

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Андижон Давлат тиббиёт институти**

Психиатрия, наркология ва тиббий психология кафедраси

Кафедра мудири – профессор М.Л.Аграновский

Маърузалар материалари

А н д и ж о н - 2005

МАЪРУЗА № 1

Психиатрияга кириш. Психиатриянинг мақсад ва вазифалари. Психиатриянинг тарихи. Ҳиссий билишнинг тиббий психология ва психопатология.

Замонавий эпидемиологик маълумотларга қура, рухий касалликларнинг тарқалиши ҳар минг аҳолига **25-33дан** тугри келади. Лекин аслини олганда бу курсаткичлар бундан ҳам купрок. Америкали олимлари аниқлашча (1996й.) рухий бузилишлар фақат 18% кишиларда кузатилмайдилар, 50-58% кишиларда чекланган еки ута билинмайдиган рухий бузилишлар аниқланган, 28% кишиларда эса рухий бузилишлар аниқ қуриниб туриши аниқланди, бу беморлар психиатр ердамига мухтож.

ВОЗ экспертларнинг курсатишича, ХХІ асрда соматик ва юқумли касалликлар камаюди, рухий касалликлар эса ушиб борадилар.

Рухий бузилишлар рухий касалликлар туфайлигина юзага келмасдан, соматик ва юқумли касалликлар орқали ҳам келиб чиқиши мумкин.

Психиатрия фанининг маъноси:

Психиатрия - бу рухий касалликларнинг келиб чиқишини, патогенезини, клиниксини, тарқалишини, унинг ташҳисини белгилаш усуллари ишлаб чиқувчи, даволаш, профилактика, экспертиза ва қайта тиклаш тартиби ҳамда усуллари билан клиник медицинанинг соҳасидир.

Психиатриянинг асосий масалалардан бири **психопрофилактика**сидир. Психопрофилактиканинг 3 тури ажратилади.

1 – бирламчи психопрофилактика – рухий бузилишлар келиб чиқиш ва ривожланишларини оғохлантиришга қаратилган тадбирларни утказиш. Бирламчи психопрофилактика тадбирларни олиб бориш натижасида рухий касалликларнинг курсаткичи камаюди.

2 – иккиламчи психопрофилактика – бу бошланган рухий касалликларни сурункали шаклга утмаслигига қаратилган тадбирларни утказиш. Бунинг натижасида касалманд курсаткичи камаюди.

3 – учламчи психопрофилактика - бу рухий беморларнинг орасида ногиронликни олдини олиш ва меҳнатга яроқлилиқ қобилятини сақлаб қолишига қаратилган тадбирларни амалга ошириш.

Психиатрия иккита бўлимдан иборат:

- 1) Умумий психопатология** – бу шундай бўлимки, унда рухий касалликларнинг келиб чиқиш жараёнлари ва ривожланиш ҳолатлари ҳақидаги умумий қонуниятлар, психопатологик жараёнлари ва ҳолатлари урганилади.
- 2) Ҳусусий психиатрия** – бу шундай бўлимки, бу бўлимда рухий касалликларнинг этиологиясини, патогенезини, ривожланиш клиник қонуниятларини, даволаш усуллари ва меҳнатга яроқлилиқ қобилятини тиклаш йуларини урганилади.

Психиатрия фанини ривожланишнинг тарихи:

1773 йилда АКШнинг Вирджиния штати Вильямсбург шаҳрида биринчи рухий шифохона очилган.

1792 йилда Филипп Пинель Овропада, яъни Францияда, катта узғаришлар қилади. У рухий касаллардан занжирларни ечиб, телбаларни беморлар даражасига олиб чиқди.

1837 йилда инглиз психиатри Канолле эркин даволаш тартибга асос солди. Буйсунмоқ қуйлақлардан фойдаланишни рад қилди. Биринчи марта махсус шифохона очишни таклиф қилди, унда беморлар ботланмасдан даволандилар.

1845 йилда немис психиатри Грезингер психиатрия буйича биринчи илмий қулламанни нашр эттирди. Худди шу даврда Модсли организм ва атроф муҳит бирлигини назария-

си принципларни ишлаб чиқди. Бу кейинчалик 1896 йилда Эмил Крепелиннинг рухий касалликларининг биринчи нозологик таснифини яратиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

1883 йилда психиатрия бўйича Кожевниковнинг «Асаб касалликлари ва психиатрия» деб номланган кулланмаси чоп этилди.

1893 йилда М.В.Бехтерев «Бош миё ва орқа миёнинг утиш йуллари» деган йирик илмий ишини яратган.

Рухий шифохоналарнинг очилиши:

1776 йил – Новгород шаҳрида биринчи рухий шифохона очилди.

1809 йил – Москвада биринчи шифохона очилди (ҳозирги Преображенская шифохонаси).

1896 йил – Тошкентда биринчи рухий шифохона очилди (ҳозирги биринчи шаҳар рухий шифохонаси).

1959 йил – Андижон шаҳрида рухий шифохонаси очилди. 1975 йилда шифохона кулай бинога қучирилди.

Кафедралар:

1857 йил – Петербургда медико-жаррохлик академиянинг қошида кафедра очилди. Биринчи кафедра мудир проф. И.М.Балинский бўлган. У биринчилардан бўлиб болалар психиатрияни ажратиб олишга асос солган.

1887 йил – Москвада кафедра очилган. Ҳозирги Тиббий академияга қарашли С.С.Корсаков шифохонасининг базасидаги кафедра. С.С.Корсаков 1889 йилда алкоголизм таъсири юзасидан рухий бузилишлар бўйича докторлик диссертацияни еклаган.

1920 йил – Тошкентда Урта Осиё тиббиёт институти қошида кафедра очилди. Биринчи кафедра мудир Ф.Ф.Детенгофф эди.

1959 йил – Андижонда кафедра очилди. Бир йил мобайнида Р.С.Турсунова мудирлик қилди, кейинчалик эса Х.А.Алимов раҳбарлик қилди.

Рухий бузилишларга олиб келувчи факторлар қуйидагиларга бўлинадилар:

1) Экзоген факторлар:

- А) Жисмоний (харорат, нурланиш, радиация, электромагнитли нурланиш);
- В) Кимевий (захарлар, алкалоидлар, алкоғол);
- С) Механик (бош миё шикастланишлари);
- Д) Биологик (юкумликлар, медда инвазиялар);
- Е) Рухий (ута зуриқиш, стресс, зиддиятлар, рухий шикастланишлар);
- Ғ) Ижтимоий (кечки сменада ишлаш, ишлаб чиқаришдаги тартибсизликлар, салбий факторларнинг таъсири, иш жойдаги шовқинлар).

2) Эндоген факторлар:

- А) Генетик (ирсиятга оид);
- В) Конституционал (мижоз, асаб жараенларининг узиға ҳослиғи, марказий асаб системаси);
- С) Эндокрин факторлар (без функцияларнинг бузилишлари);
- Д) Ешдағи узиға ҳослиғи (масалан, болаларда купинча қарахтлик, тутканок синромлар кузатилади, катталарда эса купинча психоорганик синдромлар кузатилади);
- Е) Шахсиятнинг узиға ҳослиғи. Касаллик жараенида катта ахамиятга эға.

Рухий касалликларнинг замонавий таснифи:

Ҳозирги даврда рухий касалликлар 6 гуруҳга бўлинадилар:

1) Эндоген рухий касалликлар – шизофрения, МДП, инволюцион психозлар, еши утиб қолган инволюцион психозлар;

2) Эндоген-органик касалликлар – эпилепсия, сенил психоз, ирсий органик касалликлар;

3) Экзоген-органик касалликлар – бош мия шикастланиши, кон томир психози, бош мия натижасида рухий бузилишлар, юкумли-органик касалликлар (мия захми, прогрессив паралич, энцефалитлар, даврий органик психозлар);

4) Экзоген касалликлар – симптоматик психозлар (соматоген ва юкумли психозлар), токсикоманиялар – алкоголизм, гиехвандлик, алкоғолли психозлар;

5) Психоген касалликлар – неврозлар, реактив психозлар;

6) Рухий ривожланиш патологияси – психопатия (феъл атвор аномалияси, рухий ривожланишнинг бузилиши), олигофрения - рухий ривожланишнинг орқада қолиши.

Психиатриянинг усуллари

1) Клиник усуллар:

а) Сухбат – эсклорация (бошқарувчи йулга солувчи сухбат), сураб билиш;

б) Кузатиш;

2) Параклиник усуллар:

а) Лаборатория асбоблари: цитологик текширишлар;

б) ЭЭГ,Р-графия, компьютерли томография

в) Психодиагностик усуллари.

Хиссий билишнинг тиббий психология ва психопатологияси

Хиссий билишга куйидагилар кирадилар:

1) Сезиш – бу бизнинг хиссий аъзоларимизга бевосита таъсир этишида ташки мухитнинг нарсалар ва ходисаларнинг алохида сифат ва хусусиятларини онгимизда намоен булиши.

Сезиш патологияси :

1) Гиперестезия – бу кузголиш бусагасининг пасайиши хисобига, ташки кузгалувчиларга таъсирчанлигини кучайиши;

2) Гипостезия – бу кузголиш бусагасининг кутарилиши хисобига, ташки кузгалувчиларга таъсирчанлигини пасайиши;

3) Анестезия – бу ҳар хил кузгалувчиларга сезувчанликни, таъсирчанликни йуқолиши.

4) Парастезиялар – бу сезишнинг бузилиши. Масалан, бошга иссиқлик куйилиши, титраш, дириллаш.

Сенестопатиялар – ички аъзолардан келиб чикувчи эзиш, уралиш, ута екимсиз огир сезишлар. Сенестопатиялар доим предметсиз ва маълум бир жойсиз буладилар. Бу бузилиш факат рухий беморларда учрайди.

Сезиш патологиясининг асосий синдроми – **астеник синдром**, унга кузголиш заифлиги, сезишнинг кучайиши, холсизликни кучайиши характерлидир. Бу синдром купинча соматик ва рухий касалликларда учрайди.

Идрок – атроф дунедаги куриниш ва нарсаларни сифат ва хусусиятларини йигиндисини онгимизда акс этиш.

Идрок патологияси иккита гуруҳга булинади:

1) Психосенсор бузилишлар;

2) Иллюзиялар;

1) Психосенсор бузилишларни 1949 йилда М.О. Гурович изохлади . Буларга куйидагилар киради:

А) Дерееализация – атроф дунедаги реал булган нарса ва куринишларни нотутри, елгон, узгарган холда идрок қилиш:

2) Макропсия – атрофдаги нарсалар катталашган холда идрок қилинади;

- 3) Микропсия – атрофдаги нарсалар кичиклашган ҳолда идрок килинади;
- 4) Порропсия – нарсани яқинлашган еки узоклашган ҳолда идрок килиш;
- 5) Аллестезия – нарсани мухитда силжиш ҳолда идрок килиш;
- 6) Дизмегалопсия, дисморфописья – атрофдаги нарсаларни бузилган шаклда идрок килиш;
- 7) Полиопия – нарсаларни купликда идрок килиш;
- 8) Эритрописья – борликни,атрофни кизил рагда булган ҳолда идрок килиш. Бу бузилиш эпилепсия билан хастанган беморларда учрайди (аура курунишида).
- 9) Ксантописья – атроф дунени сарик рангда булган ҳолда идрок килиш. Купинча фосфорорганик моддалар ва кузикоринлар билан захарланганда кузатилади.

Б) Деперсонализация – бу уз танасини ва уз шахсини нотугри идрок килиш.

Деперсонализация иккита катта гурухга булинади:

1) Уз шахсни идрок килиш бузилиши;

2) Уз тана схемасини идрок килиш бузилиши:

а) тотал аутометаморфозия – бутун танани схемасини нотугри идрок килиш;

б) парциал аутометаморфопсия – айрим тана кисмиларини нотугри идрок килиш.

Масалан, бемор узини ута огир еки энгил хисоблайди, яъни тана огирлигини сезмайди.

Яна бир-иккита ажойиб бузилишлар бор:

Деја ву – аввал курган – рухий бузилиш булиб, энди куриб турган жойни аввал булгандек холатни кузатилиши (юз куриниш, вокеаларни).

Jamais vu – ҳеч қачон қурмаган – рухий бузилиш булиб, қуйидагича бўлади: аввал таниш бўлган нарсалар, одамлар, воқеалар энди биринчи марта қургандек идрок қилинади.

Иллюзия – реал булган курилиш ва нарсаларни елгон, адашган холда идрок килиш, яъни бунда реал объект кечинмали тасаввурлар билан аралашиб кетади. Бу тушунчани 1829 йида Ф.Пинель киритган (француз тилидан таржимаси – illusion - адашиш)

Бунда реал таъсирот бор, лекин у доим кечинмали тасаввур билан аралашиб кетади.

Иллюзияларнинг бир нечта тури фаркланади:

1) Физик иллюзия – физика конунларига асосланган иллюзиялар. Масалан, суви бор стаканга солинган қошиқ синиб ва катталашгандай идрок қилинади.

2) Физиологик иллюзиялар:

а) Шарпонтъе иллюзияси – бир хил огирдаги лекин хар хил хажмдаги шарларни олганда, катта хажмдаги шар огиррок туюлади.

б) Аристотель иллюзияси – икки бармоқ орасидаги шарик худди иккита булгандей сезилади.

3) Патологик иллюзиялар. Коррекция килинмайдилар ва тугирланмайдилар.

1) Вербал иллюзия – бу холат одамлар куп жойда, тикинда купрок кузатилади. Маса-лан, инсон худди уз исмини эшитгандей булади.

2) Аффектив иллюзиялар – хиссий таранглик ҳолатида пайдо бўлади. Масалан, қорон-
ги хонада турган пылесос ҳудди илон деб идрок қилинади

3) Парейдолик иллюзиялар – рухий ҳолат тонуси пасайиш натижасида пайдо бўлиб, фантастик компонент билан кузатилади. Масалан, бемор гилом гулларида ҳар хил фантастик рангли еки рангсиз образларни идрок қилади.

ТАСАВВУР – аввал идрок килинган тасвирларни онгимизда акс этиш. Ҳозирги вақтда реал таъсирот йук. Эйдетизм – аввал идрок килинган тасвирни аниқ ойнали тасаввур қилиш.

Тасаввур патологияси:

Галлюцинация. Бу тушунчани 1768 йилда Франция психиатри Соваж киритган. Франция тилидан таржимаси – васваса.

Галлюцинация – бу тиник, тасвири, шартсиз пайдо булувчи кечинмали тасаввурлар. Булар бош мияда акс этиб, сезувчи куринишни ортириб, атроф дунда куриниш хосил килиб объектив куринишдан фарк килмайди.

Галлюцинациялар иккита гурухга булинадилар:

1) Чин галлюцинациялар;

2) Сохта, яъни псевдогаллюцинациялар;

Чин ва сохта галлюцинацияларни таккословчи ташхис мезонлари:

Мезонлар	Чин	Сохта
1. Лойиха мезони	Реал атроф дунда куринади	Субъектив мухитда куринади (кулоқдан, бошнинг ичидан, осмондан), хис горизонтдан ташқари экстрапроекция.
2. Объектив реаллик мезони	Галлюцинатор тасвирилар доим реал нарсаларга эга булишади (эркакларнинг овозлари)	реал булмаган нарсаларга эга булишади (робот овози).
3. Килинган мажбурий мезони	спонтан пайдо булиб, ҳеч нарса билан боғланмаган.	англайлаб килинади
4. Хулқ атворнинг актуаллиги	беморнинг хулқ атвори галлюцинатор ички кечинмаларига мос келади.	беморнинг хулқи ички кечинмалари билан мос келмайдилар, яъни диссоциация кузатилади.
5. Ижтимоий ишониш мезони	бемор ўзи эшитаётган ва кураётган норадреналин саларни ҳақиқатда атроф дунда булаётган деб ишонади.	бемор фақат ўзи эшитаётганига ишонади
6. Беморнинг «Менга» йуналган мезони	физик «Менга» йуналган	руҳий «Менга» йуналган, яъни кимдир уни бошқа шахсга узгартиришга ҳаракат килади.
7. Куннинг вақтга боғланган мезони	кечасида кучаяди	динамикаси кузатилмайди

Галлюцинация турлари:

1) Сезги аъзолари бўйича: курув, эшитув, сезув, тактил

2) Этиопатогенетик асоси бўйича:

а) аффектив галлюцинациялар – хиссий тунглик пайтида, аффект таъсирида пайдо булувчи галлюцинациялар;

б) доминантли галлюцинациялар (Дюпре галлюцинацияси)- инсоннинг фикрлари галлюцинатор кечинмаларга айланиб қолишади;

в) психоген галлюцинациялар – руҳий шикастланишларга асосланган ;

г) гипногогик галлюцинациялар – ухлашдан олдин кузларни юмганда пайдо булишади;

д) гипнопомпик галлюцинациялар – уйқудан кейин, уйғонишдан олдин, куз юмик пайтида кузатилади;

е) Кальбаум галлюцинациялари. Бу галлюцинацияларини икки тури ажратилади:

1) Рефлекторли – рефлекс тури буйича пайдо булиб, кузгатувчи бир анализаторга таъсир килса, галлюцинациялар эса бошка органда пайдо булади. Масалан, бемор эшик кулфининг калитини айлантурса, худди шу калит юрагини очаетгандей булиб сезилади;

2) Функционал галлюцинациялар – бунда реал таъсирот уз йулида галлюцинациялар эса уз йулида кузатиладилар. Улар вақт буйича ута боғланган. Реал таъсирот натижасида пайдо булиб, у билан параллел кечади, лекин иллюзиялардан фарқи бор:галлюцинациялар ҳеч қачон таъсирот билан кушилиб кетмайдилар.

Ишонтириш галлюцинациялар:

(галлюцинатор тайерганликни аниқлашга курсатма беради)

1) Липпман симптоми – беморнинг куз олмаларини бармоқ билан босиб, кузнинг у еки бу бурчагида нима курганини суралади. Агар бемор курган нарсаларни айтиб берса, симптом мусбат деб ҳисобланади;

2) Рейхардт симптоми- беморга тоза коғоз бериб нима езилганини укиб беринг дейилади. Беморда галлюцинатор тайергарлик булса, у коғоздан укиб беради;

3) Ашаффенбург симптоми – беморга сими узилган телефон трубкаси берилиб, кариндошлар билан гаплашинг дейилади. Беморда галлюцинатор тайергарлик булса, у узилган телефонда гаплашади.

Висцерал галлюцинациялар - доим предметли ва жойланиши аниқ булади. Масалан, бемор миямда илон утирибди деб айтади.

Экстракампийли галлюцинациялар (Гиляровский галлюцинациялари) – бемор галлюцинатор образни курув доираси ташқарисидан куради, экстрапроекцияга эга булади.

Гигрик галлюцинациялари (Ревенка) – бемор танасини юзасида намликни сезади.

Гаптик галлюцинациялар – ушлаб олаётганини сезиш, купрок оркадан.

Аутоскопик галлюцинациялар (дейтероскопик) – бемор узини иккиланган ҳолда куради (мия усмаларида кузатилади).

Кинестетик галлюцинациялар – бемор унинг хатти ҳаракатини биров бошқаряпти деб айтади.

Боярже галлюцинациялари – ҳиссий компонентсиз, товушсиз овозлар. Бемор, миямда бировларнинг фикирлари пайдо булди деб айтади.

Шарль Боне галлюцинациялари - анализаторни периферик қисми патология булган ҳолда кузатилади. Бемор шикастланган аъзоларида галлюцинацияларни кечиради.

Майерграсс галлюцинациялари (синестетик галлюцинациялар) бир нечта анализаторда бирданига галлюцинациялар пайдо булади.

Галлюцинацияларнинг синдроми галлюциноз деб номланади.

Галлюцинозларнинг турлари:

1) Платоа вербал галлюцинози (1913) – бош мия захмида учрайди. Вербал галлюцинациялар ва интерпретатив характердаги васвасадан иборат булади. Танқиди сакланган булади.

2) Лермитнинг педункуляр курув галлюциноз (1922) – патологик процесс IV коринчаси тубида жойлашганда пайдо булади, бу намозшом пайтида купгина, серҳаракат, микроскопик курув галлюцинациялар куринишидан иборат. Танқиди сакланган булади.

3) Ван-Богарт курув галлюцинози. Энцефалитни утказган беморларда уйку кучайган, биринчи-иккинчи ҳафтадан кейин – аниқ рангли курув галлюцинациялари пайдо буладилар. Галлюцинациялар капалаклар, баликлардан иборат буладилар. Бу ҳолат нарколепсия билан тугайди.

4) Гобек хидлов галлюцинози – бемор уз танасидан емон хидлар чикапти деб айтади. Шизофренияда учрайди.

5) Маньян тактил галлюцинози – тери остида майда кумурскаларни юришни сезиш.
Галлюциноид – бу бемор нейтрал муносабатда булган фрагментар образни курув галлюцинацияларни бошлангич еки охирги куруниши.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрическою помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Баншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пащенко. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Общая медицинская психология и психопатология. Андижан, 2004 – 215 с.

2 МАЪРУЗА

Нутк,фикрлаш ва хотиранинг тиббий психология ва психопатологияси

Хотира – бу эслаб қолиш, сақлаш ва шахс фаолияти ва ҳаёти жихатдан ишлаб чиқариш, яъни инсонни бутун утган ҳаёт тажрибасини ақс эттириши.

Хотира патологияси туртда гуруҳга бўлинади:

- I. Гипермнезия
- II. Гипомнезия
- III. Амнезия
- IV. Парамнезия

- I. **Гипермнезия** – юзаки ассоциацияларга асосланган репродукцияошиши ҳисобига хотиранинг кучайиши ёки зурайиши айтилади. Аслида бу ерда эслаб қолиши кучаймайди, балким репродукция кучаяди. Бу ҳолат шизофрения, МДП билан оғриган беморларда, маниакал ҳолатларда, иситмали делирийнинг бошланғич босқичида кузатилади.
- II. **Гипомнезия** – бу репродукция ва эслаб қолишнинг пасайиши ҳисобига хотиранинг кучсизланиши. Беморлар енгил нарсаларни қийинчилик билан эслаб қолишади. Бу ҳолат бош миёна кон томирлари атеросклерозининг бошланғич босқичида, гипертония касаллигида, қарилик ақлий заифлигининг бошланғич босқичида ва эпилепсия касаллигида учрайди.
- III. **Амнезия** – маълум вақт даврида хотиранинг йуқолиб кетиши.

Амнезиялар учта гуруҳларга бўлинди:

А) Вақт бўйича

1) **Ретроградли амнезия** – касалликдан илгари бўлган воқеаларга маълум вақтга хотиранинг йуқолиб кетиши. Бу ҳолат бош миёнининг шикастланишдан кейин, узини оғанда реанимация клиникасида кузатилади.

2) **Антероградли амнезия** – касалликдан кейин бўлган воқеаларни маълум вақтга хотиранинг йуқолиб кетиши. Бу ҳолат қарахтлик билан кечган касалликларда, МАС шикастланишларда, комада, сопорда учрайди.

3) **Антероретроградли амнезия** – юқоридаги иккала турдаги амнезияларни бирга қилиши.

Б) Динамика бўйича:

1) **Регрессивли амнезия** – бу шундай амнезия турики, вақт ёки даволаш таъсирида орқага қайтиши кузатилади. Купрок психогенияларда, стрессли вазиятда кузатилади.

2) **Стационарли амнезия** – динамикада ўзгаришлар кузатилмайдилар: ҳам тузалиш кузатилмайди, ҳам ёмонлашиш кузатилмайди.

3) **Прогрессивли амнезия** – касаллик ва вақт кечиши билан хотиранинг прогредиентли ёмонлашуви кузатилади. Бу ҳолат маълум қонун қоидалар бўйича ривожланади. Бу қонунни Франция психиатри Рибо 1881 йилда аниқланган (Рибо қонуни).

Қонун қуйидагини билдиради: прогрессивловчи амнезияда хотира запасларини қароб бўлиши алоҳида қонун қоидаларга асосланган, яъни қарилик воқеалардан ёшлик воқеаларга, оддийдан мураккабга.

Бу бузилишлар қарилик ақлий заифликда учрайди.

4) **Ретардирлашган амнезия**. Бунда бемор бошида ҳамма нарсани эслайди, ярим соатдан ёки бир неча вақтдан кейин ҳамма нарсани хотирадан чиқаради. Купрок суд-тиббий руҳий амалиётида онгнинг намозшомсимон хиралашувини ўтказганда учрайди.

В) Ўбъект бўйича:

1) **Аффектоген амнезия** – бу амнезияда беморга нисбий таъсир қилган воқеа бемор хотирасидан сиқиб чиқарилади. Булар руҳий шикастланишлар, фалокатлар шароитида учрайди.

2) **Истерик амнезия** – купрок истерик характерига ёки бичимларга эга булган инсонларда учрайди ва куйидагича куринади – беморга ёкимсиз, фойдасиз булган воқеалар эсдан чиқарилади.

3) **Скотомизация** маълум воқеаларни эсдан чиқариш. Маъноси буйича истерик амнезиядан фарқи булмайди. Лекин истерик шасларда бу ҳолат истерик амнезия деб номланади, қолганларда эса скотомизация деб номланади.

4) **Кататимли амнезия** - шасхга ёкимсиз булган воқеаларни хотирадан чиқариш.

5) **Анекфория** – бу хотиранинг куйидаги бузилиши бўлиб, воқеани эслатгандагина эсга келади. Купрок бу ҳолат талабаларда учрайди.

6) **Фиксацион амнезия** – бунда эслаб қолиш хусусияти йуқолиб бўлаётган воқеаларга хотиранинг йуқолиб кетиши.

7) **Палимпсест** – инсон воқеаларнинг айрим қисмларини эслолмайди. Бу бузилиш алкоголизмнинг бошланғич белгиси деб ҳисобланади.

IV. Парамнезиялар – ёлгон эслаш. Парамнезиянинг бир нечта тури фаркланади:

1) **Псевдореминисценция** – амнезия даврини бемор ўз ҳаётида, лекин бошқа даврида булган воқеалар билан тулдиради.

2) **Конфабуляция** – амнезия даврини бемор ҳётида ҳеч қачон булмаган воқеалар билан тулдиради.

3) **Редуплицирлашган** эслаш ёки эхомнезия. Бу бузилиш амнезия билан боғланмаган. Бунда инсон ҳаётида булган воқеаларни вақт буйича илгари суради, аслида бу воқеалар бошқа вақтда кузатилган. Бу бузилишни дереализациядан фарқлаш керак.

4) **Криптомнезия** – хотиранинг узгариши, бузилиши, яъни ҳақиқатда бўлиб ўтган воқеа билан тушида қўрган воқеани орасида фарқлашини сўсайиши ёки йуқолиб кетиши.

Тафаккурнинг тиббий психология ва психопатологияси

Тафаккур – бу инсоннинг ақс этган фаолиятининг энг олий шакли бўлиб, атроф муҳитни қўринишларни алоҳидаланган, тулдирилган ҳолда ва уларни маъноси ва бир-бирига боғлиқлигини, борлигини билишдан иборат.

Тафаккур патологияси бўлинади:

1) **Ассоциатив процессларнинг патологияси:**

- а) темп буйича
- б) тузилиш буйича
- в) мақсадга йўналиш буйича

2) **Фикрлаш патологияси:**

- а) васвасли бузилишлар
- б) ёпишқоқ гоялар
- в) ута қимматли голялар

1) **Ассоциатив процессларнинг патологияси**

а) темп буйича

1) **Фикрлаш темп буйича тезлашиши** - ассоциация микдорини шошиши билан характерланади, яъни беморни фикри, ассоциациялар тез пайдо бўлишади, уларнинг сони тез ўсиб боради, бемор тез гапиришди бошлайди. Юзаки боғламга асосланган ассоциациялар пайдо бўлишади. Беморларнинг нутқи баланд, тезлашган, ҳиссий бой бўлади. Маниакал синдромда учрайди.

