

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR
VAZIRLIGI

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI



“Tasdiqlayman”
O‘quv ishlari bo‘yicha
Prorektor Sh.A.Boymuradov
“ ” 2025 yil

Alkogol psixozlari

O‘QUV USLUBIY QO‘LLANMA

Toshkent 2025

Ishlab chiqaruvchi: TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası

Mualliflar:

L. Sh. Shadmanova - TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası dotsenti, PhD.

M.M. Zokirov - TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası katta o'qituvchisi, PhD.

M. Sh. Rajapov - TTA psixiatriya va narkologiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

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

Sh. X. Sultanov– TDSI terapevtik yonalish №3 kafedrası mudiri, t.f.d.,

O'quv uslubiy qo'llanma psixiatriya yo'nalishidagi bakalavriatura talabalari uchun mo'ljallagan.

TTA terapevtik fanlari va OSh tayyorlash yo'nalishi bo'yicha siklopredmet seksiyasida muhokama qilingan va tasdiqlangan

“ _____ ” _____ 2025 yil. Bayonnoma № _____

Rais:

Miraxmedova X.T.

TTA ilmiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan

“ _____ ” _____ 2025 yil. Bayonnoma № _____

TTA ilmiy kengash kotibi:

G.A. Ismoilova

Mazkur o'quv – uslubiy qo'llanma tibbiyot oliy o'quv yurtlarining Psixiatriya va narkologiya kafedrasida “davolash ishi” 60910200-yo'nalishlari bo'yicha tahsil olayotgan talabalar uchun mo'ljallangan.

1. Mashg'ulot o'tkazish joyi, jixozlar

Psixiatriya va narkologiya kafedrası, shaxar klinik ruxiy kasalliklar shifoxonasi..

2. Mavzuni o'rganish davomiyligi:

Akademik soatlar miqdori – 240 daqiqa.

3. Mashg'ulot maqsadi.

- Alkogol psixozlari haqidagi tushunchani umumiy shakllantirish;
- Alkogol psixozlarini aniqlash va tushuncha berish;
- Alkogol psixozlari klinik manzarasi bo'yicha bilimlarni shakllantirish;
- Alkogol psixozlari ruhiy buzilishlarini klinik xolatini taxlil qilishni, tashxis qo'yishni shakllantirish.

Vazifalar:

Talaba bilishi kerak:

- Alkogol psixozlari rivojlanishiga olib keluvchi omillarni;
- Alkogol psixozlari klinik manzarasini;
- Alkogol psixozlari sabablarini.

Talaba bajara olishi kerak:

Amaliy ko'nikmalarni bajarishni: ko'rik, bemordan so'rab surishtirishni, ruxiy xolat va anamnez yozishni, ko'rik paytida bemorni xolatiga bog'liq xoldagi chora-tadbirlarni aniqlashni.

4. Motivatsiya

Ruxiy buzilishlar tibbiyotni muxim qismi xisoblanib, bunda ular jiddiy tibbiy-ijtimoiy muammoni aks ettiradi. Tashqi zararli omillar kasallik rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin.

5. Fanlar orasidagi va fanlar ichidagi boglikliklar

Ushbu mavzuni o'qitishda talabalarni terapiyadan, psixiatriyadan va nevrologiyadan olgan bilimlariga tayaniladi. Mashg'ulot davomida olingan bilimlar terapiyada, reanimatologiyada va boshqa klinik soxalarda, keyinchalik psixoterapiya va psixofarmakoterapiyada foydalaniladi.

6. Mashgulot mazmuni.

6.1. Nazariy qism.

Mavzu: Alkogolizm. Alkogol psixozlari

Alkogolizmning etiologiyasi va patogenezi

Alkogolizm ko'p omilli va polietilogik kasallik hisoblanadi. Alkogolizm etiologiyasida alkogolning o'ziga xos ta'siri bilan bir qatorda ijtimoiy, psixologik va individual-biologik omillar ham muhim ro'l o'ynaydi. Bunda premorbid xarakterologik xususiyatlar ham ahamiyatga ega bo'lib, ular nafaqat alkogolga bo'lgan munosabat motivatsiyasini belgilaydi, balki kasallikning rivojlanish tezligiga ham ta'sir qiladi. Aksariyat hollarda alkogolizmga muhtalo bo'lgan kishining shaxsi yetilmagan, ijtimoiy moslashuvi yetarli darajada bo'lmagan, shaxslararo munosabatlarni yo'lga qo'ya olmaydigan bo'ladi. Shaxsda bunday xususiyatlarning mavjudligi ham irsiyat, ham tarbiyaning nuqsonlari bilan izohlanadi. O'z holatini kompensatsiya qilish maqsadida bunday shaxslar ko'pincha spirtli ichimliklar yoki boshqa psixoaktiv moddalarni iste'mol qiladilar.

Kasallikning rivojlanishida quyidagi **ijtimoiy omillarning** ham ahamiyati katta:

jamiyatning spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga munosabati;
jamiyatda hukmron bo'lgan dinning spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga munosabati (bag'rikeng yoki taqiqlovchi);
davlatning spirtli ichimliklarga nisbatan siyosati (iste'mol qilish imkoniyati va darajasi);

ichimlik ichish an'analari va urf-odatlar;

etnik kelib chiqishi, oilaviy ahvoli, ta'lim darajasi va boshqalar.

Alkogolizmning rivojlanishida **mikrosotsial muhitga**, unda ma'lum "alkogolli iqlim"ning mavjudligiga katta ahamiyat beriladi. Oilada va atrofdagilar o'rtasida tarkib topgan an'ana va urf-odatlar nafaqat spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga bo'lgan munosabatni shakllantiradi, balki shaxsni ham sezilarli darajada shakllantiradi, unda malum darajada alkogolizm rivojlanish xavfiga duchor qiladi.

Alkogolizm shakllanishining **psixologik omillari** orasida shaxsning o'ta xavotirlanuvchanligi va ishonuvchanligi, barqaror va jiddiy qiziqishlarning yo'qligi, jamiyatga moslashish qobiliyatining yetarli emasligi, jismoniy va emotsional zo'riqishlarga chidamsizligi, o'ziga past baho berishi, darhol lazzat olishga intilish bilan gedonistik ustanovkalar, ijtimoiy-ijobiy ustanovkalarning yo'qligi, o'z bo'sh vaqtini tashkil eta olmaslik va boshqalar qayd etiladi. Alkogolizatsiyaning aniq psixologik mexanizmlari xarakter aksentuatsiyasi va psixopatiyaning turli variantlarida turlicha bo'ladi. Beqaror, gipertim va isterik shaxslarda spirtli ichimliklarni qabul qilish lazzatga bo'lgan umumiy intilishni ifodalaydi, psixasteniklarda - tashvish va zo'riqishni kamaytirishga intilish, qo'zg'aluvchanlarda - noxushliklarga hissiy javob berish usuli.

Alkogolga qaramlik shakllanishining **individual-biologik** omillari avvalo irsiyat bilan belgilanadi. Birinchi darajali qarindoshlarda alkogolizm rivojlanish xavfi populyatsiyaga qaraganda 7-15 baravar yuqori ekanligi aniqlangan; bir jinsli egizaklarda kasallanish xavfi ikki jinsli egizaklarga qaraganda 2,5 baravar yuqori; alkogolik otalardan tug'ilgan katta yoshli o'g'il bolalarda alkogolizm bilan kasallanish xavfi 67% ga yetadi. Ichkilikka nisbatan tolerantligi nihoyatda past bo'lgan butun boshli millatlar mavjud. Alkogolizmning o'zi emas, balki unga moyillik, agar iste'mol qilish boshlansa, uning rivojlanish xavfi yuqori irsiylanadi, deb ishoniladi.

Genetik omilning roli haqidagi shubhasiz dalillarga qaramay, alkogolga qaram bo'lgan bemorlarning butun populyatsiyasida alkogolizmning rivojlanishiga nasliy omilning hissasini aniqlash juda qiyin. Chunki odatda kasallik odatda og'ir bosqichlarida bemorlar statsionar sharoitda davolanadilar. Alkogolizmga duchor bo'lganlarning asosiy qismi esa yaxshi moslashuvi yoki kasallikning nisbatan yaxshi kechishi tufayli shifokor yordamiga erta bosqichlarda murojaat qilmaydi. Ko'rinib turibdiki, bemorlarning ushbu guruhlar alkogolizmning shakllanishiga muhit va genetik omillarning ta'siri bo'yicha sezilarli darajada farq qiladi.

Alkogolizmning biologik omillari orasida markaziy asab tizimining organik shikastlanishining qoldiq hodisalari, somato-jinsiy yetilishning kechikishi va buzilishi, surunkali va o'tkir astenizatsiyalovchi kasalliklar, bolalikdagi nevrofizatsiya, shuningdek, sifatsiz kuchli spirtli ichimliklarga erta jalb qilish muhim rol o'ynaydi.

Alkogolizmning **patogenezi** murakkab va yetarlicha o'rganilmagan. Alkogol miyaning deyarli barcha neyrotransmitter tizimlariga ta'sir qiladi, deb ishoniladi. Alkogolning past dozalari dofaminergik va noradrenergik tizimlarni rag'batlantiradi, bu eyforiya va umumiy qo'zg'alish bilan birga keladi. Yuqori dozalar teskari ta'sirni keltirib chiqaradi - dofaminergik va noradrenergik neyrotransmissiyani kamaytiradi va GAMKning tormozlovchi ta'sirini kuchaytiradi. Klinik jihatdan bu motor tormozlanish va umumiy sedatsiya bilan namoyon bo'ladi. Alkogoldan surunkali zaharlanish organizmda va xususan miyada turli xil biokimyoviy va neyrofiziologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Biroq, ularning qaysi biri intoksikatsiya oqibati, qaysi biri qaramlik asosida yotishi hozircha aniqlanmagan.

Ruhiiy qaramlik asosida neyrofiziologik siljishlar - "lazzat markazi" deb nom olgan ma'lum gipotalamik tizimlarning patologik faollashuvi yotadi, degan taxmin ilgari surilgan. Akademik I.P. Anoxinaning fikriga ko'ra, alkogol katexolamin tizimiga, birinchi navbatda, "lazzatlanish markazi" (limbik tizim, miyaning ildiz tuzilmalari) lokalizatsiyasi sohasidagi dofamin mediatsiyasiga ta'sir qiladi. Alkogol intoksikatsiyasi dofaminning depodan ajralib chiqishiga olib keladi, uning ortiqcha miqdori sinaptik tirqishda to'planadi va eyforiya ta'sirini keltirib chiqaradi. Alkogolizm shakllanishi bilan depodagi dofamin zaxiralari tugaydi. Aniqlanishicha, abstinent sindrom vaqtida periferik qonda dofamin konsentratsiyasi oshadi, abstinent sindrom qanchalik og'ir kechsa, dofamin konsentratsiyasi shunchalik yuqori bo'ladi. Xumor sindromi katexolamin retseptorlari sezuvchanligining pasayishi bilan kechadi.

So'nggi yillarda neyrotransmitterlar hisoblangan aminokislotalar (GAMK, glitsin) va alkogolga chidamlilikni saqlashda rol o'ynaydigan neyrogormonlar (vazopressin) o'rganilmoqda.

Biologik omillar orasida endokrin tizimning roli, prolaktin va testosteron sekretsiyasining nisbati qayd etildi.

Turli xil etanol oksidlovchi tizimlarning rolini o'rganishda alkogolning yakuniy mahsulotlarga (suv va karbonat kislotalarga) oksidlanishiga hissa qo'shadigan alkogoldegidrogenaza jigar fermentining muhim roli aniqlandi. Alkogolizm bilan og'rigan bemorlarda jigar funksiyasining qo'pol buzilishi natijasida rivojlanadigan bu fermentning yetishmasligi qonda miyaga toksik ta'sir ko'rsatadigan atsetaldegidning to'planishiga olib keladi.

O'tkir alkogol intoksikatsiyasi

Etil spirti asosan MAS ga ta'sir ko'rsatadi. U o'ziga xos alkogolli qo'zg'alishni keltirib chiqaradi. Birinchi navbatda alkogol ta'sirida bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining faoliyati buziladi, uning qondagi konsentratsiyasi oshganda esa orqa va uzunchoq miya hujayralari zararlanadi. Orqa miya reflekslari faqat qattiq mastlik holatida zararlanadi. Alkogol ta'sirida po'stloq hujayralarining reaktivligi va ish qobiliyati pasayadi, natijada murakkab shartli bog'lanishlar buziladi. Alkogoldan mastlikka xos qo'zg'alish alkogolning haqiqiy qo'zg'atuvchi ta'sirini aslo ko'rsatmaydi. U bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining tormozlanish jarayonlarini susaytiradi, bu esa po'stloq osti markazlarining bo'shashiga olib keladi, bu esa alkogolli qo'zg'alish manzarasini belgilaydi. Katta dozalarda alkogol

po'stloq osti markazlarini ham susaytiradi, bu esa komatoz holatga olib kelishi mumkin.

Alkogol ta'sirida antagonist mushaklar koordinatsiyasi buziladi, bu esa harakatlarning noaniqligiga olib keladi: mastlarning yurishi chayqalib, ishonchsiz bo'lib qoladi (bu ko'p jihatdan vestibulyar apparat funksiyasining buzilishi bilan ham bog'liq). Alkogol bosh miya hujayralaridagi oksidlanish jarayonlarini buzadi, u hujayralar ichiga kira oladi, bu uning hujayra tashqarisidagi va ichidagi konsentratsiyasining farqiga bog'liq. Bu asosan alkogolning so'rilishi va organizmda taqsimlanishini belgilaydi.

