узоқ вақт невропатологларга мурожат этиб, уларнинг ҳисобида туради. Неврастенияли беморларни кўпинча организм бошқа системаларининг – юрак-қон томир , ошқозон-ичак , эндокрин –жинсий тизимларнинг функционал ўзгаришлари безовта қилади. Беморлар кўпинча юрак соҳасидаги турли ноҳуш оғриқ сезгилар (юрак уриб кетишидан, чап қўлга узатувчи оғриқдан, нафас сиқиши, юракнинг нотекис уриб кетишидан ва ҳ.к.)дан аввалги муаллифларнинг “юрак неврози”дан шикоят қиладилар. Бу шикастлар юрак хасталига ёки юрак етишмовчилиги бормикан деган гумон қилишга асос яратиб беради. Неврастения ташхиси қуйилган беморларни кўпинча ошқозон соҳасидаги оғриқлар, кўнгил айнаши, қусиш ва бошқа диспептик издан чиқишлар безовта қилади-аввалги муаллифлар унинг ошқозон неврози дегани ана шу ҳолатдир. Эндокрин тизими томонидан неврастенияли бемор аёлларга фригидлик, хайз цикли ва жинсий фаолиятнинг бошқа бузилишлари кузатилади. Эркакларда эса хоҳишнинг сусайиши, тех жинсий кўзғолиш ва эрекцияга эришиш ва шу билан бир каторда беморда безовталиқ чакирувчи вақтидан аввал эякуляция булиши билан кушилиб кетади . Бу безовталиқни ҳам алоҳида бир касаллик деб қарамастик лозим, бу ҳам сексуал невроз «кўринишидир». Шундай симптомлар – белгилар неврастения касаллигининг клиник кўринишида етакчи ўринга чиқиб қолиши ва у еки бу аъзоларнинг неврозини ифодалаш мумкин. Бунда неврастениянинг одатдаги даволаш усуллари умуман олганда бу хасталиқнинг тузалишига олиб келади.

Кўпинча неврастенияда касаллар узоқ вақт давомида невропатологларда мувофақиятсиз даволаниб юрадилар. Терапевт, гастроэнтеролог, эндокринолог, урологларга борадилар. Неврастенияда беморлар ўзларининг касал эканликларини биладилар, баъзида уларда врачга ахволини оғирроқ кўрсатиш хоҳишлари ҳам пайдо булиб туради. Шифокор билан самимий суҳбатда, мулоқотда унга ишонади ва уз ахволини очик баён қилади, аммо атрофдагиларга касаллигини билдиргиси келмайди .

Неврастениянинг гипостеник фазаси кўринишларига жисмоний ҳамда интеллектуал толиқиш,

бўшашиб кетиш ва тепкилагандек чарчаш белгилари киради. Доимо кайфияти тушкун бўлади, унга қўзғолиш, кизикишнинг сусайиши, кундалик ишларга хафсаласизлик қўшилади. Кундузи беморларни мудрок босади, кечалари чуқур толиқиб ухлай олмайди ва тез-тез уйғониб туради. Арзимаган, ечими осон бўлган муаммо бемор учун қийин, ҳал қилиб бўлмайдигандек туюлади. Юзидан чарчаганлик аломати билинади, ранги оқарган, товуши паст, узи чарчаб –хориган, жабрланган, каридек куринади ва оза бошлайди .

Неврастениянинг давомийлиги турличадир, у бир неча ойдан бир неча йилгача давом этади. Бу эса руҳий шикастликнинг давомийлигига, чуқурлилийгига, хусусиятига, шахснинг тузилмасига, органик асоснинг бор-йуклигига, соматик беморлик борлигига ва яна кўпгина омилларга боғлиқдир. Енгил ҳолатларда неврастения утувчан, купинча сурункалидир.

Истерик невроз

Истерик невроз-психоген ҳосил бўлган беморликдир, ҳаракат, сезги (сенсор) ва сомато-вегетатив соҳанинг функционал ўзгаришлари билан кузатилади.

Истерия қадим Юнонистонда ва бошқа мамлакатларда маълум эди (Платон, Гален, Букрот ишларида). Абу Али ибн Сино дунёга машҳур асари «Тиб конунлари »да бу касалликнинг клиникасини, кечишини, этиопатогенезини жуда моҳирона баён қилган. Касалликнинг номи юнонча *globus hystericus* — бачадон сўзидан келиб чиққан бўлиб, уни бачадон касаллиги билан боғланган эди дейдилар, аммо эркаклар ҳам истерия билан касалландилар. Истерия биринчи бўлиб Шарко томонидан 1868 йили руҳий касаллик сифатида ёзилган ва у «буюк ёлғончи» деб номланади, негаки истероневротик аломатлар ғоят ҳар хил кўринишга эга бўлиб, нафақат руҳий, балки неврологик ва соматик касалликларни эслатади. Истерик кўринишларни ўша вақтда сексуал ўзгаришлар билан боғлар эдилар. Пировардида эротик жанжалларни устун истерия келиб чиқаришда анчагина аҳамияти борлигини З. Фрейд ва унинг давомчилари кўрсатдилар.

Истерик невроз неврастения кўринишида ҳам пайдо бўлади, у руҳий шикоятловчи вазиятга боғлиқ бўлади.

Истерик невроз белгиларининг аҳамиятга молик сабабларидан бири бу касаллик аломатларининг руҳий омиллар билан боғлиқлиги, шуларга мос ҳолда органик ўзгаришларнинг йуклиги ва истерик бузилишларни ўзига ўзи сингдиришидандир. Истерик невроз аломатлари нафақат руҳий шикасталикда, шунингдек беморлар уз хоҳишини амалга ошира олмаганида бошланиб қолади. Истерик невроз руҳий инфантилизми бор, ўзини мустақил мушоҳадаси йук, эмоционал етилмаган, лабил, таъсирчан, ўзгаларнинг сўзларига берилувчан, руҳий шикаста аёлларда кўпроқ учрайди. Аммо, истерик невроз ўзгача табиатли шахсларда ҳам, масалан, тез қўзғалувчанларда ҳам ривожланиши мумкин.

Истерик неврознинг клиник кўриниши турлича полиморф ва ўзгарувчандир. Бунда бўладиган руҳий бузилишлар ёрқинлиги, томошагўйлиги, жўрттага қилаётганлигини сезиб туриши, кўриниш учун қилаётганлиги билан фарқланиб туради ва инфантиллик билан боғлиқ бўлади. Бунинг турли-туманлиги таъсирга берилувчанлик ва ўз-ўзининг таъсирига берилиш билан боғлиқ ва бемор қайси касалликни

билса, ўшанга ўхшаш аломатлар намоён қилиши билан тавсифланади.

Невроз клиник куринишини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1) ҳаракатли;
- 2) сенсор;
- 3) сомато-вегетатив.

Ҳаракат бузилишлари гиперкинез (титроқ, тортишиш, айрим аъзолар учиши, қалтираш), истерик тутқанок, оёқ ва қўллар парези ва фалажи (шоллиги), астазия-абазия - ётган жойида фаол ва пассив ҳаракат қила олгани ҳолда туриб юра олмаслиги каби кўринишларда булади. Шунга ўхшаш органик узғаришлардан фарқ қилиб, истерик гиперкинезлар ва фалажлар руҳий шикастликдан кейин бошланади, купинча куриниши ўзгаради, ғайритабиий вазият ва бошқа истерик кўринишлар (томоғига тугунча тикилиши), нутқининг бузилиши — мутизм кўриниши (истерик соқовлик), тутилиб қолиш, товушининг йуқолиб қолиши, ўзидан кетиб қолиш ҳолатлари бемор диққатини бошқа нарсага бурса ёки даволаш бошланса, бўшашади ёки вақтинча йуқолади. Истерик касаллар неврологик текширилганда мушак уларнинг иннервациясидан катъи назар касалланади, пай рефлекслари эса марказий ёки периферик шолликдан фарқли ўлароқ сақланиб қолади.

Истерик тутқаноклар баъзида арзимаган психоген таъсиротга (бирдан огоҳлантиришга, ҳаяжонга, оиладаги арзимаган жанжалга, ноҳуш хабарга) пайдо бўлиб, турли белгилар билан, айниқса «аудитория» — одамлар бор жойда тутиб қолади. Истерик тутқанокда бемор оҳиста йиқилади, йиқилаётган жойини танлайди (диван, ўриндик ва ҳоказо), жисмоний шикастланишдан ўзини саллайди. Истерик тутқанок кўринишлари турлича ва доимий эмас. Улар хаотиклиги, саҳналаштирилганлиги билан таърифланади, тутқанок чақирилишига сабаб бўлган омилни эмоционал ҳаяжон билан қабул қилинишини акс эттиради, инқиллаш билан давом этади, баъзи сўзларни бақириб айтиб қўяди, йиғлайди, ўзини жуда эзилганга солади. Тутқанокдан сўнг қисман амнезия бўлади, чунки истерияда онг тўла йуқолмайди. Эпилептик тутқанокдан фарқ қилиб, истерик тутқанокда оғзидан купик келмайди, патологик рефлекслар кузатилмайди, қорачикларнинг ёруғликка, оғриққа реакцияси, хидлаш сезгилари истерик тутқанок тугаганда сақланиб қолади. Новшадил епиртнинг хиди ёрдамида баъзан тутқанокни тўхтатиш мумкин, тоник ва клоник фазаларнинг алмашиниш қонунияти бузилади.

Истерик тутқаноклар эпилептик тутқаноклардан давомлироқ бўлади ва бадан деярли шикастланмайди. Объектив баҳо бериш асосларидан бири шуки, тутқанок вақтида бемор онги ўзида салланади, бутунлай йуқолмайди.

Тутқанок билан бир қаторда «истериклар» учун йиғи ва кулгунинг алмашиниши характерлидир. Касаллик ифодаланган ҳолларда кучли ҳўнграш ва хаҳолаш даражасига етади.

Абу Али ибн Сино истерия — «бугилишга» алоҳида неврологик бирлик сифатида қараган. Олим ҳозирги замон истерик неврозини эслатувчи турли-туман касаллик ҳолатларини ёзган булиб, унинг фикрларига кўра унинг асосида Букрот айтганидек, «бачадон ҳаракати» ётади деб қарайди. У истерия

доирасидаги турли бузилишлар, «сиқилиш», титроқ номи билан ёзилган мушак гиперкинези, истерик тутқаноқлар, ҳушидан кетиш, летаргия, оғрик сезишнинг бузилишлари, соматовегетатив ўзгаришлар, ёлғон ҳомиладорлик ва бошқалар ҳақида ёзган. Истерия келиб чиқишида Абу Али ибн Сино «беваларнинг руҳий изтиробини», «ҳайз тутилиши», «хоҳишни сўндириш» ва бу жараёнларда нафақат мианинг— психоген, балки руҳий сексуал омилларнинг ҳам аҳамияти борлигини таъкидлайди.

Абу Али ибн Сино истерик тутқаноқни «бачадон бўғилиши» номи билан қуйидагича ёзади: бу хасталик бачадондан бошланиб, юрак ва миани иштирок этишга мажбур қилади ва йиқилиш ёхуд ҳушдан кетишни эслатади. Кўпинча бу хуруж сифатида бошланиб, куз онларида кўпроқ намоён бўлади. Истерик тутқаноқда бўғилиш белгилари бўлиб, тутқаноқ яқинлашганда ҳарсиллаш пайдо бўлади, нафас оғирлашади, юрак уриб кетади, бош оғрийди, руҳият ва кайфият бузилади, бемор бўшашади, эсанкираб қолади. Агар тутқаноқ кучайса, беморда уйқу ва онг хиралашиши бошланади: унинг юзи, кўзи ва лаби қизаради, кўзи бир нуқтага тикилади ва катталашмайди. Касалга пастдан бир нима кўтарилаётгандек туюлади, у тишини ғижирлатади ва қисирлатади, тиши билан ёнғоқ чақади, ихтиёрсиз ҳаракатлар қилади, гапидан тўхтаб қолади ва ўзгалар нима деяётганини англаб олмайди, сўнгра ҳушидан кетади, товуши чикмай қолади, оёғи юқорига кўтарилади ва бадани терлаб кетади. Баъзида тутқаноқ қусиш ва бош оғриғи билан адо бўлади. Пировардида олим истерик тутқаноқ — «бўғилиш» ва эпилептик тутқаноқ — «йиқилиш» ораларидаги фарқлаш ташхисини баҳолаш йулларини келтиради. Хусусан шундай деб ёзади: «бўғилиш» ва йиқилиш фарқларига келсак, гарчи улар куп қонуниятлари билан ўхшаса-да, ҳатто иккаласи тўсатдан бошланса-да, «бўғилиш» «ҳушдан кетишдан» фарқ қилади ва фақат жуда оғир ҳолатлардагина онгни йуқотиши мумкин.

«Бўғилиш» билан оғриган бемор тутқаноқдан сўнг ўзининг кома бўлганини қисман айтиб бера олади. Бу ҳозирги замон тушунчаси буйича қисман амнезия дейилади. Ибн Сино истериянинг яна бошқа кўринишларини ҳам келтиради, масалан: «назарида ўлиш». Энг оғир бўғилишда ташқи кўринишидан беморда нафас олиш тўхтагандек бўлиб кўринади, аммо нафас олувчининг рўпарасига таралган юнгли матони осиб қўйилса, унинг ҳилпиллаши кўринади, истерик шоллик ва сезги бузилишлари: «бўғилиш» сезгиси ва ҳаракат тўхтайдди, товуш бўғилиб қолади, баъзан товуш йуқолиб қолади, «уйкуга кетади, ақли саёзлашади», «сохта ҳомиладорлик сезилади». Олимлар буни «роҳа» дейишади, улар шундай ҳолатларнинг клиникасини батафсил ёзиб, улар орасидаги фарқлаш ташхиси белгиларини тасвирлаганлар. Ибн Сино истерияни психоген касаллик эканлигини таъкидлайди ва «кўрқувдан», «аччиқ-аламдан», «дахшатдан», кучли руҳий азиятлардан, уйқусизликдан, қайғуришдан, чўўчишдан, ғам-андухдан, мусибатдан, баъзан ғазаб ва бошқалардан келиб чиқиши мумкин,— дейди.

Сезги бузилишлари анестезия, гипостезия, гиперстезия, турли аъзоларда оғрик сезгиси билан (истерик элчилар) бўлиши мумкин. Тери сезгилари кўпинча оёқ ва қўлларда қўлқоп ёки пайпоқ, нимча шаклида бўлиб, сезги нервларининг иннервация зоналарига тўғри келмайди. Истерик оғриқлар ҳам турли қутилмаган жойларда пайдо бўлиши мумкин ва ҳаракати турлича бўлади. Кўпинча ҳар хил турдаги бош

оғриги пайдо бўлади (ғилдирак каби, чакка ва пешоналарни тортувчи, мих қоққандек ва хоказо), курагида, бўғимларида, оёл-қўлларида, коринда оғриқ пайдо бўлади. Бундай беморларда купинча нотўғри жарроҳлик ташхисини қўйиш орқали ҳатто бўшлиқ операциялари ҳам қилинади (Мюн-хаузен синдроми). Истерик неврозда анестезия ва алгиялар билан бир қаторда сезги аъзолари фаолиятининг сўниши ҳам кузатилади — истерик карлик ва кўрлик (кўрув майдонининг концентрик торайиши, истерик гемианопсия, функционал амавроз). Истерик карлик кўпинча қулоқ супраларининг анестезияси билан кузатилади. Истерик невроздаги вегетосеностик бузилишлар полиморф бўлиб, беморларнинг кўп тизим ва аъзоларини камраб олади, ҳаракатлари ўзгарувчан бўлади. Кўпинча ошқозон-ичак йўлларининг бузилиши кузатилади: истерик кўнгил айниш, қусиш, иштаҳа йўқлиги (анорексия), ошқозон оғриши, метеоризм — ичакларда ҳаво тўпланиши, истерик қабзият ёки ич кетиши, истерик ҳарсиллаш, юрак уриб кетиши, юракнинг нотекис уриши ва юракда оғриқ сезиш ва бошқалар. Томоғига бир нарса тикилгандек бўлиши жуда хосдир. Истерик реакциялар таркибида ётган соматовегетатив фаолиятнинг бузилиши Ибн Сино диққатини ўзига тортди. У жуда кўп клиник кузатишларда бошдан кечирган рухий жараёнлар (ғам, ғазаб, ачиниш ва бошқа рухий кечинмалар) ошқозон-ичак йўлларида ич суришни, қабзиятни, қусишни, юрак соҳасида оғриқни, юраги уриб кетишини, боши айланишини, оғришини, терининг оқариши ёки кизаришини чақириши мумкин деб ёзади.

Кейинги ун йилликда истерик невроз кўриниши ўзгарди (Б. Д. Карвасарский ва б., 1980). Рухий намойишкорона ва ҳаракат бузилишлари билан кечувчи тутқаноқ, ошқозон пилорик қисмининг спазми билан кечувчи, ташқи кўринишидан ўткир қорин кўринишига ўхшаш ҳолат, сохта ҳомиладорлик кўринишидаги метеоризм ва бошқалар рухий амалиётда ҳамон учраса-да, аста-секин иккинчи ўринга ўтиб, ўз ўрнини соматиклашган истерик генезга (келиб чиқишга) эга вегетатив ўзгаришларга бўшатиб берапти. Энди кўпроқ ҳолларда истерик неврозларда турли неврологик ва соматик касалликдан имитация бўлаяпти. Истерик кўринишлар кўпинча марказий асаб системасининг томирли (мия томирларини қисадиган) инфекция-аллергик касаллиги (церебрал васкулит, лептоменингит, менинго-энцефалит, бош ва орқа миyanинг ҳажм бузилиши) аломатларини эслатади. Ҳаво етишмаётгандек туюлиб, бўғилиш билан давом этади ва бронхиал астмани эслатади (псевдоастматик хуруж). Юрак уриб кетиши, юрак соҳасидаги оғриқлар стенокардия ёки миокард инфаркти хуружини эслатади. Турли касалликларнинг кўринишига ўхшаш ҳодисалар шаклланиши кузатиладиган истерик невроз бузилишларининг қайси касалликка ўхшашини узоқ вақт кузатган шифокор ёки у билан яшаган қариндошлари яхши биладилар.

Истерик рухий шикасталик курунишлари ҳис -ҳаяжонли кўринишда бўлиши билан диққатни ўзига жалб қилади ва беморлар узларининг бошидан кечирган оғир, кўрқинчли ҳодисаларини катта хоҳиш билан сўзлаб беришади. Аффектив бузилишлар ўйноқи ҳаяжон билан тавсифланади, бемор кайфияти тез ўзгаради, у кўз ёши қилади, унда кучли аффектив таъсиротларга мойиллик бўлади, кўпинча хўнграб йиғлашга ўтади. Хотира ва тафаккури аниқ, образли ҳодисаларни ташқи томондан акс эттиради, мушоҳадаси саёз, тафаккурида «ҳаяжонга берилиш» етакчилик қилади. Бу ҳолат кўпинча раҳм-

шафқатнинг сусайиши, одобсизлик билан қўшилиб кетади, беморлар ҳамманинг диққатини ўзига қаратгиси келади.

Истерик реакциялар ҳар замонда пайдо бўлиб, қисқа вақт давом этиши ва даво чораларисиз тузалиши мумкин. Бошқа ҳолларда истерик ҳолатлар узок давом этиши мумкин. Аммо истерик кўринишларнинг йўқолиши ҳали касалликнинг тузалиб кетишини билдирмайди. Қатор ҳолларда истерик, ҳолат ўрнига бошқа асабий синдромлар (ипохондрик, фобик, неврастеник) ҳамда истерик неврозда шахснинг истерик тараққиётига трансформациям бўлиши мумкин.

Шилқим (ёпишқоқ) ҳолатлар неврози

Француз руҳиятчи олими П. Жане томонидан 1903 йилда ёпишқоқ ҳолатлар неврози «психостения» номи билан мустақил касаллик сифатида тасвирланган. Бу касалликка ташвиш — бадгумонлик характерли, маълум конституционал мойиллиги бўлган одамларда юзага келади. Барча неврозларга хос бўлганидек, ёпишқоқ ҳолатлар неврози ҳам руҳий шикасталик таъсирида пайдо бўлади.

Ёпишқоқ невроз кўринишида турли-туман ва кўп сонли ёпишқоқ ҳолатлар устун туради. Касаллик ҳолатларига, кўпроқ намоён бўлишига қараб ёпишқоқ фикрлар (абсессиялар), ёпишқоқ кўрқувлар (фобиялар) ва ёпишқоқ таъсиротлар ва қизиқишлар (компульция) бўлиши мумкин. Невроз клиникасида бу ҳолатлар кўпинча қўшилиб келади.

Барча ёпишқоқ ҳолатлар учун умумий белги шундан иборатки, бу ҳолатлар беморнинг хоҳишига қарши пайдо бўлади ва у соғлом одамдан фарқли ўларок, бундан қутула олмайди. Соғлом одамларда баъзан бўлиб қоладиган қулоғига мусиқа товуши эшитилиши ёки бирор сўзни «ўзидан -ўзи» қайтаравериши бирмунча вақтдан сўнг бирдан йуқолади. Ёпишқоқ неврозли бемор эса бу ҳолатлар нохуш бўлса-да, унга танқидий қарай олади, аммо онгига кириб қолган нарсаларни зўрлаб чиқара олмайди. Ёпишқоқ фикрлар эсдалиқлар, гумонлар

кўринишида бўлиши мумкин. Уларнинг мазмуни турлича, баъзан жуда тасодифий, баъзида жуда бемаъни бўлади. Қандайдир фикр, мақол, алоҳида сўз, шеърий парчалар, исмлар ва хоказолар узок вақт (ойлаб, йиллаб) бемор онгида мустаҳкамланиб қолади.

Шилким гумонларда бемор уйининг эшигини кулфладими ёки йўқми, газни ўчирдими ёки йўқми, дазмол симини розеткадан олди-йўқми, хатларни конвертга солаётганда алмаштириб юбормаяптими ва бошқа ишларни бажараётганда ўзига ишонмайди. Ёпишқоқ ҳисобда беморлар зинапоянинг сонини, уйларнинг деразасини, трамвайларнинг ракамини, автобуслар сонини, йўловчилар кийимидаги тугмаларни санайвериб қийналиб кетади. Ёпишқоқ фикрлар ўзга ёпишқоқ ҳолатлар билан кўркувлар (фобиялар), қийноқни, кўркунни бошидан кечириш, қизариб кетишдан кўрқиш (эрейтофобия), бошқаларнинг қарашидан кўрқиш, очик майдонларда юришдан кўрқиш (агарофобия), ёпиқ бинолардан кўрқиш (клаустрофобия) ва хоказолар билан кўшилиб келиши мумкин.

Шилқим фобиялар ичида нозофобия алоҳида ўрин тутади ва алоҳида гуруҳни ташкил қилади. Кардиофобия — юрак касалликлари билан касалланишдан кўрқиш, канцерофобия — рак касалликларидан, сифилофобия — захмдан, месифобия — қутуришдан, танатофобия — ўлим ваҳимаси, иотофобия ОИТС дан кўрқиш ва хоказолар кўрсатиб ўтиш лозим. Ёпишқоқ ҳолатлар кутиш неврози сифатида кўриниши мумкин (Э. Крепелин, 1915). Бунда беморларда кутиш неврози пайдо бўлади, уларни муваффақиятсизлик кутиб тургандек туюлади. Бу гуруҳдаги ёпишқоқлик физиологик фаолиятга (овқат ютиш, сийдик ажралиши, жинсий алоқа-куёвлар неврозига. (Абу Али ибн Сино) тегишли бўлиши мумкин. Бу кундалик иш фаолияти билан боғлиқ бўлиши мумкин (актер саҳнага чиққанда ёки мусиқачи ғижжак чалганда, ўйинчи эса уйин тушаётганда, маърузачи маъруза пайтида янглишиб кетаман деб ваҳима қилиши каби).

Шундай қилиб, кутиш неврозида бир катор одатлар даражасидаги «уз-узидан» уйламасдан бажариладиган ишлар «бузилади». Неврознинг пайдо бўлишига жуда арзимаган муваффақиятсизлик тасодифан эшитилган бир оғиз ноўрин сўз сабаб бўлиши мумкин. Бу невроз кўпинча психоастеник шахсда кузатилади. Фобиянинг пайдо бўлиши кўпинча вегетатив белгилар билан ўтади: юрак уриб кетади, қон босими ўзгариб туради, кўз қорачиғи кенгаяди, бемор терлаб кетади, юзи оқаради ёки ккзаради, оғзи қуриб, қўллари титрай бошлайди.

Абу Али ибн Сино руҳият бузилишини баён қилган, уни ҳозирги замон тушунчалари буйича психоастеник ва ёпишқоқ ҳолатлар неврози ва кутиш неврозининг варианты деб баҳолаш мумкин. Бунда бу касалларнинг «фойдасиз фикрлашлари ва кўрқоқликка мойилликлари кўшилиб» меланхолия белгилари пайдо бўлиши таъкидланади. Ибн Сино кутиш неврозининг келиб чиқишини жуда моҳирона баён қилади. «Куёвлар неврози»да бемор жинсий алоқанинг муваффақиятсиз бўлишини хавотирланиб кутади. Масалан, ўзаро қўшилувчи келин-куёвларда муҳаббат бўлмаса, ёки Куёв уялса, биринчи алоқа муваффақиятсизлик билан тугаган бўлса, бу

ходиса қайтариледи деб қўрқади.

Шилким таъсиротлар (ритуаллар) одатда невроз кўринишида, алохида учрамайди. Улар одатда ёпишқоқ қўрқув ва гумонлар билан қўшилиб келади, бунда беморлар қўрқувни энгиллатиш ёки ундан қутулишга ҳаракат қилишади, яъни уз қўрқувларининг ноўринлигини англаб, унга қарши курашмоқчи бўлишади, эҳтиёт ҳимоя ҳаракатларини қиладилар. Масалан, юқумли касалликлар (захм, сил, кутуриш ва б.) билан оғриб қолишдан қутулиш учун беморлар қўлни тўхтовсиз ювадилар (ҳатто тери шилиниб кетади), уйларини кўп марта дезинфекция қиладилар, уст-бош ва ич кийимларини алмаштирадилар. Беморларга бундай ҳаракатлари бир оз тасалли беради, қўрқувни энгиллатиш, ғамни йуқотиш учун ҳаракат ритуалларига мурожаат этади, масалан, бирор иш қилишдан олдин оёғини уч марта тапиллатиб кўяди, столни қошиқ билан тақиллатиб уриб кўяди. Ёпишқоқ ҳолатларнинг бошқа кўринишларидан бири компульсив (ғоя, қизиқиш, ҳаракат) ёпишқоқлигидир. Бунда контраст, ёмон фикрлар, ёрқин образлар ва кўринишлар, ҳимоя кўринишидаги иримлар, илоҳий таъсиротлар билан қизиқиш ёпишқоқлиги қўшилиб кетади. Бу ёпишқоқликлар вазиятга нисбатан ва мазмунан зид бўлади, беморнинг маънавий йул-йуриқларига қарама-қаршидир, бегоналик ҳисси билан фарқ қилади. Бемор уларни жуда оғир ҳолда бошидан кечиради. Онасининг кўлида пичоқни кўрганида тўсатдан кўз ўнгида пичоқнинг учи боласининг кўзига санчилгандек кўриниб кетади, қиз бола этовушини чиқариб ёмон сўзлар атгиси келиб қолади, жамоат жойларида рухсат қилинмаган қилиқлар қилиш фикри келиб қолади. Бу ўринда шуни таъкидлаш лозимки, бундай беморлар ёпишқоқ компульсив қизиқишлар таъсири остида ҳеч қачон ножўя, жиноий хавфли ҳаракатлар ёки ҳатто ноурин сўзни ҳам ишлатмайдилар ёки иш бажармайдилар, узларининг ёпишқоқ кечинмаларига танқидий қарайдилар.

Кўпинча абсессив синдром кучайганда ёпишқоқ, контраст компульсив ғоялар, қизиқишлар ва ҳаракатлар невроз кечишига қўшилса, неврознинг кечиши қийинлашади ва шахснинг абсессив невротик тараққиётига мойиллик пайдо бўлади (Н. Д. Лакосина, 1988).

Шилқим ҳолатлар касалликнинг бир марта хуруж қилиши билан ўтиб кетиши, бир неча ҳафтадан бир неча йилгача давом этиши, қайталаниш шаклида бўлиши мумкин. Вақти-вақти билан бемор соғломлашиб ҳам қолади. Ниҳоят, невроз узлуксиз давом этиши мумкин. Бунда невроз клиникасида мураккаб абсессив фобик бузилишлар касаллик юқишидан кўрқиш, ўткир асбоблар, контраст ҳолатларни кўз олдида келтириш ҳолатлари намоён бўлиши мумкин. Неврозлар асосан соғайиш билан тугайди. Давомийлиги бир неча ҳафтадан бир неча ой, ҳатто йиллаб давом этади. Аммо неврозни чақирган ноҳуш вазият сақланиб қолган ҳолларда касаллик сурункали давом этади. Неврозларнинг сурункали чузилишига соматик касалликлар сабаб бўлиши мумкин. Масалан, бош миянинг томир касалликлари ёки руҳий касалликларга ирсий мойилликлар ва бошқалар.

Неврознинг сўниши ривожланиши каби аста-секин бўлиши мумкин.

Этиологияси ва патогенези. Неврознинг келиб чиқишида юқорида кўрсатилгандек руҳий шикастланиш асосий сабаб ҳисобланади. Тўсатдан ва бирдан таъсир кўрсатадиган руҳий жароҳат, табиий офатлар ва бошқалар кам ҳолларда неврозга сабаб бўлади. Неврозлар одатда нисбатан кучсиз, аммо узоқроқ ёки кўп марта таъсир қиладиган, кучли ҳаяжон чақирувчи таъсиротларда, ўзаро жанжаллар натижасида ва шу каби ҳолатларда келиб чиқади. Невроз ҳосил бўлишида кўпроқ патогенетик аҳамияти бўлган, ўзига хос воқеа сифатида келажакка ноаниқлик, хавф туғдираётган ёки қарама-қарши руҳдаги қарор қабул қилиш муҳим ўрин тутаяди. Патоген аҳамиятга шу индивидуум учун қийин ва ҳал этиб бўлмайдиган ҳолат (иккиланиш ҳолати) пайдо бўлиши исботланган.

Шундай ҳолатга мисол бўлиб ўзига ёқмайдиган мажбурий иш фаолияти, доимий оилавий жанжал хизмат қиладди. Кўпгина муаллифларнинг ишларида ёшлиқдан етим қолишлик, ота-онадан ажраб қолиш, ноҳуш ҳолатлар, кечинмалар, болаликда куп дард тортганлик, шифохоналарда узоқ муддат даволанганлик болаларда невроз пайдо бўлишига олиб келади деб кўрсатилади.

Ҳозирги вақтда руҳий жароҳатнинг неврозлар шаклланишидаги аҳамияти кўпчилик томонидан тан олинган бўлса-да, бу фикр турли илмий мактабларнинг намоёндалари томонидан турлича баҳоланади. Олимлар фикрининг ҳар хил бўлиши бежиз эмас, албатта. Чунки руҳий шикаст етказувчи вазият ҳар бир ҳолатда турлича бўлиши мумкин ва бу ўз навбатида шу беморнинг шахсий хусусиятларига, ҳаётий тажрибасига, ижтимоий аҳволига ва организмнинг ҳолатига боғлиқдир.

Абу Али ибн Сино неврозларнинг кўпгина белгиларини тасвирлар экан, уларнинг келиб чиқиш сабабларини тўғри аниқланган. Олим шундай ҳолатларнинг сабаби руҳий шикаст билан бир қаторда бемор организмидаги касалликлар, куп вақт оч қолиш, қон йўқотиш, у ёки бу ,аъзо, айниқса бош миyaning бўшлиги деб ҳисоблаган.

Ҳозирги вақтда неврозларнинг келиб чиқишида бир неча таълимот бор. 1993—94 йилларда З. Фрейд томонидан асосланган йуналиш АҚШда, Ғарбий Оврупо мамлакатларида кенг тарқалган. З. Фрейд таълимотига биноан невроз патогенези психоген шикастнинг характериға эмас, балки сексуал оламининг руҳий шикастланишиға олиб келувчи кечинмалар билан қай даражада боғлиқлиғига, қизиқишлари, эрта ёшлиқда бўлган руҳий жароҳат ва ҳодисалар билан боғлиқ яширин комплекслар билан боғланишиға асосланади.

Бошқа олимларнинг конституционал таълимоти буйича невротик бузилишларнинг келиб чиқишида наслий мойиллик асосий ўрин тутаяди, психоген шикастланиш ёрдамчи аҳамиятга эга дейилади. Ҳозирги вақтда бу дунёқараш чегара ҳаракатларни текширишнинг кенгайиши билан шахснинг автономлиги ташқи муҳит таъсириға берилмайди деган тушунча ўз аҳамиятини йўқотди.

Ҳозирги етакчи йўналиш невротик ҳолатларнинг шаклланишида бир қатор омиллар иштирок этади деб ҳисоблайди, шулардан энг зарурийлари шахснинг тузилмаси ва наслий мойиллиги деб ҳисобланади. П. Б. Ганнушкин (1933) кўпгина невротик ҳолатларнинг вужудга келиш вазиятини, таъсири ва ривожланишини тасвирлаб, келиб чиқиши руҳан бўлса-да, кўпгина ҳолларда у руҳияти шикаста шахсларда пайдо бўлади, дейди. В. А. Гиляревский (1973), неврозларда руҳий шикастланишга алоҳида эътибор килиб, шахснинг тузилишида ўзгаришлар бузилиши шартлигини таъкидлайди. Руҳий шикаст кўпинча биринчи туртки ахамиятини касб этади. Д. Ж. Бирд (1869) неврастенияни дастлабки марта таърифлаб, уни тез ўсаётган цивилизация билан боғлайди ва нерв системаси ҳаёт талаб қиладиган суръатга дош беролмайди ва чарчайди дейди. П. Д. Мобиус (1906) неврастенияда конституционал омил асосий ахамиятга эга деб таъкидлайди. Шу иккала иқтисодий ва конституционал омил ҳозирги даврга қадар муҳокама этиб келинмокда.

К. Е. Краснушкин (1960) тез иш битираман деб зўриқиш, чарчашни енгиш учун ҳаракат қилиш, кўпинча мажбуран ухламаслик организмнинг дам ололмаслигига, ички имкониятлари камайишига олиб келади, натижада асаб чарчаши оқибатида неврастенияни келтириб чиқаради, деб уқдиради.

Француз руҳиётчилари (П. Жаннет, 1907, 3. Д. Юпре, 1903 ва б.) истериянинг асосий белгиларини баён этиб, истерик конституционал тузилишга етакчи сабаб деб қарадилар. Е. К. Краснушкин (1929) истерик реакция сабаблари руҳий-биологик катламларда етакчи омил деб ҳисоблайди. Э. Крепелин (1915) истерия учун хис-ҳаяжон, руҳий ва соматик фаолиятнинг барча жабхаларига ёйилиши характерли деб ҳисоблайди ва улар касаллик белгиларига айланади ва ҳаяжон тўлқини омилларнинг бузилган ва купайтирилган ҳолда намоён бўлиши деб қарайди. Унинг фикрига кўра ҳар бир одамда кучли ҳаяжонланганда товуши йўқолиб қолиши, оёғи қийшайиб қолиши мумкин ва ҳоказо. Истерик шахсларда бутун руҳий фаолияти лабил — бекарор бўлгани учун бу бузилишлар жуда арзимаган сабаб билан келиб чиқиши ва осонгина ўрнашиб қолиши мумкин. Э. Крепелин руҳий фаолиятнинг бу алоҳида реакцияларини химоя мослашувининг инстинктив шаклларида деб ҳисоблайди.