2) **Фикрлар тезлиги (*fuga idearum*)** – тафаккурнинг бирдан тезлашиши, бунда ассоциациялар пайдо бўлиши ута тезлашади. Бемор ута тез гапиради, бир сўзни тугатмай, иккинчисини бошлайди. Нутқ узилган бўлади

3) **Фикрларни темп буйича секинлашуви** – яъни бир вақт ичида ассоциация сонини қамайиши. Бунда бемор саволга маълум вақт ўтгандан сўнг жавоб қайтаради. Нутқи секин, монотон, ҳиссий камбағаллашган бўлади.

Ментизм - шартсиз пайдо булувчи, узлуксиз кечувчи ва тухтатиб булмайдиган фикрларнинг окими. Бемор: "Фикрлар дарёдака окиб келяпти" дейди. Нутк темп буйича оддий. Бу ҳолат ассоциатив автоматизм ҳисобланади. Кандинский-Клерамбо синдромида учрайди.

Ассоциатив процессларнинг тузилиши буйича патологияси

1) **Тафаккур бузилиши** – беморларнинг нутки грамматик тугри тузилган, лекин логик маъноси булмайди. Масалан, каша автобусга утирди ва кетди.

2) **Тафаккурнинг боғланмаслиги** – бунда беморнинг нутки ва логик нотугри тузилган, бунда маъноси умуман булмайди. Беморнинг нутки эга ва кесимлардан иборат булиб, уларнинг орасида боғлиқлик булмайди. Бу ҳолат аменцияда учрайди.

3) **Вербегерация** – бирор бир сузни стереотип ва монотон кайтариш. Бу бузилиш кататонияда учрайди. Масалан: "Мен касалман..., мен касалман... мен касалман..." монотон деб айтади.

4) **Шперрунг** – тафаккур тикилмаси. Бунда бемор гапираётиб бирдан тухтайди, маълум вақт утгандан сунг яна давом эттиради. Бу бузилиш шизофренияда учрайди.

5) **Тафаккур узилиши** – тафаккур тикилмасидан фарқлироқ бузилиш. Тафаккур узилиши аниқ субъектив кечинмалар билан кечиб, бирдан керакли фикрни йуқолиши билан кузатилади. Бемор фикрни йуқотганидан тухтаб қолади.

6) **Паралогия** – актив ёки пассив негативизм билан кечувчи саволларга бир-бирига мос келмаган, маъносиз жавоб кайтариши. Бу бузилиш васваса бор беморларда учрайди.

Мақсадга йуналтирилган ассоциатив процессларнинг патологияси

1) **Муфассал фикр** – бунда бемор асосийни иккинчи даражадаги билан фарқ қилмайди, аҳамиятсиз булган жойларида тухтаб қолади, борган сари мақсаддан узоклашиб, берилган саволга бошқа йул билан жавоб беради. Эпилепсия билан ҳасталанган беморларда учрайди.

2) **Резонерлик** – бу маҳсулотсиз донолик, янги фикр тугилмайди. Беморлар сергап, гапираётганда мақолалар билан фойдаланишади. Мулоҳаза қилиш юзаки, формал аналогияларга асосланган.

3) **Персеверация** – бирор бир фикр ва қуринишни онгда туриб қолиши, яъни биринчи берилган саволга жавоби тугри кейинги саволларга эса биринчи жавобни монотон қайтаради. Бош миёда қузғолиш учоғ пайдо бўлади.

4) **Символизм** – бемор ҳаммага маълум суз ёки тушунчага, факат узи тушунган янги ном беради.

5) **Аутистик тафаккур** – ҳамма фикр қилган операциялар бемор ички кечинмалари билан боғланган. Шизофрения билан ҳасталанган беморларга ҳос.

Мулоҳаза патологияси

- 1) Васваса гоёлари;
- 2) Ёпишқоқ гоёлар;
- 3) Ута қимматли гоёлар

1) **Васваса гоёлари** – бу кечинмалар, ёлгон мулоҳаза қилиш бўлиб, беморнинг бутун онгини ураб олиб, тугирланмайдиган ва коррекция қилинмайдиган ҳолат.

Васваса бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

1) **Бирламчи васваса** – бу мулоҳаза қилиш патологияси бўлиб, интегратив васвасаси таъсирида босқичлар буйича ривожланади.

Васваса ҳосил бўлиш механизими:

1) **Васвасали кайфият.** Бунда инсон васваса гояларини айтишдан узоклашган булади, лекин унда куркув, вахима, хаёл, хиссий таранглик усиб боради, уйку бузилган, беморнинг кайфияти узгарувчанг булиб колади.

2) **Васвасали идрок килиш.** Бемор хамма нарсани васвасали идрок килади. Масалан: телефон жирингласа, бекордан эмас деб айтади.

3) **Васвасали туртки.** Бемор хамма насага васваса билан карайди. Масалан: телефон жирингласа, бемор тушинадики уни уйда борлигини текширишяпти.

4) **Васвасани тиниклаши, яъни "кристалланиши".** Бу боскичда васваса фабуласи шакилланишди бошлайди.

5) **Таъкиб килинган таъкиб килувчининг боскичи.** Бу боскичда бемор унинг фикрча таъкиб килган инсонга биринчи булиб ташланади.

Васваса рухий бузилишни аник белгиси деб хисобланади.

2) **Иккиламчи васваса.** Бошка сфера патология асосида келиб чикади.

Аффектив васваса – аффектив сфера патологиясига асосланиб ривожланади.

Фабула ёки тушунчаси буйича васваса таснифи (Грезингер 1872 йил)

1) Улугворлик васвасаси (бойлик васвасаси, таникли булиш, кашфиёт килиш);

2) Таъкиб килиш васвасаси;

3) Узини айблаш васвасаси;

Васвасани яна икки хил тури фаркланади:

1) **Резидуал васваса,** яъни колдик васвасаси. Бу васваса утказган беморда васвасали колдикларини қолиши.

2) **Индукцирлашган васваса** – узок вақт давомида рухий бемор билан яшаган соғлом шахсда васвасани пайдо булиши. Васвасани маъноси беморнинг васвасасига мос келади. Асосан бу васваса кичик оилада кузатилади.

Масштаб буйича васвасани таснифи

1) Хафалашган муносабат васвасаси ёки кичик кенгликли васваса. Инволюцион параноидди учрайди.

2) Мегаломаник васваса. Котар синдромида учрайди. Васваса масштаблари кенг, катталашган.

Ёпишкок гоялар – обссесиялар. Бунда беморнинг онгида кизикишлар хошишлар, куркув, вахима ва фикрларни мажбурий, унглаб булмайдиган даражада пайдо булиши.

Мавхум фикрлар. Беморнинг миёсида куйидаги фикрлар пайдо булади: нима учун ер думалок, унинг боши ва пасти каерда.

Образли ёпишкоклик – ёпишкокли идрок килиш, ёмон фикрлар, ёпишкок хошишлар, таъсирлар, вахималар.

Фобиялар:

Агорафобия – очик жойлардан куркиш;

Клаустрофобия – ёпик жойлардан куркиш;

Монофобия – ёлгизликдан куркиш;

Эйхмофобия – уткир нарсалардан куркиш;

Нозофобия – касалликдан куркиш;

Канцерофобия – рак билан касалланишдан куркиш;

Лиссофобия – жинни булишидан куркиш

Фобофобия – куркишдан куркиш

Ута кимматли гоялар – реал нарсаларга ута кимматли ахамият бериш.

Васвасали синдромлар:

1) Паранойял синдром. Бирламчи васваса билан тамомланади.

2) Галлюцинатор-параонидли синдром. Бунга Кандинский-Клерамбо синдроми хос:

а) сохта галлюцинациялар;

б) таъкиб килиш ёки жисмоний таъсир васвасаси;

в) рухий автоматизм:ассоциатив автоматизм.

3) Парафрен синдром – фантастик маънога эга булган улутворлик васвасаси

4) Котар синдроми – бу мурракаб катта синдром. Икки симптомдан иборат: депрессия ва бахайбатли васваса. Икки варианты ажратилади:

1) Ипохондрик – беморда улимга олиб келадиган, тузалмайдиган касаллик тугрисида фикрлар булади.

2) Нигилистик – бемор узининг ичакларини чириб кетди деб айтади.

5) Капгр синдроми – узининг ичига Фреголи синдромни киргизади, битта одам хар хил юзларда куринади.

6) Киёфдош васвасаси – қачонки нотаниш одамлар таниш одамларга ухшаб грим килишади.

7) Интерметаморфоза васвасаси – образли васвасани ривожланиш боскичи, ташки мухитнинг нарсаларни, юзларни мутлоқ узгарган гоёлар билан таърифланади.

Нутк патологияси:

Дизартрия – нуткнинг тугри артикуляцияга лаёқатсизлиги;

Дудукланиш – нуткнинг равонлигини бузилиши, нутк актининг талвасали координация бузилиши;

Логоклония – айрим бугинларнинг спастик, кайта-кайта такрорламок;

Дизлалия – гулдираган нутк;

Брадифазия – секинлашган нутк;

Тахилалия – тезлашган нутк;

Олигофазия – сузларнинг запасини тезланиши;

Алалия – гапириш қобилиятини йуқолиши ёки нуткни урганиб олишга имконсизлиги;

Аграфия – езув нуткини йуқолиши;

Афазия – сузлар билан фойдаланишни йуқотиш, нуткнинг артикуляцияси сакланган шартда;

Афазиянинг бир нечта тури ажратилади:

а) моторли афазия – актив ёзув ва оғзаки нуткнинг бузилиши;

б) сенсор афазия – нуткнинг тушунарлигини бузилиши;

в) амнестик афазия – нарсаларнинг номини эсдан чиқариш;

Парафазия – нуткнинг нотугри тузилиши;

Суякли тил – қачонки инсон бирор бир ҳарфни айтолмайди;

Ротоцизм – "Р" ҳарфни айтолмаслиги;

Лямбдацизм – "Л" ҳарфни айтолмаслиги;

Гаммацизм – "Г" ҳарфни айтолмаслиги;

Паралогия – тегмайдиган нутк, маъносиз;

Акатофазия – фикрни ифода қилиш учун, керакли сузларни урнига, товуш буйича ухшаб кетган сузларни ишлатиш;

Шизофазия – ута алоқасиз нутк;

Инкогеренция сузларнинг алоқасиз туплами, феъл ва отлардан иборат;

Неологизмлар – янги сузларни ихтиро қилиш;

Криптолалия – беморнинг узининг хусусий тилни ёки ажойиб шифрини ишлаб чиқариш;

Логорея – ута тезлашган узлуксиз қуп сузли нутк;

Вербегерация – бир хилдаги стереотипли нутк;

Эхолалия – атрофдагилардан эшитган сузларни қайтариш;

Мутизм – нуткдан актив ёки пассив рад қилиш, сабабсиз индамаслиги.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
14. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
15. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
16. Аграновский М.Л. Общая медицинская психология и психопатология. Андижан, 2004 – 215 с.

3 МАЪРУЗА

Хиссиёт ва ироданинг тиббий психология ва психопатология

Хиссиёт – бу куйидаги реакция тури булиб, индивидуум кечинмаларини субъектив куриниши.

Хиссий сферанинг бузилиши бирламчи ва иккиламчи булади:

Бирламчи – бу хиссий сферадаги бузилишлар.

Иккиламчи – бу бошка сферадаги бузилишларига асосланган хиссий сферадаги бузилишлар.

Хиссиёт патологияси иккита гуруҳга булинади:

1) Кайфият патологияси;

2) Аффект патологияси;

Кайфият патологиясига киради:

- 1) гипертимик
- 2) гипотимик
- 3) атимик
- 4) паратимик

1) Гипертимик бузилишларга киради:

а) **Мания** – кайфиятнинг ноадекват кутарилиши, ҳаракат фаолиятни темп буйича тезлашти. Мания маниакал синдромнинг учлигининг асосий симптоми ҳисобланади. Реккурент шизофренияда, прогрессив параличда, циркуляр психозда, МДПда учрайди.

б) **Эйфория** – бу рухий ва жисмоний комфортли атроф муҳитдагиларга бефарқ булган ҳолда ноадекват кутаринки кайфият. Бу ҳолатда бемор атроф дунёдаги ҳамма нарсаларни кутаринки кайфият билан идрок қилади атроф дунёни пушти рангда, гузаллашган ҳолда куради. Эйфория куйидаги касалликларда учрайди: алкоголизм, наркомания, токсикомания, бошнинг пешона қисмида усма булганда, прогрессив параличда, қарилик аклий заифликда.

в) **Мория** – телбалик билан кечувчи кайфиятнинг ноадекват кутарилиши. Бемани қиликлар билан кечади, қупол ҳазилларга майили булади. Беморлар телбасимон болаларга ухшаб қиликлар қилишади, узларига аҳамият беришмайди, бақиршади, беурин қилишади. Бу кайфият хавфли кечувчи шизофрениянинг гебефреник синдромда учрайди.

г) **Экстаз** – бу ута кутаринки кайфият булиб, атрофдагилардан алоҳидаланган ҳолда, ҳаракатни тухташи ёки кутарилиши, ута роҳатли кечинмалар билан ифодаланиб ва узининг ички кечинмалари объект билан бирлашиб қелади. Эпилепсия билан ҳасталанган беморларда ва дин билан шуғулланадиган инсонларда учрайди.

Мания ва эйфориянинг такқословчи тақхис:

Мезонлар	Мания	Эйфория
1. куйидаги қасалликларда учрайди:	МДПда	Интотқикацион психозларда
2. аффектнинг йуналиши	Қутарилган қайфият беморнинг бутун рухий сферани бойитади, аффект атрофдагиларга йунатилган	Аффект ички йуналишига эга булади
3. ҳаракатли белгилари:	Ҳаракат тезлиги билан қуза-тилади	Ҳаракатлари тоmozланган булади

2) Гипотимик бузилишлар:

а) Депрессия – бу кайфиятнинг ноадекват тушиши булиб, ассоциатив процессларини секинлаши ёки орқада қолиши, ҳаракат тормозланиши билан кузатилади. Депрессив синдром учлигининг асосий белгиси булиб ҳисобланади. МДП, рекуррент шизофрения, циркуляр психозларда учрайди.

б) Дисфория – бу каҳр-газабли кайфиятнинг ноадекват тушиши булиб, ҳаракат активлиги, агрессив, бузгунчанлик ҳаракат ва фаолият билан кузатилади. Дисфория ҳолатида беморнинг арзимаган нарсаларига аччиги чиқади ва чидамсизлик кузатилади. Бу ҳолат эпилепсияда учрайди.

Куринмайдиган дисфория ҳолати морос деб номланади. Морос – бу гамгин, жавраш билан кечадиган кайфият.

в) Ажитирлашган депрессия – бу гам ва ваҳима билан кечувчи кайфиятнинг ноадекват тушиши. Классик депрессиядан фарқи – бу депрессияда ҳаракат тормозланиши кузатилмайдиган ва аксинча ҳаракат активлиги ва аутоагрессия билан кечади. Беморлар бир жойда утира олмайдилар, узига жой тополмайдилар, кулларини бир-бирига ковуштириб, овоз чиқариб йиғлашади, уз ҳаётига қасд қилмоқчи булишади. Бу беморлар қасд ҳаракатларининг нақтижасига етадилар. Бу бузилиш инволюцион меланхолияда учрайди.

Дисфория билан ажитирлашган депрессияни таккословчи таъхис:

Мезонлар	Дисфория	Ажитирлашган депрессия
1. Қайси касалликларда учрайди	Эпилепсияда	Инволюцион меланхолияда
2. Аффект характери:	Гамгин-каҳрли аффектга эга булади	Ваҳимага эга булади
3. Агрессиянинг йуналиши	Агрессия атрофдагиларга йуналган	Аутоагрессия, яъни агрессия ўзига йуналган

3) Атимик бузилишлар:

а) Ҳиссий тунглик – ҳиссий реакцияларини енгил қилжиши;

б) Ҳиссий теккизланиши – ута қучли таъсирларга ҳиссий реакциялари ифодасиз булади;

в) Ҳиссий сийрақлашиш – баъзи-бир боғланишлар ҳиссий сийрақлашади;

г) Апатия – бу узига ва атрофдагиларга толиқ бефарқлиги;

д) Ҳиссий совуқлиги – бу ҳиссий сферанинг толиқ бушаб қолиши. Хаттоки энг пастки майлар ҳиссий учқунга ҳам қақирмайдилар. Бу ҳолат шизофренияда учрайди.

е) Дардчил рухий анестезия – беморлар ҳис туйғуларини йуқоқлишини ута қийинчилик билан қечиришади. Бунга боғланган ҳолатда узига қасд қилишади.

4) Паратимик бузилишлар:

а) Амбивалентлик – беморнинг бошқа инсонга бир вақтда иккита қарама қарши ҳиссийётни қечириши;

б) Ҳиссийёт ноадекватлиги – бу ситуацияга мос қелмайдиган ҳиссийёт. Бу ҳолат шизофренияда учрайди.

Аффект патологияси (дистимик бузилишлар):

1) Қунғилчанлик – бунда ҳиссий сферанинг иродавий қомпоненти озоб қеқади. Инсон ута сентиментал булиб қолади.

2) Ҳиссий лабиллик – бу битта ҳиссий ҳолатдан иккинчи ҳиссий тез утиши. Яъни, беморлар бир йиғлаб, бир қуладилар. Бош миё атеросклерозда учрайди.

3) Куркув – бу ички жиддийлашган сезги булиб, куркитувчи воқеа, ходисаларни кутиши билан боғланган.

Маниакал синдром:

Симптомларнинг учлиги билан характерланади:

- 1) юкори кайфият;
- 2) тафаккурнинг темпини тезлиги;
- 3) ҳаракат активлиги;

Беморнинг ташки куринишлари:

Тер копламлари гиперемирлашган, кузлари ялтираб туради, юзида табассум, бир жойда туролмайди, суҳбатга киришимли, овози баланд, хиссиётлари бой, бемор кушиқ ва шеърларни айтади, кайфияти ута кутарилган булади. Узини олим деб хисоблайди, актив фаолиятли. Уйкуси суткасига 3-4 соат.

Маниянинг бир неча тури ажратилади:

- 1) Кувнок мания;
- 2) Газабли мания – кутаринки кайфият жахилдорлик билан кечади, беморлар атрофдагиларга нисбатан беадаб, бакиради, сукинишади.

- 1) Маниакал-васвасали синдром (уз шахсини ута баҳолаш);
- 2) Маниакал-галлюцинатор синдром;

Депрессив синдром:

Симптомларининг учлиги билан характерланади:

- 1) тушкун кайфият;
- 2) ассоциатив процесснинг темп буйича секинлашиши;
- 3) ҳаракатнинг тормозланиши;

Бемоларнинг ташки куринишлари: уз ёшига нисбатан катта куринадилар, ивирсиган, сочлари ва тирноклари синувчанг, тери копламалари ер ранги дақа, рангсиз, елкалари эгилган, боши кукракка эгилган, куллари товоғга қуйилган, суҳбатга кийин киришимли, берилган саволларга маълум вақт утқандан сунг жавоб беради, овози хиссий буёксиз, кайфияти тушкун, гамгин, доим ҳаётий гамга шикоят килади. Бемор йигламсираган, узига қасд қилиш фикрларини айтади, ута пассив булади. Беморнинг уйкуси бузилган, ваҳимали, куркинчли тушларни куради, ёки бемор умуман ухламайди.

Депрессив синдромга бир неча симптом характерли:

1. "Омега симптоми" – беморнинг ковоғи солинган;
2. "Вера-Гуд бурмаси симптоми" – бемор ковогининг ташкаридаги учдан бири солинган ёки осилган.

Депрессив синдромнинг турлари:

- 1) Апатик синдром;
- 2) Депрессив-васвасали синдром – узини айблаш ва узини хурлаш васвасаси;
- 3) Депрессив-галлюцинаторли синдром;
- 4) Ипохондрик депрессия – бемор узини тузалмайдиган касаллик билан хасталанганман деб хисоблайди.
- 5) Ажитирлашган депрессия;
- 6) Никобланган депрессия, ёки ларвирли – бу ажойиб депрессия, бу депрессия рухий симптоматика билан эмас, балки сомато-вегетатив бузилишлар билан кузатилади, яъни бу депрессияда кучли сомато-вегетатив пойдевори булади. Шикоятлар соматик хулқини олиб боришади.

Аффектив синдромларда кузатиладиган сомато-вегетатив бузилишлар (Протопопов учлиги):

- 1) тахикардия;
- 2) куз корачогининг катталаниши;
- 3) кабзият.

Ирода – бу инсонинг узининг харакат ва хулк-атворни онгли ва мулжалли тартибга солиши.

Ироданинг патологияси:

- 1) Гипербулия – бу фаолиятга ташаббус ва интилишни кутарилиши;
- 2) Гипобулия – бу фаолиятга ташаббус ва интилишни пасайиши;
- 3) Абулия – бу фаолиятга ташаббусни бутунлай йуколиб кетиши;
- 4) Парабулия – бу фаолиятга интилишни бузилиши. Негативизм ва импульсивлик билан намоён булади.

Моториканинг патологияси:

- 1) Гиперкинезия – бу ихтиёрий фаолиятни кутарилиши;
- 2) Гипокинезия – бу ихтиёрий фаолиятни пасайиши;
- 3) Акинезия – ихтиёрий фаолиятни бутунлай йуколиб кетиши;
- 4) Ступор – бу бутунлай мушак харакатсизлиги.

Харакат-иродавия сферанинг патологияси:

1. Тормозланувчанг синдроми;

2. Кузгалувчанг синдроми;

1. Тормозланувчанг синдроми:

1. Кататоник ступор – мушак харакатсизлиги, мушак тонусини кутарилиши. Беморнинг тери каватлари ёгли, юз куриниши маскаланган.

Бу холатга бир неча симптом характерлидир:

- 1) Дюпре симптоми – "хаволи болиш"
- 2) Эмбрион позали симптоми – бемор худди хомила позада ётади.
- 3) Хартумча симптоми – бемор лабларини кувурчадек тахлаб куяди ва олдига узайтиради.
- 4) Капюшон симптоми – бемор узининг халат ёки куйлакнинг паст кисмини бошига кияди.
- 5) Катаlepsия – мумдаги ихчамлиги
- 6) Бумке симптоми – куз корачогининг огрикли кузгатувчига реакциясини йуколиб кетиши. Бу симптом факат кататоник ступор билан огриган беморларда учрайди.

2. Апатик ступор – бутунлай бепарво, харакатсизлик ва нихоят кучсизлик.

3. Депрессив ступор – харакатнинг тормозланиши ступор даражасига боради.

4. Психоген ступор – мушак харакатсизлиги билан кузатилади.

Психомотор кузголиш синдромлари:

1) Кататоник кузголиш – йукотган-патетик характери, паратимия ва мимиканинг диссоциация кузатилади, яъни юз куриниши аффект характерига мос келмайди. Хиссийнинг иккиланиши, инкогеренция, вербигерация, шперрунг, эхoлaлия, эхoпpаксия, актив негативизм кузатилади. Кузголиш беъмани, импульсив, сабабсиз булади. Маъносини аниклаш кийин.

2) Маниакал кузголиш – харакатлар кузголиш даражасига етадилар;

3) Эпилептик кузголиш – эпилепсия билан хасталанган беморларда дисфория холатида учрайди.

4) Галлюцинатор кузголиш – галлюцинация чуққисида кузатилади;

5) Уткир васвасали кузголиш;

6) Хаяжонли кузголиш – ажитирлашган депрессияда учрайди;

7) Гебефреник кузголиш – тентакли кузголиш.

Диккат ва майлларнинг патологияси:

- 1) Апрозексия – диккатнинг бутунлай йуколиб кетиши;
- 2) Анорексия – очлик сезишини йуколиб кетиши;
- 3) Булимия – иштаханинг патологик кутарилиши;
- 4) Полидипсия – патологик чанкаш;

Жинсий майллар:

- 1) Сатириазис – эркакларда жинсий майлнинг кучайиши;
- 2) Нимфомания – аёлларда жинсий майлнинг кучайиши;
- 3) Импотенция – эркакларда жинсий майлнинг пасайиши;
- 4) Фригидлик – аёлларда жинсий майлнинг пасайиши.

Импульсив майллар:

- 1) Дипсомания – ичкиликбозликларга патологик майл;
- 2) Клептомания – угирликка патологик майл;
- 3) Пиромания – ут куйишига патологик майл;
- 4) Дромомания (пориомания, вагобандаж) – дайдиб юришга патологик майл
- 5) Агрипния – уйқунинг йуколиб кетиши.

АДАБИЁТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Общая медицинская психология и психопатология. Андижан, 2004 – 215 с.

4 МАЪРУЗА

Онг ва уз-узини англашнинг тиббий психология ва психопатологияси

Онг муаммоси факат тиббий психология ва психиатрия муаммоси булибгина колмай, балки табиий-илмий фанларнинг ҳам муаммосидир. Масалан: тарих, фалсафа, политология ва бошқалар.

Шу натижада онгнинг бир неча тушунчалари бор. Хар бир фаннинг узининг тушунчаси бор.

Фалсафада куйидагича:

Онг – юкори ташкиллаштирилган материянинг объектив реалликни акс этиш хусусияти.

Физиологияда куйидагича:

Онг – бош мия пустлоги ретикуляр формациясида амалга оширилган активация шакли булиб, бош мия тонусини ушлаб туриб, уша анланган рухий харакатини таъминлашдан иборат.

Психологияда куйидагича:

Онг – бу инсоннинг бош миясини энг олий интегратив функцияси булиб, атроф дунёдаги акс этилган процессларни амалга оширади, шу билан бирга уз-узини ва мақсадга йуналган фаолиятни тартибга солиб, инсонни табиий ва ижтимоий мухитга бир-бирига мос келишидан иборат.

Психиатрияда онгнинг равшанлиги ориентировка сакланган холдагина тушуниши мумкин.

Уз-узини англаш – онгнинг куйидаги шакли булиб, инсоннинг узини, уз танасини, фикрини, фаолиятини, кизикиши, сезгиси, умумий ишлаб чиқаришда уз шахсини урнини англашдан иборат.

Узини сезиш, хис қилиш – бу инсоннинг хусусий, соматик ва рухий сферада функционал холатини англаш.

Онгнинг хусусиятлари:

1. Кайфиятли муносабат;
2. Атрофни билиш;
3. Кечинмалар;
4. Онгни аниқловчи хусусияти (асосий хусусияти).

Ориентировка – бу ташки дунёни зарурий шароитда тугри акс этиш ва ташки дунёга мақсадли харакати.

Онг – бу барча рухий фаолият доирасини синтетик махсулдорлиги ва инсоннинг рухий фаолияти.

Парадокс: рухий фаолиятнинг барча бузилишлари онгнинг бузилишига олиб келадилар.

1956 йилда Бутуниттифок анжуманида психиатрлар куйидаги хулосага келишдилар: онгнинг равшанлиги ориентировка сакланганини ҳисобга олади.

Ориентировкани ўқта тури бўлади:

1. Аллопсихик ориентировка – бу инсоннинг атроф жойини, вақтни, урнини тугри ориентировка қилиш хусусияти. Бу ориентировкани бузилишида инсон қаердалигини, вақтни билмайди. Баъзида иккиланган ориентировка ҳам кузатилади. Масалан, бу ҳолатда инсон ҳам палатада, ҳам ойдаман деб тушунади.

2. Соматопсихик ориентировка – инсоннинг уз танаси бўйича тугри ориентировка қилиш хусусияти.

3. Аутопсихик ориентировка – инсоннинг уз шахси буйича тугри ориентировка килиш хусусияти.