Alkogolli mastlik - markaziy asab tizimining tormozlanishini keltirib chiqaradigan etil spirti (alkogol) bo'lgan ichimliklarning psixotrop ta'siri tufayli yuzaga keladigan o'tkir zaharlanish. Yengil holatlarda ideomotor qo'zg'alish va vegetativ simptomlar bilan kechsa, og'ir holatlarda tormozlanishning yanada chuqurlashishi, nevrologik buzilishlar rivojlanishi va ruhiy funksiyalarning keskin susayishi bilan koma holatigacha boradi.

Alkogolli mastlikning og'irligi va uning klinik xususiyatlari faqat qabul qilingan spirtli ichimliklar miqdoriga, qabul qilish sur'atiga, havo haroratiga va hatto uning qondagi konsentratsiyasiga bog'liq emas. Bu individning individual biologik, psixik xususiyatlariga - nerv sistemasining tipiga, shaxs xususiyatlariga, shuningdek, uning shu paytdagi funksional holatiga ham bog'liqdir. Masalan, spirtli ichimliklarga sezgirlik psixopatik shaxslarda, bosh miya jarohatlari oqibatlariga bo'lgan, ilgari yuqumli va somatik kasalliklar yoki markaziy asab tizimining charchashi va hatto spirtli ichimliklarni iste'mol qilishdan oldin haddan tashqari charchashni boshdan kechirgan shaxslarda keskin oshadi.

Alkogolli mastlikning klinik ko'rinishlari quyidagi asosiy turlarga bo'linadi:

- a) oddiy alkogolli mastlik;
- b) oddiy alkogolli mastlikning o'zgargan shakllari;
- v) patologik mastlik.

Oddiy alkogol mastligi

Oddiy alkogolli mastlik yengil, o'rtacha va og'ir darajada namoyon bo'lishi mumkin. Oddiy alkogol mastlikning yengil darajasi (odatda qondagi alkogol konsentratsiyasi 1-1,5 ‰ bo'lganda) issiqlik hissi, teri qoplamlarining giperemiyasi, pulsning tezlashishi, ishtahaning kuchayishi, jinsiy maylning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Diqqat tez chalg'iydi, fikrlash sur'ati tezlashadi, unda palapartishlik, yuzakilik ustunlik qila boshlaydi. Harakatlarda keng qamrovlilik, shiddatlilik, aniqlikning pasayishi kuzatiladi. Kayfiyat yaxshilanadi, tetiklik va mamnunlik hissi paydo bo'ladi, yoqimli fikrlar va assotsiatsiyalar ustunlik qiladi, eshitilgan va ko'rilgan narsalarni idrok etish asosan ijobiy bo'yoqqa ega bo'ladi. Hissiy fonning tebranishi, agar paydo bo'lsa ham, sayoz bo'ladi (yengil xafa bo'lish, achinish, asabiylik bilan sabrsizlik) va tezda o'tib ketadi. Nutq balandroq va tezroq bo'ladi, ammo artikulyatsiya buzilishlari yo'q yoki kamdan-kam hollarda ular sezilarsiz ifodalanadi. O'z holatiga ham, bajarayotgan vazifasiga ham tanqidiy munosabat pasayadi.

Mastlik boshlanganidan birmuncha vaqt o'tgach, ko'tarinki kayfiyat asta-sekin bo'shashish va loqaydlik bilan almashinadi, harakat faolligi bo'shashish bilan

almashinadi, fikrlash ancha sustlashadi. Charchoq holati ortib boradi, uyquga ketish istagi paydo bo'ladi. O'rtacha bir necha soat davom etgan yengil darajadagi mastlikdan so'ng yoqimsiz ruhiy va jismoniy sezgilar qayd etilmaydi, mastlik davri haqidagi xotiralar saqlanib qoladi.

Oddiy alkogol mastlikning o'rtacha darajasi (qondagi alkogol konsentratsiyasi 1,5 dan 3% gacha) xulq-atvorning yanada qo'pol o'zgarishlari bilan tavsiflanadi. Eshitish bo'sag'asining oshishi tufayli nutq dizartrik va baland bo'ladi. Tasavvurlar qiyinchilik bilan hosil bo'ladi, ularning mazmuni bir xil. Assotsiativ jarayonning sekinlashuvi sinonim tanlash yoki qiyin so'zni almashtirish imkonini bermaydi. Bir xil iboralarning tez-tez takrorlanishi kuzatiladi. Diqqat sekin, faqat kuchli qo'zg'atuvchilar ta'sirida ko'chadi. O'z imkoniyatlari va atrofdagilarning xatti-harakatlarini tanqidiy baholash qobiliyati keskin pasayadi. Bu mast bo'lgan kishining o'z shaxsiyatiga ortiqcha baho berishi, mayl va istaklarini jilovlamasligi natijasida kelib chiqadigan turli xil nizolarni keltirib chiqaradi. Atrofdagi vaziyat faqat fragmentar tarzda baholanadi, buning oqibatida ko'pincha noadekvat, shu jumladan, huquqqa zid xatti-harakatlar sodir etiladi. Harakatlar ishonchsiz bo'lib qoladi, motorika yanada buziladi va ataksiya belgilari paydo bo'ladi. O'rta darajadagi mastlikdagi deyarli barcha shaxslarda qo'pol yozuv buzilishlari, Romberg holatida yiqilish tendensiyasi bilan chayqalish, ko'z qorachiqklarining yorug'likka reaksiyasining zaifligi kuzatiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, o'rta darajadagi mastlik holatida bo'lgan odam, yuqorida tavsiflangan alomatlariga qaramay, nafaqat atrofdagilarga, balki o'ziga ham juda to'g'ri va aniq fikr bildirishga qodir, ya'ni ruhiy kasalliklar har doim dissotsiatsiyalangan bo'ladi.

O'rta darajadagi mastlik odatda chuqur uyqu bilan almashinadi. Uyg'onganda intoksikatsiya asoratlari seziladi: holsizlik, lanjlik, siniqlik, og'iz qurishi, chanqash, boshda og'irlik hissi, bir qator hollarda asabiylashish yoki tushkun kayfiyat. Jismoniy va ruhiy ish qobiliyati pasaygan. Mastlik davrida sodir bo'lgan voqealar, ayniqsa, hissiy ahamiyatga ega bo'lmagan voqealar haqidagi xotiralar noaniq bo'lib, ayrim epizodlar esdan chiqadi.

Oddiy alkogolli mastlikning og'ir darajasi (qondagi alkogol konsentratsiyasi 3 dan 5% gacha va undan yuqori) ongning karaxtlashuvining turli chuqurlikdagi belgilari paydo bo'lishi bilan belgilanadi. Eng og'ir hollarda alkogol komasi rivojlanadi. Har doim nevrologik buzilishlar kuzatiladi: miyacha ataksiyasi, mushak atoniyasi, amimiya, yaqqol dizartriya. Vegetativ buzilishlar kuchayib boradi: nafas siyraklashib, hatto patologik shakllari ham uchraydi, yurak-tomirlar sistemasi tonusi pasayadi, qo'l-oyoqlarda sianoz, gipotermiya paydo bo'ladi. Ko'pincha vestibulyar buzilishlar kuzatiladi: bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish. Bir qancha hollarda epilepsiyasimon tutqanoqlar paydo bo'ladi. Ixtiyorsiz siydik va axlat ajralishi mumkin. Og'ir intoksikatsiya o'tib ketgandan keyin bir necha kun ichida adinamik asteniya boshlanib, dastlab ataksiya, dizartriya va har xil vegetativ o'zgarishlar bilan birga davom etib boradi. Anoreksiya va tungi uyquning buzilishi xarakterlidir. Og'ir darajadagi mastlik odatda to'liq amneziya, ya'ni narkotik amneziya bilan kechadi.

Oddiy alkogolli mastlikning atipik shakllari

Bu alkogoldan o'tkir zaharlanishning yengil yoki o'rtacha og'irlikdagi holatlari bo'lib, bunda (oddiy mastlik bilan taqqoslaganda) biron-bir buzilishlarning haddan tashqari keskin kuchayishi yoki, aksincha, zaiflashishi sodir bo'ladi yoki ularning paydo bo'lish ketma-ketligi buziladi yoki oddiy alkogol mastligiga xos bo'lmagan alomatlar rivojlanadi.

Ruhiiy buzilishlar eng ko'p o'zgarishga uchraydi, nevrologik buzilishlar esa ancha kam o'zgaradi. Oddiy alkogolli mastlikning o'zgargan shakllari odatda turli xil kelib chiqadigan sharoitlarda paydo bo'ladi: patologik zaminda (psixopatiyalar, oligofreniya, kelib chiqishi bo'yicha turli xil ruhiy kasalliklar, bosh miyaning rezidual organik shikastlanishi, alkogolizmning erta boshlanishi, shakllangan alkogolizm, alkogol va dori vositalarini bir vaqtning o'zida iste'mol qilish, turli xil spirtli ichimliklarni birgalikda iste'mol qilish, mastlikdan oldin somatik kasallik bo'lgan yoki uning fonida kechadigan holatlarda, shuningdek, uyqusizlik, haddan tashqari charchoq yoki psixogeniyalarda. Ajratilgan variantlar ustunlik qiluvchi psixopatologik buzilishlarni aks ettiradi.

O'zgartirilgan oddiy alkogolli mastlikning portlovchi varianti. Eyforiya holati o'z-o'zidan yoki tashqi ahamiyatsiz vaziyatlar ta'sirida keskin norozilik, g'azab yoki jahlning o'tkinchi chaqnashlari bilan zaif va yengil ifodalanadi. Shunga mos ravishda gaplarning mazmuni va xulq-atvor o'zgaradi. Odatda bu xurujlar uzoq davom etmaydi, nisbatan tinchlanish va hatto xotirjamlik bilan almashinib turadi, lekin mastlik davomida bir necha marta takrorlanadi.

O'zgartirilgan oddiy alkogolli mastlikning disforik varianti. Norozilik, badqovoqlik, yoqtirmaslik yoki g'azab bilan kechadigan barqaror keskinlik holati ustunlik qiladi. Deyarli barcha holatlarda pasaytirilgan qayg'uli affektni aniqlash mumkin. Yoqtirmaslik va yovuzlik barcha ko'rinadigan va eshitiladigan narsalarga tarqaladi: mast odam tirnoq ostidan kir qidiradigan, zaharli, janjalkash bo'lib qoladi, janjal uchun bahona qidiradi. Ko'pincha somatik noqulaylik hissi va giperesteziya aniqlanadi. Yuqorida sanab o'tilgan buzilishlar alkogol eksessidan keyin yana bir necha kun davomida kuzatilishi mumkin.

O'zgartirilgan oddiy alkogolli mastlikning isterik varianti. Mast odamning xatti-harakati har doim tomoshabinga mo'ljallangan bo'ladi. Shovqinli iboralarga, deklamatsiyalarga moyillik bilan soxta affekt kuzatiladi, ularning mazmuni odatda nohaq olingan xafaliklardan iborat bo'ladi. Ko'pincha, patetika bilan ajralib turadigan fikrlarda boshqalarga nisbatan turli ayblovlar, o'z-o'zini maqtash yoki, aksincha, bo'rttirilgan o'z-o'zini tanqid qilish ustunlik qiladi, ko'pincha fantasiya kuzatiladi.

O'zgartirilgan oddiy alkogolli mastlikning depressiv varianti. Klinik ko'rinishda turli xil ifodalanganlik va tusdagi pasaygan kayfiyat ustunlik qiladi. Odatda, boshlang'ich davr eyforiyasi yo'q yoki qisqa muddatli bo'ladi. Nisbatan yengil hollarda yig'loqilik, noxush xotiralar, o'z-o'ziga achinish bilan kechadigan subdepressiv affekt kuzatiladi. Og'irroq holatlarda - o'z-o'zini ayblash va o'z joniga qasd qilish fikrlari bilan birga keladigan qayg'u, umidsizlik hissi, tashvish. Bunday holatda motor tormozlanishning yo'qligi tufayli o'z joniga qasd qilishga urinish ehtimoli yuqori.

Impulsiv harakatlar bilan o'zgargan oddiy alkohol mastligi, odatda, shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda kuzatiladi va odatda jinsiy buzilishlar - gomoseksual aktlar, ekskibitsionizm, flagellatsiya bilan birga keladi. Piromaniya va kleptomaniya ancha kam uchraydi.

Somnolensiya ustunligi bilan o'zgargan oddiy alkogolli mastlik. Uzoq davom etmagan va sust ifodalangan eyforiya davridan so'ng uyquchanlik holati yuzaga kelib, tezda uyquga aylanadi.

O'zgartirilgan oddiy alkogolli mastlikning maniakal varianti beparvolik va xushchaqchaqlik bilan kayfiyatning ko'tarilishi, qisqa muddatli g'azablanish, turli xil "sho'x" xatti-harakatlar, bezovtalik, noo'rin hazillar, baland ovozda kulish, atrofdagilarga javob berishning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Mastlik manzarasi organik genezli maniakal holatga, kam hollarda gebefrenik qo'zg'alishga o'xshab ketishi mumkin.

