

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

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

NEVROZLAR. REAKTIV PSIXOZLAR.

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

Toshkent – 2012

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

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

**«TASDIQLAYMAN»
ToshPTI Ilmiy Kengash raisi,
professor B.T. Daminov_____**
2012 yil « 30 » may
№ 10 bayonnoma

NEVROZLAR. REAKTIV PSIXOZLAR.

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

Toshkent – 2012

Tuzuvchilar:

V.K.Abdullayeva – ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent

S.B.Babaraximova - ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

N.I.Xodjaeva– TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası mudirasi, t.f.d., professor

Sh.R.Suleymanov– ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrası katta assistenti, O‘zR SSVning bosh mutaxassisi

K.Sh.Turdieva - ToshPTI o‘zbek, rus, lotin tillari kafedrası mudiri, filologiya fanlari nomzodi

«Nevrozlar. Reaktiv psixozlar» mavzusidagi o‘quv-uslubiy qo‘llanma tibbiyot oliy o‘quv yurtlari 5 kurs talabalari uchun mo‘ljallangan.

O‘quv-uslubiy qo‘llanma ToshPTI MUKda muhokama qilindi.
2012 yil « 23 » may bayonnoma № 9

O‘quv-uslubiy qo‘llanma ToshPTI Ilmiy Kengashida tasdiqlandi.
2012 yil « 30 » may bayonnoma № 10

Ilmiy Kengash kotibi, professor

E.A.Shomansurova

Mavzu: «NEVROZLAR. REAKTIV PSIXOZLAR»

1. Mashg'ulotni o'tkazish joyi, jihozlanishi

- Shahar klinik ruhiy kasalliklar shifoxonasi psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi kafedrası
- shahar bolalar asab-ruhiy kasalliklar markazi.
- ko'rgazmali qurollar, tarqatma materiallar, tashhis va davolash standartlar, patopsixologik testlar, tematik bemorlar.

2. Mashg'ulotning davomiyligi.

- 4 soat

3. Mashg'ulotning maqsadi

- nevrozlar kasalligi, uning klinik ko'rinishi to'g'risida umumiy bilim berish;
- nevrozlar kasalligining tasnifini berish;
- nevrozlar kasalligini erta tashhislashni o'rgatish;
- nevrozlar va nevrotik rivojlanish bilan qiyosiy tashhisotni o'tkazish;
- nevrozlar bilan og'rigan bemorlar tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya tamoyillarni va profilaktikasini bilishni o'rgatish.
- reaktiv psixozlar , uning klinik ko'rinishi to'g'risida umumiy bilim berish;
- reaktiv psixozlarning tasnifini berish;
- reaktiv psixozlar tashhislashni o'rgatish;
- reaktiv psixozlar va shizofreniya bilan qiyosiy tashhisotni o'tkazish;
- reaktiv psixozlar bilan og'rigan bemorlar tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya tamoyillarni va profilaktikasini bilishni o'rgatish.
- bolalardagi monosimptomatik nevrozlar tushunchasi, etiologiya va patogenezi

Vazifalar

Talaba bilishi kerak:

- nevrozlar va reaktiv psixozlar klinik tashhisini qo'yish;
- nevrozlar va reaktiv psixozlar davolash printsiplari va profilaktikasini.

- bolalardagi monosimptomatik nevrozlar tushunchasi, etiologiya, klinik manzarasi va davolash printsiplari

Talaba qila olishi kerak:

- klinik anamnestik usulini qo'llashni;
- patopsixologik usullarni qo'llab nevrozlar, reaktiv psixozlar va bolalardagi monosimptomatik nevrozlarni aniqlashni;
- suhbat o'tkazishni, profilaktika to'g'risida ota-onalar bilan suhbatlashishni.

4. Mavzuni asoslash

Nevrozlar kelib chiqishiga turli omillar sabab bo'ladi. Bu omillar qatoriga irsiy omillar, stress, ruhiy jarohatlar, tarbiyadagi kamchiliklar, mehnat faoliyatining o'zgarishi natijasida bemorning yangi sharoitda ko'nikishi qiyin bo'lishi qabilar kiritiladi. Ko'pincha nevroz belgilari asta-sekin, kamroq hollarda to'satdan paydo bo'ladi. Bemorlar o'z kasalliklariga to'g'ri va tanqidiy qaray oladilar, ongi saqlanib qoladi va o'z-o'zini boshqara oladilar.

Reaktiv psixoz – og'ir ruhiy jarohat yoqi ko'ngilsiz xodisaga javoban vujudga keladigan patologik jarayon. Reaktiv psixozlar nevrozlarga nisbatan qisqaroq, alomatlari og'irroq, kuchli psixomotor va affektiv buzilishlar, vasvasa, gallyutsinatsiyalar, isterik buzilishlar va ongning buzilishi bilan tavsiflanadi. Reaktiv psixoz holatidagi bemorlarning o'z holatini tanqidiy baholash yo'qoladi, o'zining qilgan harkatlarini bilmay qoladi.

5. Fanlararo va fan ichidagi bog'liqlik

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

6. Mashg'ulot mazmuni:

6.1. Nazariy qismi

«Nevroz» tushunchasi tibbiyotga 1776 yilda shotland vrachi V.Kollen tomonidan kiritilgan. U bu xastalikni funktsional xususiyatga ega ekanligini ta'kidlab, bosh miya strukturasida organik o'zgarishlar bo'lmasligini bayon qildi.

Nevrozlar funksional-qaytish xususiyatiga ega bo'lgan xastalik bo'lib, ruhiyatga shikastlovchi omillar (ko'pincha turmushning bo'lmasligi va kamroq hollarda og'ir ruhiy ta'sirotlar)ga shaxsning reaksiyasidir. Nevrozlar kelib chiqishiga turli omillar sabab bo'ladi. Bu omillar qatoriga irsiy omillar, stress, ruhiy jarohatlar, tarbiyadagi kamchiliklar, mehnat faoliyatining o'zgarishi natijasida bemorning yangi sharoitda ko'nikishi qiyin bo'lishi qabilar kiritiladi. Ko'pincha nevroz belgilari asta-sekin, kamroq hollarda to'satdan paydo bo'ladi. Bemorlar o'z kasalliklariga to'g'ri va tanqidiy qaray oladilar, ongi saqlanib qoladi va o'z-o'zini boshqara oladilar. Nevrozlarning quyidagi turlari farqlanadi: nevrasteniya, isterik nevrozlar va miyadan ketmaydigan holatlar (obsessiv) nevrozlar.

Nevrasteniya (astenik nevroz) – asabiy va ruhiy zaiflik holati bo'lib, hayotyoki ish faoliyati sharoitlariga moslasha olmaslik natijasida kelib chiqadi. Bu kasallik mutlaqo sog'lom kishilarda qattiq charchash, zo'riqish oqibatida kelib chiqishi mumkin. Nevrasteniyaning klinik ko'rinishida quyidagi belgilar kuzatiladi: qo'zg'aluvchanlik, bezovtalik, ortikcha ta'sirchanlik, kayfiyatni o'zgaruvchanligi, uyqu va ishtahaning yo'qolishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, yurak sohasida noxush og'riqlar va сезгилар, ошқозон соҳасида оғриқлар, кўнғил айнаши, qusish kabi belgilari kuzatiladi. Bemor mehnat qobiliyatining pasayishiga, xotiraning susayishiga, tezda holda toliqib, ishga yaroqsiz bo'lib qolishiga olib keladi. Bemor o'z diqqat-e'tiborini jamlay ololmaydi, uyqusi bo'ziladi, tez qizishib, asabiylashadi yoqi umuman hamma narsaga befarq bo'lib qoladi. Tashqi ta'sirlarga – ovoz, yorug'lik, shovqindan qattiq ta'sirlanib, ichki a'zolarida noxush og'riq his qiladi. Doimo kayfiyati tushkun bo'ladi. Qunduzi bemorlarni mudroq bosadi, kechalari esa chuqur toliqib uxlay olmaydi va tez-tez uyg'onib turadi. Nevrasteniyaning davomiyligi turlichadir, u bir necha oydan bir necha yilgacha davom etadi. Nevrasteniya giperstenik va gipostenik turlariga bo'linadi. *Giperstenik turi* uchun betoqat bo'lish, asabiylashish, arzimagan narsadan qattiq ta'sirlanish, diqqatni buzilishi kabi belgilari xosdir. *Gipostenik turi*

uchun mehnat qobiliyatining pasayishi, jismoniy va ruhiy faollikning susayishi, toliqish, apatiya, uyquchanlik belgilari xos bo'ladi.

