

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

Gerontopsixiatriya

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 davomiyliğı:

Akademik soatlar miqdori – 240 daqiqa.

3. Mashg'ulot maqsadi.

- **Gerontopsixiatriya** haqidagi tushunchani umumiy shakllantirish;
- Keksalik yoshidagi ruhiy buzilishlarini aniqlash va tushuncha berish;
- Keksalik yoshidagi ruhiy buzilishlarini klinik manzarasi bo'yicha bilimlarni shakllantirish;
- Keksalik yoshidagi ruhiy buzilishlarini klinik xolatini taxlil qilishni, tashxis qo'yishni shakllantirish.

Vazifalar:

Talaba bilishi kerak:

- Keksalik yoshidagi ruhiy buzilishlarini rivojlanishiga olib keluvchi omillarni;
- Keksalik yoshidagi ruhiy buzilishlarini klinik manzarasini;
- Keksalik yoshidagi ruhiy buzilishlarini 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. Keksalik yoshidagi ruhiy buzilishlarini odatda, endogen, ekzogen kasalliklarda yuzaga keladi. Tashqi zararli omillar kasallik rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin.

5. Fanlar orasidagi va fanlar ichidagi bog'likliklar

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:Gerontopsixiatriya

I.Kirish

Keksayish – tabiiy jarayondir. Har bir inson tug'iladi, o'sadi, rivojlanadi, etuklik yoshiga etadi, so'ngra aks taraqqiyot (involyusiya) deb nomlangan jarayon – qarilik oldi va qarilik davri boshlanadi. Keksayish jarayoni organizm faoliyatida murakkab o'zgarishlarga, uning turli omillarga sezgirligining ortishiga olib keladi, umumiy reaktivlik pasayadi, insonning atrof-muhitga moslashuvi qiyinlashadi. Kexsa odamning ruhiyati ham o'zgaradi. Bu yoshga hos o'zgarishlar fiziologik, tabiiy bo'lsada, ular shunga olib keladiki, qarilik oldi va qarilik yoshida tez-tez kasallanib

turadilar va bu kasalliklar havfliroq kechadilar, ko‘proq hollarda o‘limga olib keladilar.

I.Asosiy qism

Keksalik yoshi barcha ruhiy kasalliklarning yuzaga kelishi va namoyon bo‘lish xususiyatlariga ta’sir ko‘rsatadi. Shizofreniya, maniakal-depressiv psixoz, yuqumli, intoksikatsion, travmatik va boshqa psixozlar qarilik oldi va qarilik yoshidagi bemorlarda namoyon bo‘lishi va kechishida qator o‘ziga hosliklarga ega. Shuning uchun ular davolashda ham alohida yondoshuvni talab qiladi.

Ammo turli sababli ruhiy faoliyat buzilishlari (intoksikatsion, infeksiya va boshq.) dan tashqari, kechki yoshda ilk va takroriy yuzaga keluvchi, yana bir o‘ziga hos, «qarilik oldi va qarilik psixozlari» deb nomlanuvchi kasalliklar mavjud. Bular shunday psixotik holatlarki, ularning kelib chiqishida keksayish jarayoni va u bilan bog‘liq insonning murakkab somatik va ruhiy o‘zgarishlari asosiy o‘rinni egallaydi.

Yosh o‘tib qolgandagi ruhiy kasalliklardan tashqari, psixozlarning faqat yoshi ulug‘lashgan davrda uchraydigan ayrim turdasi mavjud. Bu yosh shartli ikkita davrga ajratiladi: qarilik oldi yoki presenil — 45—60 yosh va qarilik yoki senil—65 va undan yuqori yosh. Yoshi ulug‘ davr ruhiy kasalliklarini sxematik ravishda qo‘yidagicha ajratish mumkin:

1. Involutsiya yoki presenil psixozlar, involutsiya melanxoliya, presenil paranoid.

2. Qarilik senil psixozlari, senil dementsiya, Al’-sajmer kasalligi va bosh miya tizimining atrofik kasalliklari, Pik kasalligi va boshqalar.

Oxirgi guruhga etiologik va nozologik jihatdan bir xil bo‘lmagan, lekin umumiy o‘xshashlik belgisi bo‘yicha birlashtirilgan kasalliklar kiradi: bu kasalliklarning barchasiga astasekinlik bilan, doimiy progrediyent kechish xos bo‘lib, bunda kasallik jarayoni chuqur aqli pastlik bilan yakunlanadi.

Yoshi ulug‘ davr psixozlari psixiatriyaning eng murakkab muammolaridan biri hisoblanadi. Hozirga qadar bu kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi va tasnifiga oid masalalar yetarlicha ko‘rib chiqilmagan va yechilmagan.

Involutsiya presenil psixozlar

Involyutsion yoki presenil psixozlar klinik jihatdan kechishi bo'yicha ham, oqibati bo'yicha ham psixozning har xil shakllaridir. Ular involyutsion davr kasalliklarining alohida shakllari sifatida Krepelin tomonidan 1896 yilda ajratilgan.

Xozirgi vaqtda presenil psixozlar klinik ko'rinishi va kechishiga qarab involyutsion melanxoliya, involyutsion paranoid va presenil psixozning xavfli shakli Krepelin kasalligiga ajratiladi.

Involyutsion davrda va keksalik davrda ruhiy kasalliklardan farkli ularok bu yeshglarda ruhiy kasalliklar uziga xos klinnik kurinishlarga ega. Ma'ruza maksadi. Ivoluyusionva keksalik eshlarida ruhiy tuzilishida tugrisida bilim berish.Presinil va senil psixozlarning klinik shakllarini bilish va ularni davolash. Geriatrik psixiatriyaga karashli bemorlar parvarishi. Ma'ruza mazmuni. Eshlikda va karilikda uchraydigan ruhiy kasalliklardan tashkari fakatgina karilikning uziga xos anikpsixoz turlari mavjud. karilik eshi shartli ravishdaikkita davrga bulinadi.Karilik oldi eki sepil .Presipel va sepileshdagi ruhiy kassaliklarni sxematik ravishda kuyidagi guruxlarga bulinishi mumkin.

1.involuyutsion yoki presinil psixozlar.

2.Senil psixozlari.

Presipil va sepil eshi psixotulari psixiatriya fanida xozirgacha muammo bulib kelmokda.Xozirgacha bu kasalliklar sinflanmagan ularni etilogiyasi va katogenezi tulik urganib chikilmagan.Ivoluyusion eki prksipil psixozlarning kechishi va okibatibuyicha bir xil deb bulmaydi Krepelin 1896 yilda bularni ivoluyusion eshining aloxida kasalliklarni sifatida ajratilgan. Presipil psixozlarni klinik manzarasi buyicha ivoluyusionmel anxoliya,ivoluyusion(presinil)parapoid va presinil psixozining xavfli turiga (Krepelin Kasalligi)bulinadi.

Involyutsion melanxoliya

Kasallik kupincha 50-60 eshli aellarda kuzgaydi.Xozirgi kungacha etiologiya patogenez tulik aniklanmagan.Birok organizmdagbinvoluyutsion uzgarishlarning endogen-toksin jaraeni tasiri asosiy ahamiyatga ega bulsa kerak. Turli psixogeniya va somatogeniyalar kasallikga mayil kiladi.Involuyutsion melanxoliyaningasosiy sindromi - kaygu va xavotirli depressiya,uzini ayblash,kamsitish va ipoxondiya

goyalari. Klinik manzara. Kasallik sababsiz xavotirlanish, dovdirash, kurkish, tushkun kayfiyat bilan boshlanadi. Kasallik xar xil bulibrivojlanishi mumkin.

Ayrim xollarda xovotirli bezovtalanish kuchayib boradi va ancha vaqt uzgarmay turadi. Boshka xollarda bu xolat keskin kuchayib ketib idrok buzilishlari va vasvasa goyalar kushiladi. Vasvasa goyalar kupincha fantastik darajadagi shaklda bulib, noilojlilik tuygusi bilan kechadi (Kotar vasvasasi): "...tanam tiriklayin chirib ketmokda... Oilam nobud buldi... M eni aybim buyicha jaxon nobud bulyapti... va x.k.

Bemorlar asosan bezovtalanish xolatida xarakat kilib turadilar. Bazan bu xolat ajitatsiyaga aylanib ketadi. Ular palatatasida uziga joy tanolmay xarakat kilishadi, kullarini kayrib, yuzlarini va sochlarini yulib kolishi mumkin. Bemorlar birxil suzlar bilan kayta-kayta shikoyatlarini takrorlayveradi. Xarakat kuzgalishi keyinchalik tormozlanishga utishi mumkin, ammo bunda xam kaygurish va xavotirlanish kamaymaydi.

Bezovtalanish kupincha sharoit uzgarganda kuchayadi. (Boshka xonaga eki bulimga utkazish). Idrok buzilishlari ko'proq verbal illyuziyalar sifatida buladi: atrofdagilar suxbatida ayblash suzlari eshtiladi. Illyuziyalarning boshka turlari uchraydi, ular vasvasa goyalar bilan birga keladi: kurishga kelgankarindoshlarning kurinishi uzgargan, yuzlarida ogir kasallik belgilari bor, balki bular butunlay begona odamlardir, karindoshlarimga uxshab olishgan. Ipoxodrik vasvasa xam tez uchrab turadi, bemorlar uzini zaxm, rak bilan kasallangan, oshkozon-ichak yullari ishdan chikgan, ovkat xazm bulmayapti deb xisoblashadi. Somatika tomonidan fakat ozib ketish va tez keksayib kolish kuzatiladi. Ayrim xol larda kasallik juda ogir kechadi, bemor uzluksiz ajitatsiyali kuzgalishda buladi. Ajitatsiya oneyroidga uxshash ong xiralashish xolati bilan alishib turadi. Bemorlar keskin xolsizlanib koli shadi.

Keyinchalik xarakat kuzgalishi urniga katotogiyaga uxshash, pegativizm elementlari bulgan stupor keladi. Bemorlar sabab siz karshilik kursatadi, ovkat emaydi, aloxida suzlarni stereotik kilib kaytaradi. Bazi mualliflar bunday xollarni aloxida psixoz xisoblab, uni "xavfli presinil psixoz" (Krenelin Kasalligi), "keksalar

katatopiyasi". Ammo buni involyutsion melanxoliyaning ogir kechishi sifatida baxolasa buladi.

Kechishi. Involyusiya melanxoliyasi uzok vaqt kechadi, bir necha oy eki yillar davomida. Kasallik tulik kaytishi mumkin, ammo ko'proq astepiya, umumiy faollik pasayishi, bir tekis tushkun kayfiyat koldiradi. Xavfli kechish kupincha bemorni xoldan toydirib ulim bilan tugaydi.