К. Бангоффер (1921) хоҳиш назариясини таклиф қилган бўлиб, истерик бузилишларда ҳамма вақт сунъий равишда, намоийшкорона кечинмаларни баён этувчи касал хоҳиши сезилади. Клиник кузатишлар истерик бузилишлар шахсни у кўтара олмайдиган ҳолатдан химоя реакция эканлигини тасдиқлайди. Бу яна шу билан исботланадики, врач истерик соматик бузилишлар яққол бор ҳолатда беморга касаллиги енгил ва хавфсиз деб ишонтирмоқчи бўлади. Бундай ҳолатларда баъзан истерик бузилишлар оғирлашади.

И. П. Павлов ва унинг шогирдлари невроз ҳолатлар патофизиологик табиатини англаш асосларига замин яратганлар. Тиббиёт тарихида улар биринчи марта тажрибагоҳ шароитида

тажриба ҳайвонларида невроз ҳосил қилдилар. И. П. Павлов концепциясига биноан неврозлар келиб чиқишида кучи ёки давомийлиги жихатидан ҳаддан ташқари кучли таъсир этувчи омилларнинг марказий асаб мажмуасига таъсири ётади ва бу нерв фаолиятининг узилишига олиб келади. Бу концепция неврозлар шаклланишини клиник мушоҳада қилишда (С. Н. Давиденков, 1963) тасдиқланади. Неврозлар келиб чиқиш механизмида асосий асаб жараёнлари—таъсирланиш ёки тормозланиш, ёки уларнинг сурилиши, кучланиши муҳим аҳамият касб этади.

И. П. Павлов неврастениянинг икки шакли (босқичи)ни ажратди: гиперстеник ва гипостеник. Биринчисида ички тормозланиш жараёни бушашиб таъсирчанлик ошиб қолади, иккинчисида эса тез толиқиш, таъсирчанликнинг бўшашуви кузатилади. Неврозларнинг алоҳида турларини ажратиш (неврастения, ёпишқоқ ҳолатлар неврози ва истерик невроз) И. П. Павлов таълимотига биноан қуйидагича бўлади: бадий, фикрловчи ва оралик. Неврастения купинча одамларнинг оралик кўринишидаги вакилларида, истерия бадий ва ёпишқоқ фикрлар — тафаккур кўринишларида учрайди.

И. П. Павлов истериянинг патофизиологик моҳиятини нафақат пўстлоқ фаолиятининг бўшашишидан, балки пўстлоқ ости фаолияти пўстлоқ, фаолиятдан, бирламчи сигнал системаси — иккиламчи сигнал системасидан устунлик қилади, дейди. Ўта кучли руҳий шикасталик, оғир таъсиротдан пўстлоқ тормозланиш ҳолатига тушиб қолади. Истерик беморларининг ўта ҳаяжонли эканлигини, ортиқча таъсиротга берилиши шу билан тушунтирилади. Касаллик белгиларининг истерик мустаҳкамланиши асосида касалликка қайтиш «шартли хуш ёқиш ёки хоҳиш» ётади, шартли рефлекс ҳосил бўлади ва мустаҳкамланиб қолади.

И. П. Павлов ғояси нуқтаи назаридан ёпишқоқ ҳолатлар невроздаги кўрқишларда доимий ўчоқлардан иборат, етарли даражада индукцион тормозланиш бўлмаганлиги туфайли васваса ҳолатига ўхшайди. Шунинг учун ёпишқоқ ҳолатларда беморларнинг танкидий қараши сақланган бўлади. Ёпишқоқ қарама-қарши хоҳишлар асосида бош мия пўстлоқ ҳужайраларининг ультрапарадоксал босқичи ётади (Е. А. Попов, 1951).

Ташхиси. Кўприна ҳолатларда неврозларни, психозларни психотик шаклларида осонгина ажратиб олса бўлади. Неврозларда ифодали руҳий бузилишлар, масалан, галлюцинациялар, васваса ғоялар, Кандинский — Клерамбо синдроми, интеллектуал мнестик, кататоник, аффектив ва бошқа синдромлар учрамайди. Касаллик психоз касалликлардан фарқли ўлароқ, невроз аломатларида уз аксини топадиган руҳий шикастланиш вазияти билан боғлиқдир. Психозларга нисбатан қараганда неврозли беморларнинг одоби тартиблидир, неврозлар жамоат тартиби бузилишига, иқтисодий мослашувнинг бирданига узоқ вақт сусайишига олиб келмайди. Ўз ҳолатига танкидий нуқтаи назардан қарайди, касаллик белгиларига ётсираш сезилади. Неврозли беморлар ўз хоҳишлари билан шифокорга мурожаат этадилар. Психозли беморларда атроф муҳитни идрок қилиш ўзгарган,

неврозда эса сезги сақланган. Аммо кўпинча неврозларнинг дифференциал ташхисида маълум кийинчиликларга дуч келинади. Бу неврозсимон невротик синдромлар деб номланган синдромлар туфайли бўлиб, бу патопсихологик бузилишларнинг энг кам махсус белгилари хисобланади ва ҳам рухий (шизофрения, заҳарланиш, инфекция, органик психозларда), ҳам неврологик касалликларда учрайди. Неврозга ўхшаган синдромлар кўпинча эндоген (шизофрения) ёки соматик (гипертония касаллиги, юрак, буйрак, жигар, ошқозон-ичак, қандли диабет касалликлари), неврологик (менингитлар, энцефалитлар, бош мия ўсмаси, мия захми, авж олиб борадиган шоллик ва б.) касалликларда намоён бўлишидан олдин юзага чиқади. Неврастеник ёпишқоқ ва истерик бузилишлар бор, аммо ташқи кўриниш руёбга чиқиб шизофрениaning махсус аломатлари намоён булмасдан ривожланиши мумкин.

Юқорида келтирилган фикрларга асосан неврозсимон ҳолатларда уларни баҳолаш учун эҳтиёткорона ва ўйлаб иш тутмоқ лозим. Ташхисни аниқлаштириш учун кўпгина анамнестик маълумотлар, узоқ кузатиш, кунт билан соматик ва неврологик ҳамда тажрибагоқ (лаборатор), рентгенологик, электрофизиологик текширишлар олиб бориш лозим бўлади. Ташхис қўйишда органик, инфекция, интоксикацион психозларда қисқа ўтувчан психоз, онг ўзгариш даври, аста-секин кўпайиб борувчи астения, интеллектуал-мнестик хотиранинг саёзлиги, рухий фаолликнинг сўниши (мушоҳада ва танқиднинг камайиши), бош миянинг ўчоқли зарарланиши бўлиб ўтиши мумкинлигини унутмаслик керак. Психоорганик кўринишдаги ўзгариш, ривожланишга мойиллик невроз йуқлигини аниқлашга имкон беради. Шу принципларга асосан неврозлар соматик касалликлардаги неврозсимон синдромлардан фарқ қилинади. Кўпинча клиник кўринишида ёпишқоқ бузилишлар бўлган шизофрения билан дифференциал диагноз ўтказишга тўғри келади. Фикри тарқоқ обсессиялар, ёпишқоқ, маъносиз донишмандлик, неврозларга камроқ хос бўлиб, кўпинча шизофренида кузатилади (А. В. Снежневский, 1970).

Ёпишқоқликнинг аста-секин системалашувида ёпишқоқликнинг мантиқан ишларга ва ҳаяжон кўринишларининг бир хиллиги, уларнинг амбивалентли қаттиқлиги, касаллик клиник кўринишининг мураккаблашуви кузатилади, уларнинг психопатологик кўринишида узоқ вақт неврозсимон симптоматика устунлик қилади (неврозсимон шизофрения—Р. А. Наджаров, 1969). Ажратиб олишнинг мураккаблиги неврозсимон шизофренида оғир салбий ўзгаришлар, рухий чекиниш белгилари бўлиши билан оғирлашади. Неврозларда фобиялар нисбатан мономорф—бир хил кўринишга эга бўлади. Шизофренида эса турли кўринишга эга, узгарувчан бўлади, пировардида яна ҳам кенгайиши мумкин.

Неврозлардаги фобиялар аниқ ва рухий тушунарли бўлгани ҳолда шизофренидаги кўркув абстракт, турли-туман, кўпинча беъманидшз. Сабабсиз, далилсиз кўркув, ноаниқ хавотир натижасида ўткирхуруж пайдо булиши шизофрения ҳақида уйлашга асос беради. Шизофренига

жуда характерли бўлган руҳий патологик полиморфизм неврозлар учун хос эмас.

Бундан ташқари, психоген ёпишқоқликларга қарши ўлароқ, шизофренияда айниқса ҳаракат бузилиши ёпишқоқлиги касаллик ривожланган сари стереотип бўлиб боради, тобора ғалати ритуал (одат)ни эслатувчи системага айланиб, монотон ва бир хил кўринишдаги қайғуришга айланиб, ҳар замонда бемор қотиб қолади. Невроз билан оғриган касаллар руҳий пайдо бўлган ёпишқоқ сезгиларни ўзлари учун бегона биладилар ва улар билан курашишга ҳаракат қиладилар, шизофренияда эса руҳият ўзгарган сари бу сезгилар бегона бўлиб қолади, уларга нисбатан тинч ўйлаш муносабати пайдо бўлади. Бундан ташқари, руҳий жароҳат асосида чарчашдан, кучланишдан келиб чиққан ёпишқоқ, ҳолатлар неврозга нисбатан узоқ давом этмайди, беморни шикастлаётган вазиятлардан фориғ қилинганида касаллик енгил кечиши мумкин.

Агар клиник кўринишда гомоцид мойиллик билан кечувчи ёпишқоқ ҳолатларнинг хуруж сифатида бўлиши устунлик қилса (гомоцидомания—ўлдириш, ёпишқоқ фикр ҳосил бўлиши, доимо кўркув бўлиш ҳолати), бундай ҳолатларни эпилепсиянинг руҳий эквивалентлари билан солиштириб аниқлаш лозим бўлади (А. В. Смулевич, 1983).

Истероневротик белгилари бўлган невротик ҳолатларни кам градиентли шизофрения билан солиштириш ва аниқлаш лозим бўлади.

Касалликнинг процессуал табиати ҳақида ўзга невротик кўринишларни ва шахснинг шизофреник ўзгаришидан клиник кўринишнинг ўзгариши гувоҳлик беради ҳамда истерия кўринишининг, баъзан психопатологик кўринишлари: истерик стигмаларнинг қўполлиги, ташқи ҳолат билан алоқа йуклиги ва истерия учун хос бўлган атрофда бўлаётганларда аффектнинг бой модуляцияси ва жонли реакциялар билан ажралиб туради.

Даволаш. Неврозларни даволаш комплекси дифференциаллашган бўлиб, руҳий, руҳий-фармакологик дори-дармонлар ва умумий қувватловчи дори-дармонларни ўз таркибига олган бўлиши керак. Бунда касаллик босқичини ва етакчи невротик синдромни ҳисобга олиш керак. Неврозларни даволаш руҳий таъсирот берадиган омилларни аниқлаш ва уларни йуқотишдан бошланади. Баъзида шунинг ўзи неврознинг кейинги ривожини тўхтатишга кифоя қилади. Кўпинча таъсирот таъсир доирасидан чиқариш, дам олиш, умум қувватловчи (ви-тамин, физиотерапевтик муолажалар ва б.) дори-дармонлар ёрдамида амбулатория шароитининг ўзидаёқ муваффақиятли даволашга эришиш мумкин.

Руҳий шикаст берадиган вазиятни йўқ қилишнинг имкони бўлмаса, шу вазиятга беморга турли руҳий даволаш йуллари билан таъсир этиб, муносабатини ўзгартириш керак. Иқтисодий чоралар катта аҳамиятга эга, чунки улар жанжалларни, шикастловчи ҳолатга келтирувчи ва шикасталик чақирувчи омилдир, шунга кўра беморни шу вазиятлардан фориғ қилмоқ лозим бўлади.

Даволашнинг бошида, оғирроқ ҳолатларда, айниқса ҳавотирлик, кўркув, зўриқиш, кайфият

ёмонлиги, невроз ҳолатларда, беморни стационарда даволаш талаб қилинадиган ҳолларда руҳий таъсир этувчи фармакологик даволаш лозим бўлади. Руҳий таъсир этувчи дори-дармонларни эрта қўллаш руҳий даволаш имкониятини сезиларли оширади.

Ўткир ва сурункали ҳолатларни дори-дармон билан даволашда руҳий фармакологик дорилардан фойдаланиш ва қўллаш услубида муҳим фарқлар бор. Хавотирли, кўрқув ҳиссиётлари билан ўзига-ўзи қасд қилиш белгилари билан бошланиши ўткир невротик ҳолатларда, яъни полиморф невротик белгиси бўлган ҳолатларда даволаш нафи препаратларнинг руҳий троп фаоллиги билан белгиланади. Шундай ҳолатларда транквилизаторлардан феназепам, ативан, бензодиазепин ҳосилалари (томчилаб қуйиш мақсадга мувофиқ) ҳамда нейролептиklar (стелезин, хлорпротексен, эглонил, лепонекс) кичик дозаларда яхши натижалар беради.

Неврастенияларда бошланғич босқичларида транквилизаторлар (седуксен, элениум, тазепам, зуноктин, фенозепам, мебрамат, триоксазин ва б.) берилиб, сўнгра руҳий стимуляторлар берилиши (сиднокарб, синдофен) мақсадга мувофиқдир. Неврастениянинг гиперстеник босқичида элениум, седуксен, бромидлар, валериана эритмаси ва бошқалар тайинланади. Транквилизаторлар билан биргаликда антидепрессантлар (амитриптилин, пиразидол) ва нейролептик дори-дармонлар (терален, меллерил) оз микдорда қўлланилади.

Неврастениянинг гипостеник босқичида астения ортиқчароқ бўлганда умум қувватловчи дори-дармонлар, шу жумладан витаминлар, инсулиннинг бўлиб-бўлиб бериладиган дозаси (4—8—12—20 бирлик), транквилизаторлар, стимуляторлар (сиднокарб, центедрин ва б.), ноотроплар (ноотронил, аминалон)дан фойдаланилади. Яна юмшоқ, таъсир этувчи руҳий активловчи препаратлар, элеутерококк, хитой лимони спиртли эритмалари, алоэ, ФИБС, АТФ ва бошқалар қўлланилади.

Ёпишқоқ ҳолатлар неврозларида уч цикли анти-депрессантларни транквилизаторлар билан қўшиб тайинлаш керак. Истерик невроз бошланишидаёқ нейролептик фенотиазин қаторидаги теранин, сонапакс (меллерил), неулептил ва аминазин қўллаш мақсадга мувофиқдир (Н. Г. Шашкова, Т. С. Аванесова, 1983).

Неврозларнинг кўринишларидан бири уйқунинг жиддий бузилишида руҳий фармакологик гипнотик хусусиятли препаратлар (эуноктин ёки радедорм, фенозепам, пропазин, терален, хлорпротексин, сонапокс, меллерил) қўллаш тавсия қилинади. Узоққа чўзилган невроз ҳолатларини даволашда препаратларга, ҳатто кучли руҳий троп препаратларга ўрганиб қолишни, индивидуал сезгирликни, касалликнинг клиник кўринишини ҳисобга олиш даркор. Шундай ҳолатларнинг клиник кўринишларида кўпинча аффектив бузилишлар етакчи бўлгани сабабли асосий невротик синдромга боғлиқ бўлган ҳаяжонни босишга йўналтирилган антидепрессант ва бошқа препаратлар даволаш учун танлаб олиниши зарур.

Неврозларни даволашда руҳиятга таъсир қилиб даволаш катта аҳамиятга эга. Руҳий даволаш беморнинг аҳволи ва хасталикнинг асосий белгиларига қараб индивидуал ҳолда қўлланилади. Неврозларда кўпгина ҳозирги замон руҳий даволаш услублари — бедорлик ва гипноз ҳолатларида шахсий ишонч суҳбатларидан то жамоа—гуруҳ бўлиб ёки оилавий руҳий даволаш сеансларигача қўлланилади. Одатда руҳий даволаш бемор билан шифокор тўғри алоқа боғлаганда ҳамда радио орқали, зангори экран, магнитофон ёки грампластинка ёрдамида ўтказилиши мумкин. Руҳий терапиянинг бу шакллари одамларнинг катта гуруҳлари билан ишлашда ўзини оқлаган. Буларнинг камчилиги касалдан шифокорга акс алоқанинг йуқлигидир. Руҳий терапия ўз олдига турли мақсадларни қўяди. Биринчи навбатда беморга шикастлайдиган вазият, яъни неврозга олиб келган вазиятнинг аҳамиятини тушунтириш керак. Биринчи навбатдаги вазифа удаланса, кейингисига ўтса бўлади. Беморнинг стресс ҳолатлар учун мослашувини ошириш лозим. Агар руҳий вазиятларнинг манбаи оилавий муносабатлар бўлса, унда шифокор уларни мўъ-тадиллаштиришга ёрдам бериши зарур (Н. М. Жарков).

Неврастенияда кўпроқ рационал руҳий терапиядан фойдаланиш лозим. Имкон қадар беморга ёрдам беришга ҳаракат қилиш, тушунтирибми, маслаҳат биланми юзага келган вазиятни юмшатиш ёки ҳал қилиш лозим.

Неврастенияни даволашда тўғри ташкил этилган дам олиш ва меҳнатнинг катта аҳамияти бор. Беморларга иш соатлари орасида дам олишни маслаҳат бериш ва кечаси ишлашни ман этмоқ керак. Ёпишқоқ неврозда гипноз уйқусида таъсир этиш рационал даволаш усули ҳисобланади.

Истерик неврозли беморларда руҳий терапия унинг барча турларига яхши таъсир этади. Алоҳида қаттиқ кечадиган ҳолларда беморларни енгил наркотик уйқу вақтида ишонтириш йули билан даволанади. Бунда барбамил, гексенал, пентотал киритилиб, ҳосил бўлган енгил наркотик уйқу вақтида руҳий терапия, ишонтириш, уқдириш ўтказилади.

Абу Али ибн Сино истерик бузилишларни даволашда этиопатогеник ва комплекс даволашни қўллаган. У қон олиш, сувда чўмилиш, ҳукна қилиш, хайз чақирувчи шамчалар қўйиш, жинсий шаҳватни пасайтирувчи дори моддалар беришни, қизларни «куёвга узатишни», руҳий терапия ўтказишни тавсия қилган. Бу касалликда вино ва спиртли ичимликларнинг салбий таъсири таъкидланган.

Неврозларда электр, нур, иссиқ билан даволаш ҳамда санаторий-курортда даволаш усуллари, балчиқ, турли ванна ва сув муолажалари кенг қўлланилаёпти. Даволаш жисмоний тарбияси тавсия этилади, электруйқу, игна билан даволаш ёрдам беради. Очлик билан даволаш ҳам маълум даражада яхши натижалар беради.

1 Неврастения учун қуйидаги симптомлар хос:

4
6
2
3
1

3
4
тажанглик
конфабуляциялар
юзак ийку
гиперестезия
шилким шуб :алар
психосенсор бузилишлар

2 Шилким холатлар неврози учун кайси симптом хос:

галлюцинациялар
гиперестезия
обсессия
васваса гоюлар
ритуаллар
эйфория

3 Обсессив синдромнинг асосий симптомлари:

ёпИшкок гоюлар (харакатлар)
ташқаридан бегоналарнинг фикрларини идрок этиш
беморнинг холати унга кийинчилик тугдирмайди
галлюцинациялар булиши
купИнча куркувлар билан кузатилиши
бЕмОр учун огир, узлуксиз «мотивлар кураши» холати

4 Неврозларни даволашда етакчи терапевтик усул:

псИхофармакотерапия
фармакотерапия
псИхотерапия
физиотерапия
фОтотерапия
стресс- биологик метод

5 Социал фобиялар клиникаси:

55
6
2
3
1
5
6
атрофда одамлар булганда одамлага аралашидан куркиш
улим куркуви
келажакдан куркиш
моддий йукотишдан куркиш
атрофда одамлар булганда уялишдан куркиш
оммавий чикишда кизаришдан куркиш

6 Генерализациялашган вахимали бузилишга кирмайди:

56
6
2
3
2
3

6
 ориентация бузилиши
 утмишдаги вахима хуружлари
 купинча депрессия кушилади
 псевдогаллюцинация
 узок чузилган касаллик
 полиурия, ич кетиши, куп терлаш

7 Истерик невроз учун хос :

58
 6
 2
 3
 1
 3
 4
 к'пинча аёлларда учрайди
 сезги доирасининг бузилиши
 болаликдан пайдо бўлиши
 вегетатив нерв тизими бузилишлари
 шахсияти шизоид типли одамларда купрок учрайди
 купинча эркакларда учрайди

8 Уйку бузилишларига киради:

60
 6
 2
 3
 1
 3
 5
 юзаки, хавотирли уйку
 да шатли тушлар
 уйкуга кетишнинг кийинлашуви
 онейроид
 кечаси сийдик ушлай олмаслик
 сопор

9 Невроз учун куйидаги симптомлар хос:

83
 6
 2
 3
 1
 3
 6
 кузгалувчанлик
 конфабуляция
 юзаки уйку
 фиксацион амнезия
 амбулатор автоматизм
 гиперестезия
 10 Кайси симптом ёпишкок холатлар неврози учун хос?

84
 6
 2
 405

3
3
5
6галлюцинация
гиперестезия
обсессия
васваса гоялари
ритуаллар
фобиялар

11 Қуйидаги усулларнинг қайси бири неврозларни даволашда қулланилади:

94
6
2
3
1
3
5транквилизаторлар
тетурам, антабус, рудотель
физиотерапия, санатор-курорт шароитида даволаш
литий тузлари
гипноз ва аутотренинг
антиконвульсантлар, барбитуратлар

12 Уйқу бузилишларига киради:

196
6
2
3
1
3
4юзак, хавотирли уйқу
дашатли тушлар
уйқуга кетишнинг кийинлашуви
эрта уйқониб олиш
кечаси сийдик ушлай олмаслик
вербал моногаллюциноз нохуш мазмунли

РЕАКТИВ ПСИХОЗЛАР

Реактив психозлар—оғир руҳий жароҳат ёки ноқулай вазиятлар учун патологик реакция кўринишидаги руҳий бузилишлардир. Неврозлардан фарқли ўлароқ (булар ҳам психоген ҳолатлар деб қаралади), реактив психозларда озми ёки кўпми руҳиятни жиддийгина психомотор, аффектив, галлюцинатор васвасалар, истерик реакциялар, кўпинча онгнинг бузилишлари кузатилади. Реактив психоз ҳолатидаги касалларнинг ўз ҳолатини танқидий баҳолаши йўқолади,

ўзининг қилиқларини билмай қолади. Шунга қарамасдан реактив психозларда (психоген касалликлар—неврозлар орасида) аломатларнинг қайтиши кузатилади.

Реактив психозларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари яқин одамларининг оламдан ўтиши, сексуал можаролар ва хизмат жойларидаги турли жанжаллардир. Рухий жароҳатнинг мазмуни рухий бузилишлар кўринишида акс этади. Рухий жароҳат тугаши билан одатда улар ўтиб кетади (Яспера учлиги). Бу психозларнинг ривожланиши шахснинг конституционал тузилишига (психопатларда), бошидан кечирган касалликларига, ёшига (усмирларда, қарияларда), ақлий ривожига (ақли пастроқларда) боғлиқдир. Аммо, мутлақо соғлом одамда ҳам ривож топиши мумкин.

Ўткир реактив ҳолатлар (аффектив—шок реакциялар, кўрқув психозлари). Ўткир реактив ҳолатлар аффектив— шок реакциялари кўринишида кучли ҳаяжон, изтиробларда (ер қимирлаганда, сув тошганда, ўт кетганда, темир йул фалокатлари, бомба портлаши), кўп одамлар тўпланган жойда кучли ҳаяжон, изтиробларда пайдо бўлади. Баъзида бирдан руй берган бахтсизликдан: яқин одамнинг ўлими, қимматбаҳо нарчасини йўқотиб қўйиши, ғам-ташвишга тушиши билан пайдо бўлиши мумкин. Аффектив — шок реакциялари клиник жиҳатдан кўзғолиш кўринишига (гиперкинетик шакл) ёки тормозланиш (гипоастеник шакл) кўринишига эга бўлиши мумкин.

Аффектив—шок реакцияси Кречмер ҳаракат бўрони (1924), ҳаракат ва ҳолатнинг тартибсиз кўринишидан иборат бўлиб, каёққадир қочиш, маънисиз ўзини у ёқдан бу ёққа уришдан (фугиформ реакциялардан) иборат бўлади. Беморлар ташвиш, хавотирлик, кўрқинч, ваҳима, даҳшат сезадилар. Бу кўзғолиш қаттиқ қичқириш, йиғи, инграш ва ҳоказолар билан кузатилади. Беморлар онги торайганидан атрофга мулжал ололмайдилар, ҳаёти учун хавфли ҳаракатлар қилишлари мумкин. Олов ёнаётганда деразадан узини ташлаб юбориши мумкин. Ҳаракат кўзғолишининг давомлилиги кўп бўлмай, 10—20 минутдан ошмайди.

Ҳаракатсизлик билан кечадиган аффектив — шок реакцияси нисбатан қисман ёки тўлиқ ҳаракатсизлик билан тавсифланади, кўпинча тўла ступор ёки мутизмгача (аффектоген ступор, «кичик ўлим», Кречмер буйича, 1924) етади. Беморлар кўрқув аффекти қаерда юз берган бўлса, ўша ернинг ўзида кўрққан, ташқи дунёга алоқасиз ҳолда қотиб қолади. Ступорнинг давомийлиги бир неча минутдан бир неча соат, ҳатто оғирроқ турида 2—3 кун давом этиши мумкин. Психоз даврига хос бўлган кечинмалар эсдан чикиб кетади.

Суд, қисман суд-тиббий амалиётида ўткир ҳолатда психоген асосли истерик психоз (Крепелин буйича «қамок истерияси») пайдо бўлиши мумкин. Уларда онгнинг ғирашира бузилиши, бошдан кечирган нохуш кечинмалар асосида бошқариб бўлмайдиган намоийшкорона ҳаракатлар бошланади. Улар куладилар, баъзан йиғлайдилар, баъзан танг ҳолатда қотиб қоладилар, булар қисқа вақтли кўзғолиш билан алмашинади ва қалтираш хуружига ўтади, галлюцинациялар кўпинча

кўркув ёки эшитув ҳолида бўлиб, руҳий жароҳат вазиятини акс эттиради.

Бу ҳолатларга мураккаб психопатологик псевдодеменция, Ганзер синдроми ва нуэрилизмлар киради.

Псевдодеменция (Вернике, 1906) онги озгина торайган фонда оддий билим ёки малакани эсидан чиқариб қўяди. Беморлар нотўғри жавоб бера бошлайдилар, оддий масалаларни еча олмайдилар (бурни ўрнига қулоғини кўрсатади, қўлидаги бармоқларини санай олмайди, беморлар кўзларини олайтириб, аҳмоқона куладилар, атрофдагилардан уялмайдилар. Псевдодеменция онгнинг чуқур бузилиши билан ўтадиган бўлса, истерик ғирашира онг бузилиши Ганзер синдроми дейилади (Ганзер, 1877). Бундай беморларда атроф ва вақтга мўлжал бўлмайди, атрофдагиларни танимайди, аҳмоқона ахлоқли бўлади. Қамок шароитида турган одамларда ривожланади.

Пуэрилизм—псевдодеменцияга яқин бўлган истерик реакциядир. Клиник жихатдан беморлар болаларнинг қилиқларини қиладилар. Беморлар ўзларини худди еш болалардек тутадилар, болалар товушида гапирадилар, пичирлашади, кўғирчоқ ўйнайди, бошқа болаларга хос ўйинларни ўйнайди, овқатлантириб қўйишни сурайдилар, қўлидан ушлаб юришни, конфет сўришни яхши кўрадилар, атрофдагиларга холача, тоғача деб мурожаат қиладилар. Бу таъсиротлар пуэрил деб номланади ва руҳий жароҳат таъсироти тугаганидан сўнг ўтиб кетади.

Чўзилган реактив психозлар

Чўзилган реактив психозлар ўткир шок реакцияларига нисбатан кўпинча узоқ давом этади, камроқ ҳолларда қисқа бўлса-да кўп марта қайтарилган руҳий жароҳатдан сўнг ривожланади. Одатда руҳий психозлар руҳий жароҳатдан бир оз вақт ўтганидан сўнг ривожланади. Агар ўткир шок реакциялари фалокат, фожиа, урушлар даврида пайдо бўлса, чўзилган руҳий реакциялар беморнинг шикоятига тегишли сабаблар орқали (яқинларининг ўлими, эр-хотиннинг хатти-ҳаракати, ишидаги жиддий жанжаллар ва бошқалар) вужудга келади. Шунга ўхшаш психоген реакциялар учун хос бўлгани реактив депрессия ва реактив параноиддир.

Реактив депрессия

Реактив психозлар ичида клиник кўринишида депрессив синдром ташкил этадиган тарқалган шаклларида биридир. Психоген депрессиялар депрессиянинг тез-тез учрайдиган шаклидир. Ф. И. Иванова (1970) буйича депрессив ҳолатлар умумий реактив психозларнинг 10% ини, Н. А. Кантарович буйича 43% ини ташкил этади. Депрессив реакцияларнинг генези анча мураккаб. Реактив депрессиянинг вужудга келишида руҳий жароҳат билан бир қаторда бошқа омиллар—наслий конституция, ёш, соматик касалликлар аҳамиятга эгадир. Реактив депрессия клиникаси тушкунлик кайфиятидан, ҳаракат сусайганлигидан, маърифийсизлик кўркув, ишончсизлик, ўз

кайғуларининг, алоҳидалигидан иборат бўлади. Ўз кечинмаларида бемор кўпроқ ўзидан кўра ўзгаларни айблади. Ўзини-ўзи айблаш камроқ учрайди. Оғирроқ ҳолатларда суицидал мойилликлар бўлиб ўтиши мумкин. Бемор учун бутун онгини, ақлини бўлиб ўтган руҳий жароҳат манбаига қаратилади, бошидан кечиргани узоқ вақт хаёлидан кетмайди, бу муаммонинг фаоллиги сусаймайди. Шунинг учун одатда жим юривчи беморлар кучли депрессив реакция беради, тўсатдан бўлган воқеа ҳақида эслатилса, у ғазабланган ҳолда узоқ вақт ўша мавзу ҳақида гапириши мумкин.

Беморларнинг барча диққати ўзлари учун фалокатли мавзуга қаратилган бўлади, бахтсизлик ходисасига қайта-қайта қайтадилар, бўлган воқеа айбдори устида ўта қимматли ғоялар айтилади. Беморларнинг уйқуси ва иштахаси бузилади (айниқса касалликнинг дастлабки кунларида), кўпинча овқат ейишдан бош тортадилар.

Реактив депрессиянинг кечиши уни вужудга келтирган жароҳат тавсифига боғлиқ бўлиб, хафталаб ва ойлаб чўзилиши мумкин, аммо депрессия соғломлашиш билан тугайди. Дифференциал ташхис учун реактив бошланган эндоген ёки пресенил депрессия, ёки церебрал атеросклероз фонидида вужудга келган депрессия кейинчалик қайталаниши мумкин. Маниакал-депрессив синдромдаги ёки шизофрениядаги эндоген депрессиядан фарқли ўлароқ бу депрессияни «йиғлоқи» деб аташ мумкин, чунки жароҳатлаиған вазият ҳақида гап кетса, беморлар кўпинча йиғлайдилар. Эндоген депрессияга хос бўлган ҳаракат сустиги унча ифодаланмаган дифференциал ташхисда беморларнинг кечинмаларида жароҳатлайдигани омилар инъикоси бўлиб, унинг кечинмалари «тушунарлидир».

Реактив параноидлар

Клиник жиҳатдан кўп кўринишли гуруҳ бўлиб, хусусан ўткир параноид, карлик васваси холида бўлади.

Ўткир бошланган психоген параноид қиска давом этади (бир хафтадан 1—2 ойгача) ва ўткир реактив параноид дейилади. Улар муносабат ва кузатиб юриш васвасалари билан тавсифланиб, уларнинг мазмуни жароҳатлаиған вазиятни инъикос этади, эшитув, кўрув галлюцинациялари ва кўрқув аффекти билан давом этади. Беморлар нокулай вазият натижасида унга ёмон муносабатда бўлишяпти деб, унинг орқасидан таъкиб қилиб юраётгандек, унга ёмонликни раво кўраётгандек, кўчада нотаниш одамлар хавотирланиб қараётгандек худди бир-бирига белги бераётгандек туюлади. Эшитув ва кўрув галлюцинациялари мазмуни бўйича реактив параноид мавзусига бориб тақалади ва касалликнинг давом этиши жароҳат чақирган вазият тугяшига боғлиқдир.

Реактив васваса психозларининг турларидан бири кар одамдаги муносабат ва таъкиб қилиш васвасасидир. Беморларга атрофдагилар унинг устидан кулаётгандек туюлади, нимадир ёмон фикр

уйлаётгандек уни ҳуқуқ қисиб қўяётгандек уни иложсизлигидан фойдаланаётгандек туюлади.

Доимо руҳий касалликлар билан мулоқотда бўладиган одамларда индуцирланган реактив параноид пайдо бўлиши мумкин. Бу кўпинча оилавий васвасага айланиб кетади. Бу ҳолат кўпинча бир ёки оиланинг бир нечта аъзосида пайдо бўлади. Бунга сабаб руҳий бемор оиланинг бошлиғи бўлса, уни васвасавий сафсаталарини атрофдагилар танқидий нуқтаи назардан қарамасдан, тўғри деб қабул қиладилар ва унга ўз муносабатлари билан кўшиладилар («руҳий» касалликнинг юкиши). Бу васвасанинг пайдо бўлиши, бундан ташқари, юққан одамда ишониш, чекланиш, интеллектуал етишмовчилик хусусиятлари борлигини намоён қилади. Индуцирланган юктирилган васваса кўпинча таъкиб қилиш тавсифига эга бўлади. Индуцирланган васваса кам учрайди ва одатда касалдан ажратилганда изсиз йуқолиб кетади.

Реактив галлюциноз

Руҳий хасталикларнинг анчагина кам учрайдигани клиник кўринишида реактив галлюциноз тавсифи бўлган галлюцинациялар етакчи ўрин тутаяди. Галлюцинациялар одатда эшитув, жалб қилиш кўринишида бўлиб, яқинлари, таниш, қўни-қўшниларининг товуши бўлиб, мазмуни жиҳатидан хотиржамлик ёки таъна ва ҳатто қўрқитув мазмунига эга бўлиши мумкин. Шу билан бирга реактив психозлар патогенезида ниҳоятда аҳамиятли бўлган звено экзоген ёки соматоген юзага келтирилган руҳий фаолиятнинг ўзгаришидир. Буни патологик асоси, мохияти дейилади (С. Г. Жислин, 1965, Ф. И. Иванов, 1970). Реактив галлюциноз патогенезида руҳий ёки жисмоний чарчаш билан боғлиқ бўлган астенизация ҳам иштирок этади. Бўлар чарчаш, аффектив кучланиш, мажбурий уйқусизлик соматик касалликлар, бош мия жароҳатлари, заҳарланишлар, алкоголизмлардан биттаси кўпроқ асос бўлиб хизмат қилади. Физиологик ҳолатлар: ҳомиладорлик, лактация, ёшга қараб юз берувчи кризлар (пубертат ва инволюция) маълум аҳамиятга эга бўлади.

Даволаш ва қайта тиклаш. Реактив психозларни даволаш асослари неврозни даволашга жуда ўхшайди. Имкони бўлса, биринчи навбатда касалликнинг сабаби, руҳий жароҳатлантирувчи вазиятни аниқлаш керак.

Терапевтик тактика психогениянинг клиник кўриниши, ўткирлиги ва алоҳидалиги билан боғлиқдир.

Ўткир психоген реакцияларда тез ёрдам кўрсатиш зарур. Ўткир психоз хуружини тўхтатиш учун нейролептик дори-дармон (аминазин, стелазин, галоперидол) ҳамда транквилизаторлардан (седуксен, элениум, реланиум) тайинланади. Масалан, бирданига учта боласи ўлган ота ўлимдан бир оз вақт ўтгач болаларининг таъкиб товушини, йиғисини, инграшини, ёрдам ҳақидаги кичкиригини эшита бошлайди ва бу кечасига кучаяди.

Темир йўл реактив параноидлари

Узоқ вақт темир йўқ саёҳатларида пайдо бўлади. Бўларнинг ривожиди руҳий ва жисмоний чарчаш, мунтазам овқат емаслик, узоқ вақт ухламаслик алкохол ичиш, ҳаёт оддий оқимининг бузилиши каби мойиллик қиладиган омиллар аҳамиятга эга. Аммо асосий патоген бўлиб ўша вазият, темир йўқ ҳолати ҳосил қилувчи вазият, ноаниқлик хотиржамликнинг бўлмаслиги хизмат қилади. Шундай вазиятда беморларда аффектив кучланиш, гумонсирашлик, атрофда ўғрилар ўралашган деган фикр пайдо бўлиб, уни ўғирлаш ёки ўлдиришни хоҳлайдилар деб билади. Кўпинча бу кўрқувдан бемор вагондан сакраб тушиб қолади. Бунда ўз молларини қолдириб жонимни омон сақладим дейди.

Этиологияси ва патогенези. Реактив психозларнинг сири, у ёки бу руҳий жиҳатдан чиқарувчи таъсирот (ҳалокатлар, фожиалар, ҳарбий уруш ҳолатлари, ҳаёт учун нохуш бўлган оилавий ва хизматдаги жанжаллар, қамокқа олиш, қамаб қўйиш ва бошқалар) сабаб бўлади.

Реактив ҳолатларнинг шаклланиши учун беморнинг конституционал тузилиши, касалликдан олдинги ҳолати кўшимча омиллар сифатида хизмат қилади ва реактив омил клиник кўринишга таъсир қилади (Мак Каве М., 1986). Реактив психозларнинг барча турларини даволашда руҳий даволаш юқори натижали даволаш воситаси ҳисобланади. Руҳий даволашнинг биринчи навбатдаги вазифаси жароҳатланувчининг вазиятини миядан чиқариш ва унинг фикрини бошқа бирор шунга ўхшаш фаол вазиятга ўтказишга ҳаракат қилишдан иборатдир (С. Ф. Васин, В. Е. Рожков, М. А. Рожкова, 1978). Сўнгра жароҳатга боғлиқ бўлган ишга жалб қилиб, унинг фаолиятини фаоллаштириш керак. Бемор билан мулоқот вақтида жароҳатловчи вазиятдан чиқишга иложи борича ёрдам бериш керак. Оилавий ва хизмат муносабатларини ўзгартиришга бемор руҳиятини тайёрлаш ва ҳаётидаги режаларни ўзгартиришга мослашишни енгиллаштиришга қаратиш керак.

Руҳий даволаш билан бирга кенг микёсда дори-дармон билан даволаш, физиотерапевтик тадбирлар, сувдан, даволаш гимнастикасидан ва бошқа воситалардан фойдаланиш лозим.

Реактив депрессияларда тимолитиклар, транквилизаторлар ва нейрорегуляторлар билан бирга тайинланади. Агар постреактив астениялар узоқ вақт қолса, умум қувватловчи дори-дармонлар, ноотроп гуруҳи дорилари ҳамда кучайтирувчилар (сиднокарб, центедрин) қўлланилади.

Психотик ҳолатлар даволангач қайта тиклаш чоратадбирлари қўлланилади ва бемор олдидаги ижтимоий муаммоларни ҳал қилиш керак бўлади. Бўларни одатда диспансерларда, амбулатор назоратда турганда, кундузги стационарда бўлган даврда ўтказилади. Меҳнат жараёни ва иш меъёрини шифокор белгилайди.

Реактив психозлар асосан қайтади, одатда, руҳий саломатлиги тикланади ва бемор меҳнатга лойиқ деб ҳисобланади.

Суд-психиатрия экспертизаси. Аввало реактив ҳолат ҳуқуқ бузилишидан аввал ёки кейин

пайдо бўлганини ўрганиш, аниқлаш лозим. Агар ҳуқуқ бўзиш ўткир ёки чўзилган реактив ҳолатида, рухий фаолиятнинг чуқур бузилишлари билан ўзгарган ҳолатида бўлса, бу ҳолда беморлар жамоат ўртасида хавфли ҳаракатлар қилиши мумкин, унда беморни бундай ҳаракатига жавоб беролмайди деб ҳисоблаш мумкин.

Агар реактив психоз жиноят содир қилгандан сўнг пайдо бўлса, беморни стационарда даволашга юборилади ва соғайганидан сўнг у жинойий жавобгарликка тортилади.

Реактив психозлар (реактив депрессия)

1. Бемор Н, 48 ёш, уйланган. Алкогол истеъмол қилмайди. Автохалокатдан сунг юз жаг суягида деформация колди ва юзда чандик пайдо булди. Шу сабабли хавтирга тушиб, кечалари уйкуси бузилди. Тушкун. Айтишича, «яшашнинг хождати йук», «улдирадиган укол қилишларини сурамоқда»

.Синдромал ташхис

.Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромнинг симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

6. Реактив депрессия

7. Реактив ҳолат, шизофрения, МДПнинг реактив фазаси

8. Клинико анамнестик, патопсихологик текширув

9. Тушкун қайфият, уйку бузилиши, суицид хаеллар

10. Психиатрик касалхонага даволанишга юбориш, антидепрессантлар, транквилизаторлар, психотерапия.

Реактив психозлар

2 Бемор К 58 ёш, характериға кура кунгилчанг, инсофли ишчи.

Текширув ката миқдорда камомат аниқлади, бемордан шубха

қилишди, кейин бу хулоса нотугрилиги аниқланди. Беморда хавотир

пайдо булди, узини угридек хис қилишни бошлади. Назарида

хамкасблари у тугрисида пичирлашяптилар, гапларига караганда бу

нарса атайлаб уюштирилган. Жуда хам кузгалувчан, узини ойнадан

ташламоқчи булди.

. Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

. тахминий ташхисингиз

.қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни барча симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш?

Жавоблар

1. Реактив психоз ва психопатиялар

2. Истерик психоз

3. Клинико-анамнестик текширув, Патопсихологик текширувлар

4. Психик фаолиятнинг функционал кайтар бузулишлари. Критика бузилган, амнезия, психомотор кузгалишлар ёки ступор, галлюцинация, онгнинг хиралашуви, фикр бузилишлари.
5. Рухий касалликлар касалхонасига йулланма.

Реактив психозлар

3Бемор Р, 36 ёш эрининг хиёнатидан сунг кучага чикмай куйди. Овкат ейишдан, гаплашишдан бош тортяпти, 10 кг га озиб кетган, хайрлашув хатини ёзиб, димедрол ичиб токсикология булимига келиб тушган.

.синдромал ташхис

- .Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
- .сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
- .асосий текшириш усуллари
- .бу синдромни симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

- 1.Биполяр бузилишлар, шизофрения, бош мия органик касалликлари
- 2.Реактив депрессия
3. Патопсихологик текширувлар
4. Тушкун кайфият, фикр ва харакат секинлиги,
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш, антидепрессантлар, транквилизаторлар, психотерапия

Реактив психозлар (реактив депрессия)

4Бемор Н 48 ёш, углининг улимидан сунг ухламай куйди,овкат емайди. Хайрлашув хатларини ёзмокда, уз жонига касд килди.

- . Синдромал ташхис
- . Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
- .Кўшимча текшириш усуллари
- .бу синдромнинг барча симптомларини санаб беринг
- .УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Реактив депрессия
2. Биполяр бузилишлар, шизофрения, реактив холатлар
3. Патопсихологик текширувлар, клинкоанамнестик текширув
4. Кайфият тушиши, фикр секинлашуви, харакат сустлиги, суицидал фикрлар
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш, антидепрессантлар, транквилизаторлар, психотерапия

Реактив психоз

5Бемор О.38 ёш. Ёлгиз кизининг тусатдан улимидан сунг ухламай куйди, овкат емайди. Хайрлашув хатларини ёзмокда, узини кизига нисбатан

етарлича меҳр бера олмасликда айибламоқда, кизининг овозини эшитиб уни қуряпман деяпти, улганига ишонмайди, кабирстонга катнамоқда, кизини казиб олиб беришларини талаб қилмоқда. Кизининг улганига ишониб уз жонига касд қилди.

.синдромал ташхис

.Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Реактив психоз, шизофрения, биполяр бузилишлар
2. Реактив депрессия(депрессиянинг васвасавий варианты)
3. Патопсихологик текширув
4. Қайфиятнинг аффектив тушқунлиги, инстинктлар сунган, уз узини айблаш, айбдорлик хисси. Галлюцинациялар қузатилмайди.
5. Наркологик клиникага даволанишга жунатиш.

Реактив ҳолатлар

3. Бемор С 48 ёш. Уйланган, сигарет чекади, эпизодик ичиб туради. Хотини жигар раки ва метастази билан касалхонада ётибди. Катта углеини наркотик қабул қилаётганини сезиб қолди. Шу сабабли хавотирга тушиб кечалари ухлолмаяпти, тушқун қайфиятда. Жонига касд қилиш фикридан йироқда. Бош оғришига шикоя қилади, ухлатиш учун дори беришларини сурамоқда. Сухбат давомида тез-тез йиглайди, айтишича «хотини ва углеини биргаликда йукотмоқда». КБ 210.120.

.синдромал ташхис

.Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. **Депрессив синдром**
2. МДП, шизофрения, Реактив психозлар
3. Реактив депрессия
4. Клинико-катамнестик, патопсихологик текширув, экспресс – тестлар
5. Психиатрик касалхонага стационар даволашга юбориш

22-БОБ

ПСИХОПАТИЯЛАР

Психопатиялар деганда шахс рухий хусусиятларининг дисгармонияси ва унинг ташқи таъсиротларга ноадекват реакциялари билан намоён бўлувчи хусусият I аномалиялари тушунилади. Ҳиссий-иродавий бекарорлик психопатик характернинг асосий белгиларидан бири сифатида зиддиятли вазиятларнинг осон келиб чиқишини таъминлайди, бунда кўпинча интеллект юқори даражада сақланган бўлади. Шахсининг бундай хусусиятлари туфайли рухий хаста атрофдагилар, жамоа билан қийин чиқишади ва кўпинча ўзи жамиятнинг реал талабларига мослашиши қийинлигидан азият чекади. Шундай қилиб, психопатияни рухий касаллик деб эмас, балки шахс шаклланишининг хасталик кўриниши деб қараш лозим. Бундан келиб чиқадики, психопатия билан касалланмайдилар, балки хусусиятнинг рухий хасталик белгилари ҳаёт давомида шаклланади. Ташқи муҳит рухий хасталик ҳодисаларини юмшатиши мумкин бўлганидек уларни кўлаб-қувватлаши ва кучайтириши ҳам мумкин. Бироқ хусусиятларнинг рухий хасталик билан шаклланишида атроф-муҳитнинг таъсири билан бир қаторда нерв тизимининг туғма нобоплиги ҳам аҳамият касб этади. Бу ҳолатни таъкидлаб, пуштнинг патологияси ва ҳомиланинг ҳар хил зарарланишларини назарда тутиш лозим бўлади. Хасталик хусусиятлар белгиларининг наслдан-наслга узатилиши ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади.

Клиник юзага чиқиши. Психопатиянинг дастлабки клиник аломатлари болалик ва усмирлик даврларига тўғри келади ҳамда бу белгилар аниқ ва турғун эмас, боланинг атроф-муҳитга мослашиб кетишини ҳар доим ҳам қийинлаштирмайди. Психопатиянинг жуда ривожланган даражаси кўпинча жадал ривожланувчи пубертат даврига тўғри келади. Бироқ, жинсий балоғатга етиш даврида мавжуд психопатик белгиларнинг юмшаши ҳам кузатилиши мумкин.

Клиник кўриниши беморнинг бутун ҳаёти давомида барқарор турмайди. Рухий хасталик аломатларининг декомпенсацияси қонуний жараён ҳисобланиб, соматик захарланишлар ва энг асосийси психоген вазиятлар таъсирида келиб чиқади. Шикастловчи омил таъсирининг тарқалганлигига қараб рухий хасталарда неврозлар, реактив ҳолатлар ва баъзан дарҳол стационарга ётқизишни талаб қилувчи ўткир психоген эпизодлар учрайди. Шахсий ва меҳнат фаолиятидаги вазиятларни ижобий ҳал қилиш ҳамда бурчини адо этаётганда ватан-парварлиги юзага келувчи ижобий ҳислар психопатияларнинг клиник кўринишини юмшатади, бундам беморнинг жамиятда ўз ўрнини топиб, мослашиб кетишини таъминлайди. Психопатларнинг асосий қисми оилада қолади, мунтазам меҳнат билан шуғулланади ва атрофдагилардан ўз руҳониятидаги ўзига хос томонлари билан ажралиб туради. Психопатияларнинг ривожи ёш

Ўзгаришлари таъсирида яққолроқ кўзга ташланади.

Инволюцион даврда шахснинг психопатик белгилари кучаяди, ўткирлашади. Бунда эндокрин ва қон томир бузилишлари туфайли психопатик белгилар қайта шаклланади ва мураккаблашади: астеник ва ипохондрик аломатлар кўшилади. Сенил даврида психопатик белгилар юмшайди, кам юзага чиқади ва шу туфайли узок вақт давомида ҳолатнинг компенсацияси таъминланади. Маълум даражада атеросклеротик, соматик бузилишлар кўшилганда ҳиссиётнинг руҳий хасталик белгилари перебрал органик жараёнга хос бўлган интеллектуал бузилишлар билан бойийди.

Шахснинг психопатик белгиларининг туғма аномалияси шакли сифатидаги бирламчи психопатиядан (Кербиков бўйича «ядроли») ташқари, шахснинг икқиламчи руҳий хасталанишини ҳам фарқлаш лозим. У бош мия органик касалликлари (жароҳатлар, энцефалитлар) натижасида ёки шахснинг руҳий касалсимон нуқсони шаклида кечувчи ўткир шизофреник жараён туфайли келиб чиқади.

Бирок бунда психопатсимон белгилар шахс ҳиссиётининг янги белгилари сифатида юзага келади ва уларнинг ҳаракати асосий касаллик билан боғлиқ бўлади.

Кўпинча психопатияларни неврозлардан фарқлашга зарурат туғилиб қолади. Фарқлаш ташхиси қўйишга мезон сифатида анамнестик маълумотлар аҳамият касб этади, яъни невротик узилишгача бўлган тавсифий руҳий хасталикнинг ўзига хосликларини аниқлашга ёрдам беради. Шизофрениянинг бошланғич даврида психопатияни шизофрениядан ажратишга тўғри келади, бунда жараён аломатлари яхши намоён бўлмаган, шахснинг постпроцессуал ўзгаришлари мавжуд бўлади.

Фарқлаш ташхиси учун энг асосийси психопатияларда шизофренияга хос бўлган шахс ўзгаришларининг ва руҳий хасталик аломатларининг кўп булмаслигидир.

Психопатиями шунга ўхшаш жараёнлардан фарқ қилишда шахснинг руҳий хасталик аломатларининг доимийлиги аҳамият касб этишини унутмаслик лозим.

Психопатия шакллари

Кўзгалувчанлик Кўзгалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахслар инжқлик, хиссий кўзгалувчанлик жаҳлдорлик таъсиротларга юқори тайёргарлиги билан тавсифланади. Шунинг учун уларни «бирдан тутоқиб кетиш» ёки эксплозив руҳий хасталар деб аталади. Арзимаган баҳонага уларда (ноадекват) хос бўлмаган кучли жавоб реакцияси бўлади. Бу пайтда улар атрофдагиларга бақириб, ёмон сўзларни айтибгина қолмай, балки тўғридан-тўғри агрессив ҳаракатлар ҳам қиладилар, сиёхдонни отиб юборадилар, стулни кўтариб югурадилар, бўғадилар, пичоқ билан ташланадилар ва бошқалар. Кўзгалувчанлик хуружидаги руҳий хато шахслар ўзларини бошқаришни

билмаслиги, жанжалкашлиги ва атрофдагилар билан доимо тортишиб туришлари билан даволаш амалиётидан кўра суд-психиатрик амалиётда кўпроқ учрайдилар. Бу касаллар хуруждан кейин ўзлари қилган ишларига пушаймон бўладилар ва бу пушаймонлик янаги хуружгача давом этади. Бу касаллар навбатдаги хуруждан бошлаб то хуруж тугагунча ўз қилмишларини тўғри ва бошқаларни айбдор деб биладилар.

Кўзгалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахслар ўз мақсадларига етиш учун мустаҳкам иродага эга бўладилар ва шу мақсад йўқида бирон тўсқинлик чикса жаҳл билан яққол хуруж бошлайдилар. Бу хуруж касалларда бошқа бир баҳона сабабли бўлиши ҳам мумкин. Кўзгалувчанлик гуруҳидаги баъзи бир руҳий беморларда уларнинг одатдаги руҳий ҳолатларида сокинлик, фикрлаш ҳиссининг суствлиги ва майда гаплиги хос бўлади. Психопатиянинг бу кўриниши баъзи тутканок руҳий касалларнинг хусусиятлари билан ўхшашлиги туфайли эпиплептоид психопатия деб ном олган. Кўзгалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахсларга эгоцентризм «ҳақиқат» деган сўзнинг тагига етиш хусусияти хосдир. Бўларга баъзи-баъзида кайфиятнинг бузилишлари тавсифли. Бу ҳар хил баҳона, сабабларда депрессив реакциялар хоҳлаган нарсасини тез олмаган пайтда жаҳлли соғинч ҳолати, бунга қўшимча равишда қўрқув ва безовталиқ, дисфория ҳолати бўлади. Дисфория ҳолати бирон ташқи сабабсиз келиб чиқиб, бир неча соат, баъзан эса бир неча кун давом этади ва бирдан тугайди. Мана шу ҳолатларда касаллар ўзларининг жаҳолатини кўрсатадилар: ўзини улдирмоқчи бўлади ёки кўп ичкилик ичади.

Руҳий ҳолатлар ичида одатда асосан ичкиликка мойил беморларда дипсомания ҳолати тез-тез қайталаниб туради. Бу пайтда улар ичкиликни ичадилар ва бу ичкилик хасталиқ «портлаш» (жаҳолат) ҳолатини келтириб чиқаради. Бундай шахслар ичкиликдан ташқари бошқа наркотикларга ҳам берилувчан бўладилар.

Тормозланувчилар: тормозланувчи гуруҳидагилар 2 та кичик гуруҳга бўлинади:

1. Руҳий бушлиқ ҳолатига тавсифли астеник.

2. Психоастеник руҳиятнинг мураккаб дисгармониясига бўлинади. Астеник кўзгалувчанликдан фарқ қилиб астениклар руҳиятдаги хасталиқда ҳаммадан кўра ўзлари азият чекадилар. Бундай одамларда ўзларини баҳолаш пасайган, ўзларини тўлиқ инсон деб хис қилмайдилар. Шу билан бирга камдан-кам ҳолларда ўзларини яхши кўрадиган бўладилар. Улар руҳиятининг ўзига хос томонларида бири таъсиротларни юкори даражада қабул қилишдир. Улар атрофдагиларнинг ҳулқидаги кичик хатолар ва хусусан кўполликлардан азият чекадилар, бевосита кучли таъсиротларни ҳам ёмон қабул қиладилар, масалан, баланд товуш, шовкин, қонни кўриш ва бошқалар. Хусусан астениклар янги шароитда, танишлари кам жойда ўзларини ёмон сезадилар. Бундай шароитда улар камгап бўлиб қоладилар ва иккита гапни бир-бирига қўшиб гапира олмайдилар. Оёқларини қандай қўйишни ва қўлларини мима қилишни билмай қоладилар ва

ўзининг шу ҳолатидан хижолат бўлади, ўзини тубан деб хис қилади. Улардан баъзилари ўзининг икқиланишларини яширмоқчи бўлади, лекин буни эплай олмайди. Уларнинг бу ҳолати атрофдагиларга кулгили кўринаётгандай туюлади. Бундай одамлар шилқимликдан кўпроқ хавфсираш ва кўрқишга мойил бўладилар. Астениклар учун энг ёмони бу кўпчиликнинг олдига чиқишдир. Астеникларга хос нарса таъсирчанлик бўлиб, бу турғун эмас, яъни кўп давом этмайди. Таъсирчаилик ҳолсизликка олиб келади ва ўз-ўзини койиш ва ўз-ўзини айблаш билан кечади. Астениклар кўпинча асаб чарчашига мойил, астениклар ўзлари ўрганган ҳаёт шароитларини сақлашга ўринадилар ва шу шароитдагина бирон иш қилиши, бирон нарса билан сермахсул шуғулланиши мумкин. Ўз шароитини ўзгартиришни ёқтирмайдилар ва яқинларидан шуни талаб қиладилар.

Психоастениклар астениклар билан кўп умумий томонларга эга ва уларни бир-биридан фарқ қилиш анча мушкул. Психоастениклар учун таъсирчанлик, қайсарлик ўз-ўзини баҳолашнинг пасайиши белгилари билан бирга ўзига хос хусусиятларга эга. Жане психоастениклар ҳақида «икқиланиш» ва «донишмандлик»ни уларнинг тавсифли белгилари деб ёзган. Психоастеник ҳамма жойда ва ҳамма вақт икқиланади, «тўғри иш қилдимми?», «тўғри қарор қабул қилдимми?» ёки «нотўғрими?», «ақлли жавоб қилдимми?» ва бошқалар. Психоастениклар учун энг осон ишларда ҳам қарор қабул қилиш қийин. Улар маёкдек то у томонга, то бу томонга тебраниб туради. «Ҳа» ёки «йўқ»ни қайта-қайта ўлчайди. Агар психоастеник янги қарор қабул қилган бўлса, унда яна янги нотинчлик бошланади ва кутиб туришга тоқати йўқ, шу заҳотиёқ ҳаётга татбиқ қилишга ўринади. Психоастеник ҳамма вақт номахсул ақлий иш билан банд бўлади. У ўз ҳаракатларини кўп таҳлил қилади. Нима қилганини, нима қилаётганини ёки қилмоқчи бўлганининг ҳаммасини мушоҳада қилади. Ҳамма айтган гапларини ўйлайди. Ўз-ўзини баҳолаш сусайган, камдан-кам ҳолларда ўзидан рози бўлади. Нима воқеа содир бўлган бўлса, психоастеник ўзини айбдор деб билади: кам эътибор бергандим, диққатсиз бўлгандим, деб уйлайди. Ташки оламдаги турли-туман воқеа, ҳодисаларни қабул қилиш, ниҳоясиз мулоҳазалар ва ўйлашлар билан кечадиган реалликни сезишнинг субъектив белгилари йўқолади. Уларда шу воқеа-ҳодисаларни кўргандам кўра ўқиш ва эшитиш кўпроқ таассурот қолдиради. Психоастеник конституциядагилар шилқимликка, асосан шилқим ғояларга мойил бўладилар.

Психоастеникларга астениклар каби ҳаётдаги алмашилишлар, кун тартибидаги кичик ўзгаришлар ҳам таъсир қилади. Бундай вақтларда улар ўзига жуда ишончсизлик ҳис қилади, тинмай икқиланади.

Кийинчиликларни енгиб кета оладими-йўқми, шулар ҳақида ўйлайди. Безовталик психоастениклар учун шунчалик хоски, уларни «безовта икқиланувчилар» деб ҳам аташади. Олдида янги иш тўрган бўлса, яқин одами ишда ушланиб қолса, кутаётган хати вақтида келмаса,

психоастеник ўзини қўйишга жой топа олмайди, бир-биридан қўрқинчли воқеаларни уйлайди.

У ўзини соғлиқ ҳолати тўғрисида ҳам иккиланади: арзимаган сезгиларга, ҳаво етишмаслигига, чарчоқларга катта эътибор билан қарайди. Кўнгли нозик психоастениклар бошқалар билан мулоқотда хос ва мос муносабатда бўладилар. Уятчанлиги ва камгаплиги, тортинчоқлиги билан психоастениклар кишилар орасида дадил мулоқотга кам киришувчи кишилар бўлиб таассурот қолдиришлари мумкин ва фақат яқин кишиларигина, уларнинг бўшлигини, юмшоқ кўнгиллигини билиши мумкин, ўзларининг тўла қимматли эмасликларини билган ҳолда психоастениклар ҳаётидаги муваффақиятсизлигини ҳаёллар ва тахайюлотлар билан тўлдирадилар. Бу ўй-ҳаёлларда улар ўзларига чиройли, муваффақиятга эришаётган, қаҳрамонликлар қилаётган, янгиликлар яратаётгандек бўладилар.

Истериялар. Истерик реакциялардан ташқари (истерик психоз ва истерик невроз) истероид психопатия ҳам учрайди: истероид психопатия билан касалланганлар истерик реакция келиб чиқиши учун замин яратадилар. Шундай шахслар учрайдики, уларда истерик тутқаноқ, фалажлик, сохта деменция ҳолати ёки ғира-шира ҳолат бўлмасдан туриб психопатиялар кучли бўлиши мумкин. Бир вақтнинг ўзида психопатия бўлмасдан туриб ҳам истерик реакциялар келиб чиқиши мумкин.

Истериклар ҳулқидаги асосий аҳамият хиссиётдир. Ҳиссиётларнинг ташқи кўриниши кучли, шу билан бирга ўткинчи ва юзаки. Истерикларнинг завқланиши ва хафа бўлиши намоишкорона шаклларда ифодаланади—чапак чалиш, қаттиқ кулиш, кайгуга тушиб йиғлаш, лекин бу ҳиссиётлар чуқур ва доимий бўлмайди: агар бемор ҳозиргина ҳаётдан норози бўлиб тўрган бўлса, шу вақтнинг ўзидаёқ ҳаммани бунга енгил қараганини, адашганини ва ҳозиргина ҳақиқий севгини тушунганига ишонтиради.

Истерикларнинг тавсифли белгиси эгоцентризм ва атрофдагиларнинг эътибор марказида бўлишдир. Бу эса баъзи муаллифларга психопатиянинг бу формасини бошқача «тан олишни изловчилар» деб аташга асос беради (К- Шнейдер).

Улар диққат билан эшитадиган, қарайдиган, атрофмуҳитдан завқлантирадиган вазиятларда ўзини яхши ҳис қилади. Истерикларнинг ҳулқида, ташқи аффектида кўп намоишлар сингиб қолган. Улар атрофдагиларни қизиқтириш учун тўхтовсиз ёлғон нарса, воқеаларни ошириб, шу воқеаларда уларнинг ўзи гуё муҳим шахс бўлиб ҳисобланадилар, улар ўзларининг ғамгин кечинмалари ва буюк ютуқлари ҳақида гапирадилар. Истериклар ўзлари тўқиган уйдирмаларига қизиқиб кетадилар. Бўлар ҳаммаси ёрқин тасаввур—шамолий тахайюлот натижасидир ва улар бу уйдирмаларига ишониб, шу воқеалар бўлгандек тасаввур қиладилар. Ёлғон гапириш истерикларнинг руҳий ҳолатида устун турувчи ўринни эгалласа, ҳар хил психопатик шахслар ҳақида гапирилади. Бир нечта айтилган терминларни билдириш учун «патологик тўқима», «лақаб

кўйиш», «мифоман» синонимлари тақлиф қилинган.

Касаллардан бири 17 ёшдаги ўқувчи қизга мактабга бир куни уйдаги қуёнларни совға қилишини айтди. Бир неча кун мактабда қуёнлар учун бурчак ва қафаслар тайёрлашди, сўнг маълум бўлдики, унинг уйда ҳеч қандай қуён йўқ экан. Кейинги сафар у милицияга арз қилиб, унинг бобоси порнографик суратлар коллекцияси билан шуғулланишини айтди. Текширув оқибатида маълум бўлдики, қизчанинг арзи уйлаб чиқарилган уйдирма экан. Бундай патологик уйдирмалар ҳайратда қолдирмайди, пушаймон бўлмайди, уялмайди, аксинча, бу ҳолатда улар уйдирмалар гапиришда давом этади.

Баъзан истериклар қандайдир бир мақсад билан оз бўлса ҳам эътиборни қаратиш учун ўз-ўзини улдиришга бутафорик синов ўтказишади. Улар шу мақсадда овқатдан воз кечадилар, мақсадлари ҳаммани ўзига жалб этиш ва ишонтиришдир. Агар истерикларга ҳеч ким эътибор бермаса, улар дарров ўзгаради, майда нарсаларга эътибор бериб, жаҳлдор ва қасоскор бўлиб қолади. Баъзан бундай ҳолатлар ўзгариб қолган шароитда бўлади. Психоастеникларга қараганда истерикларда бевосита таассурот кўпинча катта аҳамиятга эга. Далилий маълумотларга қараганда истериклар баъзан бир томонлама тушунади, баъзи истериклар ҳиссиёт билан чулғаб олинади, бошқа нарсани сезмайди. Юқорида кўрсатилган психопатлар шакли (уйғотувчи астениклар, психоастениклар, истериклар) психиатрлар назорати остидаги психопатик шахсларнинг фақатгина 80% ини ташқил этади. Қолган қисми дифференциаллашган шакллари ҳисобланади. Бошқаларга қараганда кўпи параноял руҳий хаста ва барқарор руҳий хаста шахслар гуруҳига киришади. Параноял руҳий хаста шахслар касбга ишқибоз ва қимматбаҳо ғояли характерга эга. Параноял руҳий хасталик ҳамма шаклда руҳий хасталарда учрайди. Юқори ғоя пайдо бўлишида паранатеал гуруҳидаги руҳий хастага тавсифли бирикма билан бирикади. Бу бирикмалар: эгоцентризм—юқори баҳо, ишончсизлик, қисқа фикрли ва бир томонлама ўйлаш, қисқа пластикликлардан иборат.

Қайсар шахслар баъзан кўпол бўладилар, ҳар бир имсонга ёмонликни раво кўрадилар, ўзларидан оғайниларикининг кўнглини қолдирадилар. Улар билан ўзок суҳбатлашиб бўлмайди. Уларда тўхтовсиз жанжаллашишлар бўлиб туради, душманларга қарши курашиш қобилияти бор. Тутуриксиз руҳий хасталик шахслар қизиққонлик тавсифига эга. Улар мустақилликдан маҳрум ва фақат бировларнинг таъсироти остида бўладилар. Улар гумонли тўдага тез кўшилиб, уларнинг бошлигига тез буйин эгадилар, уларнинг сўзидан чиқмайдилар.

Патологик одамовилар (шизоид шахслар) одамларга аралашмаслиги, атроф-муҳит билан иши йўқ, фақат ўзи билан оворалиги билан тавсифланади. Одамовилик ҳар хил манбаларга эга ва шунинг учун психопатиялар алоҳида гуруҳ чегараланиши учун етарли ҳисобланмайди. Патологик одамовиларнинг бир қисми кўпроқ уятчан астеник шахслар бўлади, бир қисми шизофренияли беморларга ўхшаш бўлиши мумкин.

СЕКСУАЛ ПСИХОПАТИЯЛАР

ПСИХОСЕКСУАЛ БУЗИЛИШЛАР

Психосексуал бузилишлар ёки сексуал бузилишлар, психик бузилишлар гуруҳига кириб жинсий идентификация бузилиши, парафилияни, сексуал дисфункцияни уз ичига олади. Сексуал бузилишлар уз ичига калб ва танани - психологик ва физиологик факторлар оркали бланслаштиради. Шу соҳа мутухасислари хозирги кунда сексуал терминини эмас, балки психосексуал терминини тадбик қилмоқдалар.

Жинсий шахс идентификация бузилиши - бу субъектни қайси жинсга таълуқли эканлигини аниқлашиб (мен - эркак ёки мен - аёл). Жинсий шахс идентификациясининг ижтимоий қуриниши булиб, аёл ва эркак жинсий типини ҳуқуқий қуриниши асосий роль ҳисобланади.

Эротоманларда жинсий ҳаёт уларнинг эмоциясига боғлиқ ва ҳаётий кўрсатмалар бўйича асосий аҳамиятга эга. Эротомания у ёки бу даражада деярли барча сексуал психопатларга хос, жинсий ҳаёт эса бузилибгина қолмай, балки улар психикасида қимматли тавсифга эга бўлади.

Сексуал масалаларга юқори даражада эътиборни жалб қилиш **онанизм**да ҳам кузатилади. Онанизм касаллик ҳисобланмайди, у ёмон одатга киради ва у ёмон ёшларда учрайди, бу ёшларда кейинчалик невроз ривожланиш манбаи бўлиб қолади. Онанизм клиник ҳасталикнинг шакли бўлиб, жинсий қониқишнинг бу тури бошқа жинсдаги шахслар билан (аутоэротизм, нарцизм) яқинлик қилиш етарли булмаганда кузатилади.

Ҳозирги вақтда сексуал психопатиянинг нисбий генези туғма эмас, балки орттирилган патология эканлигини билиш керак.

Транссексуализм - жинсий шахс идентификациясини бузилиши. Бунинг асосида биологик жинсни ва биологик шахс идентификациясини бир-бирига мос келмасилиги ётади.

Транссексуалист (яъни транссексуалист) узини уз танасини асири деб ҳисоблайди, яъни уз жинсий хусусиятини уз жинсига мос эмаслигига. Купчилик транссексуалистлар эркак жинсига мансубдир, лекин ўзларини аёл деб ҳисоблайди ва узларини генеталиясини ва эркаклик хусусиятни жирканч деб ҳисоблайдилар. Улар мақсад билан мурожот қилишади, яъни жаррохлик йуллари билан уз таналарини аёлларникига ухшатишни хошлашади. 30% га яқин аёл транссексуалистларни тарқибини ташкил қилади, яъни эркак булишни хошлашади. Транссексуалистлар кийинишда ҳам уз жинсига карама - қарши жинсни кийимларини кийишни хошлашади.

ГОМОСЕКСУАЛИЗМ - бу жинсий шахс идентификациясини бузилиши деб қараларди.

Баъзи мутахасислар буни психик касаллик деб ҳисоблашмайди. Этиологияси ноаниқ. Олимларнинг аниқлашича, хомила она корнидалигидаёқ маълум бир программалар оркали мияга синдирилади. Баъзи олимлар эса буни чапақайлик билан боғлайди. Шу хусусияти билан гомосексуалистлар, гетеросексуалистларга ухшаш булади.

ПАРАФИЛИЯ (севги ёнида). Жинсий майл объектнинг узгариши деб ҳисобланади, бунда жинсий қузғалиш бирор объект ёки предметга нисбатан қузғатилади, гарчи у предметлар жинсий қузғалиш чақирмаса ҳам. Парафилия купинча эркакларда қузғатилади. Аёлларда бунинг садизм ва мазахизм турлари учрайди. Баъзида хохлаётган мавзуга нисбатан фантазияни қузғатиш мумкин. Парафилия тарқибига фетишизм, педофилия, трансвестизм, вуаеризм, жинсий мазахизм ва жинсий садизм киради.