Уз-узини англаш патологияси:

1. Уз-узини виталик (хаётий) англашнинг бузилиши ёки уз-узини хусусий тирикчилигини бузилиши;

2. Уз-узини англаш активлигини бузилиши – беморда узининг активлик фаолиятини бузилиши;

3. Уз-узини бутунлигини англаш бузилиши – бунда бемор ягона бутунлигини сезмай ва идрок қилолмайди, яъни алохида тана қисмлари бировники деб тушунади.

4. Уз-узини чегарасини англаш бузилиши – бу ҳолатда атрофдаги борлик билан беморнинг субъектив дунёси орасидаги фарқини учирлиши.

5. Уз-узини идеалликни англаш бузилиши – уз шахсни нотугри идрок қилиш, яъни бемор узини аввал бошқа инсон булганман ёки ҳозир бошқача булиб қолганман деб ҳисоблайди.

6. Васвасали деперсонализация – бемор узини бошқа шахсман деб ҳисоблайди.

7. Узининг баҳолашни бузилиши. Бу ҳолат ҳамма беморларда учрайди

Анозогнозия – бу касалликни тулик инкор қилиш;

Гиперсоматогнозия – бу бор касалликни ута баҳолаш, ута эътибор бериш.

Онгнинг патологияси иккита катта гуруҳга бўлинади:

1. Онгнинг училиши;

а) қарахтлик

б) сопор

в) кома

а) Қарахтлик – қупинча соматик касалликларда, бош миё шикастла-нишларда, бош миё усмаларида, бош миё касалликларда, эпилепсияда, эпидемик энцефалитларда учрайди. Бу ҳолатда рухий фаолият тонусини пасайиши қузатилади.

Рухий фаолият парези ёки Вальтер Бюэль синдроми. Бунда беморлар монотон, аспонтан бўлишади, юз мимикаси қамбағаллашган, боқилиши бир нуқтага қаратилган, ақл етмайди-ган даражада, атроф муҳитда қатта қийинчилик билан ориентировка қилади. Оддий овозда берилган саволларга жавоб қармайди, қатъат қаланад овоз билан берган саволларга қиска, оддий жавоб беради. Қавомлиги бир неча сониядан бир неча қақикагача.

Енгил даражадаги қарахтлик обнубияция деб номланади (лотинчасига *nubes* бўлут маъносини билдиради).

Қарахтлик билан сопор ораликни сомноленция ёки патологик уйқучанлик эгаллайди. Бу ҳолат қуйидаги касалликларда учрайди: бош миё метаболизмни бузилишида, бош миё вирусли юқумликларда, эпилепсияда. Патологик уйқучанлик летаргик уйқу турида қуринади. Қавомлиги бир ёки бир ярим ҳафта.

Сопор (лотинчасига сезмаслик) - бу шартсиз рефлексларни сакланган ҳолда, шартли рефлексларининг фаолиятини бузилиши. Бундай ҳолда бемор тушакда ётади.

Кома (грекчасига хотира йуклиги деб таржима қилинади) - бу онг-нинг энг чуқур даражадаги училиши, сунилиши бўлиб, ички органларининг функцияларини бузилиши, шартли ва шартсиз рефлекс фаолиятларининг йуқолиб қетилиши билан қарактерланади.

Бемор огрикни сезмайди, қуз қорачоклари қенгайган, пай рефлекслари қақирилмайди. Қоманинг бир неча қили бўлади: бўйрак, қигар, бош миё шикастланишдан кейинги, гипергликемик, гипогликемик, эпилептик кома.

Онгнинг қиралашуви:

Онгнинг хиралашуви билан онгнинг учишидан фарқи: онгнинг хиралашувида ориентировка бузилиши билан бирга продуктив рухий патологик симптоматика, яъни васваса, иллюзия, галлюцинация, аффектив бузилишлар кузатилади.

Онгнинг хиралашувига турта синдром киради:

1. Делирий
2. Онейроид
3. Аменция
4. Онгнинг намозшомсимон хиралашуви

Онгнинг хиралашувининг умумий белгилари:

(Ясперс, 1923 йил)

1. Ориентировкани бузилиши;
2. Атрофдагилардан алохидаланиш;
3. Сизги билани бузилиши (иллюзия,галлюцинация);
4. Тафаккурнинг бузилиши;
5. Тулик ёки қисман келувчи амнезия.

1. Делирий (лотинчасига аклсиз)

Барча симптоматик, юқумли психоз ва турли интоксикацияларда учрайди.

Беморларнинг юзи тук кизил,бемор безовталанади,куп гапиради, ута ёругликни, шовкинларни кутара олмайдилар, бемор устивошларни ечиб юборади, хиссий лабиллик кузатилади, уйкуси бузилади, узок вақтгача ухломмайди, уйкуси юзаки ёки куркинчли тушлардан иборат, беморда куркув, ваҳима кузатилади.

Қасаллик давом этса, иккинчи босқич юзага келади, яъни иллюзор босқич – симптоматика ута қучайган булиб, ҳар хил образли парейдолик иллюзиялар пайдо бўлади. Кейин учинчи босқич юзага келади – галлюцинатор босқич – бунда аллопсихик ориентировка бузилиб, аутопсихик ориентировка сакланиб қолади. Бу босқичда маънога эга бўлган қурғазмалар тиник, рангли, образли галлюцинациялар пайдо бўлади.

Беморнинг қузига ҳар хил қурқитувчи одамлар қуринадилар. Барча галлюцинатор кечинмалар бутун хиссий ҳаракат доирасида акс этади. Беморнинг юзида қурқув, ваҳима, бемор қочади, бекинади, яъни галлюцинацияли кечинмаларига мос келган ҳолда узини тутадилар. Бу ҳолат оғир интоксикацияларда учрайди.

а) **Мусситирловчи** (валдирловчи) **делирий**. Бу ҳолатда беморлар тушак атрофда бўладилар, безовталанишади, бир нарсаларни жаврайдилар, пичирлайдилар улар нима ҳақида гапирётганини тушиниб бўлмайди. Бу ҳолатга карфология ёққоқиш симптоми ҳарактерли – бемор устидан қурмайдиған қумурсқаларни, қунғизларни, илонларни силтиб туришади.

б) **Профессионал делирий** – делирийнинг энг оғир тури булиб, онги намозшомсимон хиралашған, ҳамма фаолият турлари сунған, лекин автоматизирлашған профессионал фаолиятдан ташқари. Бемор турли профессионал фаолиятни қурсатади.

2) *Онейроид* (грекча таржимаси туш қурмок) – фантастик маънога эга бўлған оқимли қурув сохта галлюцинациялар билан ҳарактерланади. Бемор шу фантастик воқеалар қатнашқиси ҳисобланиб, хиссий ҳаракат сфераси ва кечинмалар ҳарактери билан фантастик воқеа орасида диссоциация қузатилади. Бемор атрофдагилардан алохиланған бўлади. Даврийлиги – бир неча ҳафтадан бир ойгача. Бу ҳолатдан қикқандан сунғ фрагментар эслаш қузатилади. Бош мия органик қасалликларда, эпилепсияда, рекуррент шизофренияда, ҳамма турдаги ориентировка бузилишида учрайди.

Онейроид босқичлар бўйича ривожланади:

1. Умумий соматик ва аффектив бузилишларнинг инициал босқичи;
2. Аффективли васваса босқичи;

3. Аффектив-васвасали дереализация ва деперсонализация боскичи;
4. Аффектив-васвасали фантастик дереализация ва деперсонализация
5. Иллюзор фантастик деперсонализация ва дереализация боскичи;
6. Онгнинг чин онейроидли хиралашув боскичи;
7. Онгнинг аментивсимон хиралашув боскичи

Онейроид ва делирийнинг кийси ташхиси:

Мезонлар	Делирий	Онейроид
1) Куйиаги касалликларга учрайди:	Алкоголизм, юкумли ва самотоген касалликлар	Реккурент шизофрения эпилепсия, ош мия органик касалликлар
2) Давомлиги:	Бир неча соатдан бир хафтагача	Бир неча хафтадан бир ойгача
3) Ориентировка	Апосихик ориентировка бузилади, аутопсихик ориентировка сакланади	Хамма турдаги ориентировка бузилади
4) Галлюцинациялар:	Чин галлюцинациялар	Сохта галлюцинациялар
5) Галлюцинацияларнинг маъноси:	Куркинчи характерда	Фантастик характерда
6) Галлюцинацияларга муносабати:	Бемор узини карама карши куяди	Булаётган воқеаларда иштирок этади
7) Хулк атворини келиши	Галлюцинацияли кечинмаларга хулки мос келади	Галлюцинациялар маъноси билан хиссий иродавий сфера орасида иродавий сфера орасида диссоциация кузатилади

Ясперс айтишича: "Делирий – сахнали, онейроид эса – драматик"

3. *Аменция* (фиксизлик) – онгнинг хиралашувини кечиши ва даврийлиги буйича энг огир тури. Узок ва огир кечувчи соматик ва юкумли касалликларда учрайди, қачон организм юкумлик билан курашиб чарчаганда. Бемор ута озиб қолади, юз мимикаси ута камбағаллашган, териси оқиш, ерангдака, лаблари куриган, ориентировканинг хамма турлари бузилган, бу ерда энг асосий симптом – аралашиб кетган аментив нутк хисобланади.

Нутки эга ва кесимдан иборат бўлади, сузлари бир бирига қушилмайди. Бунда куркинувчи характерга эга бўлган вербал галлюцинациялар кузатилади. Давомлиги бир неча ойгача. Бу ҳолатдан чиққандан сунг тулик амнезия кузатилади.

4. *Онгнинг намозшомсимон хиралашуви*. Истерик ва реактив психозларда, патологик мастликда, эпилепсияда учрайди. Даврийлиги бир неча дақиқадан бир неча соатгача. Уткир бошланиб, уткир тугайди, купинча қаҳр, гап, аффект характерига эга бўлади. Атрофдаги одамлар ҳаракатларидан фарқ қилмайди, галлюцинатор-васвасли симптоматика оқими ва кетма-кет келган, мақсадга йуналган ҳатти ҳаракатлардан иборат бўлади. Бу ҳолатдан чиққандан сунг тулик амнезия ёки ретардирлашган амнезия кузатилади. Онгнинг доираси бирдан тораяди.

Учта варианты ажратилади:

1. Васвасали;
2. Галлюцинаторли;
3. Дисфорияли

Онгнинг намозшомсимон хиралашувининг тури булиб амбулаторли автоматизм хисобланади – бу продуктив симптоматикасиз онгнинг намоз шом хиралашуви. Амбулатор автоматизмнинг тури булиб фугалар хисобланадилар – бемор куркисдан югириб юборади. Давомлиги бир неча сониядан бир неча дакикагача.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Бенщиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Общая медицинская психология и психопатология. Андижан, 2004 – 215 с.

МАЪРУЗА № 5
Аклинг тиббий психология ва психопатологияси.
Олигофрениялар.

Акл, яъни интеллект (лотин тилидан таржимаси – тушиниш, билиш) – бу фикрлаш ва рационал англаш хусусияти.

Акл – бу инсоннинг ҳаётида ортирилган тажриба ва билимларини, ва энг асосий шу тажрибаларни келгусида яна ортириб ва амалга ошириб билим фаолияти ҳисобланади. Билимларнинг микдорлиги ҳам, яхши хотира ҳам аклинг курсаткичларини аниқлаб беролмайдилар. Хотира аклинг замини ҳисобланади, тафаккур эса унинг ядроси.

Акл патологияси аклий заифлик деб номланади.

Аклий заифлик – бу рухий фаолиятининг заифлаши, соддалашиши ва матонатли, кам орқага қайтадиган камбағалланиши. Аклий заифлик биринчидан билиш процессларини сустайиши ва ҳиссиётнинг камбағалланиши ва шу билан бирга ҳулkning бутунлигини бузилишидан иборат.

Аклий заифлик иккита гуруҳга бўлинади – ортирилган ва тугма.

Ортирилган аклий заифлик *деменция* деб номланади, бирор бир касаллик ривожланганда пайдо бўлади. Шу натижада аклий заифлик бош мия бузилиши ва уни келтириб чиқарган касаллик характери бўйича фаркланади. Масалан, эпилепсия, шизофрения, кон томир атеросклерози.

Деменция узи иккита гуруҳга бўлинади:

1. Парциал аклий заифлик (дизмнестик). Бу турининг асосий хусусияти биринчидан мнестик функцияларни нотекис ёки қисман тушиши. Дизмнестик аклий заифликда ҳулк атворнинг кулланмалари сакланиб қолишади, шахснинг хусусиятлари, яъни ядроси бузилмайди, аклий заифлик эса хотира бузилиши билан сабабланади. Тафаккур процессларини, яъни нутқ ва моторикани, секинлашиши кузатилади. Парциал деменциянинг тури томирли ва эпилептик деменция.

2. Тотал деменция (глобарли) – барча шаклдаги билиш фаолиятини қуриниш даражада пасайиши. Бемор уз ҳулкига ва уз ҳолатига нисбатан танқид бўлмайди, рухий сферада узғаришлар бўлади, рухий активлиги пасаяди ва индивидуал шахс хусусиятлари учирлиб кетишади. Тотал деменциянинг тури сенил ва прогрессивли деменция (прогрессив параличда).

Тугма аклий заифлик (олигофрения)

Грек тилидан таржимаси *oligos* – оз, *pfren* – акл)

Олигофрения – бу тугма ёки эрта ортирилган аклий заифлик бўлиб, интеллект тулик бўлмаган ҳолда рухиятни бутунлигини орқада қолиши ёки ривожланмай қолишидан иборат.

Олигофренияларга клиника бўйича бир турдаги, лекин этиология бўйича ҳар хил ва иккита мажбурий белгилар билан бирлашган касалликлар қирадилар.

Белгиларга қуйидагилар қиришади:

1. Рухий ривожланмаслиги ёки рухий орқада қолиши;
2. Прогредиентликни ёки кечиш даражасини йуклиги.

ВОЗ экспертларининг курсатмалари бўйича олигофрения бутун ер шари халқ орасида 2,5-3,5%ни ташкил этади. Шундан 5% энг огир даражали – идиотия ташкил этади.

Акл заифликни учта даражаси ажратилади, шу даражалар IQ (аклий заифлик коэффициент) буйича хисобланади:

$$IQ = \frac{\text{аклий ёш}}{\text{биологик ёш}} \cdot 100$$

IQ 20дан оз булса идиотияга мос келади

IQ 20 – 50 булса имбецилликга мос келади

IQ 50 – 70 булса дебилликга мос келади

IQ 70 – 90 булса чегараланган аклий оркада колиши деб хисобланади.

Этиология ва патогенез хакида замонавий тушунчалари:

Олигофренияларни ривожланишида иккита фактор роль уйнашади:

1. Эндоген факторлар (ирсий);

Бу факторни асосий ролни уйнаганини монозигот эгизакларнинг конкордантлиги курсатади.

36,1 % олигофренияли беморларда ота-онаси иккаласи ёки биттаси огриган булади.

Ота-онаси иккаласи аклий заифлик билан огриса бу инсонларда касал болани тугилиши 42,1% ни ташкил этади.

Ота-онасидан биттаси огриса 19,9 % ташкил этади.

Эндоген факторлар иккита гурухга булинадилар:

1. Хромосом абберациялар. Бунга асослашган олигофрениялар 20% ташкил этишади. Булардан 10-12% Даун касалликка киради.

2. Дизметаболик бузилишлар билан чакирилган олигофрениялар (фенилкетонурия).

3. Полиген-детерминирлашган бузилишлар. Бу ерда асосий ролни тугма орган ва системаларни дефекти.

Экзоген факторлар:

1. Хомила ривожланишида таъсир килган факторлар.

Уларган куйидагилар киришади: сурункли алкоголизм, ички секреция безларининг дизфункцияси, юкумли, вирусли касалликлар (кизамик), гормонал бузилишлар, ABO ва Rh фактор буйича она билан болани конини иммунологик мос келмаслиги.

2. Перинатал факторлар (тугрук пайтидаги шикастланиш ва асфиксиялар).

3. постнатал факторлар. Булардан интракраниалли юкумликлар (менингитлар ва энцефалитлар).

Олигофренияларнинг таснифи:

I. Эндоген табиатли олигофрениялар

1. Даун касаллиги ва бошка хромосома абберациясига боглик касалликлар.

2. Чин микроцефалия

3. Турли модда алмашуви бузилиши билан кечувчи энзимопатик шаклдаги олигофрениялар.

4. Тери ва тери ривожланиш бузилиши натижасидаги олигофренияни клиник шакл.

II. Эмбрио- ва фетопатиялар :

1. Онанинг хомиладор пайтида уткан кизамикка асосланган олигофрения.
2. Вирусли юкумликларга (грипп, паротит, юкумли гепатит, цитомегалия) асосланган олигофрения.
3. Листерия ва токсоплазмозга асосланган олигофрениялар.
4. Онада гормонал бузилиш ва токсик факторлар фаолиятига асосланган олигофрениянинг клиник шакллари.

III. Тугрук пайтида ва илк болалик даврида турли зарар билан боғланган олигофрениялар:

1. Тугрук шикастланишлар ва асфиксияларга асосланган олигофрениялар.
2. Илк даврида МАС шикастланиш натижасида келиб чиқкан олигофрениялар.
3. Илк болалик давридаги менингит ва энцефалитларнинг натижасида келиб чиқкан олигофрениялар.

IV. Атипик ва асоратланган олигофрениянинг шакллари:

Бу турдаги олигофрениялар эндокрин бузилишларда, краниостеноз, бош миёна ривожланиш дефектларида учрайди.

Клиника :

Даун касаллиги: (инглиз врачлари Даун томонидан 1864 йилда ёзилган). Даун касаллигида 21 хромосомада ошкоч хромосома бўлади, яъни трисомия кузатилади. Хар 912 болага битта касал бола тугилади. **Беморнинг ташки** қуриниши: бўйи паст, танага нисбатан кулоёқлар калта, бармоқлар калта, катта бармоқ паст жойлашган, юзи думалок, кузлари кийшик, эпикант (учинчи ковок) бор, бурни калта, ёзилган, ялпок, нотугри, кингир усган тишлар, юкори жаги тулик ривожланмаган, тили семиз, калин кундаланг купол сургичли бўлади, кулоқлари кичкина, алта, деформациялашган, тери тулайдиган бўлади, иккала бети кизарган, жинсий аъзолар етарли ривожланмаган, кафтида атипик бурмалар, мушакларнинг гипотонияси кузатилади. Купрок тугма юрак нуқсонлари учрайди. Акл заифлигининг даражалари: **70%да имбециллик 25%да идиотия 5%да дебиллик кузатилади.**

Чин микроцефалия (сони 1:250 минга) Ташки қуринишлари: калла суяги кичкина, бош миёна қисми ривожланмаган, пешона кичкина, ковок устидаги бурмалари ута ривожланган, кичкина калла суяги билан нормал тана орасидаги диспропорция кузатилади.

Хиссий сферада чуқур аклий ривожланмаслигига қарамай бундай беморларда яхши ва ёмон воқеаларга адекват таъсири бўлади. Микроцефалиянинг торпидли ва эретик турлари ажратилади.

Фенилкетонурия – бу МАСнинг ирсий аклий заифлик касаллиги бўлиб, хаётнинг бошлангич 2-3 йилларда прогрессив кечади. Рухий етишмовчилик қонда фенилаланин охиб кетиши ёки бош миёна оралик махсулотлари таъсирида ривожланадилар. Шулар билан бирга тирозин, меланин ва катехоламинларнинг синтезини тулик булмаслиги ва триптофан синтезида бузилиш таъсирида альбанизи, хидли тер ажратиш (сичкон хидига ухшаш), моторикани орқада қолиши, мушакларнинг гипертонияси, пай рефлексларнинг гиперкинези, кул бармоқларни калтираши, атаксия кузатилади. 30% беморларда талвасали тутканоклар кузатилади. Бу ҳолатда аклий заифлик даражалари қуйидагича учрашади:

- 68% идиотия
- 31,8% имбециллик
- 3,2% дебиллик

Галактоземия – углевод алмашуви бузилишида келиб чиккан олигофрения. Бунда рецессив турдаги кечувчи ферментатив фаолиятни ирсий дефекти кузатилади. Сийдикда, ликворда, конда галактоза тупланади.

Рубеоляр эмбриопатия – хомиладорликнинг туртинчи хафтадан бошлаб то охирги хафтасигача кизамикнинг таъсирида келиб чиккан олигофрения. Купинча бу болаларда катаракта, кардиомиопатия, микроцефалия психомотор кузголиш, мушакларнинг гипотонияси, пай рефлексларнинг, ютиш рефлексни бузилиши кузатилади.

Токсоплазмоз натижасида келиб чиккан олигофрения.

Она эрта токсоплазмоз билан зарарланса бола нобуд булади, хомиладорлик охирида она зарарланса болада олигофрения келиб чиқади. Клиникаси туртда симптом ва рухий дефектлардан иборат булади:

1. Куздаги бузилишлар: хориоретинит, катаракта, микрофтальмия;
2. Мия ичидаги охакланиши;
3. Гидроцефалия;
4. Талвасали тутканоклар

Турли дисплазиялар характерли: калла суягининг деформацияси, юз скелетининг асимметрияси, тишларни нотугри тузилиши. Купинча жигар, упка озоб чекадилар. Акл заифлик натижаси имбециллик ва идиотия даражасига етадилар.

Тугма захмдаги олигофрения – бола трансплацентар йули билан зарарланади. Купинча эпилепсимон, психопатосимон ва астеник бузилишлар, Оргайел-Робертсон симптоми кузатилади: куз корачокларнинг ёругликка реакциясини йуқолиб етиши, аккомодация ва конвергенция сакланган холда, пай рефлексларни йуқолиб кетиши. Булардан ташқари кератит, отит, жигар циррози, периостит ва остеофитлар, дисплазиялар, тишларнинг деформациялари (Гетчингтон тишлар), тирнокларнинг кийшиклиги, киличсимон болдирлар. Вассерман ва Ланге коллоидли реакцияларини мусбатлиги.

Постнатал зарарланишлар билан боғланган олигофрениялар .

Сабаблари: тугрук шикастланишлар, бош мия пустлогининг зарарланиши, асфиксия. Бунда беморларда МАС шикастланиш симптомлари билан бирга купол даражада ички аъзоларининг бузилиши кузатилади. Беморлар ута тез чарчашадилар, доим кучли даражадаги бош огриклар безовта килади. Аклий заифлик енгил даражадаги дебилликдан то идиотик даражагача етади. Механик хотирани пасайиш натижасида беморлар оддий нарсаларни ҳам тушинмайдилар, ута озиб кетишади, МАС органик шикастланиш белгилари ҳам кузатилади.

Олигофрениянинг атипик шакллари

Гидроцефалия – сабаблари турлича булиб, аклий заифлик енгил даражадаги дебилликдан то дидотикгача булади. Бу болаларда хотира, санаш, ажратиш, нутк тафаккурга нисбатан яхши ривожланганлар. Механик хотирани яхши ривожланганлиги учун суз запаслари бой булади.

Беморнинг ташки курунишлари: пешона кисми чиккан, калла суяги катта, ликилдоклар анчагача битмайдилар, шишиб турадилар, териси юпка, томирлар куруниб туради. Куп болаларда парез, параличлар, координация бузилишлари, курув асабнинг атрофияси кузатилади.

Эндемик кретинизм – ташки мухитда ва сувда йод танқислиги натижасида келиб чиқади.

Беморнинг ташки куриниши: рухий процесслари орқада қолади, кайфиятнинг узга-ришлари, тана тузилиш диспропорцияси ва паст буйни, бармоқ ва товлари кенг булишади, лордоз кузатилади. Жинсий ривожланиши орқада қолади, оссификация процесслари бузилади: суякларнинг усиши орқада қолиши, тор пешона, ялпоқ бурун, тишлари секин чикишади, кулок кингир, соч, киприк, кошлари сийрак булишади.

Микседематоз симптомокомплекс: тери шишган, каттик, курук. Юзида ва буйнида доимий шиш кузатилади.

Олигофренияни умумий даволаш принциплари:

1. Витаминотерапия :витамин В1,В6,глутаминли кислота;
2. R- нурлари билан оз микдорда нурлаш
3. Патогенетик терапия :диетотерапия, компенсирловчи гормонал терапия
4. Симптоматик терапия бош мия юкумликларда
5. Специфик терапия (тугма захмда ва токсоплазмозда)
6. Психфармакологик терапия (нейролептиklar, транквилизаторлар)
7. Ноотроплар :ноотропил, энцефабол, аминалон. пирацетам.

АДАБИЕТ:

1. Кербиқов О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрическою помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л.Общая медицинская психология и психопатология. Андижан, 2004 – 215 с.

6 МАЪРУЗА

Эпилепсияни клиникаси, даволаши, утиши

Эпилепсия факатгина психиатрия ва неврология фанларининг муаммоси булмай, балким педиатрияни ҳам муаммосидир.

Эпилепсиянинг таркалиши хар бир минг аҳолига 8-12 дан келади. Касалликни пайдо булиш чуққиси 11-15 ёшга тугри келади. Хотин ва эркаклар бир хил касалланадилар.

Эпилепсия – бу сурункали эндоген-органик, купинча болалик ёки ёшлик пайтида пайдо булган, хар хил пароксизмал реакциялар билан ва шахснинг типик, купинча акл заифлик даражасига етган узгаришлар билан характерланадиган касаллик. Узок боскичларда уткир ва сурункали психозлар пайдо булиши мумкин.

Этиология ва патогенез хакида замонавий тушунчаси :

Эпилепсия пайдо булишида куйидаги факторлар рол уйнайдилар:

1. Ирсий фактор. Бу факторни таъсирчанлигини монозигот эгизакларнинг баланд конкордантлиги курсатади. Ирсият йули билан касаллик узи утмайди, балким талвасага тайёрганлиги утиб кетади.

2. Ортирилган мойиллиги - хомила ва эрта постнатал пайтида бош миянинг экзоген-органик бузилишлар ва перинатал билан постнатал боскичлардаги бош миянинг шикастланишлар билан богланган булади.

3. Тугрук пайтидаги бош мияннинг шикастланишлар.

Касаллик патогенезида иккита механизм ажратилади:

1. Касалликни ривожланиш патогенези;
2. Талвасани ривожланиш патогенези

Касалликни ривожланиш патогенезида хар хил биохимик бузилишлар рол уйнайдилар, булардан катта рол уйновчи:

1. Оксил-азотли алмашувининг бузилиши. Бу натижада кондаги аммиак азоти кутарилади, мочевино азоти эса камаяди;

2. Сув-тузли алмашувининг бузилиши. Альбумин-глобулинли нисбати ва К-На бароварлигини бузилишлардан иборат.

3. Кислота-ишкор бароварлигини бузилишлар. Тутканокдан олдин алкалоз кузатилади, тутканокдан кейин эса – ацидоз.

4. Углеводлар алмашувини бузилишлари.

5. Мия метаболизмни бузилиши

Биоген аминлар, норадреналин микдорлари камаяди, серотонин, ацетилхолиннинг микдорлари эса усиб боради.

Ацетилхолин асаб импульсларни йуналишида ёрдам беради – иррадиацияни кучайтиради.

Шу натижада ГАМК микдорлигини купайтириш керак, унинг учун беморга Вит В₆ билан глютаминли кислотани бериш керак, чунки ГАМК Вит В₆ борлигида глютаминли кислотадан пайдо булади.

Талвасанинг патогенези

Патогенезда учта момент рол уйнайди:

1. **Талвасага тайёрганлигини усиши** – бу бош мия асаб ужайраларнинг асаб импульсларни аккумуляция ва иррадиация кучайган кобилиятлиги. Талвасага тайёргарлик нормал, пайсайган ва кутарилган булиши мумкин.

Эпилепсия билан хасталанган беморларда бу тайёргарлик кутарилган булади ва шу белги ирсият йули билан утади.

2. **Эпилептоген учоғ** – бу пустлок ёки пустлок ичидаги фокал эпилептик туркумларни тuzилишларнинг кузгатув патологик учоғ.
3. **Эпилептик кузгатувчи**. 90% беморларда игвогарли кузгатувчи булади. Булар стрессли факторлар, куздаги кузгатувчи, жисмоний тарангликлар булиши мумкин.

Хозирги пайтда касаллик олдидан иккита ҳолатни ажратадилар:

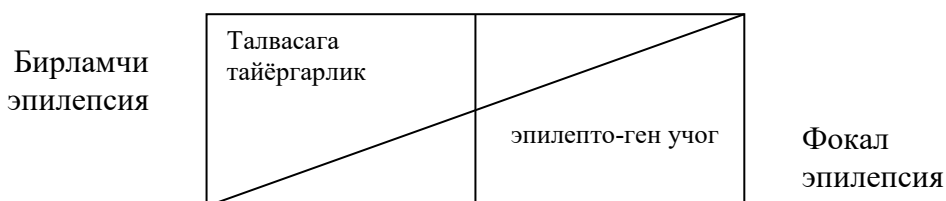
1. **Эпилептик реакциялар**. Бир маротаба кузатиладилар ва ута кучли игвогарлик таъсирида;
2. **Эпилептик синдром**. Экзоген фактор таъсирида талвасани кайта пайдо булиши. Бу ҳолатлар превентив, яъни оғохлантирувчи даволашга мухтож.

Харорати кутарилган натижасида пайдо булган талвасалар фақат талвасага тайёргарлик бор болаларда кузатиладилар. Бу ҳолат норма деб ҳисобланмайди ва бу болаларга ЭЭГ килиниш керак.

Агарда талвасалар куп кузатилса, бу болаларда реффлекторли эпилепсия кузатилади. Кейинчалик кучли кузгатувчи булмасада талвасалар пайдо буладилар.

Эпилепсиянинг замонавий таснифи :

1. **Бирламчи эпилепсия** (олдинги генуинли эпилепсия) ;
2. **Фокал эпилепсия** (олдинги симптоматик эпилепсия) ;
3. **Рефлекторли эпилепсия**



Иккала фактор баровар булса – рефлекторли эпилепсия кузатилади. Хамма турдаги эпилепсияларда талвасанинг ривожланиши бир хил булади.

Рухий бузилишларнинг таснифи :

1. **Пароксизмал бузилишлар :**
 - а) талвасали пароксизмлар
 - б) талвасасиз пароксизмлар

Талвасасиз пароксизмлар – бу талвасанинг рухий эквивалентидир.

1. Онгнинг алохидаланган ҳолатлар :
 - а) онгнинг намозшомсимон хиралашуви ;
 - б) транслар ;
 - в) абсанслар ;

2. Кайфиятнинг алохидаланган ҳолатлар – дисфориялар;

3. Патологик майллар – дромомания, пиромания, клептомания.

Доимий кучайиб борадиган бузилишлар:

1. Характернинг узгариши;
2. Эпилептик акл заифлиги;

Тутканокларнинг таснифи (Сараджишвилли буйича):

1. Генерализирлашган тутканоклар;
2. Фокал тутканоклар ;
3. Гемикомпульсив тутканоклар

Талвасаларнинг клиникаси:

1. Катта талваса (grand mal)

40 % беморларда учрайди. Бир неча фазалардан иборат булади.

Тутканокдан олдин 30 % беморларда продромал давр кузатилади. Беморлар бош оғриқка, сусайишига, аччикланиш, пасайган кайфиятга шикоят қилишади.

Тутканок узи аура билан бошланади. Бу киска муддатли, бир неча сония мобайнидаги онгнинг хиралашуви. Хамма кечинмалар беморнинг хотирасида қолишади, лекин атроф мухитдаги нарсалар хотирада сакланиб қолмайдилар, яъни бемор аурани эслайди. Аурани ахамияти жуда катта, чунки аура оғохлантирадиган белгиси деб ҳисобланади ва учогни жойла-нишини билдиради.

Ауранинг турлари:

Висцеросенсорли аура, купинча кунгли айнишидан иборат булади. Висцеромоторли аура: кузнинг қорачокларини катталаниши ва қисқариши, тақомирли аура – терининг қизариши ёки оқариши, ошқозон-ичакли аура, пилomotorли аура (титираш), сенсорли аура. Соматосенсорли аура, куз аураси – фотопсиялар, эшитув аураси – акоазмлар, шовқинлар, таъми аураси, хидлаш аураси – купинча қиринган хидларни пайдо бўлиши, импульсивли аура – импульсивли ҳаракатлар билан кузатиладиган аура. Эксгибиционизм, клептомания, пироманиялар ҳам кузатилиши мумкин. Рухий аура: галлюцинаторли, психосенсорли (дереализация, деперсонализация, *deja vu* ва *jamais vu* ҳолатлар).

Бемор аура пайтида узини тутканокга тайёрлайди. Купинча беморлар тутканок бошлаганда вафот бўлишади.

Аура фақат 57% беморларда кузатилади. Аурани полиморфизмга қараб даражасини билиш мумкин.

Аурадан кейин бемор бирдан йиқилиб ва овоз чиқаргандек булади (сабаби – упка, диафрагма, товуш пайчалари қисқариш натижасида ҳаво ута қуч билан чиқарилади ва шу натижада овоз чиқади). **Тоник фаза бошланади.**

Тутканок пайтида беморнинг боши ёнбошга ёки орқага қаратилган булади, оёқ ва қуллари буқилган, куз қорачоклари катталашган, ёруғликка реакцияси бўлмайди. Бемор нафас олмайди. Бу фазанг давомлиги – 30-40 сония.

Кейин иккинчи фаза бошланади – **клоник фазаси**. Биринчи нафас олишдан бошланади, цианоз йуқолиб кетади, мушаклар алмашиб қисқарадилар, бемор оғриқни сезмайди. Буйнидаги томирлар шишиб кетадилар. Бу фазани давомлиги – 30-40 сония. Шу билан талваса тугайди. Тутканокнинг бутун давомлиги – 1-2 дақиқадан 3-4 дақиқача.

Кейин бемор кома ҳолатида булади: куз қорачоклари катталашган, пай рефлекслар қақирилмайдилар, патологик Бабинский рефлекси бўлиши мумкин. Буйнида, юзида майда

кон куйилишлари булиши мумкин. Кейин бемор сопорга тушади, сопордан кейин карахтлик-га, карахтликдан кейин эса уйку кузатилади.

Кичик талвасалар (petit mal):

Купинча абсанслар учрайдилар – бу киска муддатли онгнинг учиши. Бир неча сония давом этади. Бемор котиб қолади, кейин эса фаолиятини давом эттиради. Абсанслар оддий ва мурракаб булишлари мумкин:

1. Оддий абсанслар факат онг учиши билан кузатиладилар;
2. Мурракаб абсанслар эса баъзи бир мушакларни титираши билан кузатиладилар. Масалан кулнинг титираши, ковокнинг титираши ва хоказо.

Эпилептик статус (status epilepticus) :

Качонки талвасалар бир-биридан кейин кузатилса ва бемор узига келмаса бу ҳолат эпилептик статус деб номланади. Бу ҳолат ҳаёт учун жуда хавфли ҳисобланади, чунки миянинг шишига олиб келиши мумкин ва шу натижади улимга.

Учоғли талвасалар :

1. Адверзивли тутканок: бемор бир томонга бурилиб йикилиб тушади. Аввал кузлари шу томонга буриладилар, кейин эса боши, елкалари, танаси ва бемор йикилиб тушади ва клоник тутканоклар кузатиладилар. Учоғи пешона ва тепа соҳасида жойланади. Бемор учоғнинг карама акрши томонига тушиб кетади. Масалан, учоғи онг тепа соҳасида жойлашган бўлса – бемор чап томонга бурилиб йикилиб тушади.

2. Жексон тутканоклар – талвасага бир неча гуруҳдаги мушаклар танкид булишади. Онги равшан ҳам булиши мумкин. Учоғ олдинги марказий изида жойланади. Масалан, чап кулдаги талвасалар, юзининг чап томонидаги талвасалар ёки тананинг бир томонидаги талвасалар.

3. Тоник постурал талвасалар – ута кучли тоник фаза билан характерланади. Бемор опистотонусга тушади. Учоғ миянинг поя қисмида жойланади.

Эпилепсия билан ҳасталанган беморларда шахс ва характерни узгаришлари:

Беморда тафаккури ёпишқоқ, беъмани, инертли бўлади. Нутқи монотон, тортишимли. Хотира пасаяди ва специфик бузилади: бемор унга тегмайдиган нарсаларни дарров эсидан чиқаради, лекин унга тегишли нарсани майда батафсил нарсаларгача эслайди.

Хиссий сферада ҳам узгаришлар ҳам ажойиб булишади: туйғуларнинг полярлиги кузатилади – сузлари ширин ва ёқимли бўлгани билан беморлар сержаҳл ва тажовузкор булишади, уларни бирорта-бир инсон ҳафа қилса қўп эсда тутишади. Эпилепсия билан оғриган беморлар ута пухта булишади: ишда, қийимларда, уйда. Уларда патологик майиллиги ҳам кузатилиши мумкин: дромомания, клептомания, дромомания.

Беморларга **Чиғ симптоми** характерли – кузларнинг совуқ, пулатли ялтираши.

Ақл заифлик эпилепсияда концентрик, ёпишқоқ – апатикли бўлади.

Эпилептик психозлар :

Психозлар уткир ва сурункали булиши мумкин, хотиранинг қўпол узгаришлар билан.

Уткир психозлар – онгнинг хиралашуви билан утиши мумкин, яъни онгнинг намозшомсимон хиралашуви, онейроид, уткир параноид.

Сурункали психозлар – паранойял, галлюцинатор-параноидли, парафренли, кататоник психопатологик ҳолатлар.

Эпилепсиянинг болалик даврида утадиган хусусиятлари :

1. Миоклоник талвасалар (импульсивли). Онгнинг равшан ҳолатида утишади. Тананинг иккала томонларининг чучиб кетишдан куринади. Ота-онаси купинча бу ҳолатни куришади, лекин аҳамият беришмайдилар.

2. Пропульсивли талвасалар. Куйидаги турларда утиши мумкин: бош кимиллашлар, чуқималар, салом талвасалар, шиддатли талвасалар (қиска муддатда бутун тана буйича талваса кузатилади).

3. Астатик талвасалар. Онг учирилиб, мушакларнинг тонуси йуқолади. Купинча бу талваса очдан ҳушидан кетиш деб ҳисобланади.

4. Адверзивли талвасалар

5. Ажралган ауралар (талваса факат аура билан утади): терининг титирашлари, корин-ичидаги гуриллашлар, кунгли айнишлари, калтирашлар. Бу ҳолатлар бир неча сония кузатиладилар.

6. Психомоторли автоматизмлар: кечкурундаги куркишлар, уйку пайтидаги йиглашлар ва гапиришлар.

Эпилепсиянинг даволаши :

Асослари :

1. Комплексли;
2. Катъий индивидуал;
3. Узок давомли;
1. Даволашда биринчи бўлиб пархез тутиш керак: овкатлари тузсиз, суюкликлар камаядилар, усимликлардаги оксилларни камайтириш керак.
2. Патогенетик терапия: глютаминли кислота ва Вит. В6.
3. Дегидратацион терапия: диуретиклар,
4. Сурилиш терапия: алоэ, ФиБС, бийохинол, KI, NaI
5. Симптоматик терапия: фенобарбитал, дифенин, гексамидин, бензонал, хлоракон.
6. Кичик талвасаларга эса : тегрето, финлепсин, пикнолепсин

Эпилептик статусни даволаш :

1. Тозаловчи клизма;
2. 2. 6 % ли хлоралгидрат (15-20 мл) ёки 2% ли барбитал натрий (30 мл) билан клизма.
3. 10% ли гексенал 1мл вена ичига ;
4. 25%ли магнезия сульфати 10 мл вена ичига ;
5. 0,5% седуксен 4 мл вена ичига (12 мл гача куйилиши мумкин);
6. 10% ли глюконат калций 10 мл вена ичига
7. 5% ли натрий амитали 10 мл ;
8. 5% ли унитиол вена ичига.

Агарда юкоридаги дорилар фойда беришмаса люмбал пункция ва азот закиси билан рауш наркоз килинади.

АДАБИЕТ:

1. Кербилов О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

7 МАЪРУЗА

Шизофрения ва МДП

Шизофрения замонавий психиатриянинг энг асосий муаммосидир.

Замонавия эпидемиологик маълумотларга кура шизофрениянинг таркалиши хар минг аҳолига **9,63**тадан тугри келади, яъни хар юздаги инсон шизофрения билан огрийди. 80% беморлар 24 ёшгача касалланадилар.

Шизофренияда купчилик психиатрияга танишли бузилишлар учрайдилар. Купчилик беморларда касаллик прогредиентли булиб утади, яъни вақт утиши билан касаллик бузилишлари кучаядилар.

Нозологияни маъноси:

Шизофрения – бу сурункали эндоген-прогредиентли, хиссиёт камбағалланиши, интравертирлик, кизикишлар доирасини чегараланиши, аутизм, яъни шахснинг тез ёки секин ривожланадиган узгаришлар, рухий процессларни бирланишини йуқолиб кетиши, яъни рухий функцияларни диссоциацияси билан характерланадиган рухий касаллик.

Шизофрениянинг асосий симптоми – рухиятни мослашувини бузилиши.

Шизофренияни грек тилидан таржимаси: *schyso* – парчаланиш, *phren* – ақл, жон.

Шизофрения таълимотини ривожланиш тарихи:

1896 йилда Эмил Крепелин рухий касалликларнинг биринчи таснифини яратди. Бу таснифга иккита касаллик киритилган эди: МДП ва *dementia praecox* – эрта ақл заифлик.

1852 йилда француз психиатри Морел эрта ақл заифликни тасвирлади.

1871 йилда немис психиатри Геккер гебефренияни тасвирлади.

1890 йилда Калбаум кататонияни тасвирлади.

1903 йилда Дизм оддий ақл заифликни тасвирлади.

1891 йилда Маньян сурункали галлюцинатор-васвасали психозларни тасвирлади.

1911 йилда Евгений Блейлер "Шизофрениянинг гурухлар хакида" деб номланган монографияни чоп эттирди. Е.Блейлер шу касалликга шизофренияни номини берди ва биринчи булиб касалликнинг прогнозини хар хил булишини курсатди, шизофрениянинг хар хил гурухларни тасвирлади. Шу тасвирлар замонавий таснифни дастлабкиси булдилар.

Кейинчалик Манфред Блейлер (Е.Блейлернинг огли) шизофрения хакида таъминотни давом эттирди ва шизофрениянинг иккинчи таснифини яратди.

Венадаги психиатри Странский М.Блейлер билан бир вақтда интрапсихик атаксияни тасвирлади.

Кейинчалик С.С.Корсаков *dysnoae* тасвирлади.

Этиология ва патогенез:

Хозирги пайтда шизофрения пайдо булишини 5 гурух теориялари бор:

1. Шизофрениянинг психогенез теорияси:

а) шизофрениянинг психодинамик модели.

Бу теориянинг асосида одамларнинг орасидаги муносабатларини бузилишларидир;

б) феменологик-экзистенциал модели

Бу теория куйидагини билдиради: шизофрения – бу объектив мухитни акс эттирган ажойиб шакл;

2. Биологик, яъни ирсий, теорияси:

Бу теория буйича касаллик ирсий йули билан утади.

Замонавий маълумотларга кура, агарда оилада ота-онасидан биттаси огриса касал болани тугилиши 10% ташкил этади, агарда иккаласи хам огриса – 40% ташкил этади.

3. Шизофрениянинг биохимик теорияси:

а) катехоламинли гипотезеларнинг гурухлари

Бу теория буйича шизофрениянинг сабаби – норадреналин ва дофамин алмашувларининг бузилиши;

б) индоламинли гипотезаларнинг гурухлари

Бу теория буйича шизофрениянинг сабаби – серотонин, унинг метаболитлар, биоген аминларнинг алмашувини бузилишларидир

4. Шизофрениянинг иммунологик ва аутоинтоксикацион теорияси

5. Шизофрениянинг *potos et noses* концепцияси.

Бу концепцияни маъноси куйидагиларни билдиради – ирсий йули билан касаллик узи эмас, балким унга мойиллиги утади.

Ratos-га эга булган инсонлар касал эмас, лекин танишлар орасида улар ажойиб инсонлар деб хисобланадилар. Бу инсонлар характернинг шизоидли бичимларга эга булишади: улар одамларга аралашмайдиган булишади, кизикишларнинг доиралари кискарган, ута таъсирчанг, ноординарли харакатларни килишлари мумкин, ажойиб кийинишади.

Кушимча фактор таъсирида *potos poses*-га утиб кетади. Булар тутрук, хомиладорлик, наша чекиш, алкоголизм, кутарилган харорат булишлари мумкин. Экзо- ва эндоген факторлар хар хил даврларда хар хил таъсирларни беришади.

Шизофрениянинг хар хил шаклларда рухий фаолиятининг учта сфераси озоб чекади:

1. Билиш
2. Хиссиётли
3. Иродавий

Шизофрениянинг бузилишлари иккита гурухга булинадилар – негатив ва хосил.

Негатив бузилишлар:

1. Рухий фаолиятни астенизацияси;
2. Шахснинг дисгармонияси;
3. Психоэнергетик потенциални пасайиши;
4. Шахснинг даражасини пасайиши ва унинг регресси;
5. Шахс хулк атворини регресси;

Хосил бузилишлар:

1. Астеник синдром;
2. Аффектив синдромлар;
3. Обсессив синдром;
4. Деперсонализация ва дереализация синдромлари;
5. Сенестопатик ва ипохондрик синдромлар;
6. Ута кимматли гоёларнинг синдроми;
7. Паранойялли синдром;
8. Параноидли синдрм;
9. Парафренли синдром;
10. Галлюцинаторли синдром;
11. Галлюцинатор – параноидли синдром (Кандинский-Клерамбо синдроми);
12. Кататоник синдром;
13. Охирги холатлар.

Шизофрениянинг утиш буйича замонавий таснифи:

I. Узлуксиз утиш тури (ремиссиясиз):

1. Суат кечувчи шизофрения (невроз- ва психопатсимон);
2. Параноидли;
3. Усмирларнинг ёмон сифатли;

II. Рекуррент туридаги (рекуррент) шизофрения:

Хуружлар:

1. Маниакал;

2. Депрессив;
3. Онейроидли;
4. Депрессив-параноидли.

III. Хуружсимон-прогредиент туридаги шизофрения:

Хуружлар:

1. Уткир галлюциноз;
2. Уткир Кандинский-Клерамбо синдроми;
3. Люцидди кататония;
4. Уткир васваса синдроми;
5. Уткир парафрен синдроми.

Купинча беморлар пубертат даврда, яъни 12-14 ёшда касалланадилар. Шу натижада чин ва сохта пубертат кризларни танкидий ташхис қилиш керак.

Танкидий ташхис учта критерий бўйича утказилади:

1.Уқишнинг пасайиши:

Физиологик кризда усмир бошқа фаолиятларга қизиқиб кетади ва шу натижада уқиш пасаяди, чунки уқиш билан кам шугулланади.

Псевдопубертат кризда эса аксинча усмир уқиш билан қўп банд бўлади, лекин рухият тонусини пасайиши сабаби билан уқиш пасаяди.

2.Хиссиёт муносабатларнинг бузилиши:

Физиологик кризда усмир катталарга қарама қарши туради, чунки у катталарнинг гаплари билан ҳаракатлари мос келмаганлигини қўради ва шу натижада атрофдагилар билан муносабатларини бузади.

Псевдопубертат кризда эса хиссиёт акс қадоси йўқолиб кетади (муҳаббат, дўстлик сезгилари).

3.Қизиқишлар:

Физиологик кризда усмир спорт, коллекциялар билан шугулланади.

Псевдопубертат кризда эса қизиқишлар ажойиб, реал аторф дунедан узилган бўлади-лар. Масалан, усмир доимий двигателни яратиш мақсадни қўяди ёки ҳаётнинг маъноси нимада деб узиға-узи савол беради ва шу натижада фалсафа қитобларни ўқийди, уларни қўчир-ради, лекин ҳамма фаолияти оқибатсиз бўлади. Бу ҳолат метафизик интоксикация деб номланади.

Клиник қўринишлари:

I. Узлуксиз ўтиш тури:

1. Усмирларнинг ёмон сифатли шизофрения

Қўпол прогредиентли шакл (прогредиентлик – бу негатив ва ҳосил бузилишларнинг ўсиб кетишнинг тезлиги).

Бу шизофрениaning ўчраши – 4,5% ташкил этади. Эҳқаклар аёлларга қўра 3-4 маро-таба қўпроқ қасал бўлишади.

Усмирлар ёмон сифатли шизофрениаси негатив бузилишлардан бошланади, яъни сохта пубертат криздан.

Ақл заифлик натижаси тез ривожланиши, ҳосил бузилишларни полиморфизми, тера-пияга резистентлиги ва охириги ҳолатларни ажойиб оғирликлар билан ҳарактерланади.

2. Параноидли шизофрения

Ўрта прогредиентлик билан ҳарактерланади. Охириги ҳолатлар 20-25 йилдан кейин ри-вожланади.

Бу шизофрения қўйидаги босиқчлардан иборат:

1. Неврозсимон, ёки психопатсимон босиқ;
2. Ўта қимматли гоёларнинг босиқчи (рашқ, муносабатли ўта қимматлигоёлари);

3. Паранойял боскич (системалашган васваса билан характерланади);
4. Галлюцинатор-параноидли боскич (Кандинский-Клерамбо синдроми клиникаси билан характерланади);
5. Парафрен боскич (фантастик маъносидаги улугворлик васвасаси билан характерланади);
6. Охирги ҳолат

3. Суст кечувчи шизофрения

Шахснинг энгил узгаришлар муҳитда психопатсимон ёки неврозсимон симптоматика билан узлуксиз қулай утадиган шаклдир. Бу шаклда охирги ҳолатлар ҳеч қачон ривожланмайдилар.

Клиник қуринишлар ихтиёрига 3 варианти ажралади:

1. Неврозсимон;
2. Психопатсимон;
3. Паранойял

Қасаллик қусайган ёки қучайган симптоматика билан бутун ҳаётнинг давомида утади, яъни тулкинсимон бўлиб.

II. Рекуррент утиш тури

Бу тур хуруж ва ремиссиялар билан утади.

Ремиссия – бу хуружлар орасидаги негатив симптоматика билан порлок оралик.

Рекуррент шизофренияда шахснинг узгаришлари оз микдорда ва доим бир даражада бўладилар, охирги ҳолатлар қузатилмайдилар. Беморлар атроф муҳитда яхши қуникишади.

Рекуррент шизофренияда 4 клиник шакл ажратилади:

1. Циркуляр (маниакал ёки депрессив хуружлар билан утади, атипик хуружлар ҳам қузатилади);
2. Депрессив-параноидли шакл (депрессия билан бирга Котар васвасаси қузатилади);
3. Онейроид-кататоникли шакл (онгнинг онейроид хиралашуви билан кататоник қузғолиш ёки ступор қузатилади);
4. Циклотимик шакл (субдепрессия ёки гипомания, яъни аффектив ута қуринмайдиган хуружлар билан утадиган шакл).

Ремиссиялар:

1. Интермиссия. Бу ҳолатда ҳам негатив, ҳам ҳолис бўзилишлар қузатилади
2. Шахснинг энгил узгаришлар билан ремиссия;
3. Астеник туридаги ремиссия (енгил негатив бўзилишларнинг муҳитда астеник симптоматика қузатилади);
4. Неврозсимон туридаги ремиссия;
5. Тимопатик туридаги ремиссия (қайфиятнинг энгил қузғолишлар – гипомания ва субдепрессия қузатиладилар). Бу ҳолатлар шахснинг энгил узгариш муҳитда қузатиладилар.

III. Хуружсимон-прогредиентли утиш тури, ёки шубсимон (*schub* немис тилидан таржимаси силжиш маъносини билдиради).

Бу шакл хуружлар билан утади, лекин ҳар бир хуруждан кейин шахснинг узгаришлар (негатив бўзилишлар) ушиб борадилар. Шакл урта прогредиентлик билан характерланади. 20-25 йил мобайнида утади, юқоридаги икки шаклнинг бичимларини уз ичига олади.

Ремиссиялар:

1. Шахснинг қупол узгаришлар билан утадиган ремиссия;
2. Психопатсимон туридаги ремиссия;
3. Резидуал галлюциноз билан утадиган ремиссия;
4. Резидуал васваса билан утадиган ремиссия (кечирган васвасали хуруждан кейин қолдиқлар билан);

5. Полиморфли неврозсимон туридаги ремиссия.

Охирги холат – бу рухий фаолиятнинг саботли, орқага кам қайтадиган, касалликнинг узок босқичларда ривожланадиган нуксон, касалликнинг динамикаси кузатилмайди.

Шизофренияни даволаши:

Хозирги даврда шизофрения диволашида 3 усул кулланилади:

1. Психофармакологик;
2. Инсулинокоматозли;
3. Электроталвасали

Психофармакологик услубнинг асосий принципи – "нишон симптоми" принципи, яъни асосий синдромни даволаш.

Галлюцинатор синдромда галоперидол, трифтазин.

Депрессив синдромда – амитриптилин, мелипрамин.

Маниакал синдромда литийнинг тузлари.

Усмирларнинг ёмон сифатли шизофренияда мажептил, стелазин.

Васвасали синдромда – френолон.

АДАБИЕТ:

17. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
18. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
19. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
20. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
21. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
22. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
23. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
24. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
25. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
26. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
27. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
28. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
29. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
30. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
31. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
32. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986

12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Бенциков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пащенко. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

8 МАЪРУЗА

Алкоголизм, алкоголли психозлар.

Гиёхвандлик ва токсикоманиялар.

Хозирги пайтда гиёхвандлик ва алкоголизм бутун дуненинг муаммоларидир.

Алкоголизм билан хасталанган инсонларнинг хаёти 15 ёшга кам булади.

Хам алкоголизм, хам гиёхвандлик токсикоманияларга кирадилар.

Токсикомания – бу хам инсоннинг узига, хам мухитга хавфли патологик ҳолат, инсон табиий ва синтетик моддаларини хиёнат қилиб уларга ишқибоз бўлиб урганиб қолади.

Токсикоманияларни ВОЗ экспертлари қуйидагича таърифлашди:

1. Моддаларнинг эйфория таъсири бўлиш керак;
2. Моддага тухтатаолмайдиган майл бўлиш керак, яъни одат шаккилланиши керак;
3. Наркотик моддани миқдори кутарилиш керак, яъни толерантлигини кутарилиши;
4. Рухий ва жисмоний тобелик қузатилиш керак;
5. Шахснинг деградацияси пайдо бўлиш керак - ахлокли, ижтимоий, интеллектуалли.

Қачонки инсон алкогольни истеъмол қилса унда алкогольли интоксикация пайдо булади.

Алкоголли мастлик – бу спиртли ичимликларининг психотроп таъсирида ривожланадиган рухий, вегетатив ва неврологик бузилишларнинг симптомокомплекси.

Алкоголли мастликни 3 даражаси ажратилади. Хар бир даражада қондаги алкогольнинг миқдори булади:

I даража – 0,3-1,5 промилли

II даража – 1,5-2,5 промилли

III даража – 3-5 промилли

Улимга олиб келадиган миқдор – 6-8 промилли (улдирадиган миқдор).

Организмда этанолни метаболизми:

Этанол ацетальдегидрогеназа ва каталаза таъсирида ацетальдегидга парчаланади, ацетальдегид эса сирка қислотага, сирка қислотаси қитратга, қитрат эса CO_2 ва сувга.