Differensiya tashxis. Karilik eshida depressiya xolatlarining aksariyati xavotirlanish va xarakat kuzgolishi bilan kechishi tufayli involyutsion melanxoliyasi farklash mushkil bulishi mumkin. Maniakal depressiv psixozdan involyutsion melanxoliyani farki kuyidagilarda: utmishda sirkulyar xurujlar yukligi, xavotirlanish va kurkuv borligi qon tomir kasalliklari depressiyalaridan kuyidagilar farklaydi: tulkinsimon kechish va qon tomir tonusining uzgarishiga aloka bulmasligi.

Davolash. Neyroleptiklar (amipazin va x.k.) va antidepressantlar (imizin, melikramin va x.k.)

Presenil paranoid . Bu kasallikning boshka nomlari: involyutsion paranoyya, involyutsion parafreniya, zarar etkazish presenil vasvasasi.

Klinik manzara. Bemorni xulki va ongi joyida bulib asta-sekin vasvasa rivojlanib baraveradi. Vasvasa uziga xosligi bilan ajralib turadi. Vasvasa goyaga yakin odamlar kiritiladi (tanishlar, kushnilar), ular turli zarar etkazish xarakatlarda ayblanadilar. Vasvasa mazmuni odatda turmush doirasidagi munosabatlardan uzoklashmaydi ("kichik doiradagi vasvasa"). Birinchi vaqt bemorning shikoyatlarini atrofdagilar oddiy turmush ikir- chikirlaridek kabul kilishadi, keyinchalik esa bemor

fikrlarining patologik tabiati tobora bilinib kolaveradi. Bemor kushnilarini uni narsalarini buzishaetganlarida ayblaydi. Kushnilar uning uyiga turli yullar bilan kirib, ovkatlarini zaxarlab, devorlarni teshib uyga gaz kiritishaetganida ayblanadilar. Kechasi kushnining uyida kandaydir odamlar yigilish utkazib, bemorga moddiy zarar etkazish rejasini tuzishar, uni uyidan chikarib yuborish, sogligiga zarar etkazishni rejalashtirar ekanlar. Bemor uz tanasida sezganlarni

(somatik kasalliklar) kushnilar tomonidan kilinmokda deb xisoblaydi. Rashk vasvasasi xam tugilish mumkin. Bemorning yashash joyi uzgartirilsa bemor bir kancha vaqtga tinchlanadi, ammo yana vasvasa goyalarini xaetga katta faollik bilan kiritishadi. Eshiklarga kulflar osishadi, kushnilarni kuzatishadi, sud va militsiyaga shikoyat kilishadi. Bu kasallikda depressiya uchramaydi, bemorlar juda faol, ba'zan bezovta buladilar. Kasallik surunkali kechadi. Somatika tomondan kasallikga xos uzgarishlar aniklanmagan.

Tashxis. Involutsion paranoidni kechki shizofreniyadan farklash kerak. Shizofreniyadan farkli ularok bemorni xissiet dunesi saklanib koladi, ruhiy avtomatizm simptomlari bulmaydi.

Qarilik oldi va qarilik psixozlariga ham kelib chiqishi, ham namoyon bo'lishi bilan qon tomir psixozlari, ya'ni ruhiy faoliyatning kelib chiqishi bosh miya qon tomirlarining aterosklerozi va gipertoniya kasalligi bilan bog'liq bo'lgan buzilishlari yaqin turadi. Qon tomir, presenil (qarilik oldi, involyusion) va senil (qarilik) psixozlari ikkita katta guruhga bo'linadi.

Birinchisi – bu aqliy zaiflikka olib keluvchi jarayonlar guruhi bo'lib, ularda keksayish jarayoni va bosh miyada qon aylanishi buzilishi munosabati miyaning oziqlanishi va unda modda almashinuvi buziladi, miya moddasining atrofiyasi yuzaga keladi, va uning natijasi sifatida, asta sekin rivojlanuvchi aqliy zaiflik (demensiya) yuzaga keladi, xotira yomonlashadi, aqliy qobiliyat pasayadi, bemorning shaxsi o'zgaradi. Yillar utishi bilan aqliy zaiflik o'sib boradi va bemor ruhiy faoliyatining butunlay parchalanishi yuz beradi.

Ikkinchi guruh – bu kechki yoshdagi funksional psixozlar guruhi deb nomlanadi. Bu nom bilan depressiv yoki vasvasali simptom-kompleks bilan, bemorlarda keksayish oldi va keksalik davri yoki bosh miyada qon aylanishi buzilishlari munosabati bilan yuzaga keluvchi vaqtinchalik psixotik holatlar nomlanadi. Bunday psixotik holatlar butunlay ortga qaytar jarayon bo'lib, o'tib ketishi mumkin. Ammo ko'pincha bu kechki yoshdagi funksional psixozlar ko'p yoki oz darajada namoyon bo'lgan demensiya zahirida yuzaga keladi, va depressiv yoki vasvasali holat o'tib ketganidan so'ng bu bemorlarda ko'p yoki oz namoyon

bo'lgan aqliy zaiflik belgilari oldinga chiqadi. Qon tomir, qarilik oldi va qarilik psixozlari uzaro juda ko'p umumiyliklarga ega bo'lsada, ammo bu kechki yoshdagi psixoz shakllarining har birini ba'zi o'ziga hosliklar ajratib turadi.

Qon tomir psixozlari haqida gap ketganda, asosan serebral ateroskleroz va gipertoniya kasalligida yuzaga keluvchi ruhiy faoliyat buzilishlari nazarda tutiladi. Bosh miya qon tomirlarining boshqa turdagi zararlanishlari (endoarteriitlar, trombangitlar, essensial gipotoniya va boshq.) ham bosh miyada qon aylanishini buzadilar va asab-ruhiy buzilishlarga olib keladilar, ammo ular kam uchraydilar. Tahmin qilinishicha, serebral ateroskleroz sababli kelib chiqqan bosh miyada qon aylanishini yomonlashuvi, miya moddasining oziqlanishini buzilishiga, uning atrofiyasi va faoliyati buzilishiga olib keladi. Serebral aterosklerozning boshlang'ich shakllarida bemor toliquvchanlik, tajanglik, jismoniy va aqliy ish kobliyatining pasayishi, bosh og'rig'i, uyquning yomonlashuvi va x.z.larga olib keladi. Bunday shikoyatlar nevrozli, nevrasteniya bemorlari ham bo'lishini hisobga olib, serebral aterosklerozning bu bosqichi nevrozsimon, psevdonevrasteniya bosqichi deb nomlanadi. Kasallikning keyingi rivojlanishida arteriosklerotik aqliy zaiflik uchun xos bo'lgan simptomlar yanada ko'proq ko'zga tashlanadi. Bemorlar ko'ngli bo'sh bo'lib qoladilar, o'z hissiyotlarini boshqara olmaydilar, arzimagan sabablar bilan yig'laydilar, kuladilar, bo'lar-bo'lmasga hayajonlanadilar, asabiylashadilar, xotiralari sezilarli darajada yomonlashadi. Ayniqsa ko'pincha bemorlar ularga shu vaqtda zarur bo'lib qolgan familiyalar, jismlar, telefon raqamlarini eslay olmaydilar, so'ng ularni kerak bo'lmay qolganidan so'ng eslaydilar. Umuman, bosh miya qon tomir kasalliklari bo'lgan bemorlar uchun «simptomlarning lipillab yonishi», ya'ni kasallikning u yoki bu belgilarining namoyon bo'lish intensivligini o'zgaruvchanligi hosdir. Kasallik progressida aqliy zaiflik o'sib borib, turg'unlashadi (doimiy holatga keladi). Agar serebral aterosklerozli yoki gipertoniya kasalligi bo'lgan bemorlarda insult (bosh miyaga qon quyilishi yoki uni yumshashi) yuzaga kelsa, kasallikning o'tkir davrida ong buzilishi kuzatiladi (karaxtlik, delirioz holat va boshq.), keyinchalik umumiy demensiya zahirida bosh miyadagi zararlanish o'chog'iga qarab lokal-psixopatologik belgilar (afaziya, agnoziya, apraksiya) oldingi o'ringa

chiqadi. Funksional (vaqtinchalik) psixotik holatlardan qon tomir psixozlari uchun havotirli-depressiv va havotir-vasvasali sindromlar xos. Patologik serebral qon tomir jarayoni qanchalik o'tkir kechsa, bemorda havotir va qo'rquv shunchalik kuchli namoyon bo'ladi. Oldiniga bemorning o'zi qo'rquv qaerdan paydo bo'lganligi, o'zi nimadan qo'rqayotganligini tushunmaydi, ammo keyinchalik o'z kechinmalarini talqin qila boshlaydi, qandaydir «havf»ni topadi, havotirli-depressiv va havotirli-vasvasali sindromlar yuzaga keladi. Qo'rquv bartaraf etilganda barcha psixotik simptomokompleks odatda tezda yo'qoladi. Qon tomir psixozlarida ruhiy faoliyat buzilishlari bilan bir qatorda shuningdek nevrologik, yurak-qon tomir va boshqa somatik buzilishlar kuzatiladi.

Presenil psixozlar. Qarilik oldi davrida (55-65 yoshlar) asosan ikkita aqliy zaiflikka olib keluvchi jarayonlar kuzatiladi: Alsgeymer kasalligi va Pik kasalligi. Bu kasalliklar o'z nomlarini ularni birinchi bo'lib yoritib bergan olimlar familiyalaridan olgan. Bu kasalliklarning sabablari hozirgacha anik emas. Nasliy omil ma'lum ahamiyatga ega. Alsgeymer kasalligi odatda 55-65 yoshda boshlanadi va asosan ayollarda kuzatiladi. Alohida ko'zga tashlanarli sabablarsiz bemorlarda xotira pasaya boshlaydi, atrofga dezorientirovka (mo'ljal olishning buzilishi), vahimaga beriluvchanlik, nutq buzilishlari (afaziya) paydo bo'ladi. Bemorlarda uzoq vaqtgacha o'z kasalligiga tanqidiy munosabat saqlanib qoladi, ular o'zlarining ruhiy kamchiliklariga shikoyat qiladilar, yordam so'raydilar. Asta-sekin aqliy zaiflik belgilari ortib boradi, va 10-12 yil davomida bemorlar halok bo'ladilar. Odatda bemorlarda biron-bir yaqqol namoyon bo'lgan nevrologik yoki somatik buzilishlar kuzatilmaydi. Bosh miyani yorib ko'rilganda bu kasalliklar uchun hos bo'lgan o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Pik kasalligi xuddi Alsgeymer kasalligidagi kabi yoshda boshlanadi, ammo bunda kasallik bo'shashganlik, apatiya, barcha narsalarga qiziqishning so'nishi, faoliyatsizlik bilan boshlanib, bularga tez vaqt ichida nutq buzilishlari, yoki sababsiz kayfiyat ko'tarilishi va sergaplik, ahloksiz hazillar ko'shib, keyinchalik so'z boyligining kamayishi ham paydo bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan yuqoridagi simptomlar zahirida xotira pasayishi va umumiy aqliy zaiflik belgilari yuzaga keladi. 8-10 yil

davomida bemorlar halok bo'ladilar. Presenil demensiyalarni davolash uchun hozirda biron-bir samarali vosita mavjud emas.