O'zgartirilgan oddiy alkogolli mastlikning barcha sanab o'tilgan shakllarida har doim turli darajada ifodalangan oddiy mastlik belgilari kuzatiladi: motorika, artikulyatsiyaning yomonlashishi, atrof-muhit sharoitlariga qarab xatti-harakatlarning o'zgarishi, mo'ljal olishning saqlanib qolishi.

Oddiy alkogolli mastlikning epileptoid va paranoid kabi o'zgargan shakllari klinik ko'rinishlari va ijtimoiy oqibatlari bo'yicha eng og'ir hisoblanadi. Ularning nomlanishining o'ziyiq patologik mastlikning asosiy turlari bilan ma'lum o'xshashlikni ta'kidlaydi.

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, mastlikning ko'rsatilgan shakllarida premorbidning deyarli yarmida alkoholizm, har yettinchisida psixopatiya kuzatilgan. Nevrologik tekshiruvda ularning yarmida tarqoq nevrologik simptomlar kuzatildi. 80% hollarda mastlikdan oldin psixogeniya, to'yib ovqatlanmaslik, uyqusizlik kuzatiladi. Mastlikning dastlabki bosqichida oddiy alkohol mastlikka xos buzilishlar kuzatiladi. Keyinchalik, ko'pincha tashqi, odatda ahamiyatsiz, ammo salbiy omil ta'sirida mastlik manzarasi o'zgaradi. Odatda bunday transformatsiya oxirgi alkohol qabul qilingandan 1,5 soat o'tgach kuzatiladi. Spirtli ichimliklar dozasi odatda 300-700 ml ni tashkil etadi (aroqqa hisoblaganda). Bunda yuzaga keladigan ruhiy buzilishlar yetarlicha o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'lib, bu ikki shaklni ajratishga imkon beradi.

Bundan tashqari, nutq-harakat qo'zg'alishi va u bilan bog'liq bo'lgan tajovuzkor harakatlarning intensivligi atrofdagilarning og'zaki reaksiyalariga bog'liq bo'lgan ma'lum tebranishlarga duchor bo'ladi. Epizodning yuqori cho'qqisida mast odamning haqiqiy vaziyatdan to'liq ajralishi yo'q. Ruhiy buzilishlar keyingi uyquchanlik yoki uyqu bilan keskin yo'qoladi. Ko'pincha kuchli qo'zg'alish davrining amneziyasi kuzatiladi.

O'zgartirilgan oddiy alkogolli mastlikning paranoid varianti. Klinik manzaraning o'zgarishi harakat va nutq qo'zg'alishining kuchayishi bilan ham belgilanadi. Bu fonda mastlar alohida so'zlarni yoki mazmuni keskinlik yoki xavf-xatar holatini ifodalovchi qisqa iboralarni qichqirib aytadilar: "bosmachilar," "ot," "o'ldirishadi," "qoch," "yashirin" va h.k. Shu bilan birga, haqiqiy vaziyatni, kasbiy faoliyatni, mastlikdan oldingi noxush voqealarni aks ettiruvchi iboralar paydo bo'ladi. Agressiv harakatlar odatda farqlanadi, vaziyatni hisobga olgan holda amalga

oshiriladi, atrofdagilarning soʻzlari va harakatlariga qarab oʻzgaradi. Harakat koordinatsiyasining buzilishi va dizartriyaning kamayishi va hatto yoʻqolishi xarakterlidir. Mastlarning gaplari odatda u yoki bu tarzda atrofda sodir boʻlayotgan aniq voqealar bilan bogʻliq boʻlib, ular ichki holatni aks ettirmaydi va shuning uchun ularni vasvasaga oʻxshash deb belgilash toʻgʻriroqdir.

Mastlikning ruhiy alomatlari odatda litik tarzda yoʻqoladi, 2/3 hollarda mastlik amneziyasi kuzatiladi.

Oddiy alkogolli mastlik (shu jumladan, uning barcha oʻzgargan shakllari) turli koʻrinishlarda, ayniqsa dinamikada koʻrib chiqilganda, alkogoldan oʻtkir zaharlanishning asosiy belgilarini u yoki bu darajada saqlab qoladi. Bunday hollarda ongning gʻira-shira xiralashuvi boʻlmaydi. Mast odamning atrofdagilar bilan aloqasining saqlanib qolganligi shundan dalolat beradi. Xilma-xil xatti-harakatlar, shu jumladan noadekvat, yetarlicha asoslanmagan xatti-harakatlar, odatda mastlikning butun davomida qandaydir tashqi va aniq sabab bilan bogʻliq boʻladi. Mastlarning xatti-harakatlari, ularning ogʻzaki reaksiyalari kabi, tanlangan yoʻnalishga ega boʻlib, ularda vaziyatni va unda sodir boʻlayotgan oʻzgarishlarni payqash qobiliyati saqlanib qoladi. Mastga qarshilik koʻrsata oladigan va uning uchun yoqimsiz oqibatlarga olib keladigan shaxslarning paydo boʻlishi yoki mavjudligi uning xatti-harakatlariga u yoki bu tarzda taʼsir qiladi: u yashirinishga, ketishga harakat qiladi yoki, aksincha, yanada kuchliroq hayajonlanadi, qarshilik koʻrsatadi, baʼzan esa tajovuzkorlikka oʻtadi.

Patologik mastlik

Patologik mastlik - bu alkogol isteʼmol qilish natijasida yuzaga keladigan oʻta oʻtkir tranzitor psixoz. Nisbatan kam miqdordagi alkogol isteʼmol qilgandan soʻng, toʻsatdan ongning gʻira-shira xiralashishi rivojlanadi. Atrof-muhitdan ajralish paydo boʻladi, bu barcha turdagi adashish bilan birga keladi, ammo odatiy avtomatlashtirilgan xatti-harakatlar, xususan, piyoda yoki transportda harakatlanish qobiliyati saqlanib qoladi. Odatda, epizod toʻliq amneziyaga uchraydi. Psixiatrlarning eʼtibori odatda patologik mastlik holatlariga tushadi, bunda ongning gʻira-shira xiralashuvi produktiv buzilishlar - obrazli vasvasa, harakat qoʻzgʻalishi, affektiv buzilishlar (qoʻrquv, gʻazab, jazava), qoʻrqinchli xarakterdagi koʻrish gallyutsinatsiyalari bilan birga keladi, yaʼni ongning gʻira-shira xiralashuvining "psixotik" shakli paydo boʻladi. Bunday holatda koʻpincha ijtimoiy xavfli qilmishlar sodir etiladi. Bemorlarning xatti-harakatlari butunlay paydo boʻlgan psixotik buzilishlar bilan belgilanadi, ularning harakatlari uchun haqiqiy vaziyat ahamiyatga ega emas. Patologik mastlik holatidagi shaxslarning xulq-atvorida odatda ikkita asosiy tendensiya aniqlanadi: xavf manbaini yoʻq qilish istagi bilan himoyalash va hayot uchun xavfli vaziyatdan qochish. Koʻpincha bu ikki tendensiya birgalikda mavjud boʻladi. Maʼlum darajada shartlilik bilan patologik mastlikning ikki asosiy shakli - epileptoid va paranoid yoki gallyutsinator-paranoid (koʻproq uchraydi) farqlanadi.

Patologik mastlikning epileptoid shaklida odatda maʼnosiz va tartibsiz, stereotip xarakterdagi tajovuzkor harakatlar shaklida kuchli harakat qoʻzgʻalishi ustunlik qiladi. Gʻazab va gʻazab affekti ustunlik qiladi, nutq mahsuloti juda kam, baʼzan

harakat qo'zg'alishi soqov bo'ladi. Gallyutsinator-vasvasaviy buzilishlar odatda rudimentar bo'ladi.

Patologik mastlikning paranoid (gallyutsinator-paranoid) shaklida obrazli vasvasa ustunlik qiladi, uning mazmuni odatda mastning hayotiga tahdid soladigan holatlardir. Tevarak-atrof o'zgartirilgan (xayoliy-vasvasaviy) planda idrok qilinadi. Harakat qo'zg'alishi holatida ko'pincha ketma-ket va murakkab harakatlarni bajarish qobiliyati saqlanib qoladi, ular tashqi tomondan maqsadga muvofiq bo'lib ko'rinadi. Harakat va nutq reaksiyalari psixopatologik buzilishlar, birinchi navbatda, vasvasa va o'zgargan affekt bilan bog'liq. Klinik ko'rinishda qo'rqinchli vizual gallyutsinatsiyalar sezilarli darajada kamroq uchraydi, odatda bu sahnaga o'xshash emas, balki alohida hodisalardir. Siquvchi, ta'qib qiluvchi, nisbatan sodda mazmundagi ko'rish gallyutsinatsiyalari ustunlik qiladi.

Taxminan 2/3 hollarda patologik mastlik chuqur uyqu bilan, qolganlarida esa keskin psixofizik toliqish bilan almashinadi. Patologik mastlikning juda ko'p uchraydigan alomati psixotik epizodning amneziyasi (deyarli 90%), shu bilan birga yarmidan ko'pi to'liq, qolganlari esa qisman.

10% hollarda takroriy patologik mastlik holatlari kuzatilishi to'g'risida ma'lumotlar mavjud.

Patologik mastlik deyarli sog'lom odamlarda paydo bo'lishi mumkin, ammo ko'pincha psixotik epizod doimiy va vaqtinchalik qo'shimcha zararlar fonida rivojlanadi. Birinchisiga boshdan kechirilgan organik (BMJ, neyroinfeksiyalar) kasalliklarning qoldiq belgilari kiradi. Vaqtinchalik qo'shimcha zararlardan charchash, uyqusizlik, atrof-muhit haroratining ko'tarilishi yoki pasayishi, haroratning keskin o'zgarishi, interkurrent somatik va yuqumli kasalliklar, oldingi psixogeniyalar ko'proq uchraydi.

Sud-psixiatriya ekspertizasi tomonidan patologik mastlik aqli norasolik holati sifatida kvalifikatsiya qilinadi, shu munosabat bilan ushbu holatda ijtimoiy xavfli harakatlar sodir etgan shaxslar jinoiy javobgarlikdan ozod qilinadi.

Alkogolizm

JSST mezonlariga ko'ra, alkogolizm surunkali ruhiy kasallik bo'lib, alkogolga giyohvandlik sindromi, ya'ni spirtli ichimliklarni haddan tashqari iste'mol qilish natijasida yuzaga keladigan alomatlar to'plami bilan tavsiflanadi, natijada o'ziga xos ruhiy, somatik va nevrologik kasalliklar, shuningdek, ijtimoiy ziddiyatlar paydo bo'ladi.

Kasallik uchta sindrom - o'zgartirilgan reaktivlik sindromi, ruhiy qaramlik sindromi va jismoniy qaramlik sindromi bilan ifodalanadi. Ushbu sindromlarning vaqt o'tishi bilan murakkablashib borishi kasallik dinamikasini belgilaydi, buzilishlarning rivojlanishini aks ettiradi.

Alkogolizm bosqichlari

Shartli ravishda alkogolizmning uchta ketma-ket bosqichi ajratiladi - boshlang'ich, nevrostenik (I), o'rta, giyohvandlik (II) va oxirgi, ensefalopatik (III). Har bir bosqich o'ziga xos belgilar - simptomlar va sindromlar bilan tavsiflanadi.

Alkogolizm odatda bir necha yil ichkilikbozlikdan so'ng rivojlanadi (xavfli shakllari hatto bir-ikki yil oldin). Biroq, ma'lumki, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilar soni alkogolizmdan bir necha baravar ko'pdir. Bu kasallikning rivojlanishida o'limning yo'qligini ko'rsatadi, shunga qaramay, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish alkogolizm xavfini oshirishi aniqlangan.

Alkogolizmning birinchi (boshlang'ich) bosqichi

Alkogolizmning birinchi bosqichini tashxislashning murakkabligi, maishiy ichkilikbozlik bilan qiyosiy tashxislashning qiyinligi, tashxislashning laboratoriya usullarining yo'qligi, bemorlarning anozognoziya bilan birgalikda alkogolizatsiya darajasini har tomonlama kamaytirishga intilishi ushbu bo'limni batafsilroq bayon etishni talab qiladi.

Spirtli ichimliklar bilan birinchi tanishuv ko'pincha 15-17 yoshda sodir bo'ladi, bu oiladagi biror voqea (tug'ilgan kun, bayram va boshqalar) yoki ijtimoiy hayot (maktabni tugatish, mustaqil ishning boshlanishi va boshqalar) bilan bog'liq. Bu birinchi mastlik xarakteri ko'pincha keyingi mastlik xarakterini belgilaydi: bunda birinchi marta spirtli ichimliklarga individual reaksiya va spirtli ichimliklarga individual chidamlilik aniqlanadi. Agar mastlikdagi hissiy holat salbiy yoki alkogolning toksik ta'siri tez va og'ir bo'lsa, yoki mastlik noxush vaziyatda sodir bo'lgan va noxush oqibatni (shu jumladan, ijtimoiy) keltirib chiqargan bo'lsa, spirtli ichimliklar bilan birinchi tanishuv odatda ijobiy ta'sir ko'rsatmaydi. Bunday hollarda ko'pincha paydo bo'ladigan salbiy mustahkamlanish spirtli ichimliklar bilan tanishishni kechiktiradi. Agar bu tanishuv 25 yoshdan keyin davom ettirilsa, ichkilikbozlikka chalinish ehtimoli kamayadi. Biroq ko'pincha biron-bir yoqimli hodisaga bog'liq bo'lgan birinchi mastlik yoqimli emotsional holatni ham keltirib chiqaradi.