Фитешизм - жонсиз объектларга нисбатан жинсий қузғалишни юзага қилишидир. Фетиш уз

партнёри билан жинсий алока килиши мумкин. Фетиш купинча аёлларни ички кийими ва поймафзалидан жинсий кузгалиш учун фойдаланади. Агар, фетиш партнёри билан жинсий алокага киришган булса, бу фақатгина эротик кузгалишни талаб килади.

Трансвестизм - бунда гетеросексуал эркакни аёл кийимларини кийиши оркали жинсий кузгалиш хосил килишидир. Бунда у чуқур жинсий коникиш хиссини туяди. Шунга карамасдан уларни турмуши бахтли кечиши мумкин, агарда турмуш уртоги шу эркакни тушунса. Агарда турмуш уртоги бундан нафратланса трансвестист эркак узини айбдор сезади ва уялади натижада улим билан тугаши мумкин.

Педофилия - бунда вояга етмаганлар билан жинсий алока қилишдир. Педофиллар уз жинсига мансуб шахсларни танлашади, баъзи холларда аксинча булиши мумкин. Гетеросексуал педофиллар 8-10 ёшл кизчаларни ёктиришади. Гомосексуал педофиллар нисбатан каттарок ёшдаги болаларни ёктиришади. Криминал жинсий актларнинг асосини ёш болаларни зурлаш ташкил этади.

Эксгибиционизм—бошқа жинс олдида жинсий аъзоларини жамоага очиб кўрсатиш бўлиб, онанизм билан кечади.

Бунда жинсий кузгалиш нотаниш шахсларга нисбатан кузатилади. 30% га якин жинсий қоидаларни бузганлиги учун кулга олинган эркакларни — эксгибиционизм - ташкил этади. Хар доим жабрланувчи аёллар хисобланишади.

Вуайеризм - бунда жинсий кўзгалиш ечинаётган кишига, жинсий алока қилаётган кимсаларга нисбатан уйғонади. Бундай бузилишни усмирлик даврида кузатишимиз мумкин. Лекин купчилик усмирлар бунга берилиб кетишмайди. Вуайерист купинча шундай воқеаларни куришни хошлашади.

Сексуал мазахизм - кам учрайдиган ходиса булиб, жинсий алока қилаётган шахс узига нисбатан физик азобланишни ёки шу нарсаларни реал қабул килиш оркали жинсий кузгалиш хосил килади. Баъзида мазахистик фантазиялар юзага киради, қачонки мазахистик куришишлар кам тарқалган булса. Баъзида бу холатлар улимга олиб келади.

Сексуал садизм - жинсий партнёрга нисбатан физик ёки психологик азобланиш бериш оркали жинсий кузгалиш ва оргазм юзага келишидир. Индивидда хар доим фантазиялар аникланади, шу йул билан жинсий коникиш хосил килинади. Купчилик зурловчилар садист хисобланмайди, лекин шундай садистлар борки, зурланувчига нисбатан кучли азоб беришади. Натижада улар котил -ширинхисчиларга айланишади, уларга фақат кулида улган шахс жинсий коникиш хиссини беради.

СЕКСУАЛ ДИСФУНКЦИЯ. Жинсий алоқадан қониқиш хошишини юзага келишига боглик булиб, асосида жинсий алоқага тайёргарлик юзага келади. Тулик кузгалиш эркакларда эрекция билан, аёлларда оргазм ва кинни намланиши ва шишиши билан белгиланади.

Сексуал дисфукция рефлатор сексуал циклни бузилиши билан богликдир. Уларни асосида МНСдаги бузилишлар, ҳамда гормонал, кон томир бузилишлари ва неврологик бузилишлар ётади.

СЕКСУАЛ ДИСФУНКЦИЯ. Хаёт давомида юзага келиши (бирламчи) ёки нормал фаолият даврида (иккиламчи) пайдо булиши мумкин. Улар умумий ва чегараланган (аник воқеада аник шахслар билан) булади. Бундан ташқари тотал ёки булакли булади. Дисфункцияни психологик сабаблари: партнёрни кура олмаслик; якинликдан куркиш; воқеяга нисбатан бошқарувчанликни йукотиш; хомиладорлик; айбдорлик хисси; оилавий келишмовчиликлар; хаётнинг стрессли воқеялари; қарилик ёки малакасизлик. Ушбу мавжуд омадсиз омиллардан кейин дисфукция ривожланади.

Жинсий мойилликни пасайиши - даврий ёки доимий сексуал фантазиялар йўқолиши ёки

суствлиги туфайли эркак ва аёл уртасида юзага келади. Жинсий мойиллик - психосоматик жараён булиб, асосида бош мия фаолити ва ўз ичига сексуал мотивацияни олган психологик тузилмалар ётади. Бунинг сабаблари депрессия, оиладаги келишмовчиликлар гормонал факторлар ёки нейрорхимик факторлар булиши мумкин. Бундан ташкари психостимулловчи препаратлар ёки гипотензив дори воситлари хам жинсий мойилликни сусайтиради. Бундай ножуя бузилишлар аёллар орасида куп учрайди ва баъзида эркаклар уртасида кам таркалган. Жинсий мойилликни бутунлай йукотилиши жинсий хаётдан кочишга яъни доимий ёки даврий равишда жинсий актни кочиш билан юзага келади. Агарда ёшликда жинсий травма олинган булса жинсий мойилликни бутунлай йукотилиши бутун умр давомида кузатилиши мумкин. Баъзида индивидларда жинсий алока пайтида жинсий алока билан боглик кучли хавотир ва куркув юзага келади.

Жинсий кугалишни бузилиши асосан эркакларда (импотенция ёки эррекция дисфункцияси) нормал жинсий алокадан узлари хохлагандай коникиу олмаслик туфайли келиб чиқади. Бундай холларда 25% эркаклар жинсий алокани охиригача етказа олмайдилар. Бирламчи, бутух хаёт давомида юзага келувчи жинсий кугалишни бузилиши, импотенция омиллари билан боглик 50% га якин иккиламчи бузилишлар психик омиллар билан боглик- Эррекцияни бузилиши ситуацион, жой билан боглик, танланган партнёр, субъектив хиссиётлар зараланиши ёки узига бахо беришни пасайиши билан боглик физик омиллар уз ичига системали касалликларни, асосан кандли диабетни олади. Импотенция кон босими паст эркакларда ва гипотензив дори воситчалари хамда антидепрессантлар кабул килучиларда кузатилиши мумкин.

Огазм ва жинсий кўзгалишни пасайиши аёлларда куйидаги психик фаторлар - оилавий келишмовчиликлар эмоионал келишмовчиликлар, жинсий алокани гунох деб билиш хисси, абдорлик хисси туфайли келиб яқади.

Оргазмни босим остидалиги купинча кам учровчи бузилиш хисобланади, сексотерапия амалиётида 5-10% холатларда учрайди. Бундай бузилишларда интраванилар эакуляция юз бермайди.

Эакуляциячни барвактлиги кам учрайдиган ходиса булиб, эркакларда доимий ёки даврий эакуляция эркаклик жинсий аъзосини кинга кирган пайтида ёки кирмасидан олдин юз беради. Эакуляциячни барвактлиги усмирлар орасида кенг таркалган, 15% ини катта ёшдаги эркаклар ташкил этади. Диспареуния - жинсий алока пайтидаги огрик. Бу холат эркаклар орасида кам учрайди, асосан аёллар орасида кенг таркалган. Диспареуния психоген булиши мумкин, асосан кучли физик сабаблар туфайли юзага келади. Баъзида махаллий, масалан тугрук чандикдари, яллигланиш касалликлари, вагинит ва эндометриоз туфайли юзага келади. Агар огрик доимий характерга эга булса, кин спазми (кин паски кисми мускулларини реффлектор кискасриши ёки вагинизм) эркаклик жинсий аъзоси кинга кириши пайтида хушсиз хохиш туфайли юзага келади.

Сексуал дисфункцияни даволаш. Терапия одатда турли хил куринишларда ва бошка психотерапевтик методлар оркали утказилади. Сабабчи булган патологик физик факторларни йукотиш - коррекциялар усули хам кулланилади. Дисфункция сабабини аниклаш ухим ахамиятга эга -психологикми ёки физиологикми ? Баъзида иккала омил кўшилиб келади, натижада патциентни физик холати ва психик холатига мос равишда эффеktiv терапия уткзилиши шарт.3

Психопатиялар мавзусига оид тест саволлари

1. Психопатия бу:

идрок бузилиши
 динамик стабил кечувчи патологик ҳолат
 шахс аномалияси
 интеллект бузилиши
 алкоголь интоксикацияси натижасидаги бузилиш
 характер аномалияси

2. Психопатияга нима хос:

галлюцинация
 намоён булишини стабиллиги
 васваса
 хотира бузилиш
 шахс аномалияси
 характер патологик хусусиятини ялпилиги

3. Психопатиянинг астеник турига хос:

ўта ҳаракатчанлик
 гипербулия
 кўнгил нозиклик
 тажанглик
 тез чарчаб қолиш
 ўта таъсирчанлик

4. Психопатиянинг паранойял турига хос:

ўта саранжомлик
 руҳий қувватсизлик
 гумонсираш
 ўта ишонувчанлик
 ишонсизлик

5. Психопатиянинг нотурфун турига хос:

ишонувчанлик
 бўшанглик
 ирода бўшлиги
 аутизм
 ўта тартибсеварлик
 таъсирчанлик

6. Психопатиянинг шизоид турига хос:

сарбозликка интилиш
 сермулоҳазалик

одамовилик
тажанглик
атрофдагилар билан мулоқатнинг қийинлиги
интравертлик

7. Психопатиянинг психастеник турига хос:

ўзига ишонмаслик
ўта таъсирчанлик
журъатсизлик
эътироф этишга қизиқиш (жажда признания)
ўзини анализ этишга мойиллик
қатъиятлилик

8. Психопатияга хос:

ақл бузилиши
хис туйғу соҳаси дисгармонияси
ирода соҳаси дисгармонияси
галлюцинациялар
хамма бузилишларнинг турғун бўлиши
адаптация бузилиши

9. Психопатиянинг клиник белгиси:

характер патологик хусусиятининг ялпилиги
фикрлашнинг қўпол бузилиши
меънат қобилиятининг бузилиши
деменция
клиникасининг динамик стабиллиги
дефект ривожланиши

10. Психопатияга қандай бузилиш хос:

майл бузилиши
хулқ бузилиши
хис туйғу ирода бузилиши
идрок бузилишлари
хотира бузилиши
шахс аномалияси

11. Психопатияга нима хос:

галлюцинация
деменция
васваса
хотира бузилиш
шахс аномалияси
характер патологик хусусиятининг ялпилиги

12. Психопатия турига киради:

невротик
 қўзғалувчан
 нотурфун
 истерик
 парафреник
 шизоид

13. Психопатия бу:

шахс дефекти
 шахснинг нотурфунлиги
 э·тиросий доира дисгармонияси
 шахс аномалияси
 ру·ий касаллик
 наслий ва нотўғри тарбия натижасида келиб чиқади

14. Психопатияларга хос бўлган мезон:

прогредиентлик
 кам қайтарлилик
 динамика
 шахс патологияси
 характерологик бузилишларнинг ялпилиги
 регредиентлик

15. Психопатияга хос

психопатик ·усусиятларининг ялпилиги
 адаптация бузилиши
 софайиб кетиш
 васваса
 онгнинг намозшомсимон хиралашуви
 ўткир психопродуктив симптоматика

16. Психопатик шахснинг истерик тури характерланади:

купинча қари одамда
 купинча угил болада
 одамовилик, интравертлик
 реал имкониятлар билан хо·ишнинг мос келмаслиги
 экстравертлиги
 этироф этишга мойилик

19-БОБ

ОЛИГОФРЕНИЯ

Болалардаги хилма-хил рухий-неврологик ўзгаришлар ичида туғма ақли заифлик— олигофрения (грекчадан—oligfrenus, ақли камлик заифлик: oligo — кам, frenus — ақл). «Олигофрения» атамаси биринчи марта немис рухшуноси Крепелин томонидан 1915 йилда тақлиф этилган.

«Олигофрения» (туғма ақл заифлиги) тушунчасини «деменция» (бош мия жароҳати, энцефалит, тутқаноқ каби касалликлар туфайли орттирилган ақли заифлик) тушунчаси билан аралаштириб юбормаслик зарур. Олигофренияда зехннинг пастлиги (баъзи ҳолларда нафақат рухий етишмовчилик, балки умуман тана аъзоларининг яхши ривожланмаганлиги) болаликда қайд этилади, деменцияда беморлар олдин мавжуд бўлган зехндан махрум бўладилар.

Ақли заифлик даражаси

Олигофренияда 3 та: идиотия, имбециллик ва дебиллик даражаси фарқланади.

Идиотия—энг чуқур ақли заифлик даражасидир. Нутқнинг ва фикрлашнинг бутунлай ривожланмаслиги билан тавсифланади. Беморлар тушунарсиз товушлар чиқарадилар, атрофдагиларга бефарқ бўладилар, одатда, ётганларида кўрпачага сийиб қўядилар ва ичини тутолмайдилар. Қўзғолишлари жуда оддий шартсиз рефлекслар доирасида бўлади. Беморлар ҳар замонда бетартиб ёки бир турда ҳаракат қиладилар, уларда дарғазаблик, бемаъни қилиқлар қилиш, кулгига мойиллик кузатилади. Буидай болалар асосан оғир жисмоний етишмовчилик билан туғилади. Ақли заифлик туфайли улар атроф-муҳитда мўлжал олмайдилар, ўз ота-оналарини танимайдилар, уларга нисбатан ҳеч қандай қизиқиш намоён қилмайдилар.

Идиотиянинг 2 та тури фарқланади: эретик ва торпид. Олигофрениянинг эретик идиотия турига мубтало бўлганлар доим хаяжонланган, дарғазаб, бақироқ бўладилар. Торпид турида улар, аксинча, тормозланган бўлиб, деярли доим уйкуда бўлади. Ташқи таъсирга ланж, суст жавоб берадилар. Беморларни бирорта хунарга ўргатиш муваффақиятсизлик билан тугайди.

Имбециллик—ўртача даражадаги ақли заифлик ҳисобланади. Бу кўринишда нутқ ёмон ривожланган бўлади: фикрлаш жуда сийрак бўлибў сўз бойлиги 20—30 тадан 200—300 та гача сўзни ташқил этади. Беморларда фикрлаш қобиляти оддий ва аниқлиги билан ажралиб туради. Имбецил беморлар кўпи билан бир неча рақамлар атрофида ҳисоб-китоб қилишни ўрганиб олишлари мумкин. Улар маълум амалий кўникмаларни эгаллашлари, идиш-товоқ ювиш, хонани тозалаш, кир ювиш, мустақил овқатланиши, қийинишлари мумкин, лекин буларнинг ҳаммасини

эйтиборсизлик билан қилишади, уларга бир неча бор эслатиб туриш керак бўлади, гоҳида, масалан, чап ва ўнг томонларини унутиб қўядилар, тугмаларини нотўғри тақиб қўядилар. Ташки вазиятнинг ва шароитнинг ўзгариши имбецил беморларда саросималик ва ноиложликни келтириб чиқаради. Лекин уларнинг хиссиёти идиотияга нисбатан ривожланган бўлади. Имбециллар ўз қариндошларини танийдилар, уларга меҳрибон бўладилар, қўрқув нималигини биладилар, улар асоциал ҳаракатларга мойил бўлишлари, одамларга, жисмоний заиф болаларга, қариндошларга нисбатан тажовўзкор бўлишлари мумкин.

Дебиллик—олигофрениянинг енгил кўриниши. Дебиллар етарлича сўз бойлигига эга бўладилар, улар махсус ёрдамчи мактабларни ёки бошланғич синфларни тамомлашлари, ўқиш, ёзишни ўрганишлари мумкин. Лекин уларнинг фикрида аниқлиқ бир турлилик, кам унумлилик устун бўлади: абстракт фикрлаш ёмон ривожланган бўлади, бу эса мақолларнинг мазмунини тушунтириб бераётганларида, тушунчаларни умумлаштиришда, бош бўлақларни иккиламчи бўлақлардан ажратишда намоён бўлади. Шундай бўлса ҳам дебилларнинг нутқи имбецилларнинг нутқига нисбатан юқори даражада ривожланган бўлади. Улар мустақил ҳаёт кечиришлари, маълум бир касбни эгаллашлари, оилали бўлишлари мумкин. Баъзи ҳолларда дебилларда зехннинг пастлиги ўз-ўзидан эслаб қолиш ва кўр-кўрона тақлид қилишга мойиллик билан қопланади. Уларда танқидий қобилиятнинг пасайиши муносабати билан мустаҳкам ва бемаъни патологик ишонч, судлашувчилик каби хусусиятларга олиб келувчи дардчил қатъийлик кузатилиши мумкин.

Ақли заифлик даражасига қараб яққол ривожланган, ўрта ва енгил дебиллик фарқланади. Охиргиси меъёр зехн чегарасида аниқланиб, уни аниқлаш врачдан катта тажриба, юқори малака талаб қилади. Соғлом ақли заифлиги деб номланадиган ҳолатни аниқлаш яна ҳам катта қийинчилик туғдиради. Бу зехни пастликнинг енгил туридир. Бунда бир хиллик, мулоҳазадаги янглишиш, атрофдаги воқеаларни англаш қобилияти бўлмаслиги, такаббурлик, эзмалик, кам маълум бўлган мавзулар ҳақида мулоҳаза юритиш, нутқида тушунарсиз ибораларни қўллаш кайд қилинади.

Олигофрения турлари

Туғма ақли заифлик турлича клиник аломатлар кўринишида намоён бўлади ва турли хил этиология ва патогенез билан ҳарактерланади. Шунинг учун олигофрениянинг турлари кўпчилик белгиларга: клиник, руҳий, морфологик, физиологик ва бошқа белгиларга асосланади. Бизнинг фикримизча, олигофрениянинг асосида уни келтириб чиқарувчи сабаблар ётган тури энг маъкулдир.

Олигофрения касаллиги мустақил нозологик бирлик ҳисобланади. Унга ирсий тузилишнинг ўзгариши ва асосан ген мўтациялари натижасида келиб чиқадиган ўзгаришлар сабаб бўлади.

Олигофрениянинг шундай тури борки, у ирсий омиллар билан боғлиқ бўлиб, улар ген патологиясидан юзага келгани каби, хромосомалар патологияси ҳамдир.

Биринчисига: микроцефалия, фенилкетонурия, галактозе ми я ва бошқалар мисол бўлади.

Микроцефалия—бош суяги чокларининг барвақт битиши тавсифлидир. Бош суягининг кичик улчамлари (кичкина бош) ривожланишининг кечикиши билан боғланади. Микроцефалларнинг пешона бўлаги кам ривожлапган, катта ярим шарлар пустлогидаги эгатчалар ноаниқ бўлади. Ташки кўринишидан шуни билиш мумкинки, бош суягининг юз қисми мия қисмидан устунрок бўлади. Микроцефалларнинг зсҳни паст, ақли заифлиги идиотия ёки имбециллик даражасида бўлади.

Фенилкетонурияда олигофрениянинг энзимопатия турларидан бири юзага келади. У ферментлар етишмовчилигидан келиб чиқадиган модда алмашинувиининг ирсий ўзгаришларига асосланади. Касаллик 3—8 ойликда сочининг, кўз донадор пардасининг рангсизланиши (меланин етишмовчилигидан беморларда соч ва терм рангсиз, кўз кўкимтир бўлади), сийдик ва терига хос х.ид, экссудатив диатез билан бошланади. Касаллик этиологияси жигарда ҳосил бўлувчи оксидловчи фермент—фенил нилаланигидроксилаза фаоллигининг пасайиши туфайли фенилаланиннинг тирозинга айлапишининг бузилиши билан боғлиқ. Шунинг учун беморларга хаётининг 1-ойидан бошлаб, 5—8 йил давомида фенилаланини бўлмаган махсус парҳез буюрилади. Боланинг овқатидан гўшт, балиқ, тухум, нон, печенье, кўзикарин, ёнғоқ пишлоқ умуман чиқариб ташланади. Парҳезда углеводлар, ёғлар бўлиши ва хилма-хил мева-сабзавотлардан ташқил топиши керак. Иложи борича она сути билан боқишни давом эттириш керак. Кўрсатилган парҳез билан даволаш зсҳн пасайишининг олдини олади. Даволанмаган ҳолларда ақли заифлик жуда чуқурлашиб кетади.

Ушбу касаллик ташхиси бола хаётининг 1-кунларида конда фенилаланиннинг кўпайиб кетиши (1—2% ўрнига 60% гача ортиши) га ва феллии реакциясининг мусбатлиги (сийдик рангининг бир неча томчи темир хлорид кушилганда яшил рангга кириши)га асосланади.

Танада галактозами парчаловчи фермент етишмовчилиги туфайли **галактоземия** юзага келади. Бунда ақли заифлик чуқурлашган бўлади. Унинг олдини олиш учун таркибида галактоза бўлмаган парҳез тавсия этилади. Қалқонсимон без фаолиятининг етишмовчилиги туфайли эрта орттирилган гормонал метаболизмнинг бузилиши натижасида кретинизм юзага келади. Беморлар асосан ақли паст, баданлари яхши ривожланмаган, паст буйли бўладилар, кўл-оёқлари калта, териси юпқа, куруқ бўлади. Уларда артериал гипотония, брадикардия, ичак атонияси кузатилади. Кретинизм қалқонсимон без гормонлари билан даволанади.

Хромосом касаллигига хромосомалар сонининг ўзгариши сабаб бўлиб, кўпинча олигофрения синдромлари билан бирга юз беради. Хромосомалар сонининг ўзгариши

аутосомаларга ҳам (Даун касаллиги), жинсий хромосомалар сонига ҳам (Клайнфельтер, Шерешевский—Тернер синдромлари) боғлиқ

Даун касаллиги—21-жуфт аутосомаларнинг трисомия (ортиқча хромосома) оқибатида юзага келади. Даун синдромининг кўпинча 40 ёшдан ошган онадан туғилган болаларда пайдо бўлиши аниқланган. «Пекин бундай болалар ёш аёллардан ҳам туғилиши мумкин.

Даун касаллигининг клиник манзараси ўзига хос ташқи кўринишга эга бўлади: кўзларнинг эпикантус билан ғилай жойлашуви, тил чуқур эгатли ва катта; тишлар сийрақ майда, бурун кичкина, пучук, юқори лаб калин, юз қизил, бош улчамлари кичрайган, энса қисми силликланган, бармоқлари калта ва йўғон бўлади. Беморларда ўрта даражада ақли заифлик (имбециллик дебиллик) ривожланган бўлади.

Даволаш мия метаболизмини кучайтирувчи, умумий кучлантирувчи моддалар билан олиб борилади.

Клайнфельтер синдроми учун X полисомияси кўринишидаги жинсий хромосомаларнинг ўзгариши хосдир. Бу касаллик фақат эркекларда учрайди. Бунда уларнинг хужайраларида одатдаги XU хромосомалардан қари, ортиқча X хромосома пайдо бўлади. Улар сони 1 та, 2 та ва ундан кўп бўлиши мумкин. Бундай беморларда баланд бўй, ўзун қўл-оёқлар, евнухоидизм, паст зехн, одатда, бепуштлиқ кузатилади. Лекин ақли заифлик даражаси ортиқча X хромосомалар сонига боғлиқ эмас. Авлодида 5 та ортиқча X хромосомаси бор кишилар ҳамда 1 та ортиқча X хромосомаси бўлиб, чуқур ақли заиф кишилар ҳам кузатилади.

Шерешевский—Тернер синдроми X моносомияси оқибатида юзага келади. Фақат аёлларда учрайди. Бу синдромда беморлар хужайрасида инсонларга хос 46 та X хромосома ўрнига 45 та хромосома бўлади. Бундай касаллик билан оғриган аёлларда жинсий ривожланиш секин боради, уларга паст буйлик хосдир. Олигофрениянинг кўрсатилган турлари ирсий табиатга эга.

Бундан ташқари, экзоген келиб чиққан олигофрениялар ҳам фаркланади, уларнинг ичида эмбрионал ривожланиш даврида танага таъсир қилувчи зарарли омиллар (ота-онада алкоголизм касаллиги, токсоплазмоз, онанинг вирусли касалликлари, кизилча, сурункали инфекция ва б.) натижасида юзага келадиган олигофрениялар тез-тез учрайди. Бунда ақли заифлик даражаси турлича: энгил дебилликдан то идиотиягача бўлиши мумкин. Резусга мос келмасликда ақли заифлик она қони антигени билан боланинг антигени мос келмаслиги оқибатида юзага келади. Бу ҳолда болаларда ақли заифликдан ташқари, пўстлоқ ости ҳосиласининг шикастланиши ва карлик билан бирга экстрапирамид ўзгаришлар ҳам юз беради. Терапевтик мақсадда бола туғилиши билан конни алмаштириш керак.

Бола туғилишидаги жароҳатлар ёки илк ёшдаги бошдан кечирилган касалликлар натижасида

юзага келадиган олигофрениялар ҳам экзоген хусусиятга эга. Улар туғилиши билан ёки хаётининг 1-ойларида сезилади. Бундай юзага келган олигофренияларга неврологик белгилар: астенизация, аффектив ўзгаришлар, кучли кўзгалувчанлик ёки эйфория билан борадиган психоорганик синдромлар хосдир. Кўпинча олигофренияларга **гидроцефалия** сабаб бўлади. Уларнинг сабаби бош миянинг яллиғланиш касалликлари ҳамда резус-келишмовчилик ҳам бўлиши мумкин. Бу турида боланинг боши катталашган, баъзида суяк чокларининг ажралиши, неврологик белгилар бўлади. Баъзи беморларда нутқ яхши ривожланган, механик ва мусиқий хотира борлиги кузатилади. Даволаш учун сувсизлантириш усули қўлланилади. Беморларга амалий, агар иложи бўлса, касб кўникмаларини ўргатиш зарур.

Фарқлаш ташхиси. Телбалик даражасидаги ақли заифликни турли йўқлар билан келиб чиққан зехни пастлик турлари билан дифференциаллашга тўғри келади. Зехн ривожланишининг секинлашуви педагогик ва ижтимоий каровсизлик туфайли бўлиши мумкин. Аммо бу ҳолда болалар ишда ташаббускор ва мустақил бўладилар, уларда тушунчаларни англаш қобилияти бўлади, ҳар бири билан алоҳида шуғулланилса, янги маълумотларни тез ўзлаштириб оладилар. Тўғри усулда иш олиб борилса, билимнинг зарур босқичини тезда тиклаб олиш мумкин. Зехни пастлик соматик сурункали касалликлар билан оғриган беморларда ҳам учрайди. Бундай болалар астенизациялашган, бепарво, тез чарчайдиган, ўз тенгдошларидан орқада қоладиган бўладилар. Лекин доимий назоратда мақолларнинг мазмунини, ўқиган ҳикояни айтиб бера оладилар, тушунчаларни умумлаштира оладилар. Соматик ҳолатни яхшиловчи махсус терапевтик ва санитария-гигиеник чоралар ўқиш қобилиятини тиклаши мумкин. Бундан ташқари, болаларни соғломлаштириш оромгоҳларига, шаҳар ташқарисидаги ўрмон-мактабларга, санаторийларга юбориб, кўшимча қулай шароитлар яратиш керак.

Зехн ривожланишининг қисман орқада қолиши баъзида нутқ нуқсони бор болаларда ҳам кузатилади. Махсус мактабларга бориш дастурларни яхши ўзлаштиришга ёрдам беради. Нутқидан нуқсони бор болалар одатда ўқиш ёки ёзишда орқада қоладилар. Шу билан бирга руҳий фаолиятнинг яхши ривожланганлиги олигофрения йўқлигидан дарак беради.

Даволаш. Олигофрения мустаҳкам, кам ўзгарадиган руҳий ўзгаришлар мажмуи бўлгани учун даволаш чоралари комплекс тиббий ва педогогик таъсирлардан иборат бўлиши шарт. Беморларга оддий амалий кўникмалар бериш, ўз-ўзига хизмат қилишни, агар имкони бўлса, бирор хунарни ўргатиш керак. Ўқиш, ёзиш ва меҳнатга ўргатиш осонлаштирилган дастур асосида махсус усулда олиб борилиши лозим.

Дорилардан мия метаболизмини яхшиловчи ва нерв хужайраларининг етилишини тезлаштирувчи ноотроп моддалардан аминалон (гаммалон), ноотропил (пироцетам), пиридитол (энцефабол), пантогам каби дориларни қўллаш мумкин. Бўларга кўшимча глютамин кислота ва В

гуруҳига кирувчи витаминлар тавсия қилинади. Бош суяги ички босими ошганлигини кўрсатадиган белгилар кузатилганда, сувсизлантириш давоси олиб борилади. Психомотор кўзғалишларда транквилизаторлар (элениум, седуксен, мепробамат) ва нейрорептик моддалар (аминазин, тизерцин, неулептил ва б.) қўлланилади. Электр уйқу тинчлантирувчи таъсир беради.

Касалликнинг олдини олиш учун халқ орасида рухий касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари, хомиладорлик давридаги зарарли омиллар ва бошқалар тўғрисида кенг тушунтириш ишлари олиб бориш зарур. Туғиш вақтида асфиксия ва бош мия жароҳатларининг олдини олиш, янги туғилган чақалоқларни парваришлаш энг катта аҳамиятга эга.

Олигофрения учун хос синдром

5

2

1

7

1.курсатилганларнинг хаммаси хос эмас

2.васваса

3.галлюцинатор

4.дисфорик

5.эйфорик

Олигофрения даражалари

5

2

1

52

1. имбециллик

2. шизофрения

3. МДП

4. критинизм

5. барчаси тугри

Идиотия бу

5

2

1

54

1. чукур акли пастлик

2. урта даражадаги психик ривожланмаслик

3. енгил психик ривожланмаслик

4. барчаси тугри

5. барчаси нотугри

Дебиллик бу

5

2

1

55

1. енгил психик ривожланмаслик

2.чукур акли пастлик

3.урта даражадаги психик ривожланмаслик

4.барчаси тугри

5.барчаси нотугри

Олигофрениянинг хромосом касалликларда учраши

5

2

1

56

1. Даун, Шерешевский Тернер
2. тугма сифилис
3. микроцефалия
4. токсаплазмоз
5. гидроцефалия

Идиотия формалари

5

2

1

57

1. эретик ва торпид
2. уткир
3. огир
4. енгил
5. барчаси нотугри

Имбецилликда сузлар туплами

5

2

1

58

1. 200- 300 та
2. 1000 та
3. 100 та
4. 20 та
5. барчаси тугри

Даун касаллигининг психик куриниши

5

2

1

59

1. имбециллик, дебиллик
2. кузлари кук
3. оёк куллари калта
4. барчаси нотугри
5. барчаси тугри

Акли заифлик холатлари(олигофрения)

1. Бемор К 17 ёш куп болали оилада 5-чи фарзанд булиб тугилган. Отаси спиртли ичимликлар истеъмол килади. 2 ёшдан юрган ва 4 ёшдан гапирган. Ёзиш ва гапиришни билмайди, конкрет фикрлайди, макол ва масалларни тушинмайди, гаплари тушунарсиз. Уйда хеч қандай иш билан банд эмас, онаси ёрдамида кийинади.

.синдромал ташхис

.Бу синдром қайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

- 1.Олигофрения, Даун касаллиги, фенилкетонурия
- 2.Имбециль
- 3.ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РО-графия, IQ текшириш
4. Мехнатга лаёкатсиз, фикр конкрет, Сузларига тушиниш кийин
5. Давога мухтож эмас

МУНДАРИЖА

КИРИШ

1 - ҚИСМ

I БОБ

ПСИХИАТРИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Ўзбекистонда психиатриянинг равнақи 10

2-БОБ

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ 14

ИДРОК (ҲИС) ЭТИШНИНГ БУЗИЛИШИ 18

Галлюцинациялар 19

Кўриш галлюцинациялари

Эшитиш галлюцинациялари

Иллюзиялар 21**Психосенсор бузилишлар 22**

Идрок бузулишлари бўйича тест саволлари 24

ХОТИРАНИНГ БУЗИЛИШИ 29**ФИКРЛАШ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ 36****ХИССИЁТ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ 62****ИРОДА ВА ҲРАКАТ ДОИРАСИНING БУЗИЛИШИ****ОНГНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ 67**

2-БОБ

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ ПСИХОПАТОЛОГИК СИНДРОМЛАРИ**НЕВРОТИК СИНДРОМЛАР**

Истерик синдром

Обсессив (миядан кетмайдиган) синдром

Ипохондрик синдром 89**ПСИХОПАТИК СИНДРОМЛАР 90****Аффектив синдром****Депрессив синдром (синоними депрессия, меланхолия)****Маниакал синдром****Галлюцинатор — васваса (параноид) синдромлар****ҲРАКАТ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ****Кататоник синдром (кататония)****ОНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ****Делириоз ҳолат (делирий)****Аментив ҳолат**

Психиатрия дарслигига- авторлари: проф.Н.И.Хужаева, доц
А.У.Шоюсупова 2008 й.

ТАВСИЯНОМА.

Психиатрия китобининг биринчи нашри чоп этилганига 13 йилдан ошди. Бу йиллар ичида психиатрик ёрдамни ташкиллаштириш буйича сезиларли узгаришлар булди. «Психиатрик ёрдам тугрисидаги» конун фаолрок таъсир эта бошлади. Уз.Респ. Жиноят Кодексида Фукаролик Кодексларида суд-тиббийёт экспертизасини утказиш буйича, ва харбий-тиббий экспертизани утказиш буйича касалликлар янги руйхати буйича бандлар пайдо булди.

Хар бир булимга тестлар ва вазиятли масалалар кушилди. Бу эса китобни УАШ учун кимматли китобга айлантиради.

Психопатологик синдромларнинг баъзи характеристикалари МКБ – 10 га мос холда аниқлаштирилган. 10 - Халқаро касалликлар таснифининг мутаносиблик жадвали келтирилган. Муаллифлар томонидан ананавий психиатриядаги клинко - нозологик куринишлар ва МКБ – 10 да курсатилган рухий бузилишлар мос келувчилари мутаносиблиги курсатилган.

Дарсликда баъзи боблар кайта ёзилган, баъзилари тулдирилган. Жумладан хотира бузулишлари кайта ёзиб чиқилди, психосексуал бузилишлар бобига кушимчалар киритилди.

Китобдан хозирги вақтда тақикланган даво усуллари олиб ташланиб, янги даво усуллари ва дори воситалари киритилган.

Дарсликда берилган ахборот хажми тиббийёт институтлари ва университетларнинг тиббийёт факультетларининг талабаларини уқитиш дастурига мос келади. Дарслик врач психиатрларга, магистрларга, клиник ординаторларга фойдаланиш учун тавсия этилади.

ТошВМОИ Психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири проф.

Алимов У.Х.

•

Узгартиришлар.

Укув кулланмани кириш кисмига узгартиришлар киритилиб, кенгайтирилди. 1-бобга хозирги вақтда психиатрия соҳасида фаолият юритаётган инсонлар киритилди, вафот этган олимларга аниқлик киритилди. 2-боб кенгайтирилиб, шу бобга оид тест саволлари киритилди. 3-4 боб мавзусига оид тест саволлари киритилди. 5-бобга замонавий дори воситалари, уларга курсатмалар, улар хақида батафсил маълумотлар киритилди ва шунингдек у мавзуга оид тест саволлари киритилди.