Presenil funksional psixozlar ichida involyusion depressiya va involyusion paranoid ajratiladi. Bu erta involyusion (klimakterik) psixozlar odatda 45-55-yoshlarda boshlanib, erkaklarga nisbatan ayollarda ko'pincha uchraydi. O'z klinikasiga ko'ra involyusion depressiya ko'p jihatdan quyida keltirilgan maniakal-depressiv psixozdagi depressiyaga o'xshashdir, ammo ko'p jihatdan unday farqlanadi. Involyusion depressiyada sezilarli darajada ko'proq havotir va qo'rquv belgilari namoyon bo'lib, ko'proq hollarda ipoxondrik va vasvasa g'oyalari kuzatiladi. Ko'pincha involyusion depressiyada Kotar sindromi deb nomlanuvchi patologiya kuzatilib, unda bemorlar, ularning ichki a'zolari qurib bitganligi, ovqat qaergadir to'kilayotganligi, yuraklari yo'kligi va x.z.larga shikoyat qiladilar. Involyusion vasvasa o'zining "kichik masshtabi", "kichik qamrovliligi" bilan ajralib turadi, bunda gap, qo'shnilari yoki birga yashayotgan yaqinlari ularning ovqatiga nimadir qo'shayotganligi, uni zaharlashmokchiligi, uni ta'qib qilishayotganligi, buyumlariga zarar etkazishayotganligi va x.z.lar haqida ketadi. Involyusion psixozlar cho'zilgan tarzda kechishga moyil, ammo ularni davolash mumkin. Kechki yoshda ko'p hollarda parafrenik vasvasa deb nomlangan buzilishlar kuzatiladi, ammo bu kasallikni ko'pchilik psixiatrlar shizofreniya turlari qatoriga kiritadilar.

Senil psixozlar. Keksalik davrida (70-90 yoshda), presenil yoshdagi kabi, turli sababli (ekzogen, psixogen, endogen)birlamchi yoki takroriy ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatilishi mumkin. Tabbiyki, keksalik yoshida bu kasalliklar o'zgacha namoyon bo'ladi va kechadi, ammo, umuman ularda shu yoki boshqa kasalliklar uchun hos bo'lgan klinik xususiyatlar kuzatiladi. Bu ruhiy kasalliklardan tashqari keksalik yoshida xususan qarilik psixozlari, ya'ni jismoniy va ruhiy keksayish omillari bilan bog'liq ruhiy faoliyat buzilishlari kuzatiladi. Qarilik (senil) psixozlarida, qon tomir va presenil psixozlardagiga nisbatan yanada ko'proq, o'sib boruvchi aqliy zaiflik belgilari – qarilik aqliy zaifligi rivojlanadi.

Qarilik aqliy zaifligi (senil demensiya) odatda 70 yoshdan keyin rivojlanib, o'sib boruvchi xotira pasayishlari, aqliy qobiliyatlarning pasayib ketishi va bemor shaxsining o'zgarishi bilan hususiyatlidir. Bunday bemorlar fazoga va vaqtga mo'ljalni yo'qotadilar, xonalarda maqsadsiz daydib yuradilar, qog'oz parchalari va boshqa keraksiz buyumlarni to'playdilar, vahimaga tushadilar, qaelargadir o'tlanadilar, palapartish bo'lib ketadilar. Ba'zida ular o'tmishdagi hayotlari va faoliyatlaridan rangdor xotiralar paydo bo'lib, bu holda ular faol va o'zlarining o'tmishdagi kasblari va mutaxassisliklariga ko'ra, ba'zilar "boshqarma majlisiga", ba'zilar "bemorlarni ko'rikdan o'tkazishga" o'tlanadilar, ba'zilar "otlarni sug'ora boshlaydilar" va x.z. Bu holatda ular real borliqni etarlicha aniq idrok etolmaydilar, balki yashab o'tilgan kechinmalar bilan yashaydilar. Bu holatlar "qarilik deliriyasi" deb nomlanadi. Ular uzoq davom etmaydi va bemor o'z holatiga qaytadi. Qarilik aqliy zaifligi bo'lgan ba'zi bemorlarda kasallik holatida keskin xotira buzilishlari va kayfichoqlik holati oldingi o'ringa chiqadi. Bu holatlarda qarilik demensiyasining alohida shakli – presbiofreniya haqida gap ketadi. Qarilik aqliy zaifligi bo'lgan bir qism bemorlarda demensiyaning asosiy belgilariga, qo'shimcha zararli omillar ta'siri ostida, boshqa ruhiyat buzilishlari – ong buzilishlari, gallyusinatsiyalar, vasvasa g'oyalari qo'shiladi.

Qarilik aqliy zaifligi asosan qarilik davridagi modda almashinuvi jarayonlarining o'zgarishlari ta'siri ostida bosh miya moddasining parchalanishi, hajmining kamayishi (atrofiyasi) sababli kelib chikadi. Bosh miyadagi o'zgarishlar va aqliy zaiflik darajasi o'rtasida ma'lum mutanosiblik (korrelyasiya) mavjud, ammo barcha holatlarda ham bunday korrelyasiya kuzatilavermaydi. SHulardan kelib chiqqan holda, yoshga hos bosh miya atrofiyasidan tashqari senil demensiya yuzaga kelishi uchun yana ma'lum bir qo'shimcha zararli omillar bo'lishi talab etiladi. Patologoanatomik tekshiruvda bosh miya yorib ko'rilganda bu bemorlarda ular uchun hos bo'lgan o'zgarishlar aniqlanadi.

YUqorida keltirilgandek, qarilik psixozlari faqat senil demensiyaga kelib taqalmaydi. Keksalik ma'lum sharoitlarda vaqtinchalik depressiv va vasvasali simptomokomplekslar bilan kechuvchi psixotik holatlarning sababi bo'lib kelishi

mumkin. Ular o'zining kelib chiqishi bo'yicha yuqorida ko'rsatilgan qarilik oldi psixozlari bilan o'xshash bo'lishi mumkin, ammo ba'zi o'ziga hos xususiyatlarga ega.

Qon tomir, qarilik oldi va qarilik psixozlarini davolashda eng avvalo va ko'proq bemorlarning umumiy somatik holatlariga e'tibor bermok zarur. Bu turdagi barcha bemorlarga umum quvvatlovchi va tinchlantiruvchi vositalar, modda almashinuvini yaxshilovchi va yurak-qon tomir tizimini mustahkamlovchi vositalar (vitamin komplekslari, fosfor va temir preparatlari, qon tomir kengaytiruvchi vositalar va boshq.) tavsiya etiladi. Bemorlarda depressiv yoki vasvasali holatlar mavjud bo'lganda kichik miqdorlarda psixotrop vositalar (antidepressantlar, neyroleptiklar) tavsiya etiladi. Cho'zilgan depressiv holatlarda hatto chuqur keksalik yoshida ham, bemorni tegishli tayyorgarlikdan o'tkazilganidan so'ng elektroshok usuli qo'llanilishi mumkin.

Agar bemorlarda kechki yoshda o'sib boruvchi aqliy zaiflik oldingi o'ringa chiqsa, umumquvvatlovchi vositalarni qo'llash bilan bir qatorda, bemorlar bilan pasayib borayotgan ruhiy faoliyati uchun mashqlar (xotira, diqqat, intellekt, nutq va boshq. uchun) o'tkazish tavsiya etiladi.

Karilik psixози (sekin demensiyalar) Kasallik kupincha 70-80 eshgacha uchraydi. Senil demensiyaga bosh miya pustlogining progredient distrofiyasi sababchi buladi. Bu protsess tabiiy karish protsessi bulmay, patologik atrofiya tabiatiga ega. Shu sababli senil demensiya oddiy karilik eshidagi ruhiy uzgarishlardan aloxida turadi. Senil demensiya sabablari xozirgacha aniklanmagan. Ayrim mualliflar bu kasallikning sababi irsiy beb xisoblashadi.

Klinik manzara. Karilik psixози kuchayib boruvchi xotira buzilishlari bilan global akl zaiflikga olib keladi. Undan keyin butun ruhiy faoliyat parchalanadi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi. Kasallik boshida bemorlar xaelparishon, bir narsani tez unutar bulib kolishadi, shaxsga xos fazilatlar burtib chikadi. Keyinchalik bemorlarning felida psixokatsimon uzgarishlar ruy beradi. Bemorlar injik, lekin ishonuvchan bulib kolishadi. Uz axvoliga tankidiy nazar sololmaydilar. Bemorlarni uzini sodda talablaridan boshka xech narsa kiziktirmaydi, ular " vegetativ" xaet

kechiradilar. Kupincha mayllar nazorat kilinmaydi, bemor engiltaklik kilishadi, ba'zan jinoiy xarakat sodir etishadi (esh bolalar bilan jinsiy alokaga xarakat kilishadi va x.k.)

Xotira Ribo konuni buyicha buziladi. Shuning uchun xam bemorlarni xaeti utgan xodisalar bilan kechaetgandek buladi. Ular doim utgan xodisalar tugrisida gapirib, fikr yuritadilar, eski xodisalarni yangnilik kabi kabul kilishadi. Tanish joyda bemorlar oz bulsa xam orientirovkani saklab, kolishadi, yangi joyda esa tulik adashganday bulib koladilar. Asta-sekin xotira tulik parchalanib ketadi. Bemorlar bolalari, nabiralari ismlarini, xattoki uzining ismi familiyasi, manzilini unutishadi. Oila a'zolariga nisbatan tuygular kolmaydi, bemor ularni tanimaydi, ulib ketgan odamlar bilan adashtiradi. Kasallikning klinik kurinishlari turlicha. Oddiy shakli uchun yuqorida aytib utilgan klinik manzara xos. Ayrim xollarda demensiyadan tashkari affektiv buzilishlar buladi. Bemorlar doim xumraygan, tushkin kayfiyatda bulib, tashki dunedan chetlashadilar. Bunday depressiyalarga inoxondrik vasvasa yuldosh buladi.