Spirtli ichimlikning birinchi dozasi odatda katta bo'lmaydi va 100-200 ml 40% li alkogolni tashkil etadi. Ko'proq miqdori odatda ko'ngil aynishi, qusish, bosh og'rig'i, shuningdek, bir necha kun yoki hafta davomida spirtli ichimliklardan jirkanishni keltirib chiqaradi. O'rtacha mastlik darajasidan chuqur bo'lmagan mastlikni keltirib chiqargan spirtli ichimliklar miqdori dastlabki chidamlilik yoki dastlabki tolerantlikni belgilaydi. Bu doza individ uchun ayni paytda chegaraviy hisoblanadi. Alkogolga individual chidamlilik ko'pchilik odamlarda spirtli ichimliklar bilan to'yinganlik subyektiv hissi, intoksikatsiyaning yaqqol klinik ko'rinishlari, shu jumladan uyquchanlik bilan cheklanadi. Individual chidamlilik ko'plab omillarga qarab o'zgarishi mumkin. Bu ichkilik ichuvchining ruhiy-jismoniy holati (to'qlik, zo'riqish, toliqish, kasallik yoki rekonvalesensiya davri va boshqalar), iste'mol qilinayotgan ichimlikning quvvati va alkogolning so'rilishini qiyinlashtiradigan oshqozonning ovqat bilan to'ldirilish darajasidir.

Shuni yodda tutish kerakki, tolerantlik yosh davrlari bilan ham o'zgaradi: odatda maksimal hayot faoliyati davrida dastlabki ko'rsatkichdan 2-3 baravar yuqori bo'ladi va qarish davrida pasayadi.

Alkogolizm bilan og‘rigan bemorlarda tolerantlik kasallik uchun qonuniy bo‘lgan dinamikani ko‘rsatadi, u butun kasallik davomida rivojlanish uchun mo‘ljallab bo‘lib xizmat qilishi mumkin, o‘q belgisi sifatida qaralishi mumkin.

Spirtli ichimliklarni qayta iste‘mol qilish keyinchalik an‘analar, kompaniyalar ta‘siri ostida sodir bo‘ladi. Bu vaqtda alkogolizatsiya motivlari noaniq. Ichuvchi alkogol eyforiya, xushchaqchaq kayfiyat uyg‘otishini, atrofdagilar bilan aloqani yengillashtirishini har doim ham sezavermaydi. Mastlikdagi quvnoqlik va xushchaqchaqlik spirtli ichimliklarni iste‘mol qilishning tabiiy oqibati hisoblanadi va ichkilikbozlar tomonidan alkogolizmning sabablaridan biri sifatida qayd etilmaydi.

Dastlabki chidamlilik odatda 4-5 yil davomida alkogolni vaqti-vaqti bilan iste‘mol qilish bosqichi sifatida saqlanib qoladi, shundan so‘ng bir qator hollarda tez-tez ichish davri boshlanadi. Bu ichkilikbozlikka olib keladigan maishiy spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish holatlaridir.

Ichkilikbozning ichkilikboz bo‘lib qolishida bir qancha omillar hal qiluvchi ahamiyatga ega. Avvalo, bu shaxsning iste‘molga bo‘lgan munosabati, u yoki bu darajadagi va chastotadagi mastlikka yo‘l qo‘yilishi haqidagi tasavvurdir. Muhitning nosog‘lom ta‘siridan qat‘i nazar, ushbu tasavvurlarga sodiq qolish qobiliyati ham muhimdir. Shaxsning qadriyatlar tizimi, uning his-tuyg‘ularga tobe o‘rin ajratish qobiliyati ham rol o‘ynaydi. Qisqa muddatli lazzat olishga intiluvchi shaxslar ichkilikbozlik qoralanishini bilsalar ham, undan voz kecha olmaydilar. Alkogolizmning rivojlanishida alkogolning eyforik ta‘siri shunda namoyon bo‘ladi. Ammo alkogolizm rivojlanishining eng keng tarqalgan sharoiti odatda oiladagi, ishdagi mikromuhitning kuchli qo‘zg‘atuvchi ta‘siri hisoblanadi.

Alkogolizatsiyaning tezlashishi alkogolga moyillikning shakllanishi fonida sodir bo‘ladi. Odatda, bu mayl ichuvchi tomonidan uzoq vaqt anglanmaydi, u obsessiv xarakterga ega bo‘lib, spirtli ichimliklar haqidagi yopishqoq fikrlarda, mastlikning jozibadorligida, ichish zavqida kayfiyatning ko‘tarilishi va "ichishning buzilishi" holatida asabiylashishda, alkogolizmni jismoniy nosog‘lomlik yoki shaxslararo ziddiyatlar bilan oqlashda namoyon bo‘ladi. Ko‘pincha psixik mayl deb ataladigan obsessiv mayl bemorning kayfiyatini, munosabatlar sistemasini, motivlar sistemasini o‘zgartiradi. Uni dinamikada bemorni diqqat bilan kuzatish orqali aniqlash mumkin. Alkogolga nisbatan paydo bo‘lgan mayl bilan parallel ravishda alkogoldan ommaviy zaharlanishning ertasi kuni alkogolning ko‘rinishi va hididan jirkanish kabi belgi asta-sekin yo‘qoladi, bu sog‘lom odam uchun majburiydir. Jirkanish hissining yo‘qolishi spirtli ichimliklarga toqat qilishning o‘sishi bilan ham bog‘liq.

Alkogolga qaramlikning yaqqolroq belgilari boshlang‘ich dozaning uch baravaridan ortiq chidamlilik oshgandan so‘ng paydo bo‘ladi. Alkogolga qaramlik shakllanishining bu bosqichida alkogolning birinchi porsiyasidan keyin spirtli ichimliklarni yanada iste‘mol qilish istagi to‘xtatiladi va kuchayadi, alkogol bilan to‘yinib chiqish chegarasi hissi yo‘qoladi, bu esa tobora ko‘proq mastlikka olib keladi. Bu davrda atrofdagilar ichish uslubining o‘zgarganini payqashlari mumkin: ko‘pincha ichkilikka bo‘lgan ochko‘zlik ko‘zga tashlanadi, bu bilan ichuvchi "davra oldidan" o‘tishga intiladi. Odatda ichkilikbozlik tufayli oilaviy mojarolar boshlanadi. Bu

bosqichda yangi patologik alomatlar paydo bo'ladi. Alkogolizatsiyadan keyingi kuni bemorlar kechagi voqealarni aniq eslay olmaydilar, sodir bo'lgan voqealarning mayda tafsilotlarini eslay olmaydilar, ba'zi voqealar tumandagidek esga tushadi. Xotiraning buzilishlari palimpsestlar deb ataladi. Mastlik palimpsestlarining paydo bo'lishi bilan mastlik holatida xatti-harakatlarning o'zgarishi kuzatiladi, ya'ni "shaxsning xarakterologik xususiyatlarining keskinlashuvi." Mastlik paytida xulq-atvorning o'zgarishi va dastlabki tolerantlikning besh baravar oshishi organizmning alkogolga nisbatan reaktivligining keyingi o'zgarishidan dalolat beradi.

Alkogolga bo'lgan ehtiyoj tobora kuchayib boradi va bemorning hayotini tobora ko'proq belgilaydi, uning bu ehtiyojni qondirish uchun faoliyatini belgilaydi. Alkogolga obsessiv moyillik tobora ko'proq bemorning kayfiyati va xulq-atvorini belgilaydi: spirtli ichimliklar haqidagi fikrlarni yengishga muvaffaq bo'linganda ham, to'liqsizlik hissi og'irlashadi. Bu holatda ko'pchilik ichkilikbozlikning individual "obyektiv" asoslarini izlaydi, aynan shu paytda ichkilikbozlikning maqsadga muvofiqligiga o'zini ishontirishga harakat qiladi ("yurak og'riqlarini" yo'qotish, o'zining "og'ir" hayotini yengillashtirish uchun). Shu bilan birga, bemorlar ichkilikbozlikning zararli ekanligini aniq tushunadilar va uning boshqalarda namoyon bo'lishini qoralaydilar.

Nevrologik tekshiruvda periferik asab tizimining diffuz ta'sirlanishi, refleksogen zonalarning kengayishi, periostal va pay reflekslarining jonlanishi, vegetativ labillik belgilari: qo'l va oyoqlarning gipergidrozi, yaqqol dermografizm, ba'zan akrotsianoza aniqlanadi. Ko'pgina bemorlarda qo'llarning nozik harakatlarida ishonchsizlik kuzatiladi, muvofiqlashtirish testlari yomon bajariladi. Deyarli barchasida ishtaha buzilishi kuzatiladi, til odatda qalin kulrang, ba'zan sarg'ish-jigarrang karash bilan qoplangan. Ko'pincha jigar, ichak palpatsiyasida og'riq kuzatiladi. Ertalab jig'ildon qaynashi, nordon kekirish, og'izda yoqimsiz ta'm bo'lishi mumkin. Bemorlarning bir qismida alkogolizmning birinchi bosqichida giperatsid gastrit aniqlanadi, ammo ovqat hazm qilish tizimining disfunktsiyalari har doim ham patologiyaning ma'lum bir shakliga to'g'ri kelmaydi. Yurak-tomir kasalliklari ham qonunga xilof va xilma-xildir. Odatda bu noxush sezgilar, yurak sohasidagi sanchiqlar, nafas qisilishi va jismoniy zo'riqish paytida yurak urishidir. Shuningdek, jismoniy zo'riqishda terlash, ko'z oldi qorong'ilashishi, titroq paydo bo'ladi. EKGda miodystrofik o'zgarishlar, mushaklar gipertrofiyasi qayd etiladi.

Astenik simptomokompleks muntazam ichishning 1,5-2 oyidan keyin klinik ko'rinishda kuzatiladi va muntazam ichishning birinchi yilining oxiriga kelib, astenik simptomokompleks shunday klinik yorqinlik bilan ifodalanadiki, bu alkogoliklarga terapevtlar va nevropatologlardan yordam so'rash va davolanish imkonini beradi.

Alkogol astenik simptomokompleksi tuzilishida ruhiy soha tomonidan odatda yuqori charchoq, parisonxotirlik, umumiy zaiflik, atrof-muhitga qiziqishning yo'qligi namoyon bo'ladi. Barcha vazifalar bemorlar tomonidan kuch bilan bajariladi, kayfiyat ko'pincha pasaygan, atrofdagi hamma narsa xira, kulrang rangda qabul qilinadi. Alkogolli asteniyaning o'ziga xos xususiyati shundaki, spirtli ichimlikning kichik dozasini qabul qilish ushbu dozaning ta'siri paytida barcha

yoqimsiz his-tuyg'ularni yo'qotish qobiliyatidir. Alkogolizatsiya to'xtatilgandan keyin astenik simptomokompleksning davomiyligi 2-3 haftadan 2-3 oygacha va undan ko'proqni tashkil qiladi. Shunday qilib, alkogolizmning birinchi bosqichi simptomatikasini quyidagicha tavsiflash mumkin:

o'zgargan reaktivlik sindromi: 1) himoya mexanizmlarining yo'qolishi (sezilarli intoksikatsiyadan keyingi kuni alkogolning ko'rinishi va hididan jirkanish va intoksikatsiyada qusish); 2) alkogol iste'mol qilish shaklining o'zgarishi (muntazam va muntazam); 3) tolerantlikning dastlabki tolerantlikka nisbatan 4-5 barobar ortishi; 4) mastlik shaklining o'zgarishi (mastlik paytida palimpsestlar va xarakterologik xususiyatlarning keskinlashuvi); ruhiy qaramlik sindromi: 1) mastlikka obsessiv moyillik (alkogolizatsiya motivlarining o'zgarishi, qadriyatlarni qayta yo'naltirish, shaxslararo munosabatlarning o'zgarishi); 2) mastlik bilan bog'liq ruhiy qulaylikka bo'lgan ehtiyoj (mastlik o'z-o'zini boshqaradigan qadriyatga, bemor ijobiy his-tuyg'ularni boshdan kechirishi mumkin bo'lgan yagona qulay holatga aylanadi).

Bundan tashqari, alkogolizmning birinchi bosqichida ommaviy doimiy intoksikatsiya tufayli astenik sindrom, vegetativ disfunktsiyalar, somatonevrologik disregulyatsiya belgilari paydo bo'ladi, ular hali aniq belgilanmagan.

Birinchi bosqichning shakllanish davomiyligi odatda 1-5 yilni tashkil qiladi, ammo qaramlikning shakllanishi 6-10 yilgacha sekinlashishi mumkin.

Alkogolizmning ikkinchi (o'rta) bosqichi

Ikkinchi bosqichga o'tish ko'rsatkichi alkogolga kompulsiv moyillik va abstinent sindromining paydo bo'lishi - alkogolga jismoniy qaramlikni belgilovchi yangi sifat belgilari hisoblanadi.

Alkogolizmning ikkinchi bosqichi barcha uchta to'liq ifodalangan qaramlik sindromlari bilan ifodalanadi:

o'zgargan reaktivlik sindromi 1) ortiqcha dozaga javoban himoya mexanizmlari ishga tushmaydi (hatto "opiy"dan o'limdan oldin qusish kuzatilmaydi, kollaps to'satdan yuzaga keladi); 2) tolerantlik yuqori dozalarda barqarorlashadi va boshlang'ich ko'rsatkichdan 8-10 marta yuqori bo'ladi; 3) iste'mol shakllari o'zgaradi (sistemali ichkilikbozlik fonida soxta ichkiliklar paydo bo'ladi, ular tashqi, vaziyatli vaziyatlar bilan uzilib qoladi); 4) mastlik shakllari o'zgaradi (mastlik amneziyalari muntazam bo'lib qoladi, mastlikdagi xatti-harakatlar odatda patologik bo'ladi, alkogolning fiziologik ta'siri buziladi - u rag'batlantiruvchi tarzda ta'sir qila boshlaydi, sedativ ta'sir faqat yuqori dozalarda namoyon bo'ladi);

ruhiy qaramlik sindromi: 1) mastlikka obsessiv moyillik ongda ustunlik qiladi; 2) intoksikatsiyaning ruhiy komfortga bo'lgan ehtiyoji (o'rtacha mastlikda ruhiy funksiyalar - mulohaza, diqqat va hushyor holatda yetarli bo'lmagan boshqa funksiyalar me'yorlashadi; mastlik - alkogolizm bilan og'rigan bemor uchun ruhiy komfort bo'lishi mumkin bo'lgan yagona holat);

jismoniy qaramlik sindromi: 1) patofiziologik ehtiyoj, zaruriyatni aks ettiruvchi mastlikka bo'lgan majburiy, to'xtatib bo'lmaydigan intilish (o'zini tiyish davrida, ma'lum darajadagi zaharlanishda - miqdoriy nazoratni yo'qotish, ichimlik miqdorini tartibga solishga qodir emaslik, shuningdek, abstinent sindromi tuzilishida namoyon bo'ladi); 2) intoksikatsiyaning jismoniy qulayligiga bo'lgan ehtiyoj (yuqorida tavsiflangan ruhiy sohadagi shunga o'xshash alomat sifatida); 3) abstinent sindrom

- o'tkir kechuvchi somatonevrologik va ruhiy disfunktsiyalar, ayniqsa vegetativ disfunktsiyalar holati bo'lib, mastlikdan keyingi ertalab intoksikatsiyaning pasayishida rivojlanadi. Bu bosqichda abstinens sindrom simpatotoniik simptomatikaning ustunligi bilan tavsiflanadi. Ruhiy jihatdan "simpatik-adrenal" affektlar (qo'rquv, xavotir va boshqalar) yaqqol namoyon bo'ladi.

Jismoniy qaramlikning mohiyati shundan iboratki, alkogolning organizmga muntazam tushib turishi o'zgargan gomeostazni - ichki muhitning doimiylikni saqlab turishning zarur sharti bo'lib qoladi. Ko'p yillar davomida doimiy ichish biokimyoviy jarayonlarning qayta qurilishiga olib keladi: katalaza faolligi oshadi (ikkinchi bosqichda alkogolning 50% gacha bo'lgan qismi inaktivatsiyalanadi, sog'lom odamlarda esa faqat 10%). Aspartat- va alaninaminotransferazalar va boshqa fermentlarning faolligi oshadi, katta dozalardagi doimiy alkogolga biokimyoviy moslashish uchun mo'ljallangan biologik faol moddalar (katekolaminlar, kinureninlar va boshqalar) bilan bog'liq boshqa o'zgarishlar ham sodir bo'ladi.

Kompulsiv (ikkilamchi, yengib bo'lmaydigan) mayl jismoniy qaramlikka asoslanadi, uni ochlik va tashnalik bilan qiyoslash mumkin. Alkogol organizm uchun zaruriy ehtiyojga aylanadi, uning yo'qligi og'riqli buzilishlarni keltirib chiqaradi.

Alkogolizmida xumorklik sindromi - ikkinchi bosqichda alkogolning odatdagi dozasi qabul qilishning to'xtashi natijasida paydo bo'ladigan og'riqli holat. Abstinensiya ruhiy, somatovegetativ va nevrologik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar bosh og'rish, yurak o'ynashi, dispeptik buzilishlar, ishtaha yo'qolishi, qaltirash va ko'p terlashdan shikoyat qiladilar. Qon bosimi ko'pincha ko'tariladi, ba'zan sezilarli darajada oshadi. Muskullar titrashi, ayniqsa qo'l barmoqlarining yirik-yirik titrashi xarakterlidir). Asteniya, jizzakilik, sababsiz bezovtalik uyqusizlik yoki notinch uyqu, qo'rqinchli tushlar ko'rish, erta uyg'onish bilan birga keladi.

Abstinens sindromning o'ziga xos xususiyati shundaki, barcha buzilishlar spirtli ichimliklar ichish orqali vaqtincha yumshatiladi yoki bartaraf etiladi.

Shaxsiy aksentuatsiya turiga qarab rashk g'oyalari, ta'qib qilish, munosabatlar, namoyishkorona o'z joniga qasd qilishga urinish bilan isterik xatti-harakatlar yoki haqiqiy o'z joniga qasd qilish niyatlari bilan depressiya kuzatilishi mumkin.

Alkogoldan voz kechish alomatlari oxirgi ichimlikdan 12-24 soat o'tgach paydo bo'ladi, uning davomiyligi og'irligiga bog'liq - 1-2 kundan 1-2 haftagacha.

Og'ir hollarda alkogolli deliriy ("oq isitma") va tutqanoq xurujlari ("alkogolli epilepsiya") rivojlanishi mumkin. Ikkinchi bosqichning davomiyligi 5-15 yil.

Alkogolizmning uchinchi (oxirgi) bosqichi

Klinik jihatdan ham uchta sindrom bilan ifodalanadi, lekin o'ziga xos xususiyatlarga ega. O'zgargan reaktivlik sindromi, mumkin bo'lgan muntazam mastlik bilan bir qatorda, haqiqiy mastlik bilan ifodalanadi (haqiqiy mastlik davrida kun sayin alkogolga chidamlilik pasayadi va mastlik keskin jismoniy zaiflik holati bilan tugaydi, iste'molni davom ettirishning iloji yo'q; alkogol rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatishni to'xtatadi, faqat tetiklashtiradi, holatni tenglashtiradi - mastlikdan

tashqarida bu bosqichda bemorlar anergiya holatida bo‘ladilar, tolerantlik progressiv ravishda pasayadi, ko‘pincha dastlabki, fiziologik darajadan past bo‘ladi).

Ruhiy va jismoniy qaramlik sindromlari intoksikatsiyada ruhiy va jismoniy qulaylikka bo‘lgan ehtiyoj bilan ifodalanadi; mastlikdan tashqarida bemor odatda uchinchi bosqichda ish qobiliyatini yo‘qotadi. Obsessiv mayl faqat remissiyalarda namoyon bo‘ladi, suiiste‘mol qilish davrida u yutiladi, kasallik manzarasida yanada intensiv va yorqin bo‘lgan kompulsiv xarakterdagi mayl bilan to‘siladi. Kasallikning birinchi bosqichida obsessiv mayl bilan bog‘liq bo‘lgan shaxsiy, motivatsion qadriyatlarning o‘zgarishi endi ko‘proq shaxsning psixopatizatsiyasi, alkogolli ensefalopatiyani aks ettiruvchi demensiya bilan belgilanadi.

Ruhiy buzilishlar, demensiyadan tashqari, affektiv patologiya - disforiya, depressiya bilan namoyon bo‘ladi. Kasallikning uchinchi bosqichidagi xumor sindromi - intoksikatsiya natijasida kollaps, yurak faoliyatining to‘xtashi, miya (qon tomir) halokatlari, jigar va oshqozon osti bezi komalari xavfi bo‘lgan maxsus, anergik holat.

Alkogolli degradatsiya shaxsning bir xil o‘zgarishi bilan namoyon bo‘ladi - oldingi o‘tkir xususiyatlar silliqlashadi. Emotsional bog‘liqlik yo‘qoladi, bemorlar yaqinlariga befarq bo‘lib qoladilar, ma‘naviy va axloqiy tamoyillarga e‘tibor bermaydilar, yotoqxonaning elementar qoidalariga rioya qilmaydilar. Tanqidiy qobiliyat yo‘qoladi. Passivlik, lanjlik bilan bir qatorda eyforiya davrlari qo‘pol surbetlik, yassi "spirtli hazil" bilan birgalikda kuzatiladi.

Uchinchi bosqichdagi bemor ham somatik, ham nevrologik bemor sifatida tasniflanishi mumkin.

Alkogolizm da remissiya va retsivlar

Bemorning kamida olti oy davomida spirtli ichimliklarni iste‘mol qilishdan butunlay voz kechishi va alkogolizmga xos bo‘lgan barcha buzilishlarni saqlab qolishi remissiya hisoblanadi. Remissiya davrida bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi, alkogol intoksikatsiyasining barcha belgilari yo‘qoladi. Biroq, alkogolizmning barcha belgilari bir vaqtning o‘zida remissiya davrida yo‘qolmaydi yoki yumshamaydi. Ko‘pincha o‘zini tiyishning boshlanishida jahldorlik, kayfiyatning affektiv o‘zgarishlari, o‘zidan qoniqmaslik kuzatiladi, vaqti-vaqti bilan alkogolga obsessiv moyillik paydo bo‘ladi, vegetativ ko‘rinishlar bilan psevdobstinent sindrom belgilari qayd etiladi. Eng turg‘un remissiya faqat 3-5-yillik parhezdan so‘ng shakllanadi. Remissiya xususiyatlari alkogolizm bosqichiga bog‘liq.

Terapevtik (o‘tkazilgan davolanishdan keyin yuzaga keladi) va spontan (somatik va/yoki ijtimoiy omillar ta‘sirida) remissiyalar farqlanadi.

Terapevtik remissiyalar davolash chora-tadbirlarining sifati, kasallikning og‘irligi va bemorning shaxsiy xususiyatlari bilan bog‘liq. Davolanishdan keyin 6-12 oy davomida spirtli ichimliklarni iste‘mol qilmaslik terapevtik remissiya hisoblanadi, 1-5 yil davomida yaxshi, 5 yildan ortiq vaqt davomida esa juda yaxshi natija sifatida baholanadi. Ammo bu holatlarda ham alkogol iste‘molining har qanday qayta tiklanishi odatda nazoratning yo‘qolishiga va alkogolga qaramlikning barcha ko‘rinishlarining qayta tiklanishiga olib keladi. Biroq, bu holat remissiya davrida tasodifiy holatlar tufayli qisqa muddatli "uzilishlar" yuzaga kelishi mumkinligini

istisno qilmaydi, bu esa zudlik bilan davolash choralari ko'rilganda alkogolni suiiste'mol qilishga olib kelmaydi.

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, spontan remissiyalarning chastotasi 10 dan 40% gacha. Ko'pincha spontan remissiyalar simptomatik alkogolizmga yuzaga keladi va asosiy kasallikning kechishi, kasallik davomiyligi uzoq bo'lgan keksalarda alkogolga chidamlilikning pasayishi, og'ir interkurrent kasalliklar va ijtimoiy sabablar tufayli yuzaga keladi.

Umuman olganda, bir yilgacha davom etadigan remissiyalar, turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, 30-70% dan ko'p bo'lmagan hollarda, 1-2 yildan ortiq - 7-20%, 5 yildan ortiq - 4-5% hollarda kuzatiladi. Eng yuqori natijalarga davolashni erta boshlash (kasallikdan oldingi davrda va 1-bosqichda), uzoq muddatli va kompleks qo'llab-quvvatlovchi davolash (psixoterapiya, psixotrop va simptomatik vositalar) qo'llanilganda erishiladi.

Alkogolizm da retsidiv - bu ikkilamchi yoki birlamchi patologik moyillik belgilari paydo bo'lishi bilan remissiya davrida alkogolizatsiyaning qayta boshlanishi. Ular ham noqulay ijtimoiy-maishiy omillar ta'sirida, ham kasallikning biologik mexanizmlari bilan bog'liq bo'lgan alkogolga bo'lgan doimiy patologik moyillik tufayli yuzaga keladi.

Birinchisiga tashqi muhitning noqulay sharoitlari, ichkilikbozlik kompaniyasi tomonidan salbiy ta'sirlar, ishda va oilada nizolar, ajralishlar, yolg'izlik kiradi. To'xtatib bo'lmaydigan (kompulsiv) mayl ichki zo'riqish hissi, xavotir, tushkun kayfiyat, hovliqish bilan namoyon bo'ladi, buning natijasida bemorning harakatlari ongli nazoratdan chiqib ketadi va u o'zining oldingi niyatlari va bergan va'dalarini go'yo unutib, bu haqda o'ziga hisob bermasdan harakat qila boshlaydi, spirtli ichimliklarni qo'lga kiritadi va o'zini og'ir mastlik holatiga olib keladi.

Ko'pincha davom etayotgan va kuchayib borayotgan kompulsiv mayl sharoitida alkogolizmning qaytalanishi psevdobstinentsiya bilan bog'liq bo'lib, bunda abstinent sindromini eslatuvchi hodisalar spontan ravishda va spirtli ichimliklarni iste'mol qilmasdan paydo bo'ladi.

Alkogolizm da somatik va nevrologik buzilishlar

Alkogolizmning somatik va nevrologik belgilari kasallikning turli bosqichlarida paydo bo'ladi. Alkogolizm uchun jigarning yog' distrofiyasi va polinevropatiya hammadan xarakterlidir, bularning patogeneza alkogolni suiiste'mol qilish, shubhasiz, yetakchi rol o'ynaydi. Biroq, ko'p hollarda spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish faqat organizmning infeksiyalarga qarshiligini pasaytirish, bemorni o'rab turgan mikroijtimoiy muhitda stressli vaziyatlarni yaratish orqali kasalliklarning paydo bo'lishiga hissa qo'shadi. Aytish mumkinki, organizmning birorta tizimi, birorta a'zosi yo'qki, ular spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish ta'sirida buzilmagan bo'lsin.

Epidemiologik usullar yordamida ichki a'zolar kasalliklari spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilarning har to'rtinchisida uchrashi, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilarning umumiy kasallanishi kam va kam ichuvchilarga nisbatan ikki baravar yuqori ekanligi aniqlangan.

Alkogolning jigar hujayralariga toksik ta'siri, lipid almashinuvining buzilishi, oqsillar, lipotrop va V guruh vitaminlari yetishmovchiligi yog'li distrofiya, gepatit va jigar sirrozi rivojlanishiga olib keladi. Alkogolizm klinikasi og'irlashib borgan sayin jigar zararlanishining bu uch formasi bir-biriga o'tib boradi.

Yog' distrofiyasida jigar kattalashgan, konsistensiyasi zich, cheti yumaloqlashgan, paypaslaganda sezgir bo'ladi. Alkogolli gepatit ikki shaklda namoyon bo'ladi - doimiy (eng ko'p) va progressiv. Bemorlar vaqti-vaqti bilan o'ng qovurg'a ostida og'irlik, meteorizm, oshqozonning to'lib ketishini his qiladilar. Jigar kattalashgan va yog' distrofiyasidagiga qaraganda ancha zichlashgan bo'ladi. Kasallikning zo'rayib boradigan xilida qusish, ich ketishi, anoreksiya, leykotsitoz, gipertermiya, badan sarg'ayishi boshlanadi. Jigar keskin kattalashgan, qattiqlashgan, paypaslaganda og'riqli. Bu holatning oqibati ko'pincha jigar sirrozi (kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan) bo'lib, bunda yuqorida ta'riflangan buzilishlar charchash, kayfiyatning tushishi, teri qoplamlarining yupqalashishi, soch to'kilishi, jinsiy maylning susayishi bilan chuqurlashadi va to'ldiriladi.

Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilishning yurak-qon tomir tizimiga salbiy ta'siri juda xilma-xil. Alkogolli miokardiodistrofiya alkogolizmga xos bo'lgan yurak patologiyasi shakli hisoblanadi. Bu alkogolning yurak mushaklariga bevosita toksik ta'siri natijasida yuzaga keladi va miokardning qisqarish funksiyasining buzilishi bilan yurak yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi.

Gipertoniya kasalligi va yurak ishemik kasalligi hamda ularning og'ir asoratlari paydo bo'lishi va avj olishida spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilish nihoyatda katta rol o'ynaydi, lekin bu kasalliklarni alkogolizmning bevosita asoratlari qatoriga qo'shib bo'lmaydi. Alkogoldan voz kechish sindromi tarkibida kuzatiladigan yurak-qon tomir faoliyatining turli xil o'tkinchi buzilishlari juda xilma-xildir.

Alkogolizm bilan og'rgan kasallarda koronar tomirlar aterosklerozi shu yoshdagi alkogolni suiiste'mol qilmaydigan odamlardagiga qaraganda ko'proq uchrashi to'g'risida ma'lumotlar bor.

Alkogol qisman o'zgarmagan holda o'pka, bronxlar, traxeya orqali chiqib, yuqori nafas yo'llari katarlari, o'pka atelegtazi, bronxoektazlarni keltirib chiqaradi. Alkogolizm bilan og'rgan bemorlar ko'pincha organizmning immun xususiyatlari keskin pasayib ketishi munosabati bilan krupoz pnevmoniyadan o'lib ketadilar.

Alkogolizm bilan og'rgan bemorlarning 20-30 foizida alkogol polinevropatiyalari rivojlanadi. Alkogolning toksik ta'siri periferik nerv tolalarining destruktiv o'zgarishlariga olib keladi, deb hisoblanadi. Tiamin va boshqa V grupp vitaminlari, shuningdek nikotin kislota yetishmasligiga ham katta ahamiyat beriladi. Jigarning zararlanishi alohida rol o'ynaydi, chunki periferik asab tizimiga toksik ta'sir kuchayadi.

Klinik jihatdan polinevropatiya turli xil noxush sezgilar bilan namoyon bo'ladi: "chumoli o'rmlashi," "uyqusizlik," "mushaklarning cho'zilishi," sanchiqli og'riqlar va oyoq-qo'llarning distal qismlarida (ko'pincha pastki) zaiflik. Polinevropatiyaning 80-90% holatlarida Axill reflekslari, kuzatuvlarning yarmida tizza reflekslari yo'qolgan. Bu o'zgarishlar ba'zan yurishning ataksiyagacha bo'lgan sezilarli buzilishlariga sabab bo'ladi.

Jinsiy buzilishlar kasallikning ikkinchi va ayniqsa, uchinchi bosqichida ko‘proq uchraydi. Odatda bemorlar erda ejakulyatsiya, jinsiy maylning pasayishi, kuchsiz ereksiya tufayli jinsiy aloqaning buzilishini qayd etadilar. Bu buzilishlarning ifodalanganligi kasallik bosqichiga bog‘liq. Ko‘pincha bemorlar jinsiy faollikni alkogolning katta dozalari bilan rag‘batlantirishga murojaat qilishadi. Ko‘pincha spirtli ichimliklarni iste‘mol qilmaslik davrida kuzatiladigan jinsiy buzilishlar ichkilikbozlikning qaytalanishiga sabab bo‘ladi.

Alkogolizmni davolash

Kasallikning polietilogik xususiyatini hisobga olgan holda alkogolizmni davolashning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat: ixtiyoriylik, maksimal individuallashtirish, komplekslilik va spirtli ichimliklarni iste‘mol qilmaslik.

Agar ixtiyoriylik tamoyiliga rioya qilinmasa, davolanish haqida gapirish mumkin emas. Asosiy shart - davolanishga rozilik. Agar tamoyilga rioya qilinsa, shifokorning bemor bilan hamkorligi boshlanadi. Amaliyotda bemor davolanishga odatda abstinensiya holatida keladi, uning davolanishga roziligi beqaror bo‘ladi. Aynan shu davrda bemorda anozognoziyani bartaraf etish va davolanishga bo‘lgan munosabatni shakllantirishga qaratilgan psixoterapevtik yondashuvni qo‘llash eng samarali hisoblanadi. Shifokorning professionalligi ham shunda.

Ikkinchi tamoyil - davolashni maksimal individuallashtirish bo‘lib, kasallik ichki manzarasining barcha tarkibiy qismlarini o‘rganish va muayyan bemorda kasallikning klinik xususiyatlarini to‘g‘ri baholashga asoslanadi. Bunda kasallikning klinik manzarasida ijtimoiy, psixologik va biologik omillarning salmog‘i baholanadi. Ushbu omillarni o‘rganish asosida ma‘lum bir bemorni davolashning individual rejasi tuziladi, terapevtik ta‘sirning maqsadlari, usullari va vositalari belgilanadi.

Davolashda komplekslilik tamoyili kasallikning klinik manzarasida u yoki bu etiologik omillar ustunlik qilishiga qaramasdan, kompleks terapevtik ta‘sirni nazarda tutadi. Barcha hollarda u dori-darmon, psixoterapevtik va ijtimoiy ta‘sirni o‘z ichiga olishi kerak. Davolashning dastlabki bosqichlarida ba‘zi bemorlar uchun dori-darmon ta‘siri minimal bo‘ladi, keyinchalik esa qayta moslashish: psixoterapiya va ijtimoiy dasturni amalga oshirish haqida so‘z boradi. Boshqa toifadagi bemorlar uchun dori-darmonlar qismi butun dasturni belgilaydi, u asosiy va yetakchi hisoblanadi. Faqat ma‘lum vaqt o‘tgach, dasturning psixoterapevtik va ijtimoiy qismlari o‘zak sifatida dori-darmonlar qismiga o‘tkaziladi.

Alkogolizmni davolashda to‘rtinchi tamoyilga rioya qilish - psixoaktiv moddadan voz kechish - spirtli ichimliklarni iste‘mol qilishdan butunlay voz kechishni anglatadi. Biroq, bu tamoyilni amalda qo‘llash har doim ham muvaffaqiyatga olib kelavermaydi. Gap shundaki, davolanish uchun "ixtiyoriy" murojaat qilganlarning mutlaq ko‘pchiligi yaqinlarining iltimosi yoki ultimatumini qondirish uchun "davolanish"ga faqat rasmiy rozilik beradi. Ular ongsiz ravishda davolanishdan bosh tortish uchun bahona izlaydilar, "hamma tushunib yetdi," "umuman cho‘zilmayapti" va hokazolar bilan asoslanadilar. Bunday bemorni birinchi marta ko‘rgan vrach unga umrining oxirigacha spirtli ichimlik ichishdan voz kechish kerakligini aytganda, bemor silkinib ketadi. U bunga tayyor emas, masalaning bunday qo‘yilishini xayoliga ham keltirmagan edi. Ushbu tamoyilga rioya qilish uchun shifokor taktikasi

yanada moslashuvchan bo'lishi kerak. Dastlabki suhbatlarda bemorning o'z kasalligini anglashiga erishish kerak, shunda bemor davolanish zarurligi haqidagi fikrga ko'nikadi. Keyin esa, bosqichma-bosqich, real muddatga, masalan, yarim yil yoki bir yilga spirtli ichimliklarni iste'mol qilishdan ixtiyoriy voz kechish masalasini muhokama qilish boshlanadi.

Alkogolizmning oldini olish

Alkogolizm profilaktikasi qonunchilik, ma'muriy va tibbiy-gigiyenik choratadbirlar majmuini o'tkazishni talab qiladi.

JSST tavsiyasiga ko'ra, profilaktikaning 3 bosqichi farqlanadi. Alkogolizm profilaktikasiga nisbatan birlamchi profilaktika - ichkilikbozlik va alkogolizm paydo bo'lishining oldini olish; ikkilamchi - retsidivga qarshi terapiyaning keyingi kurslari bilan kompleks davolash va uchlamchi - bemorlarni ijtimoiy reabilitatsiya qilish va qayta moslashtirish ajratiladi.

Hozirgi vaqtda profilaktikaning maqsadi alkogoldan xoli bo'lgan abstinentlar jamiyatini yaratish emas, chunki barqaror alkogol an'analari bo'lgan jamiyat sharoitida bunga erishib bo'lmaydi, balki alkogolni me'yorida, nazorat ostida iste'mol qilishdir.

Alkogolizmning birlamchi profilaktikasining eng muhim va samarali chorasi o'sib kelayotgan avlodni ijobiy pozitsiyalardan tarbiyalashdir. Bu shuni anglatadiki, bu yerda eng muhimi bolaga iloji boricha ertaroq yuksak ma'naviy qadriyatlarni, hayotbaxsh ehtiyojlar va ko'nikmalarni singdirish, ijtimoiy farovonlikka erishish qobiliyatini, sportda, ijodda, mehnatda quvonch olish qobiliyatini rivojlantirishdir. Boshqacha aytganda, jamiyatda sog'lom turmush tarzi, oila qadriyatlari, ta'lim, sportga bo'lgan ishtiyoq kultini shakllantirish zarur. Bunda psixoaktiv moddalar mavzusi birinchi o'ringa chiqmasligi kerak, ular (kontrast bo'yicha) ijobiy hayotiy munosabatlarni shakllantirishga bo'ysundirilishi mumkin.

Ikkilamchi profilaktika kompleksida alkogolizm qaytalanishining oldini olishdan iborat bo'lgan individual profilaktika alohida ahamiyat kasb etadi. Bunda nafaqat bemorlar, balki uning oila a'zolari, boshqa yaqinlari bilan ham psixoterapevtik ishlar olib boriladi.

Uchlamchi profilaktika alkogolizmga qo'pol, qaytarilmas buzilishlar rivojlanishining oldini olishni o'z ichiga oladi. Alkogolizmning ikkilamchi va uchlamchi profilaktikasi asosan narkologik xizmat tomonidan amalga oshiriladigan tibbiy tadbirlar majmuasi bilan belgilanadi.

Alkogol (metalkogol) psixozlari

Bu psixozlar alkogoldan surunkali zaharlanishning bevosita oqibati sifatida emas, balki ichki a'zolarining zararlanishi va alkogol ta'sirida moddalar almashinuvining buzilishi natijasida ro'y beradigan endogen zaharlanish natijasida paydo bo'ladi. Alkogol psixozlarining kelib chiqishida alkogolni muntazam suiste'mol qilishning davomiyligi va massivligi alohida rol o'ynaydi. Aholi o'rtasida spirtli ichimliklarni jon boshiga iste'mol qilishning ko'payishi bilan alkogol psixozlarining chastotasi ortadi. Alkogol (metall-alkogol) psixozlari ruhiy faoliyatning o'tkir, davomli va surunkali buzilishlari bo'lib, alkogolizm bilan og'rigan bemorlarda kasallikning faqat ikkinchi va uchinchi bosqichlarida, erkaklarda ayollarga qaraganda ko'proq uchraydi. Qo'shimcha zararlar ham ma'lum ahamiyatga ega, ayniqsa o'tkir alkogol

psixozlari paydo bo'lganda. Har qanday somatik kasalliklar (o'pka yallig'lanishi, shikastlanishlar) ichkilikbozlikni keskin to'xtatib, alkogol abstinent sindromining og'irlashishiga va o'tkir alkogol psixozlarining paydo bo'lishiga olib keladi.

Alkogol psixozlari alkogolizmning asorati emas, balki uning qonuniy ko'rinishidir. JSST ma'lumotlariga ko'ra, metall-alkogol psixozlari alkogolizm bilan kasallangan bemorlarning 10 foizida, mahalliy mualliflar ma'lumotlariga ko'ra esa 15 foizida uchraydi.

O'tkir alkogol psixozlarining patogeneza neyromediatsiyaning buzilishiga, birinchi navbatda dofaminli neyromediatsiyaning buzilishiga asosiy ahamiyat beriladi. Shuningdek, opiat va serotonin tizimlari faoliyatining buzilishi ham qayd etiladi. Bundan tashqari, jigar patologiyasi, uning antitoksik funksiyasining buzilishi ham ahamiyatga ega. Alkogolga aloqador ensefalopatiyalar patogeneza V guruh vitaminlari, avvalo tiamin yetishmovchiligi alohida o'rin tutadi. Qo'shimcha omillar miyaning organik shikastlanishlari oqibatlarini hisoblanadi, ayniqsa uzoq davom etadigan va surunkali alkogol psixozlarida.

Ilgari mavjud bo'lgan "alkogol psixozlari" atamasi "metalkogol psixozlari" bilan almashtirildi, chunki ularning sababi nafaqat alkogolning miyaga bevosita ta'siri, balki surunkali alkogol intoksikatsiyasi natijasida ichki organlarning shikastlanishi va moddalar almashinuvining buzilishi, shuningdek, qo'zg'atuvchi zararlar (somatik va ruhiy) hisoblanadi.

Mahalliy narkologiyada an'anaviy ravishda alkogolli (metall-alkogolli) psixozlarning 4 guruhi kechish turi va sindromal belgilari bo'yicha ajratiladi:

1. ongning keskin xiralashuvi bilan kechadigan psixozlar (alkogolli deliriyalar);
2. eshitish aldanishining ustunligi bilan kechadigan psixozlar (alkogolli gallyutsinozlar);
3. vasvasaviy gallyutsinator bo'lmagan psixozlar (alkogolli paranoid, rashkning alkogolli vasvasa g'oyalari);
4. Psixotik ko'rinishli ensefalopatiyalar, intellektual-mnestik buzilishlar (Korsakov psixoz, Gaye-Vernike ensefalopatiyasi, alkogol psevdoparalichi)

Ba'zan alkogolli psixozlarga alkogolli epilepsiya, dipsomaniya, alkogolli depressiya kiritiladi. Alkogol psixozlari qatoriga bu uchta shaklni kiritish juda shartlidir.

Alkogol tutqanoq'i deganda alkogol abstinent sindromi tuzilmasida tutqanoq xurujlarining paydo bo'lishi tushuniladi. Tutqanoq uzoq vaqt ichkilik ichgandan so'ng yoki xumordan chiqishning birinchi kunlarida paydo bo'ladi. Ular deliriy yoki Gaye-Vernike ensefalopatiyasining boshlanishida ham paydo bo'lishi mumkin. Bu yo umumiy tutqanoqli tutqanoqlar, yoki abortiv tutqanoqlardir. Bunda boshqa hech qanday psixotik ko'rinishlar kuzatilmaydi. Spirtli ichimliklardan voz kechilganda, tutqanoqlar odatda yo'qoladi.

Dipsomaniya (haqiqiy ichkilikbozlik) deganda ko'pchilik mutaxassislar ichkilikbozlikka muhtalo bo'lmagan kishilarda kayfiyat buzilishidan boshlanadigan ichkilikbozlikning paydo bo'lishini tushunadilar. Ichishdan oldin odatda xavotirli-depressiv kayfiyat, uyquning buzilishi, anoreksiya, bosh og'rig'i kuzatiladi. Ichkilikbozlikning davomiyligi bir necha kundan bir haftagacha. Uning oxiri to'satdan, spirtli ichimliklarga bo'lgan ehtiyoj yo'qolganda va hatto undan jirkanish

paydo bo'lganda tugaydi. Dipsomaniya mustaqil nozologik birlik emas, balki turli xil ruhiy kasalliklarning tashqi ko'rinishi, xolos, deb hisoblanadi.

Alkogol depressiyasi alkogolizmida, o'tkir va surunkali alkogol psixozlarida rivojlanadi. Depressiya abstinensiya davrida yoki deliriy yoki gallyutsinozdan keyin paydo bo'ladi. Kayfiyatning pasayishi odatda disforiya, yig'loqilik yoki xavotir, ipoxondriya bilan birga keladi. Depressiyaning davomiyligi 1-2 haftadan 1-2 oygacha. Alkogol depressiyasi ko'pincha ayollarda paydo bo'ladi, ko'pincha u o'z joniga qasd qilishga sabab bo'ladi. Atrofdagilar depressiyani kasallikka psixologik reaksiya sifatida ko'rishadi, bemorlarning o'zlari odatda shifokorlarga yomon kayfiyat bilan murojaat qilishmaydi, shuning uchun bu holat ko'pincha retrospektiv tashxis qo'yiladi.

Alkogolli deliriy

Alkogol deliriysi (oq alahlash, delirium tremens) - alkogol psixozlarining eng keng tarqalgan turi. Ko'pchilik hollarda oq alahlash spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni to'xtatgandan keyin dastlabki uch sutkada, kamdan kam hollarda 4-6 sutkada paydo bo'ladi. Deliriy alkogolizmning ikkinchi va uchinchi bosqichlarida rivojlanadi, hayotdagi birinchi deliriy paydo bo'lgan vaqtga qadar bosh og'rig'i sindromining mavjud bo'lish muddati odatda 5 yildan oshadi, bemorlarning o'rtacha yoshi taxminan 40 yoshni tashkil qiladi. Kundalik alkogol iste'molining davomiyligi odatda bir haftadan oshadi, kuniga 500 ml dan ortiq aroq iste'mol qilinadi. Hayotdagi birinchi deliriy paydo bo'lishidan oldin ko'pincha ichkilikbozlikning cho'zilishi, kuchliroq spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga o'tish yoki alkogolning kunlik dozasini oshirish qayd etiladi. Deyarli har uch kishidan birida deliriydan oldin turli somatik kasalliklar kuzatilib, spirtli ichimliklar ichishni keskin to'xtatishga majbur bo'ladi. Bu esa xumorlik sindromining og'irlashishiga va deliriyning rivojlanishiga olib keladi.

Prodromal bosqich deb alkogol abstinent sindromini hisoblash kerak, u oq isitma paydo bo'lishidan oldin ko'proq og'irlik bilan ajralib turadi (uyquning qo'pol buzilishi, ko'proq ifodalangan tremor va boshqa nevrologik alomatlar). Kunduzi odatda xavotir va bezovtalik bilan astenik alomatlar kuzatiladi. Alkogolli deliriyning klassik varianti bir qator ketma-ket bosqichlar bilan tavsiflanadi.

Birinchi bosqichda kechga borib va ayniqsa kechasi bemorlarda umumiy bezovtalik kuchayadi, ular sergak, sergap bo'lib qoladilar, hovliqma xulq-atvor, mimika va imo-ishoralarning giperekspressivligi paydo bo'ladi. Keyin yorqin gipnagogik gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi, ular odatda qo'rquv affekti bilan birga keladi. Ko'zlar yumilganda sahna gallyutsinatsiyalari va dezoriyentirovka paydo bo'ladi.

Ko'z ochilganda ko'rish va eshitish gallyutsinatsiyalari yo'qoladi, mo'ljal olish tiklanadi. So'ngra ochiq ko'zlarda idrok aldovlari paydo bo'ladi. Uyqusi keskin yomonlashadi, tez-tez uyg'onib turganda bemorlar tushni haqiqatdan ajrata olmaydilar. Uyqu bilan bog'liq bo'lmagan atrof-muhitda o'tkinchi mo'ljalni yo'qotish rivojlanadi. Bemorlar haddan tashqari ishonuvchan bo'lib qoladilar, ularda ishontirish bilan gallyutsinatsiyalarni osongina chaqirish mumkin: toza qog'ozdagi matnni "o'qib berishni" so'rash, o'chirilgan telefonda "gaplashish"; devorni ko'rsatib, unda mavjud bo'lmagan hayvonlar, hasharotlarni "ko'rishga" majbur

qilish mumkin. Ko'pincha Lipman simptomini aniqlash mumkin (yumuq ko'zlarga bosilganda bemorlarda shifokor savoliga mos ko'rish gallyutsinatsiyalari paydo bo'ladi).

Alkohol deliriyasi nevrologik va somatik belgilar bilan birga keladi: ataksiya, qo'llar, boshning titrashi, giperrefleksiya, mushaklar gipotoniya, gipergidroz, teri giperemiyasi, taxikardiya, subfebrilitet, hansirash, qon bosimining o'zgarishi, skleraning sarg'ayishi, qonda leykotsitoz, ECHTning oshishi.

Tipik deliriyning davomiyligi zamonaviy davolash usullarida kamdan-kam hollarda 3-4 kundan oshadi. Sog'ayish odatda uzoq muddatli chuqur uyqudan keyin sodir bo'ladi. Psixoz davridagi amneziya tanlovchanligi bilan ajralib turadi: bemorlar odatda gallyutsinator kechinmalar mazmunini yaxshi eslaydilar, real voqealar va o'z xatti-harakatlarini yomonroq yoki umuman eslaydilar. O'tkir davrdan so'ng bir necha kun davomida astenik holat kuzatiladi.

Og'ir hollarda tana harorati 40C (selsiy) va undan yuqori bo'ladi. Harakat qo'zg'alishi o'rin chegarasi bilan chegaralanadi. Titroq kuchayadi, qo'llarning stereotip harakatlari paydo bo'ladi: paypaslash, silkitish, tanadagi biror narsani tekislash, barmoqlar bilan titkilash, to'shakni tortish. Nutq kam ma'noli g'o'ldirashdan (mussifik deliriy) iborat. Patologik reflekslar, ensa rigidligi paydo bo'ladi. Suvsizlanish kuchayadi. O'lim odatda kollaps yoki pnevmoniya qo'shilishidan sodir bo'ladi.

Kasbiy deliriy ham noqulay hisoblanadi, bunda bemor o'zining kasbiy faoliyatiga taqlid qiladi. Bu deliriy ko'pincha Korsakov sindromi yoki soxta falajlik bilan almashinadi. Sog'aygan taqdirda, to'liq amneziya kuzatiladi.

Alkohol gallyutsinozi

Alkohol gallyutsinozi alkoholizm bilan og'rikan bemorlarda uchraydigan ikkinchi psixozdir. Alkoholizmning ikkinchi bosqichi hayotdagi birinchi gallyutsinoz paydo bo'lgan vaqtgacha 90% hollarda 5-yildan ortiq davom etadi, bemorlarning yoshi 25 dan 40 yoshgacha o'zgarib turadi. Psixoz spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni to'xtatgandan keyingi dastlabki kunlarda paydo bo'ladi. Oldingi ichish odatda kamida 3-4 kun davom etadi. Ko'pgina bemorlarda qo'shimcha patologiya mavjud: bosh miyaning organik shikastlanishining qoldiq belgilari, turli xil somatik kasalliklar.

Alkohol gallyutsinozining prodromal bosqichi alkohol abstinent sindromi bo'lib, ushbu bemorga xos bo'lganidan ko'ra og'irroq kechadi. Buning sababi shundaki, hayotdagi birinchi gallyutsinoz paydo bo'lishidan oldin ichkilikbozlik davomiyligi oshadi yoki spirtli ichimliklarning kunlik dozasi ko'payadi. Abstinent sindromining og'irligi deliriy rivojlanganiga qaraganda kamroq, tutqanoq xurujlari juda kam uchraydi.

Psixozning klinik manzarasida haqiqiy verbal gallyutsinatsiyalar ustunlik qiladi; bunda bemorning ongi xiralashmagan bo'ladi. Gallyutsinatsiyalar haqiqiy bo'lib, odatda bemor uchun yoqimsiz mazmunga ega: tahdid, haqorat, so'kinish. Bemorni "alkolik, ichkilikboz" deb atashadi, jazolash bilan qo'rqitishadi. Gallyutsinator kechinmalarga tanqid yo'q, bunda bemorning ongi qo'pol ravishda buzilmagan, auto- va allopsixik mo'ljal saqlangan.

Bemorlarning xulq-atvori odatda gallyutsinatsiyalar tarkibi bilan belgilanadi. Imperativ gallyutsinatsiyalar atrofdagilar va bemorning o'zi uchun ayniqsa xavflidir. Ta'qib qilish, munosabatlarning beqaror ikkilamchi vasvasa g'oyalari qo'shilishi mumkin. Kayfiyat foni gallyutsinatsiyalar mavzusiga mos keladi, ko'pincha bemor hushyor, tashvishli, ba'zan tushkun holatda bo'ladi.

Alkogol paranoyasi (rashk vasvasasi)

Alkogolli paranoyya (alkogolli rashk vasvasasi, er-xotin xiyonatining alkogolli vasvasasi) - birlamchi paranoyal vasvasa ustunligi bilan surunkali alkogolli psixozning surunkali shakli bo'lib, faqat erkaklarda uchraydi, kasallik boshlanishining o'rtacha yoshi 50 yosh atrofida. Alkogol paranoyasi asosan psixopatik xarakterga ega bo'lgan shaxslarda paydo bo'ladi. Ularga ishonchsizlik, tartibga solishga moyillik, steniklik, egotsentrizm, haddan tashqari talabchanlik, turg'un affektlar, o'ta qimmatli g'oyalarni shakllantirishga moyillik kabi karakterologik xususiyatlar xosdir. Xarakterning bu xususiyatlari, ayniqsa, alkogol ekssesslari davrida yaqqol namoyon bo'ladi.

Odatda, vasvasa monotematik bo'lib, zimdan va kam sezilarli rivojlanadi. Dastlab ayrim alahlashlar faqat mastlik davrida kuzatiladi, hushyor bo'lgach esa bemorlar asossiz da'volarni mastlik bilan izohlab, ayblovlardan voz kechadilar. Keyin rashk qo'rquvi sarxushlik holatida ham ifodalana boshlaydi. Asta-sekin barqaror tizimlashtirilgan rashk vasvasasi shakllanadi. Bemorlar xotini yoki o'ynashining xatti-harakatlarini vasvasa yo'li bilan talqin qiladilar, jasadni sinchkovlik bilan ko'zdan kechiradilar, o'z fikrlarining tasdig'ini topishga harakat qilib, ayollarning ichki kiyimlarini sinchkovlik bilan tekshiradilar. Ko'pincha vasvasa va affektiv illyuziyalar paydo bo'lishi mumkin: yostiqdagi burmalar o'ynashning boshidan qolgan iz sifatida baholanadi, yotoqxonadagi poldagi dog'lar sperma izlari sifatida talqin qilinadi. Odatda vasvasa rivojlanishining bu bosqichida oilaviy munosabatlarda nizo yuzaga keladi, bu esa jinsiy aloqadan voz kechishga olib keladi. Bu esa bemorning xotinining xiyonatiga bo'lgan ishonchini yanada mustahkamlaydi. Vasvasa kechinmalarining mazmuni hayotda uchraydigan o'zaro munosabatlar va ziddiyatlarning o'ziga xos xususiyatlarini aks ettirib, ma'lum darajada haqiqatga yaqinlikni saqlab qoladi. Shu munosabat bilan bemorning atrofidagilar uzoq vaqtgacha uning ahvolini og'riqli deb hisoblamaydilar. Ko'pincha bemorlar o'zlarining haqligini isbotlash uchun xotinlarini xiyonat qilganliklarini tan olishga majbur qiladilar. Agar ayol iltimoslarga, do'q-po'pisalarga, kaltaklashlarga dosh berolmasa va go'yoki xiyonat qilganini tan olsa, bu faqat bemorning haqligini mustahkamlaydi.

Alkogol paranoi

Alkogol paranoi - alkogol psixoz bo'lib, uning klinik tuzilishida oddiy, aniq mazmundagi vasvasa g'oyalari va aniq ong fonida ifodalanmagan verbal gallyutsinatsiyalar bilan gallyutsinator-paranoi sindrom asosiy hisoblanadi. Alkogol psixozining mustaqil shakli doirasida alkogol paranoi ajratish va tavsiflash I.V.Strelchukga (1949) tegishli. Alkogolizmning ikkinchi bosqichida, odatda spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni to'xtatgandan keyingi dastlabki 3 kun

ichida, mastlik sindromining eng yuqori cho'qqisida paydo bo'ladi. Kuchli qo'rquv affekti bilan qo'shilgan ta'qib vasvasasi o'tkir paydo bo'ladi. Bemorlar o'z muluklari, pullari, uy-joylarini qo'lga kiritish uchun ularni o'ldirishmoqchi bo'layotgandek tuyuladi. Vasvasa bo'yicha atrofdagilarning xatti-harakatlari, mimikalari, imo-ishoralari, gap-so'zlari talqin qilinadi.

Bemorlarning ko'rish maydonida bo'lgan narsalar vasvasa talqiniga duchor bo'ladi. Verbal va vizual illyuziyalar paydo bo'lishi mumkin: suhbatdoshlar nutqida o'zlariga qaratilgan tahdidlarni "eshitishadi," kimningdir qo'lidagi yaltiroq buyumni pichoq deb o'ylashadi. Xulq-atvor vasvasa bilan belgilanadi. Bemorlar qochib qutuladilar, militsiyaga yordam so'rab murojaat qiladilar, tanish-bilishlardan, meditsina muassasalaridan panoht izlaydilar. Psixoz paytida hech qachon kasallikni anglash sodir bo'lmaydi. Psixozning teskari rivojlanishi kayfiyatning normallasishi, qo'rquv affektining yo'qolishi bilan boshlanadi, keyin xatti-harakatlar normallasadi, vasvasalar kamayadi va bir muncha vaqt o'tgach, og'riqli tajribalarga tanqid paydo bo'ladi. O'tkir alkogolli paranoidning davomiyligi to'g'ri davolanganda 10-15 kundan oshmaydi.

Alkogolli paranoidni davolash psixiatriya shifoxonasi sharoitida amalga oshiriladi. U keng qamrovli bo'lishi kerak. Davolashning majburiy tarkibiy qismi dezintoksikatsiya, vitaminoterapiya (ayniqsa, V guruhi) hisoblanadi. Psixotik buzilishlarni bartaraf etish uchun neyroleptiklar (galoperidol, triflazin, tizersin) qo'llaniladi. Agar neyroleptiklar to'xtatilgandan so'ng, vasvasa yana boshlansa, bu kasallikning endogen xususiyatidan dalolat beradi.

Alkogolli ensefalopatik psixozlar

Alkogolizmning P-Sh bosqichlarida uchraydi. Ko'pchilik hollarda alkogolga aloqador ensefalopatik psixozlar paydo bo'lishidan oldin ko'p yillar davomida alkogolni suiste'mol qilish boshlanadi, ko'pincha bevosita deliriy boshlanadi. Bu psixozlar yaqqol somatik, nevrologik va intellektual-mnestik buzilishlar bilan kechadi.

Gay-Vernike o'tkir alkogolli ensefalopatiyasi

Gaye-Vernike ensefalopatiyasi (GVE) - asosan 30 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan erkaklar kasallanadi.

EGV rivojlanishiga tiamin (vitamin V1) yetishmovchiligi sabab bo'ladi, bu ko'pincha surunkali alkogol intoksikatsiyasida sodir bo'ladi. Alkogolning ta'siri, asosan, ratsionda tiamin saqlovchi mahsulotlarning o'rnini bosishi bilan bog'liq, lekin organizmning alkogolning o'zi yetkazib beradigan uglevodlar almashinuvi uchun zarur bo'lgan B guruhi vitaminlariga bo'lgan ehtiyojining ortishi, shuningdek, oshqozon-ichak traktida vitaminlar so'rilishining buzilishi bilan ham bog'liq.

Psixozning boshlanishida og'ir kechadigan deliriy (mussitirlovchi yoki kasbiy) belgilari paydo bo'ladi. Yotoqdagi qo'zg'alish, haqiqiy gallyutsinatsiyalar (odatda vizual, uzuq-yuluq, statik) tashvish bilan birga keladi, nutq bog'lanmagan. 2-4 kundan keyin es-hushning buzilishi karaxtlik, sopor, og'ir hollarda koma holatigacha chuqurlashadi. Nevrologik va somatik sohalardagi qo'pol buzilishlar - ko'zni harakatlantiruvchi buzilishlar, oral avtomatizm reflekslari, giperkinezlar, mushak tonusining buzilishi, vegetativ buzilishlar, piramida yetishmovchiligi

belgilari, trofik shikastlanishlar qo'shiladi. Bemorlar yoshiga nisbatan kattaroq ko'rinadi, keskin ozib ketgan, suvsizlangan, harorat 37-38, 40-41 S gacha ko'tarilishi prognostik jihatdan salbiy.

EGV odatda polineuropatiya, infeksiyon asoratlar (ko'pincha pnevmoniyalar) bilan kechadi.

Tiamin yetishmovchiligi yurak-qon tomir tizimi faoliyatining buzilishiga olib kelganligi sababli, EGV bilan og'rigan bemorlarga taxikardiya, postural gipotenziya, jismoniy zo'riqish paytida nafas qisilishi xosdir.

Shuni nazarda tutish kerakki, uzoq vaqt spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiladigan odamlarda glyukozani tomir ichiga yuborish EGV rivojlanishini qo'zg'atishi mumkin. Shuning uchun tiamin yetishmovchiligi gumon qilinayotgan barcha bemorlarga venaga glyukoza yuborishdan oldin albatta tiamin yuborish zarur.

EGV rivojlanishi bemorni ixtisoslashtirilgan bo'limga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Korsakov psixoz

Kuzatishlarning ko'pchiligida dastlab keng yoki abortiv deliriylar paydo bo'ladi, ular cho'zilgan xarakterga ega bo'lishi mumkin. Delirioz chalkashlik holatlari 2-3 hafta davomida kuzatiladi va asta-sekin qo'pol xotira buzilishlari paydo bo'ladi. Belgilar triadasi xarakterli: fiksatsion amneziya, psevdoreminissensiya va konfabulyatsiya, amnestik dezoriyentatsiya. Avvalgi ko'nikma va bilimlar yaxshi saqlanadi, eski tanishlar darhol taniladi. Psixoz ko'pincha polineuropatiya paydo bo'lishi bilan birga davom etib boradi, bunda sezuvchanlik va harakat o'zgarishlari ko'zga tashlanadi. Kasallikni qisman anglash, mavjud xotira buzilishlarini niqoblashga intilish kuzatilishi mumkin. Umuman olganda, tanqid kamaygan, deyarli barcha bemorlar o'zlarining kasbiy vazifalarini bajara olishlariga ishonishadi.

Psixoz surunkali kechadi - ko'p oylar va hatto yillar davomida. To'g'ri davolash va vaqt ta'sirida ahvol asta-sekin yaxshilanadi, lekin ko'pchilik hollarda to'liq tuzalish kuzatilmaydi.

Shuni yodda tutish kerakki, bunday simptomokompleks is gazidan zaharlanish natijasida, osishdan keyin, klinik o'limni boshdan kechirgan va reanimatsiya qilingan odamlarda rivojlanishi mumkin.

Davolash tadbirlarining o'ziga xos xususiyati V guruh vitaminlari va nootroplarning katta dozalarini erta tayinlashdir.

Alkogolli soxta falajlik

Qorsakov psixoz

Qorsakov psixoz

Qorsakov psixoz ancha kam uchraydi, qariyb hamisha yoshi ulg'aygan va yoshi qaytgan, ko'p yillar ichkilikbozlik stajiga ega bo'lgan erkaklarda uchraydi. Odatda og'ir deliriylar va Gaye-Vernike ensefalopatiyasidan keyin rivojlanadi. Ruhiy va nevrologik buzilishlar progressiv falajga o'xshaydi, ko'pincha dement yoki ekspansiv shaklda bo'ladi. Bemorlar tanqidiy bo'lmaydilar, passiv, harakatsiz bo'ladilar, ba'zan kayfiyatlari xushchaqchaq bo'ladi. Ba'zi hollarda jahldorlik, norozilik yoki ipoxondriklik ustunlik qiladi.

Alkogolizm bilan kasallangan bemorlarni olib borish quyidagicha:

1. Alkogolizm tashxisoti;

2. Alkogolizmning sababini aniqlash;
3. Alkogolizm davolash;
4. Alkogolizmda affektiv buzilishlarni davolash;
5. Alkogolizm simptomatik davo;
6. Nomedikamentoz davo usullari;
7. Ijtimoiy ko'mak.

Nazorat savollari

1. "Alkogolizm" tushunchasi
2. Alkogolizm inson salomatligiga qanday ta'sir ko'rsatadi?
3. Alkogolizmning necha bosqichi bor?
4. Alkogol deliriy
5. Alkogol paranoi
6. Alkogol gallyutsinozi
6. Alkogolli psixozlarni davolash

Vaziyatli masalalar.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Abdullaeva V.K., Sharipova F.K., Babaraximova S.B., Iskandarova J.M. Xususiy psixiatriya. O'quv qo'llanma. – Toshkent. Navro'z. 2015 y.
2. Agranovskiy Mark Lazarevich Umumiy tibbiyot psixologiyasi va psixopatologiyasi Tibbiyot institutlari talabalari uchun. Darslik 2010.
3. Alimov X.O., Alimov U.X.- «Psixiatriya klinikasining mukadimasi».
4. Ashurov Z.Sh., Teshabaeva G.D. Psixotrop dori vositalarning psixiatriya va narkologiyada qo'llanilishi. O'quv qo'llanma. – Toshkent. Fan va texnologiya. 2015 y.
5. Ibodullayev Z. Epilepsiya. 2018 y.
6. Xodjaeva N.I., Shoyusupova A.U. Psixiatriya: tibbiyot institutlari talabalari uchun. Darslik. – Toshkent. Mehridaryo. 2011 y.