Алкоголни 90% жигарда парчаланади, 10 % эса буйрак ва сийдик йуллар орқали чиқарилади.

Оддий алкогольли мастликни лаборатор текшириш услари:

Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш Вазирлигини қарорига асосланиб алкоголь мастликни факат **нарколог ёки психиатр** утказиш керак.

1. Стаканли синаб қуриш

Инсонни стаканга нафас олишини илтимос қилишади ва текширишни утказган инсон шу стаканди хидлайди.

2. Илмий усул – Рапопорт буйича синаб қуриш:

Бу синаб қуришни утказиш учун иккита пробирка олинади: назрат ва тажрибали. Хар биттасига 10мл дистилланган сув қуйилади ва тажрибали пробиркага маст инсонни 1-2 дақиқа мобайнида нафас олишини илтимос қилишади, кейин хар бир пробиркага олтин гугуртли қислотани 1-2 томчидан томишади. Бундан кейин хар бир пробиркага 2 томчидан 0,5%ли перманганат калийнинг эритмаси томчилади. Тажрибали пробиркада перманганат калийнинг эритмаси оқариб кетади.

3. Видборг усули;

4. Индикаторли трубкалари билан Мохов-Шинкаренко усули

Бу усул билан қупинча ДАН ходимлари қулланиладилар. Трубкани ичида хромоачиган ангидрид булади, шу ангидриднинг ранги сарикдан яшилга ёки қуқ ранга узғариб кетади.

5. Пономарёв буйича газ-суюқликли хромотография усули

Оддий алкогольли мастликни узгартирилган шакллар:

Клиникасида янги белгилари пайдо буладилар, шу белгиларга асосланиб куйидаги вариантларни ажратишади:

1. Эксплозивли;
2. Дисфорик;
3. Истерикли;
4. Депрессивли;
5. Маниакал;
6. Импульсив харакатлар билан;
7. Эпилептоидли;
8. Параноидли

Патологик мастлик – бу ажойиб шакл булиб, БМШ, психопатия, олигофрения, бош миянинг органик етишмовчилик билан хасталанган инсонларад учрайди. Бу холат алкогольни оз микдорини истеъмол килганда пайдо булади. 50-100%да уткир транзиторли психозлар ривожланиши билан характерланади. Масалан, бутун нарсани амнезия билан характерланадиган онгнинг намозшомсимон хиралашуви. Давомлиги бир неча дакикадан бир неча соатгача.

Алкоголли мастликда биринчи тез тиббий ёрдами:

1. Ошкозонди перманганат калий эритмаси билан ювиш;
2. Терининг остига 1%ли апоморфин эритмаси 0,5 мл килинади;
(марказий генездеги кушишни чакириш учун);
3. Кордиамин 2мл;
4. Витамин В₆ 5% ли 10 мл;
5. Ичига куйидаги аралашма: коразол 0,2
фенамин 0,01
никотинли кислота 0,1

Кейин эса беморнинг холатига асосланиб аналептик аралашмалар килинади:

Аралашма № 1 (карахтликда):

бемегрид 0,5%	-10,0
кордиамин	-1,0
кофеин 20%	-1,0
коразол 10%	-1,0
40% глюкоза	
эритмаси ёки	
физиологик	
эритма	-17,0

Аралашма № 2 (сопорда):

бемегрид 0,5%	-15,0
этимизол 1,5%	-1,0
кордиамин	-2,0
кофеин 20%	-2,0
коразол 10%	-2,0
40% глюкоза	
эритмаси ёки	
физиологик	
эритма	-13,0

Аралашма № 3 (комада) :

бемегрид 0,5%	-20,0
дипироксим	-1,0
этимизол 1,5%	-2,0

кордиамин	-2,0
кофеин	-2,0
коразол	-2,0
4-% глюкоза	
эритмаси ёки	
физиологик	
эритма	-10,0

Сурункали алкоголизм (ҳозирги пайтда алкоголизм деб номланади):

Алкоголизм – бу экзоген прогрессивли, алкогольдан рухий ва жисмоний тобелиги, енгиб булмайдиган, дардчил майллиги, алкогольни истеъмол қилмаганда абстинент синдром ривожланиши, узок босқичларда эса матонатли соматоневрологик бузилишлар ва рухий деградацияси билан аникланадиган касаллик.

Этиология ва патогенез ҳақида замонавий тушунчалари:

Алкоголизмни ривожланишида қуйидаги факторлар рол уйнайдилар:

1. Ижтимоий факторлар – алкогольли урф-одатлар, расмлар, алкогольли тарбия, ахолининг баланд толерантлиги;
2. Психологик факторлар – шахснинг психологик асослари. Алкоголизм купинча ташвишли-вахимали бичимларга эга булган, доимий иккиланган, ишонмайдиган, депрессив ҳолатларга кунган инсонларда ривожланади, дискомфортни олиб ташлаш учун.
3. Физиологик факторлар – ферментларнинг тугма етишмовчилиги;
4. Ирсий фактор

Оранизмнинг факторлари:

1. Моддаларнинг алмашувини бузилиши;
2. Витаминли балансини бузилиши;
3. Ички органларнинг шикастланишлари;
4. Ферментатив системаларнинг бузилиши;
5. Биоген аминларнинг алмашувини бузилиши;
6. Табиий ва ортирилган иммунитет;
7. Миянинг опиятли рецепторлар ва опиятсимон активлиги эндогенли пептидлар (эндорфинлар)

Алкоголизмнинг босқичлари:

I босқич – бошланғич босқич. Давомлиги бир йилдан беш йилгача;

II босқич – ёйилган босқич. Давомлиги 2-3 йилдан 15-20 йилгача;

III босқич – охирги (энцефалопатик)

Алкоголизмнинг клиникаси:

Алкоголизм алкогольни куп истеъмол қилганда ривожланади ва катта алкогольли синдромни ривожланиши билан характерланади.

Алкоголизмнинг энг эрта симптоми – химоя белгиларини йуқолиб кетиши.

Маиший мастликда агарда инсон алкогольни куп истеъмол қилса, унда кунгил айниши, қусишлар пайдо булади. Алкоголизмда бу белгилар йуқолиб кетадилар ва алкоголизмнинг энг эртаги белгиси ҳисобланади.

I босқичда толерантлиги ушиб боради, олдинги миқдордан эйфория ҳолатига етиш учун бемор алкогольни купрок мунтазам истеъмол қилади. Ҳафтада 2-3 маротаба. Бу босқичда палимпсестлар қузадилади, майллар богланган характерга эга. Миқдорли назорат пасайган, ситуацион назорат сакланган ва ичкилик бозлиқлар, абстинент синдром ҳали қузатилмайдилар.

Рухий бузилишлардан – шахснинг алкогольли акцентуацияси, иштаха ва уйқунинг бузилишлари.

II боскич: химоя белгилари йуколган, абстинент синдром пайдо булади, толерантлингнинг платоси (толерантлиги 3-4 л гача етади), ичкиликбозликлар ривожланади, амнезиялар кузатилади. Майллар компульсив белгиларга эга буладилар. Микдорли назорат йуколган, ситуацион назорат пасайган.

Рухий бузилишлардан – шахснинг психопатизацияси ва уткир алкоғолли психозлар ривожланади.

Абстинент синдром – бу организмга алкоғолни етишмаслигини синдромидир, соматоневрологик ва рухий компонентлар билан характерланади, яъни куп терлаш, йукунинг бузилишлари, куркув, вахима, кузатиш гоёлари.

III боскич: химоя белгилари йуколиб кетган, интолерантлик (микдорнинг пасайиши), ичкиликбозликлар чузилади (био ойгача), мастликни амнестик шакллари кузатилади. Алкоғолга майллиги компульсив, иккала назорат турлари йуколган.

Рухий бузилишлардан – шахснинг алкоғолли деградацияси ва сурункали психозлар.

Алкоғолизмнинг даволаши 3 боскичда утказилади:

1. Абстинент синдромни купирлаш:

1. Дезинтоксикацион терапия утказилади: гемодез, полиглюкин, реополиглюкин,
30% ли тиосульфат натрий 10-20 мл в\и
5% ли унитиол 5-15 мл в\и
25%ли магнезия сульфати 10,0 мл
10%ли калций эритмаси 10,0 мл
2. Витаминотерапия: Витамин В₆ 6% ли 2,0мл
Витамин В₁ 6%ли 2,0мл
Витамин С 5%ли 2-3 мл
Никотинли кислота 1-5%ли 0,5-1,0мл
3. Транквилизаторлар: седуксен, тазепам, феназепам, нозепам
4. Антидепрессантлар : амитриптилин, мелипрамин, пиразидол
5. Гипертермо терапияси : сульфазин 0,37% 4-6 мл мушакга
пирогенал 500дан 15 минггача минимал микдор.
6. Инсулинотерапия

II. Алкоғолизмни актив даволаши

1. Шартли-рефлектор терапияси (Конторович, 1929 й)

Апоморфин, эмитин билан утказилади.

Маъноси: беморда истеъмол килган алкоғолли ичимликга манфин шартли рефлексни пайдо қилиш, шунинг учун беморга тер остига 1% ли 0,1 мл апоморфин қилинади, 15-20 дақиқадан сунг унга истеъмол килган алкоғолли ичимликни беришади. Апоморфиннинг микдорлигини хар куни 0,1млга купатирадилар. Сеанслар шартли рефлексни пайдо булишигача утказилади (15-20).

2. Сенсibiliзирловчи терапия

Бу усулда антабус, тетурам, фуразолидон, пироксам, радотер ишлатиладилар.

Маъноси: юкоридаги моддалар алкоғолни парчаланишини ацетальдегид даражасида тухтатадилар ва шу натижада беморда коллаптоидли, улимдан куркув холати ривожланади, чунки ацетальдегид организм учун захардир.

5 кун мобайнида беморга 0,5г кунига 3 маротаба дорини берадилар, 6 кунга эса бутун бир суткали микдорини бир маротаба беришади ва ярим соатдан кейин 50-100 г спиртли ичимликни беришади, шу натижада беморда коллаптоидли холат ривожланади. Бундай провокацияларни 2-3 маротаба утказишади.

Кейин бир ой мобайнида беморга тетурамни беришади – сенсibiliзация учун.

Сенсibiliзацияни утказгандан кейин бемордан тил хат олинади, чунки алкоғолни истеъмол килгандан кейин ривожланадиган коллаптоидли холат беморнинг хаётига хавфли.

III. Психотерапия усуллари:

- а) В.В.Рожнов буйича эмоционал-стрессли коллектив гипнотерапияси
- б) Довженко буйича кодлаш;
- в) Профессор М.Л.Аграновскийнинг "Иккиланган кодлаш" усули буйича даволаш

Алкоголли психозлар, ёки металкоголли психозлар – бу чузиладиган ва сурункали рухий фаолиятнинг бузилишларидир. Алкоголли психозлар алкоголизмнинг II-III боскичларда ва 10% беморларда ривожланадилар.

Уткир алкоголли психозлар – алкоголли делирий, галлюциноз, параноид, Гайе-Вернике уткир энцефалопатияси.

Сурункали психозлар – сурункали параноид, галлюциноз, рашк васвасаси, Корсаков психози.

Алкоголли делирий (75% ташкил этади) – абстинент чуккисида ривожланадиган ҳолат, онгнинг делириоз хиралашуви билан характерланади. Беморнинг бутун танаси титирайди. Атаксия, мушак гипотонияси, гиперрефлексия, конвергенция пасайиши, лейкоцитларнинг формуласини чапга силжиши, билирубин ва холестерин купайиши, СОЭнинг тезлашиши билан характерланади.

Бу ҳолатдан чиқкандан кейин фрагментарли эслашлар қоладилар. Беморлар купинча шайтонларди куришади.

Галлюцинозлар (5,5-28,8% ни ташкил этадилар)

Давомлиги уткирларнинг - бир ойгача, сурункали галлюцинозларнинг эса 6 ойгача давом этишлари мумкин. Купинча аёлларда ривожланадилар. Беморнинг онги бузилмаган, галлюцинациялар чин курув буладилар.

Алкоголли параноид (1-9,5% ташкил этадилар)

Булар ҳам уткир ва сурункали булиши мумкин. Уткир васвасаларни давомлиги бир неча кундан бир неча ҳафтагача, сурункали васвасалар эса бир неча йиллар мобайнида утишлари мумкин.

Корсаков психози алкоголизмнинг III боскичда ривожланади.

Кайфиятнинг апато-абулиги, фиксацион, ретроградли ва антероградли амнезиялар, конфабуляция ва псевдореминисценция, полиневритлар, пай рефлексларнинг бузилиши билан характерланади.

Гайе-Вернике алкоголли энцефалопатияси

Ёмон сифатли арокни ва денатуратларни истеъмол қилганда ривожланади.

Бу делирийнинг энг оғир шаклдир, онгнинг аментивсимон хиралашуви, псевдоэнцефалитик синдромлар, ута қуринадиган неврологик бузилишлар, орал автоматизмнинг пасайиши, птоз, иккиланиш, хартумча, эмиш, ушлаб олмак рефлекслари пайдо булиши билан характерланадиган ҳолат.

Алкоголли психозларни даволаши:

1. Психомотор қузғалишни қупирлаш – аминазин, седуксен, ГОМК;

2. Инфузион терапияси – 5%ли глюкоза эритмаси 700-1000млгача

Суюкликларнинг бир суткага умумий миқдорлиги 2,5-2,8л гача

Лазикс 1% - 4-8мл

3%ли КІ эритмаси 50-100 млгача, панангин 10 мл\и

30%ли мочеви́на (миянинг шишида) 2-3г бир кило оғирлигига

Маннитол 1,5г бир кило оғирлигига

25% ли магнезия эритмаси 10 мл

2,4%ли эуфиллин 4мл хар бир 4 соатда

Витами́нотерапия

Глюкокортикоидлар

Гиёхвандлик

Гиёхванд моддаларнинг замонавий таснифи:

- 1.Опий ва унинг моддалари: морфин, героин, кодеин, омнопон, промедол, пантопон, меда-тон;
- 2.Хиндистон ёки америкали конопля: марихуана, гашиш, банг, анаша, хурус, гунья, черес, кафур;
- 3.Кокаин: крэк, эстези;
- 4.Галлюциногенлар: LSD, мискалин, псилоцебин, психолоцин;
- 5.Психостимуляторлар: кофеин, фенамин, первитин, сиднокарб, центедрин
- 6.Седатив моддалар: седуксен, элениум, тазепам, реланиум;
- 7.Барбитуратлар: барбамил, нембутал, люминал, броморал, ноксерон;
- 8.Алкогол: арок, пиво, вино, коньяк, виски, джин, самагон, брага;
- 9.Тамаки;
- 10.Корректорлар: паркопан, циклодол, наком;
- 11.Маиший кимёнинг воситалари: лаклар, клейлар

Морфинизмнинг клиникаси:

Беморлар астеник, тер каватлари окиш рангда, томирларда чандиклари, кузларига миоз характерлидир. Абстиненция тезда ривожланади, 12 соатдан кейин, агарда ёмон сифатли модда ишлатилса 6 соатдан кейин – эснаш, ётал, диспепсия, ута огир мушакларнинг огриклари характерлидир.

Толерантлиги бир суткага 4гча булиши мумкин. Агарда соглом инсонга бу микдор килинса дарров улимга олиб келади.

Гашишемания

Клиникаси:

Кузлари ялтирайдилар, куз корачокларнинг реакцияси ёругликка пасайган, кузлари кизарган, тер копламлари окиш рангда, огзи курук, бемор чанкайди, иштахаси кутерилган – булемия. Огир холатларда дереализация бузилишлари пайдо булиши мумкин – порропсия.

Психоз 4 боскичда ривожланади:

- 1.Психомотор кузголиш;
- 2.Онгнинг бузилиши;
- 3.Экстаз;
- 4.Уйқунинг фазаси

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996

14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

9 МАЪРУЗА

Психогениялар. Неврозлар ва реактив ҳолатлар

Норма ва патология чегарасида учраб турган бузилишларга психогения ва психопатиялар киради. Улар кичик психиатрия фанида урганилади.

Психогениялар Ясперс учлиги бўйича характерланадилар:

1. Касаллик рухий шикатланиш кетидан пайдо бўлади, бевосита ёки киска муддат вақтдан кейин;
2. Психопатологик бузилишларнинг маъноси – рухий шикастланиш характеридан келиб чиқади. Уларнинг орасида психологик тушунарли алоқаси бўлади.
3. Касалликнинг бутун утиши рухий шикастланиш кечинмалар билан боғланган. Қачонки рухий шикастланиш йуқолиб қолса – касаллик ҳам йуқолиб қолади.

Психогенияларга неврозлар ва реактив психозлар киради:

1. **Неврозлар** – бу психоген сабаби билан бўлган ҳолат. Невротик бузилишларнинг ҳар хиллиги, рухий бузилишларнинг маълум миқдорлиги ва касалликни аниқлаганлигини сақлаб туриши билан характерланади.

Неврозларнинг номини 1776 йилда шотланд психиатри Келлен берган.

Эпидемиологик маълумотларга қура неврозларнинг тарқалиши ҳар минг аҳолига 21-22 дан тугри келади. Лекин аслида неврозларнинг тарқалиши анча баланд. Чет элдаги олимларнинг қурсаткичлар бўйича – 10-20 % ҳамма аҳоли бўйича.

Этиологик факторлар иккита катта гуруҳга бўлинадилар:

1. Ишлаб чиқарувчи факторлар ;
 2. Кобилиятли ва кучсизлантирувчи факторлар
1. Ишлаб чиқарувчи факторлар – бу давомли, қайта-қайта таъсир қилувчи, суғу ва салбий ҳиссий қузғатувчилар. Масалан, оиладаги нотинчликлар, ишдаги тез-тез келишмовчиликлар.
2. Кобилиятли факторларга организмнинг сусайиши, системали зиёнли таъсиротлар, шовкинлар, ёруғлигини бузилиши, кизиқ кетган ҳолатлар, интеркуррент касалликлар кирадилар.

Ҳозирги пайтда неврозларнинг келиб чиқишини бир неча теорияси бор.

Булардан :

1. Пьер Жанэ психологик теорияси

Теориянинг маъноси – неврозларни пайдо бўлишида бошқарувчи ролни психологик факторлар уйнадилар, интерсоциал узаро муносабатларнинг бузилишлари, яъни инсонларнинг бир-бири билан алоқаларини бузилишлари, шахсаро конфликтлари. Булардан ташқари шахснинг узини ичидаги конфликтлар ҳам рол уйнайдилар – бу ҳолат қачонки инсонда орзулари ҳақиқий ҳолатга тугри келмаганда ривожланиб келади.

2. Ҳиссий депривацияни теорияси

Агарда инсонни ҳиссий айириб қўйсан – биринчи суткани охирида унда психопатологик бузилишлар пайдо бўладилар. Яъни қачон инсон ахборотни етиш даражадаги олмаса, қачонки узининг ҳаракат ва ҳулқ атворини прогноз тугри қилолмаса – бу инсонда невроз ривожланади, яъни невротиклар – бу чегараланган прогнози билан инсонлар.

3. Неврозларнинг инфорацион теорияси (гарбий теорияси)

Охириги пайтларда инсонларга қўй ахборот тушади ва шу натижада одам ҳамма етиб қелган ахборотни қабул қилолмайди ва дезориентировка ҳолатга тушиб қолади.

4. Файнбергер теорияси

Бу теориянинг маъноси – қачонки қутадиған ва содир бўлган натижалар бир бирига мос қелмайдилар.

П. В. Павлов буйича неврозлар ривожланишида 3 механизм рол уйнайди

1. Кузгатувчи процессларни ута зур берилиши;
2. Тормозланиш процессларни ута зур берилиши;
3. Уларнинг ҳаракатчанлигини бузилиши

Ута зур берилиш процесслар аста секин ривожланадилар. Бу механизмни лик тулдириб кетган пиёла билан солиштирсак булади. Бир томчидан пиёлага сув куйилса, аввал кандай тулдириб кетгани билинмайди, лекин шунака вақт келадики, қачонки бир томчи томилса пиёла тулиб кетади ва атрофга сув тукилади – невроз ҳам шу пиёла сингари.

Неврозларнинг ривожланишида олий асаб фаолияти (ОАФ) ҳам катта рол уйнайди.

П.В.Павлов буйича ОАФ турлари куйидагиларга булинадилар:

1. Кучли, огирли, ҳаракатчанг (сангвиник темпераментга тугри келади);
2. Кучли, огирли, инертли (флегматик темпераментга тугри келади);
3. Кучли, тутуриксиз, ҳаракатчанг (холерик темпераментга тугри келади);
4. Кучсиз, огирли, инертли (меланхолик темпераментга тугри келади)

П. В. Павлов яна 3 хил одамий типини тасвирлади:

1. Бадий тип (биринчи сигнал система иккинчи сигнал системадан ортиқроқ булади). Бу типга эга булган инсонларда истерик невроз ривожланади.
2. Тафаккурли тип (иккинчи сигнал система биринчи сигнал системадан ортиқроқ булади). Бу типга эга булган инсонларда боғланиш невроз ривожланади.
3. Аралашма тип. Иккала сигнал система баровар ривожланганлар. Бу типга эга булган инсонларда неврастения ривожланади.

Неврозларнинг 3 клиник шакл ажратилади:

1.Неврастения

Бу шаклни 1868 йилда америкали психиатри Бирд тасвирлаб берди. Неврастения астеник невроз деб ҳам номланади. Астеник бичимларга эга булган инсонларда ривожланади.

Клиникаси астеник синдром билан куринади:

Неврастениядаги бузилишлар иккита гуруҳга булинадилар:

1.Рухий бузилишлар – ута аччикланиш, гиперестезия, хотиранинг пасайиши, айниқса эслаб қолиши, диққатнинг бузилиши, сийраклик, ташаббуссизлик, ташаббусни пасайиши, кайфиятнинг пасайиши, тез-тез пайдо буладиган бесабаб куркинчликлар.

2.Соматовегетатив бузилишлар –давомли ва каттик бош оғриқлар ("неврастеник касакаси" ёки обруч симптоми), умумий сусайиш, тез чарчаш, ёмон ахвол, меҳнат қобилиятини пасайиши, ишдаги маҳсулотлигини пасайиши, ҳатто дамбадам, дам олишлар енгиллишга олиб келмайдилар, ута озиш, ҳатто жисмоний эмас, ҳам рухийдир, уйқунинг бузилиши – бемор узок вақт мобайнида ухлаб кетмайди, уйқуси юзаки, куп уйғонишлар билан булади. Юрак қон-томир система томонидан – тахикардия, А\В кутарилиши ёки пасайиши, куп терлаш билан, ошқозон-ичак система томонидан – қунглини айниши, эпигастрал соҳасидаги оғриқлар, анорексия, кабзият, дисфункция билан;эндокрин система томонидан – жинсий майлигини пасайиши, аёлларда эса дисменорея билан характерланади.

5. Боғланиш ҳолатлар билан невроз

Бу неврозни 1903 йилда Жанет тасвирлади. Ташвишли- ваҳимали характерга эга булган инсонларда ривожланади.

Клиникасида 3 варианты ажратилади:

1. Обсессив невроз – клиникада боғланиш фикрлар, гоялар, тасаввурлар пайдо буладилар;
2. Компюльсивли невроз – бу боғланган майллар ва ҳаракатлар. Буларга тиклар (айрим юзидаги мушакларнинг титираши), майллар, уриб юбориш ҳаракатлар ёки ёмон сузлар билан гапириш, нутга ифлос қилган бошланғич сузларни ишлатиш.

3. Фобик варианты – клиникаси фобиялардан иборат булади. Фобияларнинг тури хар хил.

3. Истерик невроз

Истерик характерга эга булган инсонларда ривожланади.

Хамма бузилишлар 3 гуруҳга булинадилар:

1. Харакатли бузилишлар – бунга хар хилдаги бузилишлар киради: астазия-абазия (суяк ва мушак системаларни сакланган холда туриш ва юриш қобилиятлигини йуқолиб кетиши), гиперкинезлар, истерик тутканоклар (конфликтли ситуациядан кейин ривожланади, ҳеч қачон бу ҳолат кечкурун ривожланмайди, аура кузатилмайди, онги учирилиб қолмайди, беморлар жойни таллаб кейин секин йиқилиб тушадилар, куз қорачокларнинг ёруғликка сезгиси сакланган, оғрик сезгиси сакланиб қолади. Давомлиги – 20-30 дақиқа. Истерик тутканокни тухтатиб қуйиши мумкин – беморнинг юзини уриш керак ёки нашатирли спиртни хидлатиш керак. Истерик тутканокга томошобинлар керак).

2. Сенсорли бузилишлар – истерик қурлиги, гапирмаслиги – мутизм, гарандлик (истерик сурдомутизм), алгиялар (хар хилдаги оғриклар - юрак, қорин соҳадаги оғриклар, баъзи бир вақтларда уткир қориндаги симптомидақа қуриниши мумкин), қолқопқоғли ва пайпоқли типдаги анестезия.

3. Вегетатив бузилишлар – хар хилдаги соматик ва неврологик касалликларни қуринишларга ухшаб кетадиган ҳолатлар. Масалан, томирли, юқумли-аллергик, церебрал васкулитларни, церебрал арахноидит, бронхиал астма, стенокардия, бош миyaning усмаларга ухшаган симптомларни пайдо бўлиши.

Ёш болаларда неврозларнинг қуринишлари:

Ёш болаларда невроз асаб анорексияси, қуниқмали қайт қилиш, ётал, тундаги энурез, энкапрез, логоневроз, тиклар, уйқу бузилиши қуринишлар билан қузатилиши мумкин. Қупинча неврозлар урганитган ҳаракатлар билан кечишлари мумкин:

Хейломания – тил ва бармоқларни эмиш;

Онихомания – тирноқларни кемириш;

Трихотиломания – сочларни юлиш.

Реактив психозлар:

Симптоматиканинг баланд уткирлиги, лабиллик, оғирлик, ута қуринадиган психомотор ва рухий бузилишлар, онгнинг бузилишлар, қупол истерик реакциялар билан ҳарактерландиган ҳолат.

Этиология ва патогенез:

Бу ҳолатларни ривожланишида рухий шикастланишлар катта рол уйнайдилар. Рухий шикастланишлар бир маротабали, лекин ута таъсирли ва қучли, номаъқул бўлиши керак. Масалан, яқин инсоннинг вафотлиги, катастрофалар, табиий офатлар. Психозларнинг ривожланишида патологик бузилган асос катта рол уйнайди. Булардан бош мия шикастланишлар, психопатиялар, олигофрениялар.

Реактив психозларнинг патогенези худди невроз патогенезига ухшайди.

Реактив психозларнинг таснифи:

1. Аффектив-шоқли реакциялар;
2. Истерик психоз;
3. Реактив депрессия;
4. Реактив параноид

1. Аффектив-шокли реакция (эмотивли шок) ёки уткир уткир аффектоген реакция

Бу ҳолат иккита шаклда утиши мумкин:

а) Гиперкинетик шакл (реактив ёки психоген кузголиш). Бу ҳолатда экстемал шароитда беморда онги қисқаради. Бемор қуллари билан силтиб югиради, ситуацияни тушунмайди, қўпинча ҳавфли томонга югиради. Давомлиги – 15-20 дақиқа.

б) Гипокинетик шакл (реактивли ступор) – қотиб қолиши қўзатилади. Бемор қотиб қолади, бир нуктага боқади, ситуацияни тушунмайди, берилган саволларга жавоб бермайди, оёқларини полдан қутара олмайди. Давомлиги – бир неча соатдан, бир неча кунгача.

2. Истерик психозлар. Бунга бир неча шакл қиради. Ривожланиши битта механизм бўйича, лекин клиникаси ҳар хил бўлади. Биринчи бўлиб бу ҳолатларни қамок ҳонада Крепелин тасвирлади:

а) Онгнинг истерик намозшомсимон хиралашуви.