Vasvasa mazmuni uta bema'ni goyalarga tula buladi: oshkozonim yuk....., ichimda xamma narsa chirib, kirib ketgan...(kotar vasvasasi)

Amnestik simptomkompleksli demensiya bilan bir katorda kashshoklanish, ugri urish vasvasalari uchraydi. Bemorlar xammadan shubxanib narsalarini yashirishga tusshadilar. Yashirgan joyini uzi unutib, atrofdagilarni ugirlikda ayblashadi. Kunduzi ular lanj va uykuchan buladilar, kechasi esa yurib chikadilar, kushnilarga eshik kokib, nimalarnidir axtarib, vaysab, urishib yurishadi, joyiga etkisi kelmay, karshilik kursatadilar. Amnestik dezorientirovka, keskin bezovtalik, sodda mazmunli gallyusinatsiyalar bilan kechadigan xolat karilar deliriyi deb ataladi. Karilik psixozining konfabulyator shakli eki presbiofreniya ilgari aloxida kasallik xisoblangan. Bunday xollarda amnestimk sindrom ko'p konfabulyatsiyalar bilan birga kechadi. Konfabulyatsiyalarda bemor utmishidagi xodisalar, uydirma gaplar uchraydi. Masalan ilgari soat ustasi bulgan bemor shifokorga shunday degan: " Men sizni juda yaxshi eslayman. Siz menga Pavel Bure markali soatingizni tuzatishga bergansiz. Bu juda mashxur firix, bunday soat albatta anik yurishi kerak".

Deliriyli va konfabulyatsiyali psixoz shaklini senil demensiyaning alohida ajratilishi. A.V.Snejnevskiy fikri bo'yicha bunda atrofiya alohida lokalizatsiyaga ega ekanligiga kon-tomir va somatik kasalliklari sherik buladi.

Karilik psixozining bir necha yil davom etadi. Asta-sekin aql zaiflikka jismoniy keksayish, befarqlik, xolsizlik, uykuchanlik kushilib boradi. Bemorlar marazm xolatida olamdan utadilar.

Pik kasalligi

Kasallik kupincha 50-60 yoshlarda ba'zan 43-45 yoshlarda boshlanadi. Pik kasalligi sistema-degeneratsiya jaraeni kasalliklari guruxiga kiruvchi alohida kasallik xisoblanadi. Kasallik asosida bosh miyaning alohida qismlaridagi atrofiya etadi. Bosh miyaning peshona qismida atrofiya kuchliroq buladi.

Klinik manzara. Aksariyat xollarda kasallikning boshlangich belgilari bulib ilgari bemor shaxsiga xos bulmagan fazilatlar va xulq-atvor paydo buladi. Shu bilan bir vaqtda fikrlash jaraeni susayib, tankid yukoladi. Atrof-muxitni tugri baxolash kobiliyati yukolib, faxm-farosat ayniydi. Bemor bulmagan kiliklar kiladi, uzi bilmagan xolda kupol xatolarga yul kuyadi. Kasallik keyinchalik turli rivoj topishi mumkin, bu ko'proq atrofiya jaraenining lokalizatsiyasiga bogliq. Kupincha atrofiya bosh miya pustlogining peshona qismida, konveksitat qismida, kuchli buladi. Bunday xolda faoliyatga intilish kamayadi, bemor lanj va befarqlik bulib koladi. Bemorlar apatiya xolatida buladilar. Ixtieriy nukt yukolishi bu kasallikka xos, keyinchalik bemorlar xech narsani tushunmasdan fakat birovni suzlarini takrorlab koladilar. (exolamiya)

Atrofiya jaraeni peshona qismining bazal bulimlaridan boshlanganda bemor axmakona kiliklar kiladi, mayllari xarakat va nutklarini idora kilmaydi. (soxta falaj sindromi). Bemor uta shilkim bulib koladi. Pik kasalligiga bir turdagi xulq-nutk xos buladi. (tuxtab kolgan simptomlar). Masalan bemor xojatxonaga kirib suvni ochadi, biroq kulini yuvmasdan xonasiga kaytadi va bu xarakatni bir necha marta kaytaradi. Chukur ruhiy degradatsiyaga karamasdan bemorni somatik axvoli emon

bulmaydi. ko'p yillar ichida xali mushaklar tonusi uzgarmaydi, ammo umuman olganda alsgeymer kasalligi bilan uxshashligi bor.

Kasallik asta-sekin, surunkali kechadi. Urtacha kechishi-8-10 yil. Kasallik ruhiy jaraenlarning tulik parchalanishi bilan yakunlanadi.

QON TOMIR GENEZLI DEMENSIYALAR

Ruschada *slaboumie* va lotin so'zidan olingan tushuncha — **demenstiya** (de — yo'q, mens — aql, mulohaza) deb yuritiladi. Aqliy zaiflik — umuman idrok etish, mulohaza yurgizishning — tuyg'u-hissiyoti va odam xulqining qashshoqlashishi demakdir.

Aqliy zaiflik holati haqida mutaxassislarda ikki xil qarash mavjud. Ba'zi bir guruh mualliflarning fikricha, bunday holatda asosan aqlning o'zigina zarar ko'radi, xolos, shuning uchun bunga faqat har xil holatlarda, xastaliklarda uchraydigan bir xil holat deb qaralishi mumkin.

Bu masalaga boshqacha, kengroq nuqtai nazardan qaraydiganlar ham kam emas. Ularning fikricha, orttirilgan aqliy zaiflikda bemorlarning ruhiy faoliyatida jiddiyroq va kengroq ruhiy buzilishlar kuzatilib, shaxsning deyarli hamma tomonlari o'zgaradi va manfiy (negativ) belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Fikrlash qobiliyati, xotira, tuyg'u va hissiyot hamda tanqidiy mulohazalarning hammasi o'zgaradi, susayadi, sayozlanadi. Kishilarning shaxsi, xulqi, ruhi ularni tanib bo'lmaydigan darajada o'zgarib ketadi.

Shuni ham esdan chiqarmaslik kerakki, inson shaxsida kuzatiladigan o'zgarishlarning darajasi turlicha bo'ladi va ularning hammasini o'ta aqliy zaiflik qatoriga qo'shaverish ba'zan xatoliklarga olib borishi mumkin.

Shaxsiyatning o'zgarish (snijenie lichnosti) darajalari haddan tashqari og'ir bo'lgandagina aqliy zaiflik qatoriga kiritilishi mumkin. Ularning engil, o'rta turlari alohida holatlar (sindromlar) sifatida qaraladi. Keyingi aqliy zaiflik darajasiga etmagan turlarining farqi shundaki, ular yuqorida ko'rsatilgan shaxsiyatdagi ma'lum o'zgarishlar mavjudligiga qaramay, kundalik amaliy hayotga moslanish qobiliyatlari saqlanib qoladi.

Ular ko'pincha o'zlarining muammolarini mustaqil echishga qodir bo'ladilar va mas'uliyatni his etib, amaliy masalalarni to'g'ri hal qila oladilar. Shaxsiyatda bo'lgan o'zgarishlarning og'irroq turlari aqliy zaiflik darajasigacha etib borsa, bu holatni ham shular qatoriga kiritish mumkin, deydi A. V. Svejnevskiy, shuning uchun orttirilgan aqliy zaiflik shizofreniyada, epilepsiyada va boshqa turdagi organik kasallarda ham uchraydi deb tan olingan. Boshqacha qilib aytganda, u orttirilgan aqliy zaiflikni turkumlashda nozologik printsiplarga asoslanish kerak degan to'g'ri g'oyani oldinga surgan.

Aslida esa, ilgari aqliy zaiflikni alohida turlarga ajratilganda psixologik xususiyatlariga qarab farqlangan. Hamma kasalliklarda uchraydiganlarini o'rganib ikki sinfga bo'lgan edilar: *To'liq (total, global, diffuz)* aqliy zaiflik va *noto'liq (cheklangan, o'choqli dismnestik, lakunar,)* aqliy zaiflik.

Aqliy zaiflikning *to'liq turida* shaxs ruhiy holatining deyarli hamma tomonlari zararlangan bo'ladi. Inson shaxsining o'zligini va atrofini anglash xususiyatlari, uning o'zining shaxsiga (individual) xos xususiyatlarini (yadro lichnosti) aniqlovchi tomonlari shunday o'zgarib ketadiki, xatto uni yaxshi biladigan va taniydigan kishilar ham bila olmaydilar.

Aqliy zaiflikning bu turi, xususan qarilikda, bosh miya po'stlog'ining atrofik o'zgarishlari natijasida kelib chiqadigan xastalikning birida va zahm kasalligining markaziy nerv sistemasini zararlashi natijasida uchraydigan progressiv falajlik kasalliklarida namoyon bo'ladi.

Aqliy zaiflikning noto'liq turida kasallar tajang, tez-tez sababsiz asabiylanadigan, kayfiyati o'zgaruvchan, jaholatli, xotirasi ancha susaygan va ijodiy qobiliyati so'ngan bo'ladi. Lekin shaxsning o'ziga nisbatan tanqidi, uning o'ziga xos xislat-xususiyatlari (yadro lichnosti) ma'lum darajada saqlanib qolgan bo'ladi. Bunday holat intoksikasiya (ichkilikbozlikda), organik (bosh miya shikastlanganda, miya qon tomirlari) kasalliklarda uchraydi.

Demenstiya – orttirilgan aqliy zaiflik. Total (globulyar, diffuz) va lakunar (o'choqli) turlarga ajratiladi.

Demenstiya (aqlpastlik) — intellektning bo'shashishi bo'lib, yangi bilim va odatlarni o'rganish, ma'lumot olish tushunchasi va aqliy xulosa qilish buziladi,

o'ziga va atrofiga tanqidiy nuqtai nazardan qarashi susayadi. Avvalgi o'rgangan bilim va tajribalari u yoki bu darajada pasaya boshlaydi, yo'qoladi. Yuqoridagi o'zgarishlar jiddiy susayadi.

Asosiy kasallikni tavsifga qarab aqlsizlik yuqori — oliy intellektual faoliyatga tegmaydi (analiz va sintez xususiyatlari), balki intellektning anchagina oddiyroq funktsiyalariga, xususan eslashga, hisoblashga, diqqatga, mushohada, shaxsiyat, o'z holatiga tanqidi va odobi uzoq vaqt saqlanib qoladi.

Bunday bemorlar shifokor yordamida faol intiladilar, odatdagi kasbga tegishli bo'lgan faoliyatlari ham uzoq vaqt saqlanadi. O'chog'li aqlpastlik bosh miya tomirlarining kasalligida (sterebral ateroskleroz), xafaqon kasalligida, miya zaxmida uchraydi.

To'la (total, diffuz) aqlpastlik— intellektning qo'pollashishi, solishtirish xususiyati, umumlash, jamlash, oddiy va murakkab vaziyatlarni sintezlash, o'zining holati va ahloqiga tanqidiy bahoning susayishi, shaxsiy xususiyatlarining siyqalanishi bilan tavsiflanadi.

O'zini tutishi ko'pincha ahmoqona bo'lib qoladi, odamgarchilik asoslariga to'g'ri kelmaydi, qiziqishlari ortib ketadi, eyforiya fonida o'zlarini hursand tutadilar, sergap, giperseksual, hech narsa yoqmaydigan bo'lib qoladilar, kuchayib boruvchi falaj va qarilik aqli pastligiga uchraydi.

Total (to'liq) aqliy zaiflikda nafaqat intellektual qobiliyatning qo'pol buzilishi, balki shahs parchalanishi ham kuzatiladi. Xotira keskin buziladi. Bemorlar o'zlarining faoliyatlaridagi avvalgi malakalaridan foydalana olmaydilar.