Isterik nevroz — psixogen va funktsional tabiatdagi kasallikdir. Isterik nevrozda harakat, sezuvchanlik va somato-vegetativ sohaning funktsional o'zgarishlari kuzatiladi. Bu kasallik alomatlarini paydo bo'lishi ruhiy omillar bilan bog'liq, ammo shularga mos holda organik o'zgarishlar yo'qligi aniqlanadi. Shuningdek, isterik nevroz bemorlar o'z xohishini amalga oshira olmaganida boshlanib qoladi. Isterik nevrozning klinik ko'rinishidagi ruhiy buzilishlar yorqinligi, tomoshago'yiligini ko'rinish uchun qilayotganligi ko'rinib turadi, bemor qaysi kasallikni bilsa, o'shanga o'xshash alomatlar namoyon qilishi bilan tavsiflanadi.

Harakat buzilishlari isterik tutqanoqlar, ixtiyorsiz harakatlar (giperkinezlar), isterik tutqanoqlar, oyoq va qo'llar parezi va falaji (sholliqi), astaziya-abaziya - yotgan joyida harakat qila olgani holda turib yura olmasligi kabi ko'rinishlarda bo'ladi. Sezuvchanlik buzilishi isterik ko'rlik, isterik karlik, giposteziya, gipersteziya, paresteziyalar shaklida bo'ladi. Somato-vegetativ buzilishlari quyidagi bo'ladi: oshqozon-ichak faoliyatining buzilishi: isterik ko'ngil aynash, ishtaha yo'qligi (anoreksiya), oshqozon og'rishi, isterik qabziyat yoqi ich ketishi; yurak sohasida og'riqlar, yurakning tez urishi va boshqalar. Tomog'iga bir narsa tiqilgandek bo'lishi juda xosdir. Affektiv buzilishlar o'ynoqi hayajon bilan tavsiflanadi, bemor kayfiyati tez o'zgaradi. Xotira va tafakkuri aniq, obrazli hodisalarni tashqi tomondan aks ettiradi. Bu holat ko'pincha rahm-shafqatning susayishi, odobsizlik bilan qo'shilib ketadi, bemorlar atrofdagilarning diqqat-e'tiborini o'ziga qaratmoqchi bo'ladi.

Miyadan ketmaydigan holatlar (obsessiv, shilqim, yopishqoq holatlar) nevrozi ham ruhiy jarohatlanish natijasida paydo bo'ladi. Kasallik belgilarida miyaga o'rnashib qolgan fikrlar (obsessiyalar), yopishqoq qo'rquvlar (fobiyalar) va yopishqoq mayl va harakatlar (kompul'siyalar) asosiy o'rinni egallaydi. Nevroz klinikasida bu holatlar ko'pincha qo'shilib keladi.

Barcha yopishqoq holatlar uchun umumiy belgi shundan iboratki, bu holatlar bemorning hohishiga qarshi paydo bo‘ladi va u bundan qutula olmaydi. Sog‘lom odamlarda ba‘zan bo‘lib qoladigan yopishqoq holatlar (masalan, biror so‘zni «o‘zidan-o‘zi» qaytaraverish) birmuncha vaqtdan keyin birdan yo‘qoladi. Bemor esa bu holatlarga tanqidiy qaray oladi, lekin miyaga o‘rnashib qolgan narsalarni zo‘rlab chiqara olmaydi. Miyadan ketmaydigan fikrlar esdaliklar, gumonlar ko‘rmishida bo‘lishi mumkin. qandaydir fikr, maqol, so‘z, ismlar va xokazolar uzoq vaqt bemor ongida o‘rnashib qoladi. Shilqim gumonlarda bemor dazmol simini rozetkadan oldimi-yo‘qmi, o‘z ishimni to‘g‘ri bajardimi-yo‘qmi va boshqa ishlarni bajarayotganda o‘ziga ishonmaydi. Yopishqoq hisobda bemorlar ko‘chadagi binolar, derazalar, qavatlar, zinapoyalarni takrorlab sanaydilar yoqi hayollarida turli sonlarni qo‘shadilar, ayiradilar va H.k. Fobiyalar o‘z mazmuniga ko‘ra turli bo‘ladi: *kardiofobiya* – yurak kasalligiga chalinib qolishdan qo‘rqish, *lissiofobiya* – ruhiy kasallik bilan og‘rib qolishdan qo‘rqish, *agarofobiya* – ochiq, keng maydonlarda yolg‘iz qolishdan qo‘rqish, *klaustrofobiya* – yopiq bino, qorong‘i xonalardan qo‘rqish, *mizofobiya* – o‘ziga infektsiya yuqib qolishdan qo‘rqish va hokazo. Fobiyalar ayrim bemorlarda yakka holda uchrasa, boshqa bemorlarda ikkinchi turdagi qo‘rquvlar yoqi boshqa vegetativ holatlar bilan kechadi. Bemor irim-sirimga beriluvchan bo‘lib qoladi va turli harakatlar qiladi. Irim-sirim harakatlari bemor uchun himoya vazifasini o‘taydi. Masalan, yuqumli kasalliklar bilan og‘rib qolishdan qutulish uchun bemorlar qo‘lini to‘xtovsiz yuvadilar, uylarini bir necha marta dezinfektsiya qiladilar yoqi bemor zinapoyadan tushayotib, birinchi ikki pog‘onadan sakrab o‘tib, kun yaxshi o‘tishini ta‘minlaganday bo‘ladi.

Nevrozlar asosan sog‘ayish bilan tug‘aydi. Nevrozning so‘nishi asta-sekin bo‘lishi mumkin.

Reaktiv psixozlar

Reaktiv psixoz – og'ir ruhiy jarohat yoqi ko'ngilsiz xodisaga javoban vujudga keladigan patologik jarayon. Reaktiv psixozlar nevrozlarga nisbatan qisqaroq, alomatlari og'irroq, kuchli psixomotor va affektiv buzilishlar, vasvasa, gallyutsinatsiyalar, isterik buzilishlar va ongning buzilishi bilan tavsiflanadi. Reaktiv psixoz holatidagi bemorlarning o'z holatini tanqidiy baholash yo'qoladi, o'zining qilgan harkatlarini bilmay qoladi. Shu bilan birga reaktiv psixozlarga alomatlarining qaytaruvchanligi xos bo'ladi.

Reaktiv psixozlarga quyidagi sabablar olib keladi: hayot uchun havfli bo'lgan vaziyat, yaqin qishidan ajralib qolish, tabiiy ofat, xizmatdagi kelishmovchilik va boshqalar. Bu psixozlarni rivojlanishi shaxsning konstitutsional to'zilishi (psixopatik shaxslarda), boshidan kechirgan kasalliklari, yoshi, aqliy rivojlanishi bilan bog'liqdir. Ruhiy jarohat tugashi bilan odatda ruhiy buzilishlar o'tib ketadi.

Reaktiv psixozning klinik turlaridan affektiv-shok reaktsiyalari, isterik psixozlar, reaktiv depressiyalar va psixogen paranoidlar farqlanadi.

Affektiv-shok reaktsiyalari to'satdan sodir bo'lgan, o'ta kuchli tabiiy ofatdan yuzaga keladi. Affektiv-shok reaktsiyalari giper- va gipokinetik turlariga bo'linadi. Giperkinetik turida bemorlar maqsad yo'nalishini yo'qotadi, vahima va qo'rquvga tushadi. Ular bema'ni harakatlar qiladi, turgan joylariga mo'ljal yo'qoladi. Bu turdagi qo'zg'alish 15-25 daqiqa davom etadi. Gipokinetik turida bemor stupor holatiga tushib, butunlay harakatsiz bo'lib qoladi va gapira olmasligi (mutizm) mumkin. Bemor bir joyda qotib qoladi, atrofdagi hodisalarga befarq bo'lib, bir nuqtaga qarab turadi. Stupor bir necha soatdan 2-3 kungacha davom etishi mumkin. Psixoz vaqtidagi bemor kechinmalari xotirasida saqlanmaydi.

Isterik psixozlar bir mexanizm bo'yicha vujudga keladi va klinik ko'rinishi bo'yicha turli bo'ladi (ongning isterik sumerik buzilishi, soxta dementsiya (psevdodementsiya), puerilizm, vasvasasimon fantaziya alomatlari, isterik stupor).

Ongning isterik sumerik buzilishida bosh miya qobig'i funktsiyalari to'liq to'xtamaydi. Ongning torayishi, joyga mo'ljalni buzilishi, jarohatlanuvchi

vaziyatni aks etuvchi ko‘rish gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Psixoz davridagi hodisalar xotirada saqlanmaydi. Bemorning harakatlari namoyishsimon: kulgi, yig‘i, qo‘shiq aytish birdaniga tutqanoqlarga o‘tishi, bemorning g‘amgin holatda qotib qolishini qisqa vaqt davom etuvchi qo‘zg‘alishga o‘tishi kuzatiladi. Bu holat 1-2 haftagacha davom etishi mumkin.

Pseudodementsiya – aldamchi tuyuladigan aql zaifligidir. Yolg‘on aql zaifligi ong torayganida paydo bo‘lib, oddiy bilimlarni yo‘qotish, savollarga noto‘g‘ri javob berish, noto‘g‘ri harakatlar qilish bilan tavsiflanadi. Yolg‘on aql zaiflik bir necha kundan bir necha oygacha davom etishi mumkin. Ongning isterik sumerik buzilishi va psedodementsiya uyg‘unlashishi bilan kechadigan holat *Ganzer sindromi* deb yuritiladi.

Puerilizm – isterik reaksiya turlaridan biri bo‘lib, ongning isterik torayishi bilan birga yosh bolalarga xos xulq-hulq-atvorning paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Bemorlarda yosh bolalar nutqi, harakati, his-tuyg‘u reaksiyalari kuzatiladi.

Vasvasasimon fantaziyali isterik sindromiga tizimlashmagan, turg‘unsiz buyuklik, boylik vasvasa g‘oyalari xosdir. Fantaziyalar mazmuni juda o‘zgaruvchan bo‘lib, tashqi holatga bog‘liq bo‘ladi.

Isterik stupor holatida ruhiy va harakat jarayonlarining to‘xtashi, mutizm, ongning isterik torayishi kuzatiladi. Bemorlarda kuchli siqilish, jahldorlik, tushkunlik holatlari paydo bo‘ladi.

Reaktiv depressiyalar umidsizlik, ishonchsizlik, xafachilik, vegetativ buzilishlar va uyqusizlik bilan tavsiflanadi. Bemor hayolida faqat sodir bo‘lgan baxtsizlik bo‘ladi. Bemor o‘z holatiga tanqid bilan qaraydi. Bemor ko‘pincha o‘z holatini paydo bo‘lishida bo‘lgan hodisaga tegishli odamlarni ayblaydi. Reaktiv depressiyaning namoyon bo‘lishi real borliq hodisalari bilan bog‘liq bo‘ladi. Reaktiv depressiya odatda 2-3 oy davom etadi, lekin uzoq vaqt ham davom etishi mumkin.

Psixogen paranoid – o‘zining soddaligi, oddiyligi, obrazligi, hissiy kechinmalarga boyligi, affektlar (qo‘rquv, hayajon) ning mavjudligi bilan

tavsiflanadi. Shu bilan birga ta'qib qilish, munosabat vasvasa g'oyalari paydo bo'ladi. Ularning mazmuni ruhiy jarohat keltirib chiqargan vaziyatga to'g'ri keladi. Ko'rish va eshitish gallyutsinatsiyalari ham uchrashi mumkin. Psixogen paranoidlar turlariga urush davri paranoiidi, temir yo'l paranoiidi, qamoq paranoiidi, induktsiyalangan vasvasalar qiradi.

BOLALARDAGI MONOSIMPTOMATIK NEVROZLAR

Umumiy tushuncha

Bolalardagi nevrozlar kattalardan farq qilib ulardagi reaktiv holatlar elementar somatovegetativ va harakat buzilishlari ruhiy buzilishlarga qaraganda ko'p uchraydi Bolalardagi ruhiy buzilishlar asosan emotsional harakterda bo'ladi. Bu holatlar kichik yoshdagi bolalarga xos bo'ladi.

Bolalardagi somatovegetativ va harakatning nevrotik buzilishlari nisbatan izolyatsiyalangan yoqi dominant xolda bo'lib, klinik kechuvida etakchi o'rinni egallaydi Shuning uchun bolalardagi nevrozlarni monosimptomatik nevrozlar deyiladi (Simson T.P., Suhareva G.E.). Ular sistemali nevrozlarga (Apter I.A., Myasihev V.N.) ma'no jihatdan mos keladi. Bunda biron bir a'zo va sistemalar faoliyatini buzilishi nevroz klinikasida etakchi o'rinni egallaydi.

Ba'zi olimlar bolalardagi nevrozlarning sistemali deb atalishini noto'g'ri deb hisoblaydilar. Ular bu nomni umumiy nevrozlarning patogenetik mexanizmiga to'g'ri kelmaydi deb hisoblaydilar. Lekin «monosimptomatik yoqi sistemali nevroz» terminini taklif etgan olimlar buni shunday tushuntirishadilar: bolalardagi nevrozlarda kuzatiladigan u yoqi bu somatik sistemali buzilishlari klinikada etakchi o'rinni egallashi bilan birga bu kasallik oliy nerv tizimidagi buzilishlar bilan davom etadi shuning uchun bolalardagi nevrozlarni umumiy nevrozlar patogenezini bir qatori sifatida qarash mumkin va bu hech qanday noto'g'ri tushuncha bo'lmaydi deyishadi.

Etiologiya

Nevrozlar bu psixogen kasallik bo'lgani uchun ularni kelib chiqishiga u yoqi bu turdagi ruhiy kechinmalar stress holatlari yotadi. Bolalarda nevrozga sabab bo'luvchi omillarni o'ziga xos xususiyati shundan iboratki bu ruhiy ta'sirotlar asosan qisqa muddatli va kuchli ta'sir etuvchi omillardir ya'ni nevrozlar bolalarda ko'prok qo'rquv bilan davom etuvchi shok va subshok harakterdagi ruhiy travmalar kamroq holda va asosan o'smirlarda uzoq davom etuvchi ruhiy travmaga olib keluvchi holatlar hisoblanadi. Substrat omillar zamin omillar:nevropatik va rezidual tserebral–organik etishmovchiliklar bo'lib ularni kelib chiqish asosida anti- peri- va erta postnatal davrdagi bosh miyaning organik buzilishiga olib keluvchi omillar yotadi.

Patogenezi

Sistemali nevrozlar patogenezi hali to'liq o'rganilmagan. Nevrozlar rivojlanishini umumiy patofiziologik mexanizmlar sistemali nevrozlar rivojlanishini tushuntirib berishda ahamiyatga egadir. Buning sababi sistemali buzilish (monosimptom) doimo kuchli ifodalangan ikkinchi plandagi umumnevrotik buzilishlar (bezovtalik qo'rquv holati emotsional taranglik affektiv labillik astenik komponentlar) bilan birga kechadi.

Sistemali nevrozlarni yuzaga kelishini tushuntirishda asosiy muammo u yoqi bu funktsional tizim buzilishlarini kelib chikishini tanlanishi bo'lib hisoblanadi.

Bu tanlanish jarayoni bir necha mexanizmlar bilan tushuntiriladi:

1. U yoqi bu funktsional tizimdagi orttirilgan yoqi tug'ma holdagi buzilishga bo'lgan moyillik bo'lishi.

2. Affekt holatini u yoqi bu faoliyatda yuzaga keluvchi patologik shartli reflektor aloqani ular orasida yuzaga kelishi ya'ni ma'lum bir tizim yoqi a'zoni shu affekt vaqtida kuchli zo'riqishda bo'lishi yotadi. Masalan: taxikardiya himoya harakatlari.

3. Emotsional taranglik holati bo'lib bunda affektiv taranglik ma'lum bir faoliyatga e'tiborni yunaltirilishi bilan davom etib shu faoliyatini dezavtomatlashga olib keladi deb tushuntiradilar. Masalan: kutish nevrozi, duduqlanish nevrozi.

Demak, sistemali nevrozlar psixogen omillar ta'sirida organizmni u yoqi bu holatiga qarab istalgan darajada ma'lum bir funktsional tizimdagi o'zgarishlarni yuzaga chiqishga olib kelishi mumkin.

BOLALARDAGI NEVROZLARNING

KLINIK SISTEMATIKASI

1. Psixomotor buzilishlar bilan kechuvchi nevrozlar - *nevrotik duduqlanish* ya'ni *logonevroz*.

2. Qo'rquv natijasida yuzaga keluvchi ongning affektiv torayishi bilan paydo bo'ladigan nevrozlar - *nevrotik tiklar, uyquning nevrotik buzilishi*.

3. Vegetativ buzilishlar bilan ifodalanuvchi nevrozlar - *nevrotik anoreksiya, nevrotik enurez, nevrotik enkoprez*.

4. Astenik va nevrastenik buzilishlar bilan kuzatiladigan nevrozlar (ko'prok o'smirlarda).

Nevrotik duduqlanish (logonevroz)

Nutq vaqtida ishtirok etuvchi mushaklarni tirishishi bilan kuzatiladigan va nutq ritmi, tempi, tyokisligi o'zgarishiga olib keladigan nevrotik buzilish holatidir.

Qisqa muddatli duduqlanish 4%, nisbatan turg'un duduqlanish 1% tashkil etadi. O'g'il bolalarda qizlarga qaraganda ko'prok kuzatiladi. Nisbati 2:1 dan 10:1 gacha bo'lishi mumkin. Bu holat odatda 2-3 yoshdan boshlab, ya'ni nutq shakllana boshlanishidan kuzatiladi.

Logonevroz o'tkir va o'tkir osti ruhiy jarohatlar natijasida kelib chiqadi. Logonevroz rivojlanishi asosida «fastsio-bukko-lingval dispraksiya» yotadi, ya'ni affekt holatida motor avtomatizm kuchli rivojlanib nutq aktida ishtirok etuvchi mushaklar talvasasiga olib keladi. Bunda nozik harakatlar koordinatsiyasi buziladi. Tanlanishi esa tug'ma yoqi orttirilgan moyilligiga bog'liq bo'lishi bilan tushuntiriladi.

Klinik ko'rinishi

Duduqlanish sindromi bilan kechib kasallik boshida nafas olish vokal mushaklarini tonik talvasasi va asta-sekin jarayonga artikulyatsiya mushaklarida tonik-klonik talvasalar paydo bo'lishi bilan kechadi. Shuningdek nutq buzilishi bilan birga yuz bo'yin oyok-ko'l mushaklarida qo'shimcha o'ziga xos harakatlar paydo bo'lishi mumkin.

Bir necha oy yoqi 1-2 yilda bolada nutq defekti yuzaga keladi va logofobiya rivojlanadi. Nevrotik duduqlanishga intensivlik doimiy bo'lmaslik xos bo'ladi, ya'ni kuchli duduqlanish hatto gapiraolmaslik holati, bemalol nutq so'zlash bilan almashib turishi kuzatiladi. Duduqlanish odatda emotsional taranglik holatida kuchayadi. Nevrotik duduqlanish boshqa nevrotik buzilishlar (qo'rquv, kayfiyat o'zgaruvchanligi, uyqu buzilishi, tiklar, enurez) bilan birga kechadi. Dinamikasi turlicha bo'lishi mumkin. Kuchli reaksiyalarda o'tkir nevrotik reaksiya bilan kechsa uzoq davom etuvchi psixogen omillar ta'sirida prenevrotik, ya'ni vaqti-vaqti bilan kechadigan duduqlanish kuzatilishi mumkin. Kechuvi to'liqsimon harakterda bo'ladi. Asosan 15-17 yoshlarda duduqlanish kuchayadi, bunga logofobiya sabab bo'ladi. Hattoki shaxsning nevrotik shakllanishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu holatni nevrozsimon duduqlanishdan farqlash kerak. Bu duduqlanish organik va somatogen buzilishdan kelib chiqib asta-sekin nutq rivojlanishini susayishi holida namoyon bo'ladi. Artikulyatsiya mushaklarining tonik-klonik talvasalari boshidan kuchli bo'lib, odatda hech qanday psixotravmatik omillar so'ralganda aniqlanmaydi. Bemorlar bu holatdan uyalmaydi, ularda logofobiya kuzatilmaydi, tiklar, enurez va boshqa tserebrastenik va tarqoq nevrologik

simptomlar bilan birga kechadi. Dinamika nisbatan monoton holdagi nutq bilan kechadi.

Nevrotik tiklar

Bular turli-tuman avtomatizatsiyalashgan odatiy elementar harakatlar (koʻzni pirpirashi, peshonani tirishtirish, burun qanotlarini tirishishi, labni yalash, elka qisish, oyoq-qoʻl va tana bilan har-xil harakatlar qilish) hamda yoʻtalib qoʻyaverish, har-xil tovushlar chiqarish boʻlib, ular biron bir himoya harakati holida yuzaga kelib, keyin fiksatsiyalanib qoladilar. Nevrotik tiklar bolalar orasida keng tarqalgan boʻlib, asosan 7-12 yoshdagi bolalarda koʻp uchraydi. Tiklar asosan pubertat davrida koʻpayadi. Kuchli va uzoq davom etuvchi psixotraumatik faktorlar rolʻ oʻynaydi. Tiklar asosan himoya refleksi hisobiga yuzaga kelib, nevrotik buzilish asosida saqlanib qoladi.

Klinik koʻrinishi

Odatda yuz, boʻyin, elka kamaridagi harakatlar kuzatiladi. Tiklar boʻladi. Kasallik davomida joylashishi koʻp marta oʻzgarib boradi. Vaqt oʻtib borishi bilan tiklar psixopatologik shilqim holatga oʻtishi mumkin. Subʼektiv bolalar tiklarni kasallik emas, balki odat deb hisoblaydilar. Tiklar omil taʼsir etgan vaqtda yoʻq bir muncha keyin paydo boʻlishi mumkin. Baʼzida tiklar 3-4 haftadan soʻng yoʻqolib qolishi mumkin. Lekin koʻpincha ular saqlanib qoladilar. Tiklar boshqa nevrotik buzilishlar: kayfiyat oʻzgaruvchanligi, yigʻloqilik, koʻzgʻaluvchanlik, epizodik qoʻrquvlar, astenik simptomlar bilan birga kechadi. Statistika koʻra tiklar 30%da sogʻayishi, 36%da yaxshilanishi va 34% kasallik tuzalmasligi yoʻq yomonlashuviga olib kelishi aniqlangan. Nevrotik tiklarni nevrozsimon tiklardan va organik giperkinezlardan farqlash kerak.

Nevrozsimon tiklar stereotipik monoton holda boʻlib, psixorganik sindrom va oʻchoqli nevrologik belgilar bilan birga kechadi.

Organik giperkinezlarda (xoreya) himoya harakterga ega boʻlmagan bir guruh mushaklar ishtirokida harakatlar bilan taʼriflanib, ixtiyoriy ravishda bemorga boʻysunmaydi.

Uyquning nevroitik buzilishi

Bolalar va o'smirlar orasida keng tarqalganiga qaramasdan kam o'rganilgan. Bunga ham psixotravmatik omillar hamda organik-nevropatik buzilishlar sabab bo'ladi. Asosan uyqudan oldin bo'ladigan jarohatlar muhim ahamiyatga ega. Patogenezida paradoksal uyqu tsikllarining davomiyligini kamayishi yotadi, bola uyg'onishiga yaqin bo'lgan holatda bo'lib, lekin darajasi past bo'ladi.

Klinik ko'rinishi

Bu buzilishlar tez uxlab qolish, kechalari tez uyg'onib ketish, tungi qo'rquvlar, uyqu holatida yurish va gapirish bilan kechadi. Mudroq bosishi 1-2 soat bo'lib uni har-xil qo'rquvlar bilan kechishi patologik odatiy xatti-harakatlar shilqim harakatlar bilan birga kuzatiladi. Yosh bolalar asosan kechalari birdaniga uyg'onib ketishi ko'p uchraydi. Bola bemalol uyg'onib 1-2 soat o'ynab o'tirishi keyin yana uyquga ketishi kuzatiladi. Tungi qo'rquvlar yosh bolalar va maktabgacha bo'lgan bolalar orasida ko'p uchraydi. Shuningdek somnambulizm va uyqusida gapirishi holati kuzatilib mazmunan tushda bo'layotgan voqealarni ifodalaydi. Bu holatlarni epilepsiyada yuz beradigan uyquning paroksizmal buzilishi bilan solishtirish kerak. Bunda jarayon birdan boshlanib birdan to'xtaydi.

Nevrotik anoreksiya

Bolalar orasida keng tarqalgan holat bo'lib bolalarning ovqatga nisbatan bo'lgan buzilish xatti-harakatlari bilan kechadi. Asosan yosh bolalar va maktabgacha bo'lgan o'rtasida uchrab turadi. Uni kelib chikishida ham psixotravmatik faktorlar sabab bo'ladi hamda vegetativ regulyatsiyaning buzilishi bilan bog'liq bo'lgan nevropatik holatlar sabab bo'ladi. Patogenezida ovqatlanish markazida salbiy omil ta'sirida yuzaga kelgan ko'zgalish o'chog'i yotadi. Natijada bolada ovqatga nisbatan salbiy munosabat shakllanadi.

Klinik ko‘rinishi

Bola ovqatni egisi kelmaydi, ovqatga nisbatan tanlash kuchayadi, ovqatlanishga xohishsiz o‘tiradi. Ko‘pincha ovqat eganda qusish sodir bo‘ladi. Injiqlik yig‘loqilik bilan birga kuzatiladi. Bu ko‘pincha qo‘rquv bilan kuzatiluvchi psixotravmatik omillar va ortiqcha erkalatilgan bolalardagi nevropatik holatlarda paydo bo‘ladi.

Bu holatni bolalarda har-xil somatik va infeksiyon kasalliklardan so‘ng paydo bo‘ladigan astenik-somatogen anoreksiyadan farqlash kerak bo‘ladi.

Nevrotik enurez

Enurez - bu beixtiyor, asosan tungi vaqtda siydik ajratish holati. 4 yoshdan keyin bu holat kuzatilsa buni patologik enurez deyiladi. Bolalar orasida 10% o‘g‘il bolalarda 12% qizlarda 7% uchraydi. Maktab yoshdagilarda 4% uchraydi, o‘smirlarda juda kam qayd etiladi. Enurezning 2ta etiologik turi farqlanadi:

1. Nevrotik enurez-psixotravma hisobiga yuzaga keladi.
2. Nevrozsimon enurez-bosh miyaning organik buzilishida uchraydi.

Enurez yuzaga kelish vaqtiga qarab ikki xil bo‘ladi:

1. Birlamchi enurez - ilk bolalik davrida kuzatilib bunda bola etarlicha ko‘nikmaga ega bo‘lmaydi.
2. Ikkilamchi enurez - bola etarlicha ko‘nikmaga ega bo‘lgandan so‘ng kuzatiladi.

Enurezning kelib chikishi yana nevropatik holatlarda va irsiy bo‘lishi mumkin. Patogeneza: bosh miyaning siydik ajratishni regulatsiya qiluvchi markazida turg‘un ko‘zg‘alish o‘chog‘i paydo bo‘lib, natijada vistseral analizatorning faoliyati buziladi hamda nevrozsimon enurezda etarlicha rivojlanmagan siydik ajratishni regulatsiya qiluvchi markazning shikastlanishi sabab bo‘ladi. Shuningdek oxirgi ma‘lumotlarga ko‘ra enurezga uyqu mexanizmlarini buzilishi ham sabab bo‘lishi aniqlangan.

Klinik ko‘rinishi

Nevrotik enurezni kechishi asosan bolani atrofidagi emotsional muhitga bog‘liq bo‘ladi. Psixotravmatik omillar ta’siri oshib borsa enurez ham kuchayadi va aksincha. Harakterida bezovtalik, qo‘rqish, o‘ziga ishonmaslik, o‘ziga past baho berish kabi xususiyatlar bo‘ladi. Enurez boshqa nevroitik buzilishlar: emotsional labillik, ko‘zg‘aluvchanlik, injiqlik, yig‘loqilik, uyqu buzilishi, tiklar, qo‘rquvlar bilan birga kechadi.

Enurezning 2ta klinik varianti bor:

1. O‘tkir yuzaga kelib monosimptom kechadi siyib qo‘yish 1-2 haftada 1marta bo‘ladi. Ko‘pincha 1-3 oydan so‘ng sog‘ayish bilan tug‘aydi. Ba’zilar bu xol davom etib nevroitik reaksiya klinik-psixopatologik holatga o‘tadi. Siyib qo‘yish kuchayib haftasiga 2-3 marta bo‘ladi va boshqa nevroitik buzilishlar qo‘shiladi.

2. Surunkali psixotravma natijasida paydo bo‘ladi. Turli polimorf nevroitik buzilishlar enurezdan bir necha oy oldin paydo bo‘ladi. Boshida siyib qo‘yish oyiga 1-2 marta bo‘lsa 4-8 oydan so‘ng ko‘payib haftasiga 4-6 martagacha kuzatiladi.

Enurez bolaning ruhiy rivojlanishiga salbiy ta’sir etib subdepressiv o‘zgarishlarga patoharakterologik reaksiyalarga hattoki shaxsning nevroitik shakllanishiga olib keladi.

Differentsial tashhis: Nevrozsimon enurez somatik genezli enurez va bolalarda passiv norozilik reaksiyasida yuzaga keluvchi enurezdan farqlash lozim. Bundan tashqari epilepsiya urologik va endokrin kasalliklarda uchraydigan enurezdan farqlash kerak bo‘ladi.

Nevrotik enkoprez

Enkoprez - bu to‘g‘ri ichakda va anal sfinkterida hech qanday anomaliya bo‘lmagan holatda beixtiyor axlat ajratib yuborish holatidir. Enurezga qaraganda

10 marta kam uchraydi. Ayniqsa 7-8 yoshda ko'p uchraydi: o'g'il bolalarda qizlarga ko'ra ko'p uchraydi 3:1 yoki 10:1 nisbatda bo'ladi.

Patogenezi o'rganilmagan.

Klinik ko'rinishi

Enkoprez hojat chiqarish ko'nikmalariga ega bo'lgan bolalarda kuzatilsa patologik hisoblanadi. Bunda qunduz kunlari ozgina axlat ajratish ba'zan ko'p bo'lishi kuzatilib bola defekatsiyaga hojat sezmaydi beixtiyor sodir bo'ladi. Enkoprez bolaga salbiy ta'sir qilib kayfiyat pasayishi ko'zg'aluvchanlik yig'loqilik bilan birga kuzatilishi mumkin. Bola bu holatda uyalganidan qattiq aziyat chekadi.

Differentsial tashhis

Oligofreniya, shizofreniya, bosh miyaning organik kasalliklari, to'g'ri ichak anomaliyalari (megakolon) dan farqlash kerak bo'ladi.

Davolash printsiplari

Davolash ishlari nevroitik buzilishlarda kompleks olib borilishi lozim.

1. Psixoterapiya - adekvat psixoterapevtik tadbirlarni qo'llash orqali amalga oshirish kerak.

Psixogen faktorlar ta'sirini yo'qotish oilada va oila a'zolari o'rtasida oilaviy psixoterapiya o'tkazish va korreksion-pedagogik ishlarni olib borish kerak. Bemor bolaga unga mos tadbirlarni qo'llash ayniqsa ba'zi holatlarda guruhli psixoterapiya yaxshi samara beradi. Gipnotik ishontirish autotrenning o'tkazish kerak.

2. Medikamento davolash:

Maxsus rejim o'rnatish va unga qattiq rioya qilishni nazorat qilib borish orqali nevroitik buzilishlarni davolanadi.

Davolashni effektivligi spazmolitiklar, vitaminlar, degidratatsion preparatlar, sedativ moddalar, trankvilizatorlar, desensibilizatorlar qo'llanadi.

3. Fizioterapevtik muolajalar o'tkazish yaxshi foyda beradi.

4. Dietoterapiya va LFK mashqlarini o'tkazish kerak.

5. Odatda kasallikning vaqtiga bog'liq bo'ladi. Qanchalik vaqtli boshlansa davolash shunchalik effektiv bo'ladi.

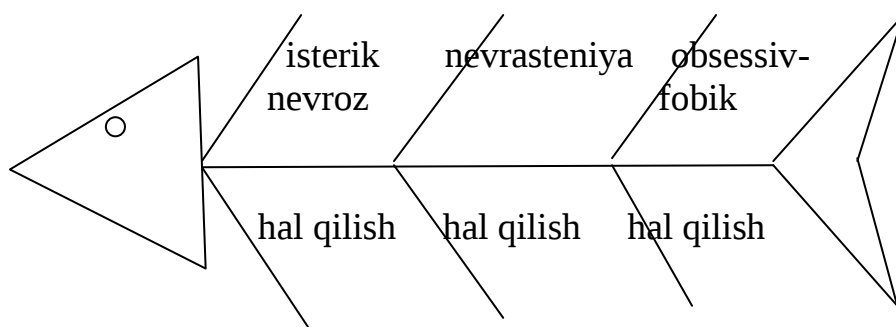
Profilaktika

Profilaktik tadbirlarni o'tkazish - kattalar o'rtasida tushuntirish ishlarini olib borish, bolalarni ruhiy rivojlanishini ko'zatib borish, o'z vaqtida tez va to'g'ri davolash printsiplarini qo'llashdan iborat bo'ladi.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar:

Talabalar bilimini tekshirish uchun yangi pedagogik texnologiyalar asosidagi interfaol usullar bir qancha bo'lib, shulardan amaliy mashg'ulotlar uchun quyidagi usullardan foydalanish o'rinli.

Baliq skeleti nevroz



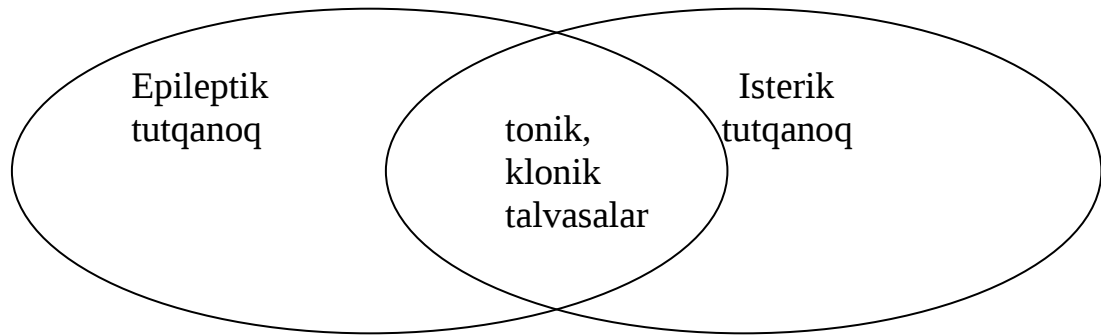
Ta'rifi

Muammoni qo'yish va hal qilishning mazkur modeli bir qator muammolarni ta'riflash va echib ko'rishga imkon beradi. Masalan: 1)nevrozlarni tasnifi; 2) nevrozlarni klinik turlari;

Strategiya:

1. Bir varaq oq qog'ozda (vatman yoqi A-3 varag'i) baliq skeleti chiziladi (boshi, kemirchagi, qovurg'alari).
2. Yuqoridagi «suyagiga» muammo ifodalanishi, pastdagiga esa - ushbu muammo mavjudligini (yoqi uni hal qilish yo'llari, o'qituvchi o'z oldiga qo'ygan maqsadga qarab) isbotlovchi faktlar yozib qo'yiladi.
3. To'ldirilgan sxemaning taqdimoti.

Venn diagrammasi



Ta'rif

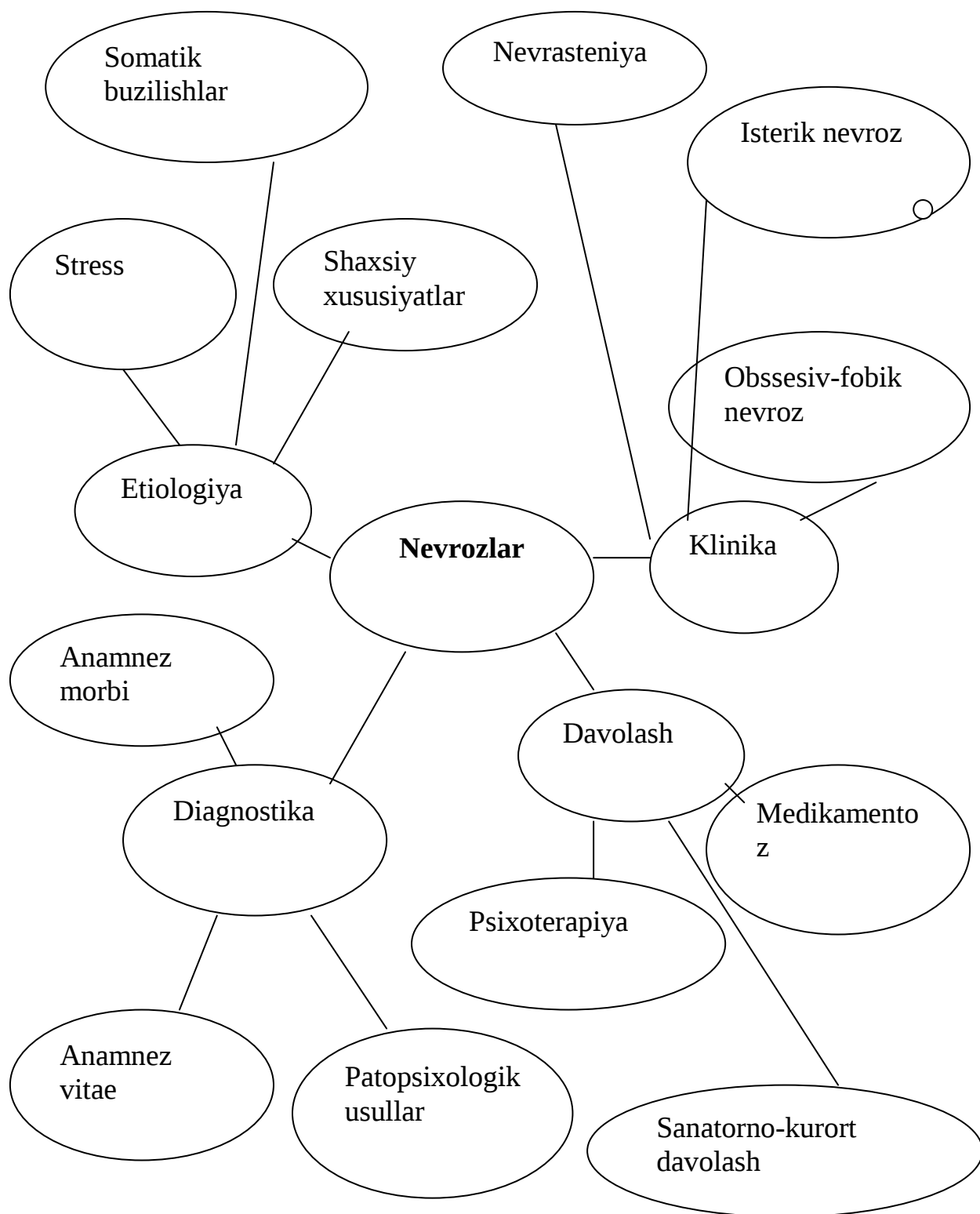
Ikkita bir-biri bilan kesishgan doiralar ko'rinishidagi sxema, faktlar, hodisalar, g'oyalar, klinik belgilar taqqoslash uchun qo'llaniladi. Aylanma diagramma. Har bir doiradagi bo'sh joylar tafovutlarni yozish uchun ishlatiladi; doiralar kesishganda hosil bo'lgan umumiy maydon ikki solishtirilayotgan hodisalarning (faktlar, tushunchalar, qahramonlar va hokazolar) umumiy jihatlarini qayd qilish uchun foydalaniladi.

Galereya bo'ylab sayohat usuli – bunda talabalar kichik guruhga bo'linadi va ruchkaning rangiga qarab guruhga rangli ruchka beriladi. Masalan: qizillar, ko'klar, yashillar, qoralar guruhi. Har bir guruhga alohida mavzu bo'yicha savol beriladi. Masalan: 1)nevrozlarni tasnifi; 2) nevrozlarni klinik turlari; 3) nevrozlarni davolash usullari. Kichik guruhlar javoblarni guruhi nomiga mos bo'lgan ruchka rangida yozadi. Bunda vaqt chegaralangan bo'ladi. Masalan: 3-5 daqiqa vaqt o'tgach kichik guruhlar soat strelkasi bo'yicha savollarga javob qog'ozlarni almashishadi. Qog'ozlar guruhlarda to'liq aylantirilgach, yig'ib olinadi va o'qituvchi tomonidan javoblar o'qiladi. Bunda har bir kichik guruh o'z javobini to'g'riligini asoslashga harakat qiladi. Har bir to'liq to'g'ri javoblar uchun ball berib asoslashga harakat qiladi. Har bir to'liq to'g'ri javoblar uchun ball berib boriladi. Oxirida eng ko'p ball to'plagan guruh rag'batlantiriladi. Qolgan guruhlardan ham eng faol qatnashgan talabalarga qo'shimcha ballar beriladi.

Romashqa (moychechak) usuli – bunda qog'ozlardan romashqa barglari tayyorlanadi. Har bir romashqa bargining orqa tomoniga raqamlar yozilgan bo'lib, talaba xohlaganini oladi va qaysi raqam tushgan bo'lsa o'sha raqamda keltirilgan

savolga javob beradi. Savollar ro'yxati esa oldingi darsda uyda mustaqil tayyorlanish uchun berib yuborilgan bo'lishi kerak.

Klaster usuli



6.2 Tahliliy qism

Vaziyatli masala: 5 yoshli qiz eshik bilan o'ynayotgan vaqtda, eshik birdaniga yopilib, qulflanib qoldi, qiz xonada bir o'zi qolib ketdi. Onasi sarosimada eshikni urib, qizini chaqirishni boshladi, lekin qizni javobi eshitilmadi. Eshikni bo'zib kirishganda, qizni xonaning o'rtasida qimirlamay turganini ko'rishdi. Savollarga javob bermasdi. 5 daqiqa o'tgach qiz yig'lay boshladi. Ertasiga qizning xulq-atvori odatiy edi.

Taxminiy tashxisni aniqlang.

- 1.o'tkir affektiv-shok reaksiyasining gipokinetik turi.
 - 2. o'tkir affektiv-shok reaksiyasining gipokinetik turi
 - 3. reaktiv depressiya
 - 4. puerilizm
 - 5. epileptik tutkanok
1. Klinik tashxis qo'yish
 2. Qanday klinik va laborator instrumental tekshiruvlarga asoslanib tashxis kuyasiz
 3. Tekshirish va davolash rejasini tuzing

Vaziyatli masala: 7 yoshli bola. Yaqinda oilasida chaqaloq paydo bo'ldi, tabiyki, xamma e'tibor unga qaratildi. Chaqaloq kelgan kundanoq, birinchi farzandda tungi enurez paydo bo'ldi. Kuzatilishicha, buvisinikiga (1 hafta davomida) va tog'asinikiga (yosh davomida) mehmonga borganda enurez kuzatilmadi. Uyga qaytganda enurez yana paydo bo'ldi.

Taxminiy tashxisni aniqlang.

- 1.noorganik nevrotik enurez.
- 2. somnambulizm
- 3. autizm
- 4.nevrotik enkoprez
- 5.epileptik tutqanoq

1.Клиник tashxis qo'yish

2.Qanday klinik va laborator instrumental tekshiruvlarga asoslanib tashxis kuyasiz

3.Tekshirish va davolash rejasini tuzing

6.3.Amaliy qism

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

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

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

Bajaraladigan bosqichlar:

1. Anamnestik ma'lumotlarni yig'ishda irsiyati, ota-onalarini qarindoshligi bor-yo'qligi, onalarida ginekologik va ekstragenital kasalliklar mavjudligi, homiladorlik qanday kechganligi, tug'ruq qanday o'tganligini aniqlash.

2. Ilk bolalik davrlardagi jismoniy va ruhiy rivojlanish xususiyatlarini aniqlash.

3. Ruhiy holatini yoritishda bemorning aqliy rivojlanishi aniqlash.

4. Bemorning ruhiy holatini to'liq baholash uchun patopsixologik tekshiruvlarni o'tkazish.

2.REAKTIV DEPRESSIYA BILAN KASALLANGAN BEMORNING RUHIY HOLATINI TO'LIQ YORITISH

Maqsad: reaktiv depressiya bilan kasallangan bemorni klinik va patopsixologik tekshiruvdan o'tkazib, ruhiy holatini to'liq yoritish.

Bajaraladigan bosqichlar:

1. Anamnestik ma'lumotlarni yig'ishda irsiyati, ota-onalarini qarindoshligi bor-yo'qligi, onalarida ginekologik va ekstragenital kasalliklar mavjudligi, homiladorlik qanday kechganligi, tug'ruq qanday o'tganligini aniqlash.
2. Ilk bolalik davrlardagi jismoniy va ruhiy rivojlanish xususiyatlarini aniqlash.
3. Bemorning ruhiy rivojlanish darajasini to'liq baholash uchun patopsixologik tekshiruvlarni o'tkazish.

3.NEVROTIK DUDUQLANISH BILAN KASALLANGAN BEMORNING RUHIY HOLATINI TO'LIQ YORITISH

Maqsad: nevrotik duduqlanish bilan kasallangan bemorni klinik va patopsixologik tekshiruvdan o'tkazib, ruhiy holatini to'liq yoritish.

Bajaraladigan bosqichlar:

1. Anamnestik ma'lumotlarni yig'ishda irsiyati, ota-onalarini qarindoshligi bor-yo'qligi, onalarida ginekologik va ekstragenital kasalliklar mavjudligi, homiladorlik qanday kechganligi, tug'ruq qanday o'tganligini aniqlash.
2. Ilk bolalik davrlardagi jismoniy va ruhiy rivojlanish xususiyatlarini aniqlash.
3. Ruhiy holatini yoritishda bemorning aqliy rivojlanishi orqada qolishini va bunda bilim olish funktsiyalarining ko'proq bo'zilmaganligini aniqlash.
4. Bemorning ruhiy rivojlanish darajasini to'liq baholash uchun patopsixologik tekshiruvlarni o'tkazish.

4. SHOSHILINCH HOLATLARDA YORDAM KO'RSATISH.

Maqsad: o'tkir affektiv shok reaksiyalarida yordam ko'rsatish.

Bajaraladigan bosqichlar:

1. Bemorni izolyatsiyalash va psixotravmalovchi omilni bartaraf qilish.
2. Medikamentoz davo:
 - aminazin 1 ml m/o
 - trankvilizatorlar – seduksen, relanium, valium, diazepam – 2-4 ml

- antidepressantlar – amitriptilin 0,04 – 0,15 gr/kun

3. Psixoterapiya

- suggestiv

- guruhli

- individual

- autotrening

4. Umumiy quvvatlovchi terapiya

- B guruh vitaminlari

- C guruh vitaminlari

- nikotin kislota

5. Fizioterapiya, LFK

Maqsad: qoʻrquv reaksiyalarida yordam koʻrsatish.

Bajarlidigan bosqichlar:

1. Medikamentoz

- trankvilizatorlar: seduksen, relanium, valium, diazepam – 2-6 ml m/o

- antidepressantlar: amitriptilin 2 ml m/o

- neyroleptiklar: eglonil 200 mg/kun

2. Psixoterapiya

- individual

5. PSIXOTROP PREPARATLAR RETSEPTLARI.

Rp.: Diazepami 0,005

Dtd №20 in tabul.

S. ichiga 1τ. 3 marta k/o.

Rp.: Seduxeni 0,005

Dtd №20 in tabul.

S. ichiga 1τ. 3 marta k/o.

Rp.: Sol. Seduxeni 0, 5%-2, 0

Dtd №10 in ampul.

S. tomir ichiga 20 ml da 40% glyukoza eritmasi.

Rp.: Xanaxi 0,00025

Dtd №30 in tabul.

S. ichiga 1т. 3 marta k/o

Rp.: Ataraxi 0,025

Dtd №30 in tabul.

S. ichiga 1т. 3 marta k/o.

7.Malaka, ko‘nikma va bilimlarni tekshirish usullari

- og‘zaki;
- yozma;
- test;
- vaziyatli masalalar echish;
- o‘zlashtirilgan amaliy ko‘nikmalarni namoyish etish.

Testlar

1. Monosimptomatik nevrozni ko‘rsating?

- a)nerv anoreksiyasi
- b)nevrasteniya
- c)isterik nevroz
- d)xamma javob to‘g‘ri
- e) to‘g‘ri javob yo‘q

a

2.Nevrozlarning qanday turlarini bilasiz ?

- a) nevrasteniya, isteriya
- b) psixoz, idiotiya
- c) debillik, autizm

- d) to'g'ri javob yo'q
- e) xamma javob to'g'ri a

3. Logonevrozdagi asosiy buzilish?

- a) sezgi
- b) emotsiya
- c) nutq
- d) ishtaha
- e) to'g'ri javob yo'q v

4. Isterik astaziya-abaziya nima?

- a) sezgi buzilishi
- b) harakat buzilishi
- c) ong xiralashishi
- d) nutq buzilishi
- e) to'g'ri javob yo'q b

5. Bolalar nevrozlarida qanday buzilishlar bo'ladi?

- a) affektiv
- b) somato-vegetativ
- c) obsessiv-fobik
- d) sezgi
- e) to'g'ri javob yo'q b

6. "Maktab nevrozi" nimalar bilan namoyon bo'ladi?

- a) maktabdan qochish
- b) somato-vegetativ buzilishlar
- c) tushkunlik holati
- d) xamma javob to'g'ri
- e) to'g'ri javob yo'q a

7. Bolalik davriga xos nevrozni ko'rsating:

- a)shilqim holatlar nevrozi
- b)nevrastraniya
- c)nevrotik enurez
- d)xamma javob to'g'ri
- e)to'g'ri javob yo'q

v

8.Bolalarga xos nevrotik somato-vegetativ buzilishlarni ko'rsating?

- a)enurez,enkoprez
- b)qayd qilish
- c)anoreksiya
- d)xamma javob to'g'ri
- e)to'g'ri javob yo'q

g

9. Nevrotik duduqlanish uchun xos:

- *1.o'tkir, o'tkir osti va surunkali ruhiy travmalar bilan bog'liq
- 2. Rezidual-organik bosh miya buzilishlari bilan bog'liq
- *3. Artikulyatsion mushaklarda oldin tonik xurujlar boshlanadi, keyinchalik ularga sekinlik bilan toniko-klonik xurujlar qo'shiladi
- *4. Nuqsonga reaksiya barvaqt paydo bo'ladi
- 5. Artikulyatsion mushaklarda toniko-klonik xurujlar boshidanoq ustun turadi

10.Umumiy nevrozlarga qiradi:

- 1.Nevrotik tiklar
- *2.Depressiv nevroz
- 3.Nevrotik duduqlanish
- *4.shilqim holatlar nevrozi
- *5. Qo'quv nevrozi

11.Monosimptomatik nevrozlarga qiradi:

- *1.Nevrotik tiklar
- 2.Depressiv nevroz

*3.Nevrotik duduqlanish

4.Shilqim holatlar nevrozi

*5.Nevrotik uyqu buzilishi

8.Joriy baholash mezonlari

O'zlash-tirish ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
9	A'lo «5»	Nevrozlar, reaktiv psixozlar va bolalardagi monosimptomatik nevrozlar tasnifi, etiopatogenezi, yoshga xos xususiyatlari, davolash printsiplari bo'yicha to'liq va to'g'ri javob berish. Mustaqil xulosa va qaror qabul qilish, ijodiy fikrlay olish, mustaqil mushohada yuritish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri va ijodiy echish, javoblarni to'liq asoslab berish. Interaktiv o'yinlarda faol va ijodiy qatnashish va ularni echishda ijobiy xulosalar va tahlil qilish. Shoshilinch holatda terapevtik taktikani aniqlash. Retseptlarni dori shakliga mos holda, dozalari va qo'llash uchun ko'rsatmalarini to'g'ri ko'rsatib yozish.
8	Yaxshi «4»	Nevrozlar, reaktiv psixozlar va bolalardagi monosimptomatik nevrozlar tasnifi, etiopatogenezi, yoshga xos xususiyatlari, davolash printsiplari bo'yicha to'liq yoritish, lekin 2-3 ko'pol bo'lmagan xatoga yo'l qo'yish. Amalda qo'llay olish, mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish.Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblarning to'liq yoritilmasligi. Interaktiv o'yinlarda faol qatnashish, to'g'ri qaror qabul qilish.Retseptlar dori shakliga mos holda, dozalari va qo'llash uchun ko'rsatmalarni to'g'ri ko'rsatib yozish.