Бу ҳолат ориентировкани бузилгани билан, симптоматиканинг полиморфизими билан характерланади. Давомлиги 1-2 ҳафта.

б) Сохта деменция, ёки псевдодеменция (1906 йилда Вернике тасвирлади).

Бемор бир данига телба, тушунмайдиган, қўзларини олайтириб бўлиб қолади. Нутқи тушунмайдиган, оддий саволларга жавоб беролмай қолади, оддий ҳаракатларни қилолмайди. Давомлиги бир неча кундан бир неча ҳафтагача.

в) Ганзер синдроми (1897 йил)

Бу синдромда юқори ҳолатларни алмашуви қўзатилади: аввал онгнинг намозшомсимон хиралашуви қўзатилади, кейин эса – сохта деменция.

г) Пуэрилизм

Бу ҳолатда беморлар ёш болаларга ухшаб туриб тутишади. Лабларини ишириб, қўлларга олишини сурашади, қўғирчоқлар билан уйнашади.

д) Истерик ступор – қотиб қолиши ва онгнинг қисқариши ривожланади.

3. Реактив депрессия – суикасд ҳаракатлар ва узини айблаш гоёлар билан депрессия ривожланиши билан характерланади. Беморнинг ҳамма қечинмалари, гаплари шикастланиш ситуация орасида бўлишади.

3 варианты.

3 варианты ажратилади:

а) истеродепрессивли вариант;

б) ташвишли-депрессивли вариант;

в) чин депрессивли вариант

Давомлиги бир ойгача.

4. Реактивли параноид – уткир пайдо бўлади, рухий шикастланиш факторлар таъсирида. Беморда ҳудди уни бирор улдирмокчидей фиклар пайдо бўлади. Бемор узини олиб қочади, шу сабабдан уйнинг ойнақлардан, машиналардан сакраб тушади. Давомлиги бир неча соатдан бир неча кунгача.

Ятрогениялар. Бу ҳолатларни 1916 йилда Бумке узининг "Врач – рухий бузилишларнинг сабабчиси" деб номланган монографияда тасвирлади. Ятрогенияларнинг натижасида фобик, обсессив бузилишлар, фобик невроз, реактив депрессиялар пайдо бўлишади.

Психогенияларнинг даволаши:

1. Психотерапия, айниқса гипнотерапия;
2. Транквилизаторлар;
3. Психомотор қўзғалишларда аминазин, тизерцин, пропазин, седуксен, реланиум,;
4. Антидепрессантлар – амитриптилин, мелипрамин, пиразидол
5. Психостимуляторлар – сиднокарб қўлланиладилар.

АДАБИЕТ:

1. Кербилов О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

10 МАЪРУЗА

Шахснинг тиббий психология ва психопатологияси.

Психопатиялар

Психопатия – бу шахснинг рухий коматини дисгармония билан характерланадиган патологик ҳолат. Бу ҳолатдан ҳам бемор узи, ҳам атрофдаги одамлар озоб чекадилар.

Психопатиялар тез учраб турган ҳолатлар. Ватанимиз олимларнинг курсаткичлар буйича уларнинг тарқалиши ҳар минг аҳолига **21-31дан** тугри келади.

Чет мамлакат олимларнинг курсаткичлар буйича эса **5-15%ни** ташкил этадилар. Психопатияларнинг номини 1891 йилда Кох тасвирлади.

Психопатиялардан характернинг акцентуациясини ажратиш керак.

Характернинг акцентуацияси – бу шахснинг бутун характериладиган ута куринадиган бир ёки бир неча бичимларнинг кучайиб кетиши. Акцентуация характери билан инсонлар 90%ни ташкил этадилар. Акцентуациялардан инсон на узи, на атрофдаги халакит бермайди, атроф муҳитда яхши мосланишкан.

Психопатияларнинг мезонларини биринчи бўлиб 1933 йилда Ганнушкин узининг "Психопатияларнинг статика ва динамикаси" деб номланган монографияда тасвирлади.

Ҳозирги пайтда бу мезонларга психопатияларнинг Ганнушкин училиги деб номи берилган. Буларда:

1. **Характернинг патологик бичимлари доимий буладилар.** Шахснинг дисгармонияси бўлиб, тугилиш пайтдан бошлаб инсоннинг бутун ҳаёт давомида сакланиб қолади. Хулқ атвордаги бичимлари эрта болалик давридан куринадилар;
2. **Шахснинг дисгармоник тузилишини тоталлиги.** Хиссий-иродавий сферасидаги дисгармонияси шу қадар куринадики, балким шахснинг бутун рухий кифасини таърифлаб беради.
3. **Ижтимоий дезадаптация.** Патологик бичимлари шу қадар ута куринадики, балким инсоннинг ижтимоий адаптациясига ҳам, яъни атроф муҳитда, оиласида қуниқишга халакит берадилар.

Рухий фаолиятнинг патологияси иккита сферага тегишли – хиссий ва иродавий. Ақл ҳеч қачон жабрланмайди.

Этиология ва патогенез ҳақида замонавий тушунчалари:

Психопатияларнинг ривожланишида қуйидаги факторлар рол уйнайдилар:

1. Конституционал ва генетик факторлар. Улар тугма, яъни ядроли психопатияни ривожланишида асосий ролни уйнайдилар;
2. Бош миyaning энгил экзоген-органик бузилишлари;
3. Ота-онанинг алкоголизми. 74% беморларда биттаси ёки иккаласи ҳам спиртли ичимликларни истемол қилишади.
4. Ноқулай ижтимоий-психологик ва вазиятли таъсирлар. Микроижтимоий атроф, оиланинг микро иклими, тарбиялаш характери. Агарда психопатиянинг ривожланишида асосий ролни оилавий омиллар уйнаса, бу натижада чегарадаги психопатия ривожланади.

Психопатияларни ривожланишида тарбиялаш хиллари ҳам муҳим ролни уйнайдилар:

1. **"Оиланинг санам (мафтуни)"** тури буйича тарбиялаш

Агарда таъминли оилада қўп қўтилган, кечки, битта бола тугилса – унга илк давридан бошлаб ҳамма ута қимматли қарашади. Ота-онаси боланинг ҳар қандай орзусини ҳар қандай йўли билан бажаришади. Илк давридан бошлаб бу болага "Сен энг- энг....." деб уқтиришади. Кейинчалик бу болаларда истероидли психопатия ривожланади.

2. **"Типрикан қўлқоплари"** тури буйича тарбиялаш

Болани каттик шароитларда тарбиялашади. Арзимаган айбга бола шиддатли жазоланади. Ота-онаси доимий болага буйрук беришади, бола бирор бир хулосани узи килолмайди. Бу тарбия булак инсонларда иродасиз, булакларда эса кузгалувчанг психопатияни ривожланишига олиб келади.

3. "Олтиной" тури буйича тарбиялаш

Агарда оилада хохламайдиган, ота-онасидан биттаси хам хохламайдиган булсада, бола тугилса, бу бола етарли меҳрибонни курмайди ва энг огир ишларга буюрилади, боланинг бутун ташаббус ва интилишлар бугиладилар. Кейинчалик бу болаларда тормозланиш психопатиялар ривожланади. Бу инсонлар доимий ишонмайдиган ва иккиланган булишади.

4. "Назоратсиз" тарбия тури

Купинча ота-оналари наркотик моддаларни ва алкогольни истеъмол килганданда болаларга керакли эътибор беришмайди ва шу натижада эрта болаликдан бошлаб болалар узларига-узлари такдим этишади. Кейинчалик бу болаларда кузгалувчанг психопатия ривожланади. Болалар рахмсиз, шавкатсиз ва тажовузкор буладилар.

Бу тарбия турининг **гипогамхурлик тарбияси** хам ажралади. Бу холат нормал оилада хам учраши мумкин – качонки болага кам эътибор беришади – болаларда тажовузкорлик ва тошбагарлик ривожланади.

5. "Гипергамхурлик"

Боланинг хар битта кадами ва харакати ота-она томонидан назорат килинади. Хар бир ташуббус ва интилиши бугилади. Ота-онаси хаёт давомида болани кулга ушаб бошқаришади. Бола мустакилликдан махрум килинган ва узи бирор бир ишни бажара олмайди.

Психопатия ривожланишида типик хулк атвор реакциялари хам рол уйнайдилар.

Психопатияларнинг замонавий таснифи:

- I. Кузгалувчанг тури;
- II. Тормозланувчанг тури;
- III. Циклоид тури;
- IV. Аралашма тури
- V. Жинсий перверзиялар билан психопатиялар

I. Кузгалувчанг психопатиялар

1. Эксплозив тури

Клиникасида ута аччикланиш, енгиллик, тажовузкорлик, беадаблик булиб куринади. Беморлар хиссий енгил, сержахл буладилар. Арзимаган нарсага ута кузгаладилар, уришиб кетишади. Купинча наркотик ва алкогольни истеъмол килишади.

2. Импульсивли тури

Бу турига юкоридаги турининг бичимлари билан янги бичимлари хам киришади – импульсивлик, бемор ута тез, сабабсиз кузгалади. Бу реакция сержахллик билан характерланади. Бемор адолатсиз харакатларни килади.

3. Эпилептоидли тури

Бу беморлар пасткаш, майда гап, ута тайинли булишади. Тайинлиги хамма томонлама булади – киймида, ишда, уйда. Беморлар динга берилган булишади. Агарда хамма нарса бемор килган тартиб буйича кетса – бемор тинч булади, агарда бу тартиб бузилса – бемор хамма кулга тушган нарсаларни бузади.

II. Томозланган психопатиялар:

1. Астеник тури

Бу беморларга тез чарчашлик, холдан тойиш, бош огриклар, дардчил холатлар, кайифиятнинг пасайиши, атрофдагилардан ва узидан норозилиги характерлидир. Хар куни ишдан келиб улар куннинг огир утишига шикоят килишади.

2. Психастеник тури

Бу тур астеник турининг бичимлари билан ва ташвишли ваҳима билан характерланади. Беморнинг кайфияти купинча ташвишли булади, бемор доим ёмон воқеаларни кутади, узининг саломатлигига ташвишланади, куп врачларга шикоят килади, касалликнинг яхши натижасида шубхаланади. Енгил касаллик булса ҳам узига курпа тартибни тайинлайди. Иккинчи характерли бичим – бу мужмаллик ёки иккиланиш – беморлар бирор бир хулосани кийинчилик билан истёсмол килишади.

3. Истерик тури

Бу турга иккита энг асосий бичимлар характерлидир:

1. Ута хаяжонлик. Бу инсонлар узининг хиссийларини ута каттик ва кизгин билан кечишади;

2. Уртада булишига интилишади. Бу инсонлар очик кийинишади, аёллар очик, рангли макияж килишади, псевдологияларга (ёлгон гапиришларга) эга булишади.

III. Циклоид тури

1. Гипотимли тури

Бу турдаги психопатлар тугма пессимистлар, доимий атрофдагилардан норози булишади, жаврашади, атрофда бирор бир кизиктирган нарсани курмайдилар. Хаёт давомида муваффакиятсиз хисобланадилар.

2. Гипертимли тури

Бу турдаги беморлар доим кувнок, харакатчанг, хамма атрофдагини пушти рангда куришади. Уларнинг хаёт давомидаги шиори: "Бугун хамма нарса яхши, эртага эса бундан хам яхшироқ булади". Бу беморлар утиришларнинг жони булишади, хаммани кизиктиришади.

3. Чин циклоид тури

Бунда юкори турларнинг алмашуви кузатилади. Бу инсонларнинг хаёти учиш ва тушишлардан иборатдир. Хаёт давомида улар 2-3 хаётни кечадилар.

IV. Аралашма психопатиялар

1. Шизодли тури

Бу турдаги беморлар аутик, одамларга аралашмайдиган, кам улфатли, уларнинг кизикишлари чегараланган булади, ёлғизлик шароитда узларини яхши сезишади. Уларнинг иш фаолияти купинча машиналар билан боғланган булади, одамлар билан алокалари чегараланган. Бу инсонлар ута таъсирчанг, гап кутара олмайдиган булишади. Кийимлари модадана чиккан, эски нарсаларда юришади, хаётнинг тартибини узгармайдилар.

2. Паранойял тури

Бу беморларда ута кимматли васвасасимон гоёлар пайдо булишади. Куйидаги турларга булинади:

а) патологик рашкчилар. Бу инсонлар ута шубхали, майда гап, доим бирор бир инсонни оркасидан кузатишади.

б) игвогарчилар. Бу инсонлар доим адолатсизликни куришади, узининг таклифлари билан хар хил жойларга шикоят килишади.

в) сохта ихтирочилар. Бу беморлар ахамиятсиз, мақсадсиз ихтироқ этишади.

г) инфантил тури. Бу инсонлар хиссий-иродавий сферада етилмаган, улар атроф мухитда нотугри мулжаллаганлар, уларнинг хулқ атвори ёшига мос келмайди, усмирларнинг ёшига мос келади.

д) иродавий сферани пасайиши билан психопатлар. Беморлар пассив, мустакил бирор бир хулосага келишмайдилар, ёмон улфатларнинг таъсирига утиб кетишади. Бу улфатларда улардан фойдаланишади.

IV. Жинсий перверзиялар билан психопатиялар

1. Жинсий майлнинг объектини бузилиши билан сексуал перверзияли психопатиялар

а) Гомосексуализм – узининг жинсдаги инсонларга жинсий майл;

б) Педофилия – болаларга жинсий майл;

в) Геронтофилия – ёши утган ва кари инсонларга жинсий майл;

г) Нарциссизм – узини яхши куриш, узининг танасига жинсий майл;

- д) **Инцест** – якин кариндошларга жинсий майл;
- е) **Некрофилия** – уликларга жинсий майл;
- ж) **Зоофилия** – хайвонларга жинсий майл;
- з) **Трансвестизм** – карши жинсга карашли кийимларини кийишига жинсий майл;
- и) **Фетишизм (идолизм, символизм)** – бирор бир нарсага жинсий майл;
- к) **Ионизм** – карши жинсдаги инсонга карашли нарсани хидига жинсий майл

2. Жинсий кондирриш усулининг бузилиши билан сексуал перверзияли психопатиялар:

а) Эксгибиционизм – жинсий аъзоларининг ёлонгочлашга жинсий майл. Бу тур хам гомосексуаллик, хам гетеросексуаллик булиши мумкин. Бемор узининг жинсий аъзоларин курсатади. Эксгибиционизмнинг иккита тури ажратилади:

1. Садистик тури. Максади – аёлни куркитиш ва шу натижада жинсий кондирришига етиш;

2. Мазохистик тури. Бу ерда эса аксинча – бемор кочмайди, у одам куп бор жойини таллаб ва жинсий кондирришга аёлнинг сукунишларидан етади.

б) Мазохизм (пассив алголагния) – жинсий улфатга келтирадиган жисмоний кийналиш ва камситиш натижасида жинсий кониктириш;

в) Садизм (актив алголагния) – жинсий улфатга келтирадиган озобларидан жинсий кониктириш;

г) Пигмалионизм – бу хайкалларга жинсий майл;

д) Вуайеризм (визионизм) – ёлнгоч инсонларга ёки жинсий алоканинг кузатиш натижасида жинсий кониктириш;

е) Фроттаж – карши жинсдаги инсонларнинг баданига ишкалаш ва шу натижада жинсий кониктириш;

ж) Плюрализм – бир бирининг олдида бир неча инсонларнинг жинсий алокаси, яъни гурухли жинсий алока.

Психопатияларнинг даволаши:

1. Кузгалувчанг психопатияларни даволашда нейрорептиклар – неурептил, меллерил, стелазин, галоперидол кулланиладилар;
2. Тормозланиш психопатияларни даволашида транквилизаторлар – элениум, тазепам, феназепам, седуксен;
3. Ноотроплар – пираретам, ноотропил, аминалон, энцефабол;
4. Психотерапия, асосан психокоррекция.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996

13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Бенщиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пащенко. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

11 МАЪРУЗА

Бош мия шикастланишларда рухий бузилишлар

Хамма бош мия шикастланишлар иккита гуруҳга булинадилар:

1. Очик
2. Ёпик

Хамма БМШ кечирган беморлардан 18-38% да рухий бузилишлар кузатиладилар.

Бош мия епик шикастланишларининг ривожланиши механизм буйича учта турга ажратилади:

1. Миянинг чайкалиши (коммоция) – 56,6%
2. Миянинг урилиши (контузия) – 18%
3. Миянинг эзилиши (компрессия) – 8%

Огирлик буйича шикастланишлар ажратилади :

1.Енгил даражали – онгинг бир неча сонияга йуколиши билан характерланади;

2.Урта даражали – онгнинг йуколиши бир неча дакика булади,киска муддатли кома хам кузатилиши мумкин.

3.Огир даражали – онг йуколиши бир неча соатдан бир неча кунгача кузатилиши мумкин.

Этиология ва патогенез:

Энг асосий фактор бош миянинг механик шикастланишдир.

Шикастланиш натижасида глиозли кисталар пайдо буладилар ва шу натижасида рухий бузилишлар ривожланадилар.

Бош мия шикастланишлар доим мия моддасининг томирларини кискартиришига олиб келадилар, шу натижада мия гипоксияси кузатилади,баъзи вақтларда томирлар бутунлай бекилиб қоладиларва миянинг инфаркти пайдо булади.

Бошқарувчи механизмлардан бири миянинг шишиши хам. У бош суяк ичидаги босими кутарилишига олиб келади. Булардан ташқари миянинг суюклигига кон тушиши мумкин – гематоэнцефалия кузатилади. Бу хам бош суяк ичидаги босими кутарилишига олиб келади. Миянинг моддасига хам кон куйилиб кетади (майда-майда, катта, пустлогли ва пустлог остидаги) кон куйилишлар.

Шикастланиш касаллик ривожланишида туртда боскични ажратади:

1. Бошлангич боскичи. Шикастланишдан кейин дарров бошланади ва бир неча дакика,соатдан бошлаб бир неча кун давом этади.

2. Уткир боскич. Бошлангич боскичдан кейин дарров бошланиб олти хафтагача кузатилади.

3.Кечки боскич (реконвалесценция даври). Давомлиги бир ойдан ун икки ойгача.

4.Узок боскич. Шикастланишдан кейин бир йил утганда бошланади ва куп йиллар мобайнида давом этади.

Биринчи боскичда купинча бир неча соатдан бошлаб бир неча кунгача кома,бир неча соат мобайнида сопор, бир неча сония ва дакикагача карахтлик (онгнинг камбағалланиши, рухий фаолият тонусини пасайиши).

Купинча карахтлик урнига сомноленция холати хам кузатилиши мумкин.

Юкоридаги хамма бузилишлар онг учиши ва амнезия (ретро-, антеро- ёки антеро-ретроградли) билан кузатилади.

Булардан ташкари шикастланиш астенияси ҳам кузатилади. Бу ҳолат куйидагилардан иборат: астенизация, кучкувват пасайиши, аспонтантлик, кузгалувчанлик, учогли неврологик симптоматика (агнозия, афазия, апроксия, парез, параличлар) ва доимий вегетатив бузилишлардан. Ҳамма юкоридаги бузилишлар бир неча соатдан бир неча кунгача кузатилади.

Куринадиган яхшиланиш шароитда рухий бузилишлар уткир ривожланадилар.
Купинча

1. Шикастланиш онгнинг намозшомсимон хиралашуви кузатилади. Бемор ҳамма турдаги ориентировкани йукотади, психомоторли кузголган, галлюцинатор-васвасали симптоматика кузатилади. Бу ҳолатда беморлар ҳукуки бузган ҳаракатларни қилишлари мумкин.

2. Онгнинг шикастлиниш делириозли хиралашуви. Аллопсихик ориентировка бузилади, образли, ёругли қуриш қуркитадиган галлюцинациялар кузатилишлари мумкин (улдириш ва зурлик манзаралари). Давомлиги 2-3 кундан 1-2 ҳафтагача.

3. Шикастланиш онейроид. Бу ҳолат ҳам уткир ривожланади. Ҳамма турдаги ориентировкалар бузилади, қуриш сохта фантастик маъносидаги галлюцинациялар кузатилади. Асосан бу таъриҳдаги манзаралар, бу манзараларда бемор ихтирочи булади. Давомлиги – 5-6 кун.

Учала психоз бутунлай соғломлашиш билан тугайди ёки Корсаков психозига утиб кетадилар. Айрим пайтларда Корсаков психози уткир ривожланади.

4. Корсаков психози – бу энг давомли шикастланиш психози. Бунга хотиранинг қупол бузилишлар (ретро-, антероградли, фиксацион, прогрессивловчи амнезиялар), парамнезиялар (конфабуляция ва псевдореминисценция) ва бир талай полиневритлар ҳарактерлидир. Давомлиги – 1,5 – 2 ой.

5. Аффектив психозлар. Уткир даврда психопатсимон ҳулк атвор билан гипомания ёки апатик субдепрессия ривожланиши мумкин. Давомлиги 1-2 ҳафта.

6. Васвасали психозлар ҳам уткир бошланадилар. Психомотор кузгалувчанлик ва васвасали бузилишлар пайдо булишади. Асосан бу таъкиб қиладиган ва муносабатдаги васваса. Давомлиги бир неча кун.

7. Пароксизмал бузилишлар. Булар абортив, парциал (маълум микдорли) билан ҳарактерланадилар. Баъзида Джексон тутканокдей қуриниши мумкин, лекин купинча пароксизмал психосенсорли бузилишлар (дереализация ва деперсонализация) пайдо булиши мумкин.

8. Афатик бузилишлар – моторли ва сенсорли афазия ривожланади.

Юкоридаги бузилишлар билан уткир давр ривожланади.

3. Реконвалесценция босқичи

Давомлиги бир йилгача, клиникаси астеник симптоматика билан ҳарактерланади. Аҳамиятли фарқловчи асос – астеник симптоматика муҳитда қиска муддатли онгнинг намозшомсимон хиралашуви ва ута куринадиган амнестик бузилишлар пайдо булишади. Астения муҳитда псиоорганик синдром ривожланади.

4. Узок боскич шикастланишдан кейин бир йил уткандан кейин ривожланади ва бир неча йил давом этади.

а) Шикастланиш астения (шикастланиш церебростения)

Клиникасида кузгатувчанлик, ута озиш, гиперестезия – ташки кузгатувчиларга чидамаслиги, асаб системасини ута лабиллиги, а/б силкитлиги, тахикардия, брадикардия, вазомотор реакциялар (терининг рангини пасайиши), бош огриклари, бошнинг айланиши, парিশонлик, эсдан чиқаришлар, йуқунинг бузилиши.

б) Шикастланишдан кейинги энцефалопатия.

Учта вариантда утади:

1. Апатик билан шикастланишдан кейинги энцефалопатия.

Клиникада ута озиш билан апатия, хотиранинг пасайиши кузатилади.

2. Психопатизация билан шикастланишдан кейинги энцефалопатия.

Клиникада ута кузгалувчанлик, хулк атворнинг купол формалари кузатилади. Купинча алкоғолизм билан кузатилади.

3. Циклотимсимон реакциялар билан шикастланишдан кейинги энцефалопатия. Бунда субаффефективли бузилишлар, субдепрессиялар ёки гипоманиялар, психопатсимон хулк атвори билан кузатилади. Купинча субдепрессиялар кузатилади.

в) Пароксизмал эпилептик бузилишлар Шикастланишдан бир неча йилдан кейин ривожланади. Катта талвасалар, Жексон, кичкина талвасалар, алохидаланган аура, абсанс, каталепсиялар, мушак тонуси бузилиши билан – мезоэнцефалли тутканоклар ёки мушак тонуси бузилишсиз каталепсиялар – диэнцефалли, дисфориялар.

г) Шикастланиш деменция. Хотиранинг купол бузилишлар билан, той амнезиягача, эйфория, псевдопаралитиксимптоматика, кизикишларнинг пасайиши, учогли симптомлар, кунгилчанлик билан характерланади.

д) Психоорганик синдром. Хулк атворнинг формалари билан рухий фунцияларнинг пасайиши билан характерладиган синдром.

Шикастланиш каалликнинг ёшдаги асослари :

1. 3 ёшгача булган БМШ. Клиникада ута чарчашлик, холдан тойдириш, диккатнинг бузилиши, неврозсимон симптоматика кузатилади. 5-7 ёшгача бутунлай компенсация булади.
2. 3 ёшдан кейин БМШ. Биринчи урнига вегетатив бузилишлар, титраш, тиклар, гиперкинезлар, вестибуляр бузилишлар, учогли ва менингеал симптомлар чиқадилар. Эпилептик тутканоклар энг куп учрайдиган бузилишлар, хулк атвори психопатсимон булади. Айрим пайтларда бу натижасида олигофрения диагнози куйилади. Бутунлай компенсация булмади – таркоккли неврологик симптоматика колади.

Даволаш :

1. Дегиратацион терапия : 25% ли мағнезия эритмаси – 10 мл в/и ёки 50%ли эритма клизма оркали жунатилади.
2. 10%ли кальций хлор – 10 мл.

3. Лазикс 1%ли 2 мл гача
4. Мочевина хар бир килога 1 г дан ёки маннитол 1,5г дан в\и томчилаб
5. 5% глюкоза эритмаси
6. Юрак гликозидлар
7. Нейролептиклар
8. Транквилизаторлар
9. Талвасага карши дорилар
- 10 .Реконвалесцент даврда: витаминлар, ноотроплар, церебролизин.

Хотира бузилишларда: физостигмин, лецитин, кортикотропин, вазопрессин.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

12 МАЪРУЗА

Соматик хасталикларнинг клиникасида тиббий психология.

Соматик ва юкумли хасталикларда рухий бузилишлар

Рухий бузилишлар купинча юкумли касалликларда учрайдилар. Масалан, 20 ёшгача юкумли касаллик билан огриган беморларнинг орасида 27,6 % да рухий бузилишлар кузатилади.

Этиология :

Этиологик фактор – бу асосий юкумли процессдир.

Хамма юкумликлар иккита катта гуруҳга булинадилар :

а) Интракраниалли (энцефалит, менингитларни чакирувчи, мия моддасини зарартирилган юкумликлар);

б) Экстракраниалли (бош миядан ташкари органларда жойлашган юкумликлар);

Лекин, баъзи экстракраниалли юкумликлар иккиламчи ёки параюкумли зурайиш деб номланадилар. Масалан, кизамик, ангина, паротит, чечак.

Патогенез:

Патогенезда куйидаги факторлар рол уйнайдилар:

1. Органларнинг зарарланиш даражаси ва тезлиги;
2. Шу органнинг бош мияни таъминлашда ахамияти;
3. Зарарланишни бош мияда локализацияси;
4. Умумий ва бош мия моддаларининг алмашув ҳолати;
5. Гемо- ва ликвородинамикасининг бузилишлари;
6. Сув-электrolитли алиштиришни бузилиши;
7. Бош мияда шишни ривожланиши;
8. Иммуно-аллергик факторлар.

Патогенезда яна иккита фактор рол уйнайди:

1. Психознинг ривожланиш стереотипи;

Бу стереотип юкумлик билан сабабланади, яъни экзоген фактор билан аникланади.

2. Организм асослари билан аникланадиган, яъни ички факторлар билан, клиник бузилишларнинг тури;

Психиатрияда экзоген ва эндоген факторлар орасида якин алоқаси кузатилади.

Рухий бузилишларнинг ривожланишида организмнинг индивидуал хусусиятлари ҳам рол уйнайдилар:

1. **Ёши**. Масалан, уткир психозлар купинча ёш болаларда, узгармайдиган психозлар эса ёши утган инсонларда учрайдилар;
2. **Организмнинг реактивлиги**. Масалан, реактивлиги паст инсонларда купинча аменция ва кома ривожланадилар;
3. **Олий асаб фаолиятининг тури**. Масалан, кузгалувчанг ОАФга эга булган инсонларда эретативлик астения ва дисфориялар кузатилади;
4. **Шахснинг психологик асослари**. Масалан, психастеникларда ташвишли-ипохондрик ҳолатлар кузатилади.

Юкумли касалликларда рухий бузилишларнинг таснифи:

1. Уткир психозлар
2. Сурункали психозлар
3. Шахснинг кайтмайдиган бузилишлар

Юкумли касалликлардаги рухий бузилишлар хақида айтқанимизда, албатта **Карл Бонгейффер** экзоген турдаги реакцияларининг теориясини эслашимиз керак. 1908-1912 йилларда К.Бонгейффер бир неча асарларда экзоген турдаги реакцияларнинг теориясини асослади.

Бу **теорияни маъноси** – турли экзоген касалликларда, экзоген факторлар асосий ролни уйнаганда, бош мия чекланган носпецифик реакцияларнинг туплами билан таъсирлайди. Асосан бу онгнинг хиралашув ва учиш синдромлардир.

1956 йилда Вик бу теорияга экзоген касалликлар сурункали ривожланишида пайдо булган рухий бузилишларни кушган.

Юкумли касалликлардаги рухий бузилишларнинг замонавий таснифи:

1. Уткир юкумликларда куйидаги уткир ривожланадиган психозлар киради: делирий, аменция, карахтлик, сопор, кома, эпилептик талвасали тутканоклар, онгнинг намозшомсимон хиралашуви;
2. Юкумли процессини сурункали ривожланишида утадиган синдромлар учрайдилар: маниакал, депрессив синдромлар, галлюцинатор-параноидли ва кататонсимон бузилишлар;
3. Шахснинг кайтмайдиган узгаришлар билан рухий бузилишлар

Юкумли генездаги рухий бузилишларнинг клиникаси:

Рухий бузилишларнинг ривожланишида 3 давр ажратилади:

1. Продромал давр
2. Уткир давр
3. Реконвалесцент давр

Касалликнинг биринчи давридаги асосий синдром – **юкумли астениядир**, бу синдромни ривожланишида **3 фаза ажратилади**:

1. **Ута бушашлик фазаси, яъни астения фазаси.** Бунда ута кузгалувчанлик, гиперестезия, таъсирчанлик кузатилади;
2. **Гиподинамик фазаси** – клиникада сусайиш, аспонтантлик, гиподинамия, озишлар учрайдилар;
3. **Карахтлик билан астения.** Ута огир юкумли касалликларда учрайдилар. Карахтлик даврлар кузатилади, беморнинг нутки тушунмайдиган булади, атроф мухитни бемор кийинчилик билан аниклайди.

Уткир давр купинча:

1. **Карахтлик билан характерланади** (асосан болаларда). Бу даврда кузголиш бусасини пасайиши кузатилади, бемор ситуацияни кийинчилик билан аниклайди, атроф мухитда ориентировкаси ва харакатлари сусайган.

2. **Талвасали синдром** (купинча ёш болаларда учрайди).

Абсанслар, парциал, миоклоник, акинетик, фокал ва катта тутканоклар кузатилиши мумкин.

3. **Делирий** (ёш болаларда - учинчи уринда, катталарда эса биринчи урнида туради .

Болалик даврдаги делирийнинг бир неча хусусиятлари булади: ута тез иккинчи боскич ривожланади (фантастик компонент билан иллюзиялар), кейинчалик йёилган боскич ривожланад (эртактаги, олдин укиган китоблардан ва мультфильмдаги манзаралар).

Катталарда эса делирийнинг маъноси бошкача булади, уларда купинча улдириш, уриш манзаралари кузатилади.

Делирийнинг давомлиги – бир неча соатдан бир неча кунгача. Кундузи онгнинг ёруглашуви кузатилади.

4. **Аменция.** Ута огирли холатларда кузатилади. Бу онгнинг огир хиралашуви деб хисобланади. Бемор курпа билан чегараланади, бутунлай ориентировкани йукотади, тафаккурнинг инкогеренцияси, куркинчли куриш галлюцинациялар кузатилади. Давомлиги – бир ойгача.

Реконвалесцент давр

Бу даврда юкумликлдан кейинги астения, озиш, кайфиятнинг силтиши, бесабаб пасайиши кузатилади. Давомлиги – бир неча ойдан ярим йилгача ва ундан купрок.

СПИД (Ортирилган Иммунодефицитли синдром) даги рухий бузилишлар :

Бошлангич даврда неврологик бузилишлар кузатилади, кейин эса амнестик бузилишлар ва ута кимматли гоёлар (муносабат, кузатиш, рашк) ҳам кушиладилар.

Биринчи урнига тафаккурнинг бетафсиллиги, хиссий кузгалувчанлик чиқади, кечки даврда эса – психоорганик синдром.

Даволаш:

1. Этиотропли терапия – асосий касалликни даволаш;
2. Дегидратацион терапия – 25%ли магнезия сульфатни эритмаси, диуретиклар;
3. Дезинтоксикацион терапия – 40%ли глюкоза эритмаси, гемодез, реополиглюкин;
4. Десенсибиловчи терапия;
5. Антипсихотик терапия;
6. Умумий соматик терапия

Мия захмдаги рухий бузилишлар:

Бошлангич давр захмдаги неврастения билан белгиланади. Бу ҳолатни фарқловчи асос – органик симптоматикани пайдо булиши. Булар – кундузги уйқучанлик, крахтлик, сусайиш, куз корачокларнинг реакцияси, Вассерман ва коллоидли Ланге реакцияларини мусбатлиги.

Кейинги даврда захмдаги менингит кузатилади. Бу менингит неврологик симптоматика, пустлокларнинг мия асабларнинг бузилиши билан белгиланади. Рухий бузилишлардан эса карахтлик, делирий, онгнинг намозшомсимон хиралашуви, тутканоксимон синдроми кузатилади. Вассерман реакцияси манфин ҳам булиши мумкин.

Захмдаги менинговаскулит. Галлюцинаторли, галлюцинатор-параноидли, депрессивли, маниакалли, пароксизмал бузилишлар, кататоник симптоматика, Корсаков синдроми, сохта деменция, невроз- ва психопатсимон бузилишлар ва доимий неврологик симптоматика билан характерланади. Катта томирлар бузилган булса - инсультлар белгиланади.

Гуммозли шакл (сохта туморозли). Кучли бош огриклари, карахтлик, тутканоксимон бузилишлар билан кузатилади.

Болаларда тугма захм олигофрения билан белгиланади.

Даволаш:

1. Специфик даволаш (висмут, мышьякдаги моддалар, пенициллинотерапия
2. Антипсихотик терапия : нейролептиклар, антидепрессантлар, транквилизаторлар, психостимуляторлар, талвасага қарши препаратлар.

Прогрессивловчи паралич (Бейль касаллиги, 1822 й.)

Психиатриядаги биринчи тасвирланган мустакил касаллик.

Бу шахснинг ута прогрессивловчи тотал ҳам типик рухий бузилишлар, неврологик симптоматика ва типик серологик бузилишлар билан захмдаги менингоэнцефалит.

Даволанмайдиган прогрессивловчи паралич маразм ва улимга олиб келади.

Прогрессив паралични тарқалиши – 0,3 – 0,5%

Этиология:

Кузгатувчи – нимранг спирохета. Эркаклар 3-5 баровар купрок касал буладилар. 40-50 ёшда, яъни зарарланиш 10-20 йилдан кейин, учламчи захмда кузатилади.

Клиникаси:

Прогрессивловчи паралич 3 боскичга ажратилади:

- 1 боскич – бошлангич
- 2 боскич – авжойиш
- 3 боскич – окибатли (марантик)

1 боскич – паралитик неврастения билан белгиланади, яъни сохта неврозсимон симптоматика билан. Рухий симптоматика ҳам пайдо булади: уйкучанлик, делириозли бузилишлар, карахтлик, шахсининг пасайиш белгилари, эсдан чиқаришлар, майилларнинг кучайиши кузатилади.

2 боскич – паралитик деменция . Асосий синдром – тотал паралитик деменция.

Прогрессивли параличнинг 6 клиник шакл ажратилади:

1. Экспансивли шакл (10-20%). Деменция мухитда кутарилган кайфият ва парафрен васваса белгиланади, беморлар узини обрў билан тутишади;
2. Эйфорик шакл (20-30%). Кутарилган кайфиятнинг купинча эйфория ҳолати кузатилади.
3. Оддий, ёки дементли шакл (40-60%). Клиникаси паралитик симптоматика ва тотал паралитик деменция билан характерланади.
4. Деменция мухитда апатик депрессия.
5. Циркуляр шакл (15%). Экспансивли симптоматика билан депрессив симптоматиканинг алмашуви кузатилади.
6. Галлюцинаторли ёки галлюцинатор-параноидли шакл (2-3%). Деменция мухитда галлюцинатор-васвасали симптоматика белгиланади.

Яна битта ажойиб шакл – бу табо-паралич (20%).

Бу прогрессивли паралич билан биргаликда неврологик касаллик – спинная сухоткани узатилиши.

Бу касалликда локомоторли атаксия, пай рефлексларнинг пасайиши, сезишнинг бузилиши, куз корачокларнинг бузилишлар, куз асабнинг атрофияси кузатилади.

Утиш буйича прогрессивловчи паралич ажралади:

1. Стационарли паралич – касаллик нисбий секин ва яхши утади. Давомлиги – 8-10 йил.
 2. Лиссауэр, ёки учогли шакл. Учогли симптоматика пайдо булади, купинча афатик бузилишлар.
 3. Галлопирловчи шакл – бу ёмон сифатли шакл. Бу шакл апоплектик ёки эпилептик тутканоқлар билан бошланади ва 6 ойдан кейин улимга олиб келади.
 4. Ажитирловчи шакл – галлопирловчи шаклнинг тури деб ҳисобланади. Психомотор кузгалувчанлик билан бошланади, тафаккур ва галлюцинатор бузилишлар билан кузатилади.
 5. Ювенилли прогрессив паралич. Тугма захмдаги ҳолатларда ривожланади. Паренхиматозли кератит, ички кулоқ бузилишлар, Гетчингтон тишлар, қиличли сонлар билан белгиланади. Кейинчалик бу ҳолат паралитик деменцияга олиб келади.
- Касаллик жисмоний ва рухий маразм билан характерланади.

Захмдаги неврологик симптоматика:

1. Оргайел-Робертсон симптоми – куз корачокларнинг ёруғликка реакциясини йуқолиб кетиши, аккомодация ва конвергенция сакланган ҳолда
2. Миоз
3. Анизокория
4. Куз корачокларнинг деформацияси
5. Нуткнинг дизартрияси
6. Юзнинг маска симон бузилиши
7. Буран-лабидаги бурмаларнинг асимметрияси
8. Тилнинг фибриляр титирашлар

9. Пай рефлексларнинг пасайиши
10. Координациясини бузилиши
11. Титираш
12. Ёзувнинг бузилишлари
13. Учогли бузилишлар: афазия

Диагноз лаборатор текширишлар оркали қўйилади:

1. Вассерман реакцияси
2. Ланге реакцияси
3. Нонне-Апельт альбуминли реакциялари
4. Винброкхт ва Патти реакциялари

Прогрессив паралични даволаши:

1. Пиротерапия : пирогенал, тетравакцина, сульфазин
2. Пенициллинотерапия – бир курсга 8-10 млн (6-8 курс утказилади 1,5-2оралиги билан).
Качонки ликворда спирохета даволланиш 6 ойдан кейин топилмаса – прогрессивли паралич даволланган деб хисобланади.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

13 МАЪРУЗА

Бош мия томирлари касалликларда ва миянинг қариллигида рухий бузилишлар

60 ёшдан утган беморларнинг орасида қон томир генездаги рухий бузилишлар қўп учрайдиган бузилишлар. Ҳамма рухий бузилишлардан 22,9% қон томир рухий бузилишларга тўғри келади. Аҳоли орасида рухий бузилишлар 17,4% да учрайдилар.

Этиология ва патогенез:

Этиологик фактор – асосий қон томирдаги касаллик, яъни гипертония касаллиги, бош мия қон томирларнинг атеросклерози, гипотоник касаллиги.

Патогенезда конституционал-ирсий факторлар, қон томир система ҳолатини характерловчи экстрацеребрал, соматик ва энг асосий мия қон томир алмашуви, гемо-, ликвородинамика ва бош суяк ичидаги қутарилган босими рол уйнайдилар.

Клиникаси:

Ҳар хил қон томир касалликларда қон томир бузилишларнинг ривожланиши бир хилдаги.

Рухий бузилишлар 3 даражада ривожланадилар:

- 1 даражаси – бошланғич
- 2 даражаси – қон томирли деменция
- 3 даражаси – томирли психозлар

Бошланғич давр псевдоневрстеник симптоматика билан характерланади. Қон томирдаги психозларнинг энг эрта симптом – характер бичимларнинг уткирлаши. Бичимлар гиперболия буладилар. Масалан, агарда инсон олдин тежамли булган булса – бахил булиб кетади.

Кейин бош оғриклар, бош айланишлар пайдо буладилар. Кечкурун беморлар ухломайдилар, уйқулари юзаки буладилар, бемор тез-тез уйғониб қолади, лекин қундузи уйқучанглик, чарчашлик. Қўзғалувчанлик, қайфиятнинг пасайиши ва сусайиш қўзатилади.

Характерли ҳиссий бузилишлар: йиғлақлик, бушашлик, ҳиссий лабиллик.

Шахснинг органик пасайиши эрта белгилланади: тафаккур муфассалли булибқолади, хотира пасайди (биринчи урнида эслаб қолиш пасайди, кейин эса қайта ишлаб чиқаришлиги уйқолади).

2 даражаси – томирли деменция

Лақунар ёки дизмнестик деменция синдроми билан характерланади. Парциал деменция ақл бузилиши билан эмас балким хотиранинг бузилиши билан белгиланади. Бу симптом томирли психозларга характерлидир. Кейинчалик амнестик деменция ҳам қўзатилиши мумкин. Бу ҳолатда хотиранинг қўпол бузилишлар белгилланади : фиксацион амнезия, амнестик дезориентировка, прогрессивли амнезия.

Гипертония касалликда эса псевдопаралитик ақл заифлиқнинг синдроми қўзатилади. Бу ёмон сифатли утадиган ҳолатидир. Беморда мулоҳазлиги пасаяди, эйфория, бегамлик ва ҳаётий қўниқмаларнинг йўқолиши қўзатилади.

Инсултларда сохта туморозли деменция ривожланади. Бунда хотиранинг қўпол бузилишларнинг муҳотида қўчли бош оғриклари, қарахтлик ҳолати ва эпилепсиясимон тутқаноклар қўзатилади.

Ёши утганда эса – сенилсимон турдаги деменция ривожланади. Шу ёшда Алцгеймерсимон деменция ҳам белгилланади.

Кейин айрим беморларда томирли деменция мухитда томирли психозлар ривожланади. Булар купинча онгнинг хиралашув синдромлардир: делирий, онейроид, онгнинг намозшомсимон хиралашуви.

Рухий бузилишлар бир неча хусусият билан фаркланадилар:

1. Психопатологик симптоматикасининг рудиментарлиги ва атипичлиги; синдромлар узининг бутунлай ривожланиш даражасига етмайдилар. Битта тушунча билан таснифланадилар – карахтлик ҳолати билан;
2. Киска муддатлиги ва даврийлиги, яъни томирли психозлар эпизодли ривожланадилар. Давомлиги – бир неча соат;
Психозлар купинча кечкурун ривожланадилар – ҳолат бирданидан ёмонлашади, дезориентировка ривожланади, эрталаб эса ҳолат яхшиланиб кетади;
3. Синдромларнинг алмашуви. Битта беморда бир куни делирий, иккинчи куни эса – онейроид кузатилиши мумкин ва ҳоказо;
4. Тез такрорланиши, яъни кечкурун ҳолат оғирлашади, эрталаб эса яхши бўлиб кетади, кечкурун яна оғирлашиб, эрталаб эса яна яхшилланади.

Ним уткир ривожланишида утадиган синдромлар белгилланиши мумкин, булардан невротик, аффектли, галлюцинатор-параноидли ва органик доирасининг синдромлари – адинамик, апато-абулик, эйфорик, экспансив-конфабуляторли, амнестик Корсаков симон.

Ирсий оғирлашуви билан беморларда эса эндоформли психозлар ҳам белгилланиши мумкин – худди шизофрения психозлардака. Булардан куйидашилар белгилланади:

1. Чузиладиган томирли паранойял ҳолатлар;
2. Сурункали вербал галлюцинози;
3. Сурункали галлюцинатор-васвасали психозлар;
4. Томирли депрессия

Томирли психозларни даволаши:

1. Асосий касалликни даволаш;
2. Психотроп терапия – нейролептиклар, антидепрессантлар (минимал миқдорларда берилиш керак);
3. Витаминотерапия;
4. Ноотроп моддалар

Инволюцион психозлар

Бу психозлар инволюцион ёшда ривожланадилар – 45-50 ёшда. Биринчи бўлиб буларни 1896 йилда Крепелин тасвирлади.

Тарқалиши:

инволюцион депрессия – 5,5-21,4 % ни бутун депрессиялардан ташкил этади.

инволюцион васваса – 1,8-30% ни бутун васвасали бузилишлардан ташкил этади.

Этиология ва патогенез:

Инволюцион психозларни ривожланишида конституционал, ситуацион, психоген, эндокрин, ирсий факторлар рол уйнайдилар.

Инволюцион психозларнинг таснифи:

1. Инволюцион меланхолия
2. Инволюцион параноид
3. Кечки кататония
4. Ёмон сифатли шакл (Крепелин касаллиги)

1. Инволюцион меланхолия. Купинча аёлларда учрайди (45-55 ёшда). Асосий синдром – ажитирлашган депрессия. Беморда гамли-ташвишли кайфият ортирилади, суикасд фикрларни гапиради. Ажитация чуққисида Котар васвасаси ривожланади, булардан ташкари

Шарпонтъе адаптациясини бузилиши белгилланиши мумкин – турган жойини алиштирганда ажитирлашган кузгалувчанлик кучаяди.

Иккинчи симптом – **Клейст симптоми**: беморлар врачни куриб каттик жаврашади, ёрдамни сурашади, лекин врач улар билан сухбатлашганда – улар индамай колишади.

Учинчи симптом – **иллюзорли идроклик** – беморлар беморларнинг уртасида узинг кариндош, танишларни курадилар.

2. Инволюцион параноид. Кичик кенглик васваси ривожланиши билан характерланади. Одатдаги муносабатларнинг васваси кузатилади, васваса оддий, одатдаги нарсаларга тегишли булади. Васваса кариндошларга, кушниларга тегишли булади. Купинча бу васвасалар ёлғиз яшаган инсонларда учрайди. Улар кушнилари газ, сувни, ёругликни угирлашяптилар деб шикоят қилишади.

3. Кечки кататония. Ташвишли, ховотирли ҳолатдан кейин депрессия билан Котар васваси ривожланади, бундан кейин эса мутизм билан ступорозли ҳолат ривожланади. Бу ҳолат акл заифлиги билан тугайди.

4. Крепелин касаллиги – ташвишли, ташвишли-депрессивли ҳолат. Бу ҳолатда нуткнинг алоқасизлиги, психомотор кузголиш, онгнинг хиралашувининг онейроид турдаги бузилишлар ривожланади.

Онейроиднинг маъноси ажойиб булади: Беморлар узининг ёки яқин қариндошларнинг қумишида ихтироқ этишадилар. Кейин Котар васваси кушилади. Бир неча ойдан кейин беморлар кахексиядан вафот этишади, чунки овқатдан қунмаслик булишади.

Карилик психозлар (сенил психозлар)

Бу психозлар 65-70 ёшда ривожланадилар. 4,3% ни ташкил этадилар.

Сенил психозлар – бу тотал деменция ривожланиши ва рухий фаолиятнинг прогрессивли бузилишлар, бош мианинг атрофияси билан органик касалликдир. Карилик психозлар камдан кам патологоанатомик асослари билан рухий касаллик. Бош мианинг ҳажми кичкиналашади – пешона, чакка ва тепа булақларнинг атрофия хисобига. Бош миёна тумшуксимон булиб қолади. Мианинг каттик пардаси зич, шиш, лойка, миёна моддасига ушиб кетган, изилари текисланган, жуяклари кенгайган. Нейрофибрилларда ёғли бузилишлар пайдо булиб қоладилар (сенил друзлар).

Карилик акл заифлиги 3 босқичдан иборат:

1. Бошлангич
2. Дементли
3. Жисмоний ва рухий маразм

Бошлангич босқич шахснинг преморбид бичимларнинг кучайиб кетиши билан характерланади. Бундан кейин шахснинг даражасини пасайиши кузатилади: хотиранинг пасайиши, беморлар маҳтанчок буладилар, узининг имкониятларини туя баҳолайдилар, олдинги қурбатган хизматларини эслайдилар. Уларда эйфория, бегамлик, ҳулқ атворнинг беъманлиги, майлларнинг кучайиши (иштаха кучайиши, гиперсексуаллик, педофилия) ривожланади. Энг асосий симптом эса – хотиранинг қупол бузилишлари – Рибо қонун бўйича. Булардан ташқари фиксацион амнезия ҳам кузатилади, бу таъсирида амнестик ориентировка белгилланади.

Дементли босқич тотал, сенилли деменция ривожланиши, хотиранинг қупол бузилишлари, тафаккурнинг пасайиши билан характерланади.

Дементли босқичда бир неча шаклни ажратади:

- 1.Оддий шакл

Сенил деменция ривожланиши билан характерланади.

- 2.Кофабулятор шакл

Биринчи урнига хотиранинг конфабуляторли ёлгонлари чиқадилар. Бемор узининг опа, акаларини ота-онам деб ҳисоблайди. Уқишга кирмокчи булади ёки турмушга чикмокчи буладилар.

3. Делириозли шакл

Тотал деменция мухитда амнестик девориентировка ва галлюцинатор синдром кузатилади. Бемор ута ҳаракатчанг (стереотипли тиришиш симптоми), яъни беморлар узининг ёрдамчини, интилишларни тақдим этадилар.

Кир ювиш симптоми – беморлар худди кир ювмокчи буладилар.

Уз муносабатини билдирмок симптоми – беморлар врач ва бошка бемор суҳбатлашганда аралашадилар, бошка беморларга буйрук беришадилар.

Тинчланиш симптоми – ёмон сифатли симптом деб ҳисобланади. Бирор бир интеркуррентли касаллик ривожланганда пайдо булади. Беморлар физиологик турмуш тарзини утказадилар ва кейинчалик вафот булишади. Купинча пневмония касалликдан. Бу касалликни даволаш жуда ҳам қийин.

Альцгеймер касаллиги (1907 й)

60 ёшда бошланади. Купинча аёлларда учрайди, 8-10 йил давом этади.

Бошлангич симптом – хотиранинг купол бузилиши. Бу касалликга **"ойна симптоми"** характерли – бемор ойнага караганда узини тани олмайди.

Дарров учогли симптоматика кушилади – апроксия ва куриш агнозияси, кейин эса амнестик афазия ривожланади, у тотал сенсорли афазия, логорея, парафазия, аграматизм, моторли афазия, дизатрия, миоклония, полиопияга олиб келади. Кейин алексия – уқиш фаолиятини йуқолиши, аграфия, акалькулия, хореоформли миоклоник гиперкинезлар, паркинсонсимон гиперкинезлар ривожланади.

40% беморларда рухий бузилишлар белгиланади, яъни параноидли симптоматика, галлюцинаторли кузголиш, талвасали тутканоклар. Кейин эса бемор вафот булади.

Пик касаллиги (1892 й)

Хотира бузилишидан бошланади, дарров акл озоб чекади, тафаккур бузилади, апроксия ривожланади, нутк бузилади – эхология, сузларни беъмани кайтариш, тотал афазия. Акл заифлиги кузатилади. Акалькулия, алексия, аграфия Альцгеймер касалликдан кура кам учрайдилар.

АДАБИЕТ:

1. Кербиқов О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиқов Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969

15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пащенко. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

14 МАЪРУЗА

Психотерапия

Психотерапия, психотерапияда энг асосий даволаш усулидир. Лекин кенг маъносида эса психотерапия замонавий ҳамма тиббиётнинг даволаш асосий усулидан биридир. Мюллер айтишича "Психотерапияни хар бир врач эгаллаши керак, агарда у косиб эмас врач булмокчи булса".

Беморнинг организмига психотерапиянинг таъсирини иккинчи сигнал система оркали, мусбат, яъни даволовчи таъсирларнинг тупламлар деб куриш мумкин.

Психотерапия - бу беморларни даволаш ёки хулк атворни коорекция килиш максадли психологик таъсирдир.

Психотерапияда врачнинг асосий асбоби, беморнинг рухиятига таъсир киладиган суздир.

Психотерапия иккита катта булимларга булинади :

1. Умумий психотерапия ;
2. Хусусий психотерапия ;

Умумий психотерапия - бу рухий шикастланишни чикариб, атрофда курикли-тикланиш тартибни яратиб, бемор касаллик билан курашиш, кучни кутариш учун, беморга таъсирловчи рухий факторларининг комплексидир.

Хусусий психотерапия - қачонки рухий усуллар касалликни даволовчи асосий даволаши деб хисоблаганда кулланилади. Хусусий психотерапия куйидаги касалликларда кулланилади: неврозлар, реактив психозлар, психопатиялар, алкоголизм.

Психотерапиянинг максади:

1. Хар кандай профилдаги беморни тинчлантириш, хиссий диккатлигини, ташвишни, куркинчликни пасайтириш;
2. Кунгилга ёкмайдиган иухиятнинг куринишларини, патологикли психологик реакцияларини тугирлаш. Касалликнинг ички ва ташки куринишларини нисбат лойикага олиб келиш.
3. Беморни хасталик билан курашишга илхомлаштириш. Бутун организм хаётий системаларини, рухий системани, курирмайдиган компенсатор резервларни кутариш.
4. Касалликнинг аник дардчил куринишларини йукотиш, олиб куйиш.

Психотерапиянинг асосий усуллари:

1. Рационал психотерапия;
2. Суггестивли психотерапия
 - а) онгда ишонтириш;
 - б) гипноз холатда ишонтириш;
 - в) аутосуггестия - аутоген тренировка
3. Коллективли психотерапия (гурухдаги психотерапия);
4. Шартли-рефлектор хулк атвордаги психотерапия;
5. Аналитик психотерапия (асосий асбоб - психоанализ);
6. Психотерапиянинг бошка турлари - наркопсихотерапия, мусикопсихотерапия, эстетопсихотерапия.

1. Рационал психотерапия - беморга логик исботланган тушунтириш ёрдами билан тиъсир этиш. Лекин рационал психотерапия факат логик исботланган тушунтиришлар билангина эмас балким бевосита ишонтиришни ҳам уз ичига киргизади, яъни хиссий таъсири,

унинг учун бир неча дидактик ва риторикли усуллари ишлатилади. Сухбат шаклда утказилади.

2. Суггестивли психотерапия - бу маълум бир фикрларга, умидларга рухият таъсир билан ишонтириш. Лотин тилидан «суггестия» - «ишонтириш» деб таржима қилинади. Суггестивли психотерапия асосан беморга врачнинг психологик таъсирини курсатади.

Суггестивли психотерапия иккита гуруҳга бўлинади:

1. Онгда ишонтириш. Индивидуал ва коллективли бўлиши мумкин. Онгда ишонтириш асосан экспрессивли, буйруқдаги овоз билан утказилади. Кунда 2-3 дақиқадан 1-2 марта. Энг эффектли вақти уйқудан олдин ва уйқудан кейин дархол.

2. Гипноз уйқусида ишонтириш.