O'zlarining holatlariga tanqid bo'lmaydi, mas'uliyat va ahloqqa bo'lgan talabni farqlamaydilar. Global aqliy zaiflik qarilikdagi bosh miya og'ir jarohatlari, yaqqol sterebral sindrom va qaytalanuvchi insultlar bilan kechuvchi havfli gipertoniya kasalligi natijasida rivojlanishi mumkin.

Lakunar (qisman) aqliy zaiflikda intellekt qisman parchalanib boradi, xotiraning susayib borishi kuzatiladi. Bemorning o'z holatiga tanqidi saqlangan bo'ladi. Lakunar aqliy zaiflik sterebral aterosklerozda va qarilikdan oldingi davrdagi og'ir somatik kasalliklarda kuzatilishi mumkin.

Atrofik jarayonlarning tasnifi:

1. presenil demensiyalar:

a) sistemali atrofiyalar –

- Pik kasalligi
- Gentington xoreyasi,
- Parkinson kasalligi,
- Kreytsfeld-Yakob kasalligi va b.

b) Alsgeymer kasalligi

1. Senil demensiyalar.

Demensiyalarni kuyidagilar birlashtiriladi

- Kam seziluvchan boshlangich simptomatika
- Sekin, bosqichma-bosqich, ammo surunkali progredient, kaytmas asoratlar bilan rivojlanadi
- Akliy zaiflik betuxtov usib boradi

- Turli bosqichlarda nevrologik simptomlar kushiladi

Demensiyalarga xos belgilar:

- Agnoziya
- Apraksiya
- Amneziya
- Agraftiya
- Akalkuliya
- Afaziya
- Apatiya
- Asteniya
- Mo'ljall olishning barcha turlari buzilishi...

Demenstiya (orttirilgan aqliy zaiflik)ning psixorganik sindromdan tubdan farqi kasallikdagi buzilishlarning psixotik darajasi hisoblanadi. Demenstiya – bu turg'un, deyarli ortga qaytmaydigan bosh miyaning organik shikastlanishi natijasida intellektning chuqur buzilishi, avval mavjud bo'lgan ijtimoiy adaptastiya hususiyatining buzilishga asos bo'luvchi ruhiyatning ruinizastiyasi (o'ta qarishi)dir.

Demenstiyada bemorlarda kognitiv buzilishlar, ijtimoiy adaptastianing qiyinlashuviga olib keluvchi ijtimoiy motivastiyalardagi ahloqiy boqaruvni buzilishi, yangi bilimlarning o'zlashtirilishi to'xtab turishi yoki butunlay yo'qolishi kuzatiladi.

Chuqur demenstiyalarda bemorning ruhiyati "ma'naviy uyushmaning ruinsimon (vayrona) harobasi"ni ifodalaydi. Shu bilan birga demenstianing psixopatologik tuzilmasi kasallikning nozologik shakli va demenstiyaga olib keluvchi jarayonning chuqurligiga bog'liq.

V. M. Bleyxer demenstianing taqqoslama fenomenal (noyob) sistematikasini taklif etdi:

- 1) negativ simptomlar bilan xarakterlanuvchi oddiy aqliy zaiflik;
- 2) intellektual-mnestik susayish bilan birga, negativ premorbid shaxs hususiyatlarining yoki yangi anomal fazilatlarining o'tkirlashuvi kuzatiladigan psixopatsimon aqliy zaiflik;
- 3) strukturasida gallyustinastiyalar va vasvasaning demenstiya bilan qo'shib ketishi kuzatiladigan gallyustinator-paranoid aqliy zaiflik;
- 4) amnestik-paramnestik aqliy zaiflik (korsakov sindromi bilan);
- 5) paralitik va psevdoparalitik aqliy zaiflik;
- 6) o'choqli zaralanish belgilari nutq, gnozis va praksisning buzilishi bilan kuzatiladigan asemik aqliy zaiflik;
- 7) terminal marantik aqliy zaiflik.

Muallif u yoki bu ruhiy kasallik tufayli yuzaga keluvchi aqliy zaiflikning sanab o'tilgan fenomenal variantlari keyinchalik nozologik xususiyat qirralarini oladi. Demenstiyani parstial va total turlarga bo'lish amaliy ahamiyatga ega va shartli xarakter kasb etadi.

Demenstianing og'ir turlaridan biri **marazm** hisoblanadi. Bu tushuncha nafaqat ruhiy faoliyatning, balki jismoniy degradastiyani ham o'z ichiga olib, asosiy instinktlar (ovqatlanish, o'z –o'zini himoya qilish)ni so'nishiga olib keluvchi

belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Bemorlar o‘zlarini mutlaqo eplay olmaydilar, doimo yordamga muhtoj bo‘ladilar (ovqatlantirish, yotoq yaralar sanastiyasi) va ular hayotining davomiyligi yordamning sifatiga bog‘liq. Marazm Alstgeymer, Pik kasalligi, qarilikdagi aqliy zaiflik, neyrosifilisning oxirgi bosqichlarida kuzatiladi. Dastlab ma’naviy kambag‘allashuv, shavqatsizlik – iltifotsizlik, sovuqlik, qo‘pollik, xasislik va h.k. belgilar paydo bo‘la boshlaydi. Bemorlar g‘amgin, badgumon, shubhalanuvchan bo‘ladilar. Biologik mayillar tutilib, avvalgi qiziqishlar va yaqinlik hissi so‘nib boradi. Xotira pasayishi progressiyalovchi amneziya darajasiga etib, fikirlash xususiyati ham keskin pasayadi. Atrof muhitga mo‘ljall olish, nutq, praksis buzilishlari, boshqa oliy po‘stloq faoliyati yo‘qolishi qo‘shiladi. Vasvasa g‘oyalari, gallyustinastiyalar, depressiya, o‘lim va o‘lgan odamlar haqidagi fikirlarlar kuzatiladi. Jarayon qarilik marazmi bilan yakunlanadi.

Demenstiya bilan kasallangan bemorlarni olib borish quyidagicha:

1. Demenstiya tashxisoti;
2. Demenstiyaning sababini aniqlash;
3. Asosiy kasallikni davolash;
4. Hissiy-affektiv buzilishlarni davolash;
5. Simptomatik davo;
6. Nomedikamentoz davo usullari;
7. Ijtimoiy ko‘mak.

Birinchi bosqichda demensti tashxisi tasdiqlanadi. Amaliy foliyatda ko‘pincha demenstiyani normal qarish, depressiya, deliriy bilan qiyosiy tashhisoti qiyinchilik tug‘dirishi mumkin. Shu sababli kognitiv faoliyatni ob‘ektiv baholovchi skrining shkalalardan foydalanish prinstipial hisoblanadi. Bunda preddement holatlarni aniqlash muhim bo‘lib, bunda davolash imkoniyatlari ham keng bo‘ladi.

Demenstiya bilan kasallangan bemorlarni davolashning asosi kognitiv buzilishlar sababi hisoblangan kasallikning etiopatogenetik mexanizmiga qaratilgan bo‘lishi kerak. Murakkab vaziyatlarda ko‘proq ma’lumot beruvchi neyropsixologik testlardan foydalanish zarur.

Bunda preddement holatni aniqlash, davolash imkoniyatlarini kengaytirishda ahamiyatga ega. Demenstiya bilan kasallangan bemorlarning davosi kognitiv buzilishlarning asosida yotuvchi kasallikning etiopatogenetik mexanizmiga qaratilgan bo‘lishi kerak.

Ayni vaqtda Alstgeymer kasalligida markaziy xolinesteraza ingibitorlari (amiridin, takrin, ekselon, donepezil)dan foydalanilmoqda.O'rin bosar davo maqsadida estrogenlar, NYaQV, vitamin E va selegilin (kognitiv, yumeks) dan foydalanishga bir qancha ko'rsatmalar mavjud, ushbu kasallikning rivojlanishini sekinlashtirish uchun [Forette R, Rockwood K., 1999].

Tomirli demenstiyada havf omillariga ta'sir ko'rsatuvchi preparatlarni qo'llashga qaratilgan bo'lishi kerak: gipotenziv vositalar, dezagregantlar, ko'rsatma bo'lganda - antikoagulyantlar.

Dismetabolik enstefalopatiyalarning davosi almashinuv jarayonlarini va ularning sababini bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak.Kasallikning erta bosqichlarida davo samarali va kognitiv nuqson potensial qaytariladi.

Normotenziv gidrostefaliya va bosh suyagi ichi hajimli jarayonlarida davo jarrohlik usulidir. Defistitar holatlar, endokrinopatiyalar, neyroinfekstiyalarda etiotrop davo jarayonni to'xtashiga, kognitiv buzilishlarni regressiga olib keladi.

Ekzogen intoksikastiyalarning o'z vaqtidagi tashhisi, toksik agentning ta'sirini bartaraf qilish va mos davosi olib borish omadli davoning garovidir. Ko'pgina holatlarda kognitiv faoliyatning og'irlashuvi asosida arterial gipertenziya yoki aritmiyalarni noadekvat davosi yotadi, bundan tashqari ayniqsa yoshi katta bemorlarda markaziy antixolinergik vositalar, uxlatuvchi vositalar,benzodiazepinlar xosilalari,tutqanoqqa qarshi vositalar, neyroleptiklar, digitalis o'simligining preparatlari qo'llanilganda kuzatiladi.

Ko'pgina psixotrop preparatlar uzoq vaqt qo'llanilganda akkumulyastiyalanish xususiyatiga ega bo'lib, ularning fonida nojo'ya ta'sirlar yuzaga chiqa boshlaydi; nafaqat psixotrop vositalarga xos balki, ularning boshqa dori vositalar bilan o'zaro ta'sir natijasida ham yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun bemorlar qabul qilayotgan dori vositalarini ko'rib chiqish muhim ahamiyatga ega.

Demenstiyali bemorlarda xissiy – affektiv va psixotik buzilishlar kerakli davoni talab etadi. Qo'zg'alish va ongning xiralashuvida kuchsiz xolinolitik xususiyatiga ega bo'lgan dori vositalarini kichik dozada berish tavsiya qilinadi (masalan,

galoperidol). Faqat psixiatr antipsixotiklarni (neyroleptiklar) tavsiya etish huquqiga ega!

Odatda preparatlarni kechki vaqtda bir mahal berish etarli bo'lishi mumkin, modomiki qo'g'alish va ongning xiralashuvi kechasi yuzaga keladi; galoperidolning sedativ ta'siri uyquni normallashtiradi, yarim chiqarish davrining uzoqligi kunduzi ham qo'zg'alish yuzaga kelishini oldini oladi.