7	Yaxshi «4»	Talaba nevrozlar, reaktiv psixozlar va bolalardagi monosimptomatik nevrozlar tasnifi, ko'p uchraydigan sindromlarni bilishi, lekin ularning yoshga xos xususiyatlarini yaxshi bila olmasligi. Mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Interaktiv o'yinlarda faol qatnashish. Vaziyatli masalalarga to'liq javob bermasligi mumkin. Retseptlar dori shakliga mos holda, dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin qo'llash uchun ko'rsatmalar to'liq ko'rsatilmasligi.
6	Qoniqarl i «3»	Savollarning yarmini xatolarga yo'l qo'yilgan holda yoritish. Talaba kasallik tasnifini bilishi, lekin klinik belgilarni, yoshga xos xususiyatlarni yaxshi bilmasligi. Faqat ba'zi savollar bo'yicha mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblar asoslab berilmagan. Retseptlar dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin dorining ishlab chiqarilgan shakllarini yozib berishda xatoga yo'l qo'yishi.
5	Qoniqarl i «3»	Savollarning yarmi xatolarga yo'l qo'yilgan holda yoritilish. Kasallik tasnifini, klinik belgilarni aytib berishda xatoga yo'l qo'yish. Javobi noaniq, mavzu bo'yicha birmuncha tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarni echishda xatoga yo'l qo'yish. Retseptlar xato yozilgan, qo'llanilishi ko'rsatmay yozilgan va dozalarida xatoga yo'l qo'yish.
4 va undan past	Qoni- qarsiz «2»	Javob va vazifalarni bajarish minimal darajadan past va bahola olinmaydi. Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish past, to'liq xajmda emas.

9. Mashg'ulotning xronologik xaritasi

№	Mashg'ulot bosqichlari	Mashg'ulot shakli	Davomiyligi (min.)
			180
1.	O'qituvchining kirish so'zi (mavzuni asoslash)		5
2.	Amaliy mashg'ulot mavzusini muhokama qilish, yangi pedagogik texnologiyalar, shuningdek, ko'rgazmali materiallar (slayd, audio-videokasseta va h.k.)ni qo'llagan holda talabalarning dastlabki bilim darajasini tekshirish	so'rov, tushuntirish	50
3.	Muhokamaga yakun yasash		10
4.	Talabalarga mashg'ulotning amaliy qismini bajarish uchun topshiriq berish. Topshiriqlarni bajarish tartibi bo'yicha ko'rsatmalar va tushuntirish berish. Mustaqil ko'ratsiya		25
5.	Talabalarni mashg'ulotning amaliy qismini o'qituvchi yordamida egallashi (tematik bemor ko'ratsiyasi)	kasallik tarixi, ishbilarmon o'yinlar, klinik vaziyatli masala	30

6.	Tematik bemorni patopsixologik, laboratoriya, instrumental tekshiruvlaridan olingan natijalarning tahlili, differentsial diagnostika, davolash va sog'lomlashtirish rejasini to'zish, retseptlar yozish va H.k.	patopsixologik usullarni qo'llash	25
7.	Talabalarning o'zlashtirgan nazariy bilimlarini va amaliy ish natijalarini muhokama qilish, mustahkamlash va mashg'ulot maqsadiga erishilganlik darajasini hisobga olgan holda guruh faoliyatini baholash	og'zaki so'rov, test, munozara-bahs, amaliy ish natijalarini tekshirish	25
8.	Ushbu mashg'ulot bo'yicha o'qituvchining xulosasi, har bir talaba faoliyatini 100-ballik tizim bo'yicha baholash va e'lon qilish. Keyingi darsga tayyorlanish uchun talabalarga vazifa berish (savollar to'plami)	Axborot, mustaqil tayyorlanish uchun savollar	10

10. Nazorat uchun savollar

1. Qanday patogen omillar nevrozlar, reaktiv psixozlar va bolalardagi monosimptomatik nevrozlar rivojlanishiga ta'sir qiladi?
2. «Bolalardagi monosimptomatik nevrozlar» tushunchasiga ta'rif bering.
3. Reaktiv psixozlar va bolalardagi monosimptomatik nevrozlar tashhislash tamoyillari.
4. Bolalardagi monosimptomatik nevrozlar ko'p uchraydigan sindromlarni ayting.
5. Reaktiv psixozlarni turlarini ko'rsating.
6. Bolalardagi monosimptomatik nevrozlar turlarini ko'rsating.
7. Nevrotik enkoprez nima bilan namoyon bo'ladi?
8. Nevrotik qo'rquvlar nima bilan namoyon bo'ladi?

9. Nevrotik enurez nima bilan namoyon bo‘ladi?
10. Reaktiv psixozlar qanday variantlar bo‘ladi?
11. Reaktiv psixozlar davolash printsiplarni ko‘rsating.
12. Bolalardagi monosimptomatik nevrozlar davolashga qanday talablar qo‘yiladi?

11.Adabiyotlar

Asosiy:

1. Korkina M.B., Tsivil’ko M.A., Marilov V.V., Kareeva M.A. Praktikum po psixiatrii. Moskva, 2006
2. Olimov X.O., U.X.Olimov Psixiatriya klinikasining muqaddimasi Toshkent, 1997.
3. Xodjaeva N.I., Shayusupova A.U. Psixiatriya.- Tashkent, 2011.

Qo‘shimcha:

4. Detskaya psixiatriya. Pod red.Eydemillera E.G., Piter, 2005
5. Doklad VOZ po lekarstvennoy zavisimosti, Jeneva,2007.
6. Kovalev V.V. Psixiatriya detskogo vozrasta.- M., 1995.
7. Psixiatriya. Pod red.Sheydera R. Moskva, 1998.
8. Klinicheskaya psixiatriya. Pod red. Dmitrievoy T.B. Moskva, 1998.
9. Sovremennaya klinicheskaya psixiatriya. Popov YU.V., Vid V.D. S-Peterburg, 2002.
- 10.Alimov U.X., Xarabara G.I., Abdulkaso‘mov F.B. Klinicheskoe rukovodstvo: modeli diagnostiki i lecheniya psixicheskix i povedencheskix rasstroystv. Tashkent, 2003.
- 11.Kamenetskiy D.A. Nevrozologiya i psixoterapiya. Moskva,2001.
- 12.Lichko A.E. Podrostkovaya psixiatriya.- L., 1985.
- 13.Politika i plano‘ v oblasti oxrano‘ psixicheskogo zdorov’ya detey i podrostkov, VOZ, Jeneva, 2006.

14. Programma YUNISEF «Zdorov'e i razvitie molodeji». Obrazovatel'no'e programmo' po oxrane zdorov'ya i profilaktike riskovanno'x form povedeniya, 2000.
15. Psixiatriyadan ma'lumotnoma. Pod red. Mo'rtalibova SH.A.-Tashkent, 1993.
16. Psixicheskoe zdorov'e v chrezvo'chayno'x situatsiyax. VOZ, Jeneva, 2005
17. Pod red. Snejnevskogo A.V. Rukovodstvo po psixiatrii v 2-x tomax, M., 1983.
18. Rukovodstvo po psixiatrii v 2 tomax. Pod red. akad. RAMN Tiganova A.S. Moskva, 2007
19. Rustanovich A.V., Shamrey V.K. Klinicheskaya psixiatriya (v sxemax, tablitsax i risunkax). Sankt-Peterburg, 2003.
20. Sartorius N. Ponimanie MKB-10. Klassifikatsiya psixicheskix rasstroystv. Kiev, 1997.
21. Spravochnoe posobie «Predotvrahenie samoubiystv», VOZ, Jeneva, 2006.
22. Standarto' diagnostiki i lecheniya psixicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №583 ot 04.12.05г.
23. Standarto' diagnostiki i lecheniya narkologicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №433 ot 12.10.06г.
24. Xalilov M.X., Toshmatov B.A., Abdusattorov M.M. Psixiatriyada eng ko'p uchraydigan tibbiy atamalar va ayrim ruscha iboralarning qisqacha izohli lug'ati. Samarqand, 2002.