Гипноз - бу уйқу ва тетик орасидаги утадиган ҳолат. Бу аломатли уйқу. Врач билан беморнинг орасида нутқдаги алоқа сакланиб қолади. Бу алоқанинг номи - раппорт (франция тилидан таржимаси - алоқа).

Гипноз ҳолатда беморда тор локализациялашган кузгатувчи учоғ сакланиб қолади, яъни раппортни таъминлаган сохчи пункт. Шу вақтда бутун бош миёна пустлоғ сохаларида чуқур ички тормозланиш ривожланади.

Гипнозни 1843 йилда Бред (инглиз врач) тасвирлади.

Суггестив психотерапияда асосий асбоби - ишонтириш узидир. Ишонтириш тугри сузли ва қия бўлиши мумкин.

Гипноз учта босқичдан иборат:

1. Ухлатиш. Давомлиги - 15 дақиқа

2. Ишонтириш. Давомлиги - 15 дақиқа.

3. Гипноздан чиқариш (дегипнотизация). Давомлиги 5-10 дақиқа.

Сеанс давомлиги - 30-40 дақиқа.

Курсига 10 - 15 сеанс утказилади.

3. Коллективли психотерапия - бу беморларнинг бир-бирига муносабатли, даволовчи таъсир этиши. Коллективли психотерапия врач раҳбарлигида утказилади. Бу усул махсус ёки булган гуруҳларда утказилади. Гуруҳлар мақсад ва вазиятларга қараб тузиладилар. Бу гуруҳлар фаолиятини қучайтирадиган, тушунтирадиган, қалғитадиган бўлишлари мумкин. Энг эффектли гуруҳ - оилавий гуруҳдир. Бу натижада оилавий психотерапия тугилди. Оилавий психотерапия невроз, жинсий бузилишларни, дисгармонияларни, психозларни даволашида жуда ютуқлидир.

4. Шартли-рефлектор ёки ҳуқ атвордаги психотерапия.

Бу психотерапиянинг мақсади - патологик -шартли алоқаларни тормозлантириш ва тренировкалар билан ҳуқ атворнинг янги шаклларни урганиш. Бу усул чегараланган ҳолатларни даволашида ютуқли. Масалан фобия ҳолатларда.

5. Аналитик психотерапия. Бу психотерапиянинг асоси - З.Фрейд психоанализ теориясидир. Хусусий усуллари билан беморнинг айтилган фикрлари изоҳланадилар ва шу натижада онгнинг остига сиқиб чиқарилган фикр ва умидлари тикланади ва беморнинг онгига етказиладилар, шу натижада бемор узининг муаммосини тушунади. Муаммосини бўлиш - бу ютуқни, яъни салотматлигини яримидир.

Фикр ва умидларини билиш учун бемор билан сухбатлар, текширишлар утқазриладилар, оғоз ассоциацияларнинг ва тушларнинг маъносини очиш, қилинган хатоларни, гапда хато билан айтилган сузларни текшириш ва урганиш.

6. Аутоген тренировка. Психопрофилактика ва психогигиенанинг актив усулидир. Аутоген тренировка - организмнинг дастлабки ёки дастлабки-ихтиёрсиз функцияларини тартибга солиш имкониятини кутариш. Бу усулни 1932 йилда Иоган Генрих Шульц такдим этди. Шу вақтдан бери аутоген тренировка катта ютуқ билан фойдаланади.

Аутоген тренировка 6 боскичдан иборат бўлади:

1. Тана оғирлашиб кетган сезгисини пайдо бўлишига қаратилган узини ишонтириш ифодаларнинг комплекси;
2. Иссиқлик сезгисини пайдо бўлишига қаратилган узини ишонтириш ифодаларнинг комплекси;
3. Юрак уриш ритимни тартибга солишга узини ишонтириш ифодаларнинг комплекси;
4. Нафас олиш ритимини тартибга солишга узини ишонтириш ифодаларнинг комплекси;
5. Корин соҳасида иссиқлик сезгисини пайдо бўлишига узини ишоттириш ифодаларнинг комплекси;
6. Пешона ва чакка соҳасида совуқни сезгисини пайдо бўлишига узини ишонтириш ифодаларнинг комплекси.

АДАБИЁТ:

1. Кербиқов О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.
17. Аграновский М.Л. Частная медицинская психология и психиатрия. Андижан, 2005 – 290 с.;

15 МАЪРУЗА

Тиббий сексологияни фани, мақсад ва вазифалари.

Сексуал ривожланишнинг анатомо-физиологик асослари ва боскичлари.

Саломатлик соматик, рухий ва сексуаллига турланади.

Инсоннинг сексуал саломатлиги икки инсоннинг бир бирига маъкул келувчи физиологик, рухий ва ижтимоий аспектлар йигиндисидан иборат.

Сексуалликнинг ҳамма асосларини бошланиши хомила ичи ривожланишининг 7-12 ҳафталарида юзага чиқади. Худди мана ш даврда бош мия таркибида жинсий дифференцировкаси кечади: эркак жинсли хомилада эмбрионал андроген ажралади, бош миянинг чуқур қисмларда эса шу эмбрионал андрогенларни сезиш учун рецепторларнинг шаккилланиши бирга кечади. Аёл жинсли хомилада эса андрогенларнинг ажралиши кузатилмади, балким аёлларга ҳос рецепторлар шаккилланади. Бу инстинктларнинг анатомо-физиологик асоси деб ҳисобланади: оналик инстинкти, эркакларга ҳос агрессия, жинсга ҳос ҳуқ атвор, уйинларга ҳос муносабат.

Кейинчалик сексуал ривожланиш 3 боскичда шаккилланади:

I боскич – бу боскич бола туғилишидан бошлаб 7 ёшгача бўлган даврини ўз ичига қирғизади. Бу боскичда жинсий ўз-ўзини англаши шаккилланади, яъни ўзини жинсига ҳос англаши шаккилланади. Бу боскичда 5 ёш чуққиси ҳисобланади, яъни жинсий ўзи-ўзини англаши шунчалик аниқ шаккилланадики, уни ўзгатириши иложиси бўлмади.

Жинсий ўзи-ўзини англаши факат ташқи қуриниши билангина эмас, балким тана туғилиши билан ҳам аниқланади. Худди шу даврга жинсий қизиқишларнинг даври ўттири келади. Бола ўз баданини бошқа болалар баданларидан, жинсий аъзоларининг туғилишини, бир жинсдан бошқа жинсини фарқини ажрата олади. Бу процесс атроф дунё билиш билан бирга кечади.

Богчада болалар бир-биридан жинсий аъзоларини намоиш қилишни сурайдилар. Болалар бу даврда ҳали ўят деган нарсани билмайдилар. Тарбиячилар томонидан жазоланганда болада сексуал перверзия ва девиация ривожланиши мумкин. Болага ўнинг тилида нима учун болалар бир-биридан фарқланадилар тушунтириш керак. Она билан болани муносабатлари ҳам рол ўйнайдилар – агарда она билан болани муносабатлари етарли даражада бўлмаса, кейинчалик бу болаларда рухий депривация ривожланиши мумкин. Натижада эмоционал етукмас инсонлар шаккилланади. Усмирлик даврда худди шу болалар жинойтларни содир этадилар, эрта ва оsonгина жинсий алоқага қиришадилар. Бунга эришнинг асосий стимули – меҳр ва муносабатларнинг етишмовчилигини тулдириш. Натижада – бахтсиз оилалар қиқиши мумкин.

Илк давридан бошлаб бу болалар бошқа болалардан фарқланадилар – улар йиғлоқи, бақирчоқ бўладилар, лекин қулга олганда дарров тинчланадилар.

Бу боскичда бош миянинг жинсий такосланишининг бошланиш транссексуализм кузатилади.

Транссексуализмнинг 3 тури ажратилади :

1. Жинсий метаморфоз васвасаси – қачонки бола уз жинсий аъзоларини бошқа жинс аъзолари тузилишига эга эканлигига ишонч ҳосил қилади.

2. Гомосексуализм – узининг жинсига қарашли инсонларга жинсий майл.

3. Транссексуализм – бола узини бошқа жинсига ҳос ҳисоблайди. Ҳаммадан алоҳидаланиб яшайди. Бу ситуациядан чиқиш учун жароҳлик йули билан жинсини ва паспортни узгартиради.

II боскич – жинсий бошқарув ҳулк стереотипини шаккилланиши.

3-5 ёшда бошланиб 8-12 ёшгача бўлган даврини уз ичига киргизади.

Жинсий уз-узини англашни шаккилланишига қараб бола уз жинсига ҳос бўлган ролини эгаллайди. Бунда микроижтимоий факторлар катта рол уйнайдилар, яъни ота-онанинг бир-бирига муносабатлари.

Трансбошқарув ҳулкани бузилиши албатта жинсий ривожланишига таъсир қилади. Шунинг учун болани бошқа жинсга ҳос ишларни қилишига ургатиш керак эмас. Агарда уғил болага кизларнинг ишларини буюришса ва кизларга ухшаб туриб тарбиялانشа, келгусида бу болалардан гомосексуаллар ривожланидлар.

III боскич – рухий ориентацияни шаккилланиши, яъни жинсий майлни пайдо бўлиши. Бу боскич 8-12 ёшдан бошлаб 18-25 ёшгача давом этади. Бу боскич узи 3 боскичдан иборатдир:

1 боскич – жинсий майлнинг платоник компонентини шаккилланиши. Бу боскич кизларда биринчи хайздан бошланса, уғил болаларда эса биринчи поллюциядан бошланади. Бу боскич ёшлар севгиси билан ифодаланади ва кизларда эртарок пайдо бўлади.

2 боскич – майл боскичнинг эротик компонентини шаккилланиши. Жинсий алоқасиз ёки унинг иммитация билан утади, яъни қучоқлаш, силашларга интилиши билан утади. Уғил болаларда биринчи боскичдан иккинчи боскичга тез утиши кузатилади.

3 боскич – сексуал компонентини шаккилланиши. Уғил болаларда тез пайдо бўлади.

Сабаблари :

1) Уғил болаларда биринчи поллюция сабабга боғланмаган ҳолда оргазм билан кузатилади.

Оргазм, бу вақтинча пайдо бўладиган функционал системанинг асосида пубертат ёшдан то инволюцион ёшгача бўлади. Бу системанинг ривожланишида асаб, эндокрин, қон томир, рухий ва жинсий-ажратиш системалари иштирок этадилар.

2) Кизларда жинсий майлнинг секинроқ пайдо бўлишига сабаби: биринчи хайзлари ёқимсиз кечинмалари билан, кизлик пардасини олишини қурқув билан кечади, ҳомиладор бўлиб қолишдан қорқиш ва аёлларда оргазм дарров пайдо бўлмайди.

Бу даврда киз йигитни, йигит эса кизни тушинмайди.
Купчилик аёллар эротик даврда колиб кетадилар.
50% холатларда кизлар номус тегишига узлари сабабчи булишади.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
- 10.Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
- 11.Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
- 12.Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
- 13.Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
- 14.Бенциков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
- 15.Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пащенко. М. 1998
- 16.Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.

16 МАЪРУЗА

Аёл ва эркакларда сексуалликни анатомо-физиологик асослари.

Сексуаллик бузилишларнинг асосий белгилари.

Этиологий ва патогенезнинг саволлари.

Эркаклардаги сексуалликнинг асосий қуринишлари:

1. Эрекция
2. Эякуляция
3. Оргазм
4. Либи́до

Эрекция – бу кон-томирли рефлекс акт бўлиб, жинсий алоқа ва имми-сияни утказиш учун жинсий аъзонинг ҳажмини катталашishi ва каттиклаши-ши. Эрекция тутилган пайтдан бошлаб пайдо бўлади.

Эрекциянинг фазалари :

- 1 фазаси – тинчлик фазаси ;
- 2 фазаси – тулиш фазаси (шеригининг қуринишига, стимуляцияга, ёшига боғлиқ бўлади) ;
- 3 фазаси – эрекция фазаси (ҳажми доимий бўлади ва узгармайди) ;
- 4 фазаси – детумесценция фазаси ;

Эрекция веналар қисилиши, артериялар кенгайиши, бел қисмдаги 3-4 умурткалар соҳасидаги асаб чигаллари, парасимпатик ва симпатик асаб система иши ҳисобига пайдо бўлади.

Эрекция турлари :

1. Спонтанли (жинсий стимулсиз пайдо бўлади);
2. Адекватли (жинсий стимул билан пайдо бўлади);

2. Эякуляция – бу мурракаблашган рефлекс-ҳаракатли акт бўлиб, симпатик ва парасимпатик асаб системаларнинг иштирокида пайдо бўлади. Бу ҳолатда уруғ суюқлиги (сперма) канал бўйича силжиб ташқарига чиқарилади, оргазм ва спермани утиш сезиши билан утади. Нормада ҳар бир ташланганда 3-4 порция 0,8 сония интервали билан қузатилади.

Эякуляция турлари :

1. Боғланмаган эякуляция (қундузги вақечки поллюциялар);
2. Жинсий алоқадаги эякуляция

Поллюция – бу эротик стимул билан боғланмаган, адекват ёки ноадекват стимуллар натижасида, қутилмаган уруғ ажратиши .

Поллюцияни иккита тури бўлади:

1. Тулик (эрекция, уруғ ажратиш, оргазм);
2. Редукциялашган (оргазм билан қузатилмайди, жинсий аъзо қучсиз бўлганда).

Жинсий эксцесс – 3-4 порцияларда сперматозоидлар йуқолиб кетадилар ва 2-3 суткадан кейин пайдо бўлишади.

Фантазиоген эякуляция – фантазияларга уч одамларда ва рухий беморларда учрайди.

3. Оргазм. Эркакларда уруг ажратиш билан махкам боғланган.

4. Либи́до – бу жинсий майл. Эркакнинг жинсий ҳаётининг энг мурракаб компоненти деб ҳисобланади. Либидонинг энергетик таркиби эндокрин система билан боғланган. Либидонинг йуналиши юкори рухий процессларга асосланган.

Эркакларда сексуаллик бузилишлари :

1. Эрекцияни пасайиши;
2. Уруг ажратишни тезлашиши;

Нормада жинсий алокани давомлиги – 2-3 дақиқа. Агарда жинсий алокани давомлиги 1 дақикадан ёки 26-30 фрикциядан кам бўлса – бу ҳолат тезлашган уруг ажратиш деб ҳисобланади.

3. Суст оргазм;
4. Либидонинг пасайиши.

Купинча жинсий ривожланиши орқада қолганда, паст жисмоний ва рухий ривожланиши қуринишларда, сексуал ва микроижтимоий факторлар асосида учрайди.

Даволаш :

Сексуал бузилишларни даволатганда ҳамма сабабларини, жинсий ҳаётнинг давомлигини ҳисобга олиш керак. Чет мамлакатларда ҳозирги пайтда қуп қулланаладиган Masters et Dqonsen методикасидир.

Аёлларда сексуалликнинг асосий қуринишлари :

1. Либи́до ;
2. Оргазм ;

Аёлларнинг сексуаллиги эркаклардаги сексуалликдан катта фарқ қилади. Аёлларда либи́до платоник ва эротик босқичларда қолиб қетади. Сексуал либидонинг ушлаб қолиши – аёлларнинг асосий муаммосидир.

Оргазм аёлларда дарров пайдо бўлмайди. Нормада фақат 50% жинсий алоқаларда оргазм қузатилади. Уйқу пайтидаги ва қундузги (адекват ва ноадекват) оргазмни ажратишади. Қундузги оргазм қузғолишнинг энг пастки бусағасида пайдо бўлади. Нормада оргазм эротик тушларда утқазгандан кейин пайдо бўлади. Климакс пайтида ҳамма аёлларда учрайди.

Оргазмни пайдо бўлиши:

- 7 ёшгача бўлган қизларнинг 3 % да оргазм қузатилади;
13 ёшгача бўлган қизларнинг 15 % оргазм қузатилади;
35 ёшда оргазм 60 % аёлларда пайдо бўлади.

Оргазмнинг турлари :

1. Клиторли;
2. Вагинал;
3. Таркалган

Купинча бир чуккисидаги оргазм кузатилади. Оргазмнинг кечиши турлича булади ва уни пайдо булишида эроген сохалар катта рол уйнайдилар. Эроген сохаларни ривожланишида онанинг меҳри катта рол уйнайди, купчилик аёлларда эроген сохалар ишламайдилар – чунки болалик даврда улар она меҳрини тулик сезмаганлар. Меҳрини куп курган кизлар дарров жинсий алокага интилишмайдилар. Тугрукдан кейин оргазм йуқолиб кетиши ҳам мумкин.

Купчилик ёш аёлларда вагинизм ҳам кузатилиши мумкин.

Вагинизм – бу кин мушакларнинг спазми. Истерик муҳитда, дефлорациядан куркув асосида келиб чиқади, бу натижада жинсий алокани утказгани иложиси булмайди.

Бу ҳолатни даволашида кенгайтирувчилар билан биргаликда гипноз утказилади.

Даволаш :

Ҳозирги пайтда чет мамлакатларда *Masters et Djonsen* методикаси кулланилади.

АДАБИЕТ:

1. Кербиков О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пащенко. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.

17 МАЪРУЗА

Перверзия ва девиациялар. Этиология ва патогенез. Девиация ва перверзияларнинг асосий клиник шакллари. Сексуал бузилишларнинг терапия ва профилактикаси.

Гетеросексуал жинсий алокадан ҳар қандай бузилиш перверзия деб номланади. Бунда жинсий майл бузилган – бошқа томонга ёки бошқа объектга қаратилган.

Перверзиялар жинсий алокани эгаллайдилар. Хамма нарса бузилган перверзив қуришда амалга оширилади.

Перверзли бузилишларнинг бир неча қуринишлари бўлади :

1. Перверзли интилишлар – бунда бузилган майлнинг элементлари пайдо бўладилар. Лекин булар фақат ҳаёлда амалга ошадилар.

2. Перверзли элементлар – бу майлнинг кичик бузилишлари – нормага қушиладилар ва сексуалликни бузмайдилар. Масалан, деярли ҳар бир эркакда узининг фетиши бўлади, лекин бу жинсий алокани бузмайди.

3. Перверзиялар узи – бузилган жинсий майл.

Перверзияларнинг сабаблари :

1. Хамма перверзиялар ортирилган бўлади. Перверзияларнинг биологик сабаблари йук;

2. Перверзиялар сексуал ривожланишда муаммолари бўлгандагина шаклланадилар. Булардан пубертат ривожланишнинг тезлиги ва муддатининг бузилиши, жинсий уз-узини англашнинг бузилиши, жинсий-ролли ҳулқ атворнинг стереотипини бузилиши.

Немис сексопатологи Дернер транссексуалларни текширганда уларда гормонларнинг алмашув бузилишини ошқор қилди : эркакларда гормон алмашуви аёлларнинг алмашувида-ка, аёлларда эса – эркакларнинг алмашувида кузатилади. Бу сексуал перверзияларнинг биргина биологик сабаби.

3. Асосан перверзиялар жинсий ривожланишнинг бевақт ёки орқада қолганда шаклланадилар:

а) жинсий ривожланишнинг бевақт шаклланиши

Оргазм дарров пайдо бўлган сабаби билан , у перверзияни тайинлайди (6-8 ёшда). Бу жихат инсоннинг сексуаллигини мағиси бўлади. Баъзида бу бузилиш тугма деб ҳисобланади, унинг ривожланишида микроижтимоий факторлар рол уйнайдилар , угил бола кизлар билан қуп уйнаганда ривожланиши ҳам мумкин.

б) жинсий ривожланишнинг орқада қолиш муҳитда

Бунда перверзиялар фақат чегараланган бўладилар, маъгизли ҳеч қачон бўлмайдилар. Масалан, транзиторли гомосексуализм, қачонки шериги йук бўлганда пайдо бўлади. Бу перверзиялар энг оддий перверзиялар деб ҳисоланадилар.

Агарда перверзиялар қатта ёшда пайдо бўлишса, улар албатта нормал жинсий алокани бажармайдиган ва қурқинчлик ҳолатга олиб қелишади. Гетеросексуал алоқаларда амалга ошириладилар. Буларнинг ривожланишларда микроижтимоий факторлар, яъни биринчи сексуал тажриба ва тарбия хусусиятлари рол уйнайдилар.

Перверзияларнинг таснифи:

1. Объект бўйича:

а) Нарциссизм (аутофилия, аутоэротизм, аутомоносексуализм) – узини яхши қуриш. Гомосексуалистларга ҳос бўлади.

б) Эксибиционизм – жинсий аъзоларни очиб қурсатишга майили. Гетеро- ва гомосексуалли бўлиши мумкин. Объект билан алоқаси мусофа бўлади. Иккита варианты ажратилади:

1. Садистик варианты – аёлларда васвасани қақиритиш учун. Бунда аёлнинг васвасаси жинсий қоникитишига олиб қелади.

2. Мазохистик варианти – бунда эркакнинг узининг васвасаси жинсий коникишига олиб келади. Бемор узини олиб кочмайди, у одам куп жойларни таллайди ва аёл канча каттик сукинса – шунчалик бемор жинсий коникишига етади.

в) Визионизм (вуайеризм, скопофилия) – бу жинсий алокага ёки ёлонгоч инсонга бокиб туриш ва шу натижада жинсий коникиш. Бу жинсий майил ёш болаларда, усмирларда пайдо булиши мумкин. Порнография визионизмнинг тури деб хисобланади.

г) Фетишизм (символизм) – бу айрим нарсаларни ибодат килиш ва унга берилиш. Бунда инсоннинг урнини бирорта бир нарсаси эгаллайди. Фетишизмнинг тури ретифизм хисобланади.

Ретифизм – бу оёк киймларга жинсий майил. Ретифизм сузи француз беморнинг Ретир де ля Бритон исмидан пайдо булган. Бу беморда болаларнинг кора ботинкаларидан жинсий кизикиш кузатилган.

Фетишизмнинг яна бир тури эонизмдир – карши жинсга карашли кийимларидан жинсий кизикиш. Фетишистлар баъзи бир вақтларда нарсаларни угирлайдилар.

Трансвестизм - бу ҳолат ҳам фетишизмнинг тури деб хисобланади. Трансвестизмнинг 3 тури ажратилади :

1. Жинсий ролли трансвестизм – карама карши жинсига карашли нарсалири хаяжонлантирадilar. Бемор шу нарсаларни кияди, лекин атрофдагиларга курсатмайди;

2. Жинсий ролли хулк – бошка жинсга тегишли кийимларини кийиш ва шу жинснинг ролини уйнаш;

3. Чин трансвестизм – уз-узини жинсий англашнинг бузилиши. Инсон узини карши жинсдаги инсон деб хисоблайди.

Унинг тури гомовестизм туридир – бу узининг жинсга карашли инсоннинг нарсаларини кийиш ва шундан жинсий коникиш.

Тисвестизм – болаларнинг кийимларини кийиш ва шу натижада жинсий кизикиш.

д) Монументофилия (пигмалионизм, иконофилия) – бу хайкал, суратларни яхши куриш.

е) Зоофилия (скотоложество, зооэрастия) – бу хайвонларга каратилган жинсий майил. Усмирларда транзиторли, яъни утиб кетадиган, булиши мумкин. Купинча аёлларда учрайди.

ж) Некрофилия – уликларга жинсий майил. Купинча бу ҳолат моргдаги ходимларда учрайди.

з) Гетерохромофилия – бу терининг ранги бошка булган инсонларга жинсий майил.

2. Объектнинг ёшига хос сексуал перверзиялар:

а) Педофилия (инфантисексуализм, инфантофилия) – бу ёш болаларга каратилган жинсий майил. Купинча усмирларда ва 35 ёшдан утган эркакларда, жинсий муаммолари билан инсонларда учрайди.

б) Эфебофилия – усмирларга каратилган жинсий майил.

в) Геронтофилия – каринсонларга каратилган жинсий майил.

3. Объектнинг жинсига хос сексуал перверзиялар:

Гомосексуализм .Эркакларда кузатилса – инверсия ёки уранизм, аёлларда эса – лесбийлик ёки сафизм деб номланади. 3,5 % эркакларда ва 1-2 % аёлларда учрайди.

Гомосексуализм – бу узининг жинсига хос инсонларга жинсий майил. Иккита шакли ажратилади – актив ва пассив.

4. Жинсий-ролли перверзиялар:

а) Трансролли – эркаклар аёл ролини, аёл эса эркак ролини уйнайди.

б) Гиперролли – роли ута патологик кучайтирган. Эркакларда купинча садизм куринишида пайдо булади – актив алголагния. Аёлларда эса мазохизм куринишида пайдо булади – пассив алголагния, флягелятизм.

5. Жинсий коникиш натижасига етиш йули буйича сексуал перверзиялар :

в) Осфрейзерофилия (ретифлекс, осмофилия) – бунда жинсий кизикиш ёкимсиз хидлардан пайдо булади (терининг хиди, оёқларнинг хидидан).

г) Пикацизм – сийиш пайтини кузатиш натижасида жинсий коникиш.

д) Фроттаж – карама-карши инсонларнинг баданига ишкалаш ва шу натижада жинсий коникиш.

е) Плюрализм – гурухли жинсий алока

ж) Дон Жуан синдроми – сексга гаразлик. Жинсий алокадан кейин кизикиш йуқолиб кетади, аслида сексга психологик лобеллиги кузатилади.

Даволаш:

1. Хулк атвордага терапия ;
2. Адверзивли терапия – ток билан жиркашишни пайдо килиш терапияси;
3. Психожаррохлик – купинча чет мамлакатларда ишлатилади. Сексуал марказни бузишга қаратилган жаррохлик.
4. Психоаналитик (Голлант) методикаси 3 боскичдан иборат :
 1. Сексуал вакуумни пайдо килиш. Бу пайтда рационал ва гипнотерапия утказилади;
 2. Психокоррекция билан сексуал майилнинг тугри ривожлантириш;
 3. Амалга ошириш боскичи (аёл ёки эркак танаси билан алокани пайдо килиш).Яъни бу инсоннинг қайта куриш методикаси.
Сексуал майилларни пасайтириш учун нейрорептиклар ишлатиладилар.
Перверзиялар купинча рухий касалликларда учрайдилар, шизофрениянинг энг эртаги белгиси булади. Агарда перверзиялар узгармайдиган булишса – прогнози яхши деб ҳисобланади. Лекин ҳар қандай перверзия – бу сексуалликни етишмаганлиги.

Жинсий ҳаракатларнинг шакллари :

1. Плюрализм – гуруҳдаги секс ;
2. Промискуитет – тартибсизли жинсий алоқалар;
3. Триализм – урта инсон орасидаги жинсий алока;
4. Оилавий проституция – қачонки хотин билан эрнинг алоқаси факат совга учун пайдо булади.

АДАБИЕТ:

1. Кербиқов О. В. Психиатрия. М. 1969
2. Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных. М. Медицина. 1982
3. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1893
4. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1-2, М. 1984
5. Рожнов В.Е. (под ред.) Руководство по психиатрии. Т. 1993
6. Снежневский А.В. (под ред.) Справочник по психиатрии. М. 1985
7. Мурталибов Ш.А. (под ред.) Справочник по психиатрии. Т. 1993
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Т. 1995
9. Каннабих Ю.В. истории психиатрии. 1928
10. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. "М". Л. 1926
11. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психиология. М. 1986
12. Алимов Х.А., Манасыпова И.Х. Некоторые вопросы организации и развития психиатрической помощи в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. Т. 1996
13. Мурталибов Ш.А., Турсунходжаева Л.Н., Хаитбаева И.М. История развития психиатрической науки в Узбекистане. Труды Ташкентской психиатрической больницы. III том. 1996
14. Беншиков Б.М., Невзорова Т.А. Учебник по психиатрии. М. 1969
15. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Перевод с англ. М.В. Пашенкова. М. 1998
16. Клиническая психиатрия. Перевод с англ. Под редактор Т.Б. Дмитриева. М. "М" 1999.