Shu bilan birga parkinsonizm, diskeniziyalar, akatiziyalar kabi nojo'ya ta'sirlarni yuzaga kelishini ham hisobga olish kerak. Demenstiyali bemorlarga neyroleptiklarni tavsiya qilinayotganida klinik jihatdan o'xshash bo'lgan Alstgeymer kasalligi, Levi diffuz tanachalari kasalligini yodda tutish kerak, sababi bu kasalliklarda neyroleptiklarni kichik dozada ham tavsiya etish mumkin emas.

Havotir va insomniyalarda benzodiazepin preparatlarini kichik dozada qo'llash mumkin. Ammo qariyalarda benzodiazepin xosilalarini tavsiya etayotganda ehtiyotkorlik talab etiladi, sababi ular xotirani yomonlashuviga, qabul davomida havotirni kuchayishiga (uzoq vaqt davo kursini to'satdan to'xtatilganda) yoki ongning xiralashuviga olib kelishi mumkin.

Demenstiyali bemorlarda depressiyaning bo'lishi antidepressantlarni tavsiyasini talab etishi mumkin. Shu bilan birga ba'zi antidepressantlarning antixolinergik ta'siri natijasida yuzaga keluvchi kognitiv faoliyatning buzilishi kuzatilishi mumkin. Shuni hisobga olgan holda, serotoning qayta bog'lovchi selektiv ingibitorlarini yoki minimal antixolinergik ta'sirli tristiklik antidepressantlarni, masalan nortriptilinni tavsiya etgan maqqul.

Demenstiyali bemorlardagi kognitiv faoliyatning antidepressantlar bilan davo fonida yaxshilanishi, yondosh depressiv buzilishlarni kamayishi bilan asoslanib, serotonin almashinuvining terapevtik ta'siri natijasida xolinergik faoliyatning modulyastiyasi hisobiga yuzaga keladi.

Kognitiv faoliyatni yaxshilovchi preparatlar sifatida sterebrolizin, pirastetam, nootropil, ginkgobiloba, nimodipindan keng foydalaniladi. Modomiki, demenstiyali bemorlarning ko'pgina qismi - yoshi katta va qari bemorlar bo'lib, odatda yondosh

somatik patologiyalari mavjud, shuni hisobga olgan holda nafas va yurak – qon tomir sistemasi faoliyatining adekvat qo'llab turilishiga diqqatni qaratish lozim.

Demenstiyali bemorlarda umumiy infekstion jarayonlar fonida, narkozda ongning xiralashuvi yuzaga kelish ehtimoli borligini yodda tutish lozim. Xotira va diqqatni sistematik mashqi natijasida ba'zi hollarda kognitiv qobiliyat yaxshilanishi mumkin.

Xotira mashqi qo'pol bo'lmagan kognitiv buzilishlar, masalan bosh miya qon tomir patologiyalarida, ayniqsa bazal tugunlarning (misol uchun, Parkinson kasalligida) kasalliklarida maqsadga muvofiqdir. Mashqlar yordamida kognitiv defektning vaqtinchalik kompensastiyasiga hatto Algeymer kasalligida ham erishish mumkin.

Xotira mashqlari sababidan qat'iy nazar yaqqol va qisman rivojlangan demenstiyalarda samarasizdir. Bemor xotira mashqlarini maxsus tayyorgarlikdan so'ng mustaqil bajarishi mumkin. Vaqti –vaqti bilan mashqlar effektivligini nazorat qilish va ko'nikmalarni yaxshilab turish lozim.

Xotiraning mashqi uchun so'zlar, rasm va predmetlar, ma'noli fragmentlarni yodlash va esga tushirish mashqlaridan foydalaniladi. Diqqatni va aqliy faoliyatni ishini oshirmaydigan usulda yodda saqlash o'rgatiladi (m'noli va vaziyatli bog'lanishlarni yuzaga keltirish).

Bemorni oila a'zolari va yaqinlari tomonidan qo'llab-quvvatlanishi muhim rol o'ynaydi. Modomiki, demenstiyali bemorlarda ko'pincha perstepstiya buzilishini kuzatilishi begona muxitda ularda xavotir yoki ongning xiralashuviga sabab bo'lishi mumkin.

Bu xaqida qarindoshlari albatta ogoxlantiriladi ya'ni bemorlar uzlarini bir xil muxitda kulay sezishlari va turli xil o'zgarishlar, masalan(sayoxat, jarroxlik aralashuvga tayyorgarlik) atrof muxitga bo'lgan mo'ljalni buzilishiga olib kelishi mumkinligi. Ushbu bemorlar mexnat va dam olish tartibini normallashtirib olishlari kerak. Xolsizlik xolatlari xam kognitiv xususiyatlarni sekinlashuviga olib kelishi mumkin, bu esa katta yoshda muxim xisoblanadi. Medikamentoz davo buyurishda bir muxim narsani xisobga olish zarur:xattoki engil darajali demenstiyasi bor bemorlar boshqa(buyurilmagan)dori vositalarni va ayniqsa bemorni o'ziga qo'yib

berilgan sharoitda esa ularni dozasini xisobga olmagan xolda(katta doza) qabul qilishlari xavfi yuqori.

QARILIK PSIXOZLARI

Qarilik psixozi — senil dementsiya. Kasallik keksa yoshda, odatda, 70—80 yoshlar orasida boshlanadi. Qarilik psixozining asosida asosan bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'ining rivojlanib boruvchi yoki progrediye atrofik jarayoni yotadi. Bu jarayon miya parenximasining qarilikdagi fiziologik involyutsiyasi emas, balki patologik o'zgarishlarning oqibatidir. Shunday qilib, senil dementsiya — bu psixikaning yoshga bog'liq o'zgarishlarining kuchayishidan sifat jihatdan farq qiluvchi holatdir.

Qarilik psixoziga olib keluvchi sabablar yaxshi o'rganilmagan. Ba'zi mualliflarning fikricha bunda nasliy omillarning ahamiyati bor.

Klinik manzarasi. Qarilik psixozining klinik manzarasi kuchayib boruvchi aqliy zaiflik, qonuniy ravishda kuchayib boruvchi xotira susayishi va keyinchalik barcha ruhiy jarayonlarning yemiriliyuidan iborat.

Kasallik asta-sekin rivojlanadi. Boshlang'ich simptomlari ko'pincha unutuvchanlik, harakterli belgilarning o'zgarishidan iborat bo'ladi. Keyinchalik harakterning sifat jihatidan o'zgacha belgilari paydo bo'ladi, psixopatiyasimon o'zgarishlar ruy beradi. Bemorlar shubhalanuvchan, qo'rs, ezma bo'lib qoladilar: bolalarga xos ishonuvchanlik bilan bir qatorda hech tushunmaydigan kaysarlik tavsiflidir. O'zidagi o'zgarishlarga tanqidiy qarash butunlay qolmaydi. Qiziqish doirasi keskin torayadi. Ular bahillik talablarini qondirishga intilish bilangina chegaralanadilar, vegetativ turmush tarziga o'tib oladilar. Bunda ko'pincha mayllar tormozlanmaydigan bo'lib qoladi va bu holat ko'pgina yengiltak, hatto jinoiy harakatlarga olib kelishi mumkin. Pullarni befoyda sarflash kuzatiladi. Xotira keskin buziladi, voqealar qanchalik yangi bo'lsa, shunchalik tez unutiladi — Ribo qonuni. Shuning uchun bemorlar hayoti o'tmish voqealar doirasida kechadi. Uzoq davrlardagi voqealar, lavhalar ularning fikrlarining asosiy mavzusi bo'lib qoladi. Doimo bir xil narsalarni qaytaradilar va har gal bu ular uchun yangidek bo'lib hisoblanadi. O'rgangan sharoitlarda bir amallab mo'ljal qiladilar, lekin yaigi joyda

o'zlarini butunlay yo'qotib qo'yadilar. Bora-bora xotira butunlay yo'qoladi. Bemorlar nevaralarining, bolalarining ismlarini, o'zining yoshi va familiyasini unutib yuboradilar. Qarindoshlarga va o'z yaqinlariga bo'lgan bog'liqlik hissini yo'qotadilar, ularni taiimaydilar, ba'zan kachonlardir o'lib ketgan kishilar bilan adashtiradilar.

Kasallikning klinik ko'rinishlari har xil, shuning uchun qarilik psixozining turli shakllari ajratiladi. Yuqorida bayon etilgan holat oddiy shakli uchun tavsiflidir. Ba'zi hollarda dementsiyadan tashqari birinchi qatorga affektiv buzilishlar chiqadi, u doimiy g'amgin kayfiyat, xayotdan sovush ko'rinishida bo'ladi.

Bunday depressiyalar ipoxondrik vasvasa g'oyalar bilan kuzatiladi va ko'pincha tuzilishi jihatdan o'ta g'alatiligi bilan ajralib turadi... «Oshqozonim, ichagim allaqachon yo'k.. Ichimdagi hamma narsa qurib, chirib ketdi...» — Kotar vasvasasi.

Amneyetik adomatlar majmuasi bilan dementsiya fonida kambagallashish yoki o'g'ri tushish vasvasa g'oyalarga kuzatiladi. Bemorlar bezovta, o'ta shubhalanuvchan bo'lib qolishadi, narsalarini doimo burchak-burchaqlarga bokitib yuradilar va hammani o'g'rilikda ayblaydilar. Bunday bemorlarga tungi bezovtalik xosdir. Ular kunduz kuni uyqusiragan, shashti past, tunda esa xonalar buylab kezadilar, qo'shnilarning eshiklarini taqillatadilar, nimanidir izlaydilar; bu vaqtda ezmalik bilan so'kinadilar va uni o'z joynga yotkizishlariga qarshilik qiladilar. Amnestik mo'ljal buzilishi keskin notinchlik xurujlari, o'ralashib qolish, mazmun jihatdan juda sayoz gallyutsinatsiyalar, qarilik deliriyasi degan nom bilan yuritiladi.

Qarilik psixozining konfabulyator shakli yoki presbiofreniya oldi kasallikning alohida turi sifatida ko'rib chiqiladi. Bunday holda amnestik sindrom kuchli koifabulyatsiyalar bilan birga bo'ladi. Bu konfabulyatsiyalarda oldin bo'lib o'tgan voqealar, oldingi kasbi yoki turmush sharoiti bilan bog'liq uylab topilgan voqealar asosiy o'rin egallaydi. Masalan, oldin soatsoz bo'lgan bemor vrach bilan suhbatida shunday deydi: «Men sizni juda yaxshi eslayman, siz yaqinda menga Pavel Bure markali soatingizni to'zatishtga berdingiz.... Yirik firma, bunday soatdan aniqligini talab qilsa bo'ladi».

Bemorlar eyforik, harakatchan, bolalarcha tajang bo'ladilar. Atrofdagi hamma narsalar uning e'tiborini tortadi. Ular begonalar suhbatiga hech narsaga tushunmagan holda aralashadilar, boshqalarga berilgan savolga javob beradilar. Xulq-atvori o'ta o'ralashuvchanlik va tirishqoqliq ishbilarmonlik bilan ajralib turadi. Qayoqqadir ketmoqchi bo'lib choyshablarini tugun qilib tugadilar, sochiq bilan pol yuvadilar yoki narsalarni tinmasdan u qo'llaridan bu qo'llariga oladilar. Bitta bemor bostirmadagi tovuq tuxum qo'ydimikan deb nuqul karavoti tagiga kiraveradi.

Delirioz va konfabulyator shakllarii senil dementsiyaning atrofiya o'chog'i o'ziga xos joylashgan yoki qon tomir va umumsomatik o'zgarishlar qo'shilgan shakllariga tegishli deb qarashadi.

Qarilik psixozining davomiyligi bir necha yillar bilan o'lchanadi, bemorlar umumiy marazm holatida o'ladilar.

Nazorat savollari

1. Aqli zaiflikning klinik belgilarini sanab bering.
2. Demenstiyaning klinik belgilarini sanab bering.
3. Aqli zaiflik va aqliy rivojlanishdan ortda qolishning farqlarini aniqlang
4. Aqli zaiflik va demenstiyani davo prinsiplarini belgilang.
5. Aqli zaiflikning tashxisoti.
6. Demenstiyaning tashxisoti.
7. Jaroxatdan so'ngi aqli zaiflikning belgilari.
8. Demenstiyaning tashxisotida UASh amaliyotida kuzatilishi mumkin bo'lgan muammolar.
9. Demenstiyali bemorlarni olib borish taktikasini belgilang.

Vaziyatli masalalar.

- 1) Bemor 68 yoshda. Kasallik asta-sekin rivojlangan. Xolsizlik kuzatilib uy ishlariga qiziqishni yo'qotgan. Atrofdagilar bilan o'zini tutishni bilmay qolgan: mexmonda esa go'shtni olmoqchi bo'lib qo'lini qozonga tiqqan. O'z yaqinlarining turli buyumlarini olib qo'yadigan bo'lgan (sovun, guruch va x.k.). Gigienaga rioya qilmay qo'ygan, yuvinmagan, soqolini olmay qo'ygan,

ko'p ovqat eydigan bo'lgan. Deyarli gaplashmay qo'ygan. Unga berilgan savollarga savol bilan yoki "Amerikaga qochib ketaman" iborani qaytargan. Asosiy klinik sindrom (simptomlari). Taxminiy tashxis. Instrumental tekshiruvlar. Klinik tashxis (XKT – 10 bo'yicha). Davolash choralari.

2. Bemor 40-yoshda bosh miya jaroxati o'tkazgandan so'ng xotira susayishi va bosh og'rig'i kuzatilishni boshlagan. Muxandis bo'lib ishlashni davom etgan. Bemor 64 yoshidan boshlab esa xotira qo'pol susaygan, idish tovoqlarni qaerga qo'yganini, nima xarid qilish kerakligini unuta boshlagan. 66 yoshda bemor jizzaki, tez xafa bo'lib qoladigan bo'lib qolgan. O'zining opasini o'g'rilikda ayblagan. Xisobda adashishni boshlaganligi sababli, bozorga bormay qo'ygan. Kechalari "yo'qolgan" narsa va buyumlarini qidirgan. Xavotirli va besaramjon bo'lib qolgan. Nutqida asosan bir biri bilan bog'lanmagan iboralar kuzatila boshlagan. Vaqt va makonga bo'lgan mo'ljalni olishda adashgan.

Asosiy klinik sindrom (simptomlari). Taxminiy tashxis. Instrumental tekshiruvlar. Klinik tashxis (XKT – 10 bo'yicha). Davolash choralari.

Involutsion melanxoliya

Kasallik ko'proq ayollarda 50—60 yoshlarda boshlanadi. Hozirgi vaqtgacha kasallik etiologiyasi va patogenezi to'liq aniqlanmagan. Lekin organizmdagi involutsion o'zgarishlar asosida kelib chiqadigan endogen-toksik jarayonning ahamiyati shubhasizdir va u psixoz rivojlanishida asosiy hal qiluvchi omil hisoblanadi. Moyillik yaratuvchi omillar — bu har xil psixogeniya va somatogeniyalardir.

Involutsion melanholiyaning asosiy sindromi tashvishli — qayg'uli depressiya bo'lib, u ko'pincha o'z-o'zini ayblash, o'z-o'zini o'ldirish va ipoxondrik vasvasa g'oyalarining qo'shilishi bilan uchraydi.

Klinik ko'rinishi. Kasallikning boshlang'ich belgilari noo'rin bezovtaliq o'zini yo'qotib qo'yish, juda sust kayfiyat fonidagi noaniq qo'rquv sifatida namoyon bo'ladi. Klimaksning rivojlaiishi har xil. Ba'zi hollarda tashvishli notinchlikning asta-sekin kuchayishi kuzatiladi, keyinchalik u o'zgarmasdan uzoq vaqt bir xil darajada turadi; boshqa hollarda tashvishli qo'zg'olish alomatlari o'ta tez rivojlanadi

va odatda idrok qilish buzilishlari va vasvasa g'oyalar qo'shilishi tufayli murakkablashib ketadi. Vasvasa g'oyalar xissiyotlarni fantastik shaklda aks ettiradi. Kotar vasvasasi: «...Organizm tirikligicha parchalanib ketmoqda... Oilam o'ldi... Mening aybim tufayli ommaviy fojearlar yuz bermoqda... Quto'lishning hech qanday yo'li yo'k. Yagona yo'l — haqqoniy qasos» va hokazo.

Bemorlar doimo bezovta harakatda bo'ladilar, bu vaqgi-vaqti bilan ajiatatsiyaga o'tuvchi o'ralashib qolishda iamoyon bo'ladi. Ular palatada u yoqdan bu yoqqa yurishadi, o'zlarini timdalashadi, o'z sochlarini yulishadi. Bemorlar nutqi shikoyatlarini hadeb bir xil jumlar orqali kaytaraverish bilan tavsiflanadi. Vaqt o'tishi bilan notinch harakatlar tormozlanish bilan almashinishi mumkin, biroq bunda tashvishli — qayg'uli zo'riqish kamaymaydi. Betinchlik tashqi sharoitlar o'zgartirilganda, boshqa palata yoki bo'linga o'tkazilganda yanada kuchayadi. Idrok qilishning buzilishlari ko'pincha verbal illyuziyalari bilan namoyon bo'ladi: atrofdagilarning suhbatida o'ziga karatilgan ayblashlar eshitiladi, nazarida uni kamsitishadi, urishishadi. Il-lyuziyalarning vasvasalar bilan ifodalanadigan boshqa shakllari ham uchraydi: ko'rishga kelgan qarindoshlari o'zgarib ketgan; ular boshqacha ko'rinishadi, yuzlarida kasallik alomatlari: balki, bular qarindoshlari qiyofasidagi umuman boshqa odamlar. Ko'pincha ipoxondrik vasvasa uchraydi: bemorlar o'zlarini zaxm bilan kasallangan, rak bilan kasallangan deb hisoblaydilar. Ovqat hazm qilish yo'qlarining og'ir zararlanishidan shikoyat qiladilar. Ovqat hazm bo'lmayapti, ichaqlarim atrofiyaga uchrab ketayapti va boshqalar.

Kasallikning somatik belgilari kam tavsifli. Faqat ozib ketish va bevaqt qarib ketish kuzatiladi. Ba'zi hollarda kasallik o'ta shiddatli kechadi, u shiddatli darajaga yetuvchi ajiotaj qo'zg'olish bilan yuzaga chiqadi. Bunda ajiatatsiya davrlari oneyroid tipidagi ong xiralashish elementlari mavjud bo'lgach, o'zini yo'qotib qo'yish davrlari bilan almashinib turadi. Bemorlar fojeaviy darajada tez quvvatsizlanadilar va ozadilar. Keyinchalik harakat qo'zg'olishlari negativizm simptomlari bo'lgan, katatonik stuporni eslatuvchi stuporoz holatga o'tib ketishi mumkin. Bemorlar befoyda bo'lgan qarshilik kursatadilar, ovqatni tuflab yuboradilar, uzuq-yuluq jumlarni stereotipik ravishda qaytaraveradilar. Ba'zi

mualliflar bunday holatlarni presenil psixozning alohida shakliga ajratadilar va uni «xavfli presenil psixoz», Krepelin kasalligi, «kech katatoniya» deb ataydilar. Lekin bir tomondan bunday holatlarga involyutsion melanxoliyaning og‘ir kechuvchi variantlari sifatida ham qarasa bo‘ladi.

Kechishi. Involutsion melanxoliya ko‘p oylar, hatto ko‘p yillar uzoq davom etishi bilan tavsiflanadi. Klimaks oqibatlarini turlicha. Butunlay sog‘ayib ketish ham mumkin, lekin kasallik ko‘pincha bir xildagi tushkun kayfiyat holatidagi umumiy aktivlikning pasayishi bilan kechadigan turg‘un astenik ko‘rinishdagi asorat qoldiradi. Shiddatli kechuvchi xavfli ko‘rinishlari rivojlanib boradigap umumiy quvvatsizlik bilan kechadigan hollarda o‘lim bilan tugaydi.

Patologik anamniyasi. Og‘ir kechuvchi involutsion melanxoliyada asosan ichki sekretsiya bezlarining zararlanishi bilan o‘tadigan umumiy distrofiya kuzatiladi. Odatda bosh miya po‘stlog‘ining peshona-miya sohasining kuchsizroq atrofiyasi aniqlanadi. Patomorfologik jihatdan esa markaziy nerv tizimidagi toksikologik o‘zgarishlar aniqlanadi.

Farqlash tashxisi. Involutsion melanxoliyaning boshlanishida farqlash tashxisida qiyinchiliklar tug‘ilishi mumkin, chunki yosh o‘tib qolganda har xil depressiv holatlar ham tashvishlanish va harakat notinchliklari alomatlari bilan kechadi. Maniakal-depressiv psixozdan involutsion melanxoliyani quyidagi belgilar ajratib turadi: oldin sirkulyar xurujlarning kuzatilmaganligi, kasallik manzarasida tashvish va qo‘rquvning ustun turishi. Tomir kasalliklari tufayli kelib chiqadigan depressiyalardan involutsion melanxoliya to‘liqsimon kechishining yo‘qligi, psixotik holatning tomir tonusiga bog‘liq emasligi bilan farqlanadi.

Davolash. Hozirgi vaqtda neyroleptik moddalarni, atipik neyroleptiklar (rispaksol, kvetilept, nopeniya, zipreks, zifort)

aminazin va hokazolarni antidepressantlar imizin, melipramin va boshqalar bilan birga qo‘llash katta foyda bermoqda. Og‘ir ajiotaj holatlarda simptomatik vosita sifatida opiy preparatlari tavsiya qilinadi, ularning dozalari dastlab oshirib boriladi, keyin asta-sekin kamaytiriladi. Neyroleptiklarni o‘z vaqtida qo‘llash o‘limning keskin kamayishiga olib keladi. Qayd etib o‘tilgan dori preparatlariga nisbatan

rezistentlik mavjud bo'lgan hollarda «elektrotitrash» bilan davolash qo'llaniladi. Bemorlarda suitsidal harakatlarga moyillik borligini hisobga olib tezda shifoxonaga yotqizish kerak

Involutsion paranoid

Bu shakli boshqachasiga involutsion paranoid, involutsion parafreniya yoki presenil Ziyen vasvasasi deyiladi.

Klinik manzarasi. Kasallik tiniq ong va tashqi tomondan o'zgarmagan hulq-atvor fonida asta-sekin rivojlanadigan vasvasa bilan tavsiflanadi. Vasvasa tuzilmasi va uning fabulasi juda o'ziga xosdir. Vasvasa konsepsiyasiga kishilarning tor doirasi kiradi: qo'shnilar, tanishlar ularga ataylab noxushliklar keltirib chiqarishda ayblanadilar. Vasvasalar odatda tor doiradagi xo'jalik munosabatlaridan, arimas ginaxonliqdan chetga chiqmaydi. Avval bemorlarning da'volari atrofdagilar tomonidan haqqoniydek qabul qilinadi, biroq vaqt o'tishi bilan ularning patologik asosi ko'zga tashlanib qoladi. Bemorlarning nazarida kushnilari ularning narsalarini bo'zayotgani, kalitlar va maxsus vositalardan foydalanib yashirincha uyga kirayotgani, ovqatlariga axlat solib ketayotgani, devorlarda tirqish ochib u yerdan gaz yuborayotganiga va boshqa xavfli ishlar qilishiga ishonchlari komil. Kechalari qo'shnilarinikida yig'inlar uyushtiriladi, u yerga shubhali shaxslar keladi. Bularning hammasi moddiy ziyon yetkazish, sog'ligiga zarar qilish yoki xonasidan siqib chiqarish uchun ataylab qilinadi. Ba'zan hidlov gallyutsinatsiyalari, eshituv verbal illyuziyalari sifatidagi idrok qilish buzilishlari uchraydi. Shuningdek somatik bo'zishlar bilan bog'langan holda tana sezgilarini vasvasali qabul qilish kuzatiladi, yurak urishi, gazdan zaharlanish oqibati va hokazolar. Vasvasalar rashk g'oyalari asosida rivojlanishi ham mumkin. Muhitni, yashash joyini o'zgartirilganda bemorlar bir oz tinchlanishadi, biroq keyinchalik oldingi vasvasa fikrlar yana qayta boshlanadi. Bemorlar o'z og'riqli kechinma va g'oyalarini ximoya qilishda o'ta faolliklari bilan ajralib turadilar. Ular eshiklariga ko'plab qulflar o'rnatadilar, doimo kuzatishlar uyushtiradilar, sud organlariga shikoyatlar bilan murojaat qiladilar, militsiyaga boradilar. Bunda depressiya kuzatilmaydi. Aksincha, affektiv

sozlanganlik astenik belgilar bilan, vasvasa g'oyalarining o'ta tashvishliligi yuzaga chiqadi

Kasallik surunkali kechadi. Somatik hollarida o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Farqlash tashxisi. Farqlash tashxisidagi kiyinchilik doimo involyutsion paranoidni kech shizofreniyadan ajratish bilan bog'liq. Tashxisdagi asosiy belgilar bu bemorlarning hissiy o'zgarmaganligi, kasallik manzarasida ruhiy avtomatizm alomatlarining yo'qligidir. Qarilik yoshidagi bunday psixozlarga ba'zi mualliflar tomonidan qarilik paranoyasi deb qaraladi.

Davolash. Statsionar sharoitida olib boriladi va aminazin yoki boshqa neyrolentiklarning sutkasiga 800—1000 mg dozalarini qo'llashdan iborat. Kasalxonadan chiqqach bemorlar bu dorilarni kichik dozalarda qabul qilib yurishlari kerak. Neyroleptik vositalar bilan davolanish natijasida vasvasa simptomatikasi odatda susayadi va affektiv harakterini yo'qotadi.

Parvarish

Demensiyada parvarish

Bu kasallikda parvarish asosiy o'rin tutadi. Parvarishni yaqin inson turmush o'rtog'i yoki yaqinlari qilishi mumkin. Bu kasallik bilan kasallangan bemorlarni parvarishida ijtimoiy, psihologik, ekonomik va qiyinchiliklarga olib keladi. Alsgeymer kasalligini to'liq davolab bo'lmaganligi sababli og'ir kechadi. Erta bosqichlarida parvarish og'ir kechmaydi. Bemor uchun uy sharoitida xar xil plakatlarni osib qo'yish, mebellar urnini o'zgartirmaslik yordam beradi. Bemorni yutinish funksiyasi buzilganda zond orkali ovqatlantirish, ayrim holatlarda bemorlar o'zlariga zarar etkazib ko'ymasliklarini xisobga olgin holda bog'lab qo'yiladi. Har xil og'iz bo'shlig'i kasalliklari, yotoq yaralar, og'riklar, qo'shimcha infeksiyon kasalliklarni oldini olish lozim bo'ladi.

Nomedikamentoz davo:

1. «Sensor integrativ davo»: [maxsus sensor xona](#) ([angl. snoezelen](#)) demensiya bilan og'rigan kishilarga emotsional yordam.

Ijtimoiy yordam quyidagilardan iborat

- Xatti harakat

- Emotsional
- Kognitiv
- Yo'naltiruvchi - orientirlashgan

Nomedikamentoz davo choralari ilmiy jixatdan yaxshi o'rganilmagan, lekin davo choralari Alsgeymer kasalligiga emas demensiyaga qaratilgan bo'ladi.

Bunday davo, emotsional doirada, xotirani tiklaydi (reminiscence therapy, RT), qullab turuvchi psixoterapiya, sensor integratsiya («[sno'zelen](#)»), va «tayyorgarlik» ([angl. simulated presence therapy, SPT](#)).

Medikamentoz davo

Davolash. Bu bemorlarni sutsidal harakatlar qilingandagina statsionarga yotkiziladi. Bemorlar atrofdagilar uchun ham xavflidirlar, chunki ularning kasalligi va o'z harakatlariga baho bera olmasliklari tufayli gaz jo'mraqlarini ochiq holda qoddirishadi, olov yoqishlar uyushtirishadi.

Qo'zg'alish hollarida neyroleptiklar, aminazin 25— 100 mg, atipik neyroleptiklar (rispaksol, kvetilept, nopreniya, zipreks, zifort.)

yurak preparatlari qo'llaniladi. Bemorlarni qattiq to'shak rejimida ushlash mumkin emas. Yotoq yaralarning oldini olish maqsadida uzoq yotadigan bemorlarga terining yumshoq joylarini kamforali spirt bilan artib qo'yish lozim.

Davolashda trankvilizator va neyroleptiklar qo'llanilganda extiyot bo'lish kerak, chunki ularda bu dorilardan zaxarlanish tez yuzaga keladi. Odatda trankvilizator va neyroleptiklarni o'tkir psixoz davrida minimal dozalarda kullash mumkin.

Asosiy e'tibor ikkilamchi deprivatsiyaning oldini olish, kognitiv defitsit bilan ko'rashish vositalari, parkinsonizmga qarshi va tomirga ta'sir kiluvchi dori vositalarga karatiladi.

Orqa miya suyuqligi bosimini pasaytirish usullari, gormonal dorilar bilan davolash ma'lum axamiyatga ega.

Ikkilamchi deprivatsiya muxitni sezuvchanligini boyitish – ya'ni qarindoshlarini patsiyentni «kaytatdan ukitish» (urgatish) zaruligiga ishontirishimiz kerak. Esdan chikarilganni tinimsiz takrorlanishi qoidaga aylanishi kerak, patsiyentning doimiy bandligi va doimo mulokotda bo'lish(butun kunga rejalashtirib bo'lib chiqiladi)

muxim. Qarindoshlarida patsiyentga karab parvarish qilib yurganligi ta'siri oqibatida aybdorlik xissi paydo bo'lishi mumkin.

Kognitiv defitsit bilan ko'rashish nootropalar(serebrolizin, fenotropil, noofen, lutsetam, sinnarizin piratsetam va b.) bilan davolash, va xolinesteraza ingibitorlari bilan davolash kiradi. Bu dorilar doimo va katta dozalarda berilishi zarur. Megavitaminli terapiya (V 5, V 12, V 2, Ye vitaminlarning mega (katta) dozalari). Xolinesteraz ingibitorlari orasida eng sinalgani takrin, donepezil, rivastigmin, fizostigmin, va galantamin xisoblanadi. Parkinsonizmga qarshi vositalarning orasidan yumeks ko'prok samarador. Angiovazinning va kavintonning katta dozalari bilan davriy davolash tomir komponentiga ta'sir qiladi. Likvor gipertenziyasini kamaytirishda shuntlash yaxshi samarali xisoblanadi. Shuntlashning faol urgatish va nootropalar berib davolash birga kilinsa dementlashish (aqli zaiflashish) jarayonini sezilarli darajada tormozlanishiga olib keladi.

Nootroplardan katta dozalarda (sinnarizinni vena ichiga kuniga 10 mlgacha okim bilan, 10 mldan ko'p bo'lganda fiziologik eritmada eritilib tomchilab yuboriladi) qo'llanilishi maqsadga muvofik. Qisqa vaqtli va uzoq vaqtli xotiraga ta'sir kiluvchi vositalarga somatotropin, prefizon, oksitotsinlar kiradi. Bu vositalar bilan qisqa kurslar bilan davolashga ayniqsa atrofiya jarayoni tezlashgan involyutsiya bilan kushilgan kelgan xollar kursatma bo'lib xisoblanadi.

Hozirgi vaqtgacha AK ning etiotrop davosi topilmagan. Demensiyaning rivojlanish tezligini kamaytirish maqsadida quyidagi davo tavsiya etiladi: degidratatsion terapiya, - faol vitaminli terapiya (V guruh vitaminlari), - miya metabolizmini yaxshilovchi preparatlar (serebrolizin, serokson, gliatilin, mildronat, aktovegin), - miyada qon aylanishini yaxshilovchi preparatlar (kavinton, sernion, oksibral), - xolinesteraza ingibitorlari preparatlari (nivalin, neyromidin, donepezil), - dementli bemorni agressiv hatti-harakatlarida va uyqusizlikni davolash uchun: sonapaks (50-100 mg), yoki aminazin (25-50 mg), yoki galoperidol tomchilarda juda kichik dozalarda (0,5-1 mg), ketilept (50-100 mg), -sedativ va uyqu chaqiruvchi preparatlarni (masalan, benzodiazepinlar) ehtiyotkorlik bilan buyurish kerak.

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 psixologyasi 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.