

МАЪРУЗА № 5

Мавзу : “Алкоголизм”

Алкоголизм тушунчаси. Эпидемиология, патогенези. Уткир алкогольли захарланиш, патологик мастлик. Алкоголизм клиникаси, ёшига ва жинсига караб кечиш хусусиятлари. Алкоголизм оқибати. Даволаш. Алкоголли психозлар. Клиник вариантлари. Даволаш ва профилактикаси.

Режа:

- 1. Алкоголизм касаллигининг этиологияси ва патогенези**
- 2. Сурункали алкогольли касаллигининг клиникаси.**
- 3. Алкогол психозлар.**
- 4. Алкоголизм касаллигининг профилактикаси**
- 5. Алкоголизм касаллигининг даволаш принциплари**

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм сабаблари

Алкоголизм ижтимоий ва тиббий аспектга эга. Ижтимоий маънода алкоголизм деганда жамият фаровонлигига ва криминал ҳолатга, инсонларнинг соғлиғига, турмушига, меҳнатига путур етказувчи номеъёрий спиртли ичимликларни ичиш тушунилади. Тиббий маънода алкоголизм – бу организмнинг ички органларида ва тизимларидаги ўзгаришлар, аниқ руҳий бузилишлар билан борадиган, спиртли ичимликларга қарамликнинг ривожланиши билан ўтадиган, доимий алкоголь истеъмол қилиш натижасида юзага келувчи сурункали касаллик ҳисобланади. Руҳий бузилишлар алкогольга патологик мойиллик, тобелик, ҳумор (похмель) синдромини пайдо бўлиши, мастликни ўзгарган ҳоллари, чидамлиликини ўзгаришлари (организмни этанолга чидамлилиги) ва шахснинг тилиқ ўзгаришларини ривожланиши билан намоён бўлади. Алкоголизмда юрак-қон томирлари, асабтизимини, бутун ички аъзолар ва бош миёна касалликларининг ривожланиши муҳим аҳамиятга эга. Баъзан алкоголизмни ичкилик ҳасталиғи деб аталади.

Алкоголизм – инсониятнинг қадимги ҳасталиқларидан бири ҳисобланади, чунки одам ҳаётида «вино ичиш» қадимги одат бўлиб келган. Аммо винони баъзан камдан кам истеъмол қилинганда ҳастаик ҳолати кузатилмасада, алкоголизм эса – спиртли ичимликларни сурункали суистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган ҳасталиқдир.

1901 йилда таниқли руҳшунос С.С.Корсаков этанолни истеъмол қилишда «вақти-вақти билан суистеъмол қилиш» ва «сурункали истеъмол қилиш»га бўлишни таклиф этган. Вақти-вақти билан суистеъмол қилишда – алкогольга (меъёрдан ортиқ ичкилик ичишда) мойиллик бўлади, аммо алкогольда тобеъ бўлиш ҳолати кузатилмайди. Алкоголизмда эса одамда алкогольга тобеъ бўлиб қолишлар кузатилади, яъни ичкиликка муккасидан кетади. Алкоголизмга чалинган беморларни этанолдан маҳрум этиш – ўлим билан тугаши мумкин бўлган оғир органик ва руҳий бузилишларга олиб келади. Меъёрдан ортиқ ичкилик ичиш ҳолатларда алкоголизмга нисбатан кўпол руҳий бузилишлар бўлмайди. Шундай қилиб, алкоголизмга чалинган беморлар наркологлар миждози бўлиб қолмоқдалар, «маиший ичкиликбозлик» эса тиббиёт нуқтаи назаридан ташқарида бўлиб, ичувчиларга нисбатан маъмурий-ҳуқуқ ва тарбиявий чора-тадбирлар қўлланилади.

Алкоголизм (ичкиликбозлик, арақхўрлик) – Бутун дунё учун улкан ижтимоий-тиббий муаммодир. Айрим Европа давлатларида, унинг тарқоқлиғи катта аҳолининг 10% ташкил қилади. Шу билан, ҳамма ерда ичкиликбозлик, айниқса, аёллар орасида ўсиб бориши кузатилади. Дунё статистикаси кўрсатадики, 1939 йилдан бошлаб, урушдан олдинги йилга нисбатан алкоголизм билан касалланиш 2,5-3 маротаба ошган ва ўсмоқда.

Ўзбекистон Республикасида наркологик тизими мавжуд ва 2001 йилга наркологик диспансерларда алкоголизм билан 6-7 млн. бемор назоратда туради. Агарда статистикага кирмаган ва тиббий ёрдам олмаган ҳар бир назоратда турган беморга яна 3-4 одам тўғри келишини инобатга олинса, алкоголизмга чалинган беморларнинг умумий сони 28-30 млн.га етади. Алкоголизм билан касалланиш иқтисодий ва ижтимоий ҳаёт тарзини

ўзгаришлари билан боғлиқ ҳолда ўсиб бормоқда ва ҳозирга алкоголизмга чалинганларнинг аниқ ҳисоби йўқ. Касалликнинг ўсишини аҳолининг жон сонига спиртли ичимликларни истеъмол қилинишидан таҳлил қилса бўлади.

XX асрнинг охирига МДХ давлатларида спиртли ичимликларни истеъмол қилиниши аҳолининг жон сонига 14 л ни ташкил қилган. Кўп Европа давлатларидан фарқи шундаки, булар кучли ичимликларни истеъмол қилишади ва статистикада ўзи тайёрлаган спиртли ичимликлар ва суррогатлар истеъмол қилганлар ҳисобга олинмаган. Охирги йилларда аҳолининг алкоголь таъсирида ирсий коди ўзгариши ҳақида, ички аъзоларнинг туғма нуқсонлари ўсиб бораётгани ва руҳий ноетукликлар ҳақида хабарлар пайдо бўлди. Кўпинча кўп жиноятлар алкоголь маст ҳолатида содир бўлади.

Алкоголни организмга бўлган таъсири асосан жигарнинг кириб бораётган этанолни сирка жавҳари (уксус) ва сувга парчалаш хусусиятига боғлиқ. Жигарнинг имкониятлари эса ўз навбатида наслдан-наслга ўтувчи ва ирсийтда белгиланган фаолигга эга бўлган алкоголь дегидрогеназа ва ацетальдегиддегидрогеназа ферментлар таъсири билан боғлиқ. Бу ферментлар жигарнинг базал метаболизмини шакллантиради. Одамнинг спиртли ичимликларни истеъмол қила олиши ҳам шунга боғлиқ бўлади. Жигарнинг базал метаболизми ёки ферментлари фаоллиги юқори бўлган одамлар соғлиғига путур етказмай алкогольни кўп миқдорда истеъмол қилишлари мумкин. Бундай одамларда алкогольга кўникиш, яъни тобёлик кузатилади. Жигарнинг паст базал метаболизми билан бўлган одамларда оғир хумор бости ҳолати юзага келади. Буларда бошқаларга нисбатан руҳий бузилишлар, ички аъзолар ҳасталиклари ва ниҳоят ичкиликбозлик тез ривожланади. Жигарнинг базал метаболизми шуни кўрсатадики, алкогольни суистеъмол қилувчиларнинг 10% алкоголизмга чалинади, 90% эса ичувчилар бўлиб қолади. Аммо оғир руҳий бузилишлар фақат алкоголизмда учрайди ва ривожланади.

Сурункали алкоголизм

Сурункали алкоголизм – спиртли ичимликларга патологик хирс қўйиш (руҳий ва жисмоний мойиллик) билан, алкоголь истеъмол қилиш тўхтатилганда хумор синдроми пайдо бўлиши, кейинчалик соматоневрологик бузилишлар ва руҳий шахс ўзгариши билан кечадиган ҳасталик ҳисобланади. Бу касаллик жамият учун ҳам, беморнинг ўзи учун ҳам ноқулай бўлган ижтимоий оқибатларга олиб келади. Алкоголизм нафақат тиббий, балки ижтимоий муаммо ҳамдир. Алкоголизм ҳолатик алкоголь ичишдан бошлаб, секин-аста ривожланади. Алкоголизмнинг спиртли ичимликларни узоқ вақт суистеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган тиббий оқибатларидан фарқ қилиб, кўпгина ижтимоий оқибатлари касалликнинг эрта босқичларида шаклланиши мумкин. Бу аввало алкогольнинг мастлик чақириши ва психотроп таъсири билан боғлиқ. Алкоголизмнинг ижтимоий оқибатлари турлидир. Хусусан, уларга йўл-

транспорт ҳодисаларининг ошиб бориши киради. Бу муаммонинг ошиб боришига иқтисоди ривожланган давлатларда йилига транспорт воситаларининг ошиб боришигина эмас, балки ўз ишини пухта билмайдиган ҳайдовчиларнинг кўпайиши ҳам сабаб бўлмоқда.

Алкоголизм қонунбузарлик билан чамбарчас боғлиқ. +амоқхонадан текширувлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, ўта хавфли жиноятчиларнинг 40% илгари маст ҳолатда 6 мартадан кўп қилган жиноятлари учун судланганлар. Алкоголизмнинг замонавий таснифи асосига клиник-динамик принцип қўйилган. Бизнинг юртимизда касалликнинг 3 босқичга ажратувчи тасниф қабул қилинган.

Текширув пайтида бор бўлган алкоголизмнинг клиник кўринишлари, биринчи ўринда касалликнинг босқичига боғлиқ.

Айрим белгилар алкоголизмнинг I босқичида бўлмайди, улар II ёки III босқичларда пайдо бўлиши мумкин, айримлари эса ҳамма босқичларда учрайди, лекин уларнинг намоён бўлиши алкоголизмнинг оғир-енгиллигига боғлиқ. Бу эса уларни клиник вариантларга бўлиш мумкинлигини кўрсатади. Аммо беморнинг индивидуал хусусиятлари ҳам алкоголизмнинг клиник кўринишига ўз таъсирини ўтказди. Алкоголизмнинг бир босқичидаги беморларда касалликнинг клиник кўриниши бир хил бўлмайди. Бу вариациялар алкоголизм ўсиб боришининг фарқланиши, алкоголь суистеъмолининг шакллари ва алкоголизмнинг бошқа муҳим тавсифистикалари билан аниқланади. Буларнинг ҳаммаси алкоголизмни шаклланиши қайси ёшга тўғри келганини, шахснинг преморбид хусусиятлари йўлдош соматик ҳасталиклари, истеъмол қилаётган спиртли ичимликларнинг тури билан боғлиқ бўлади.

Биринчи босқич. Ҳасталикнинг I босқичида (бошланғич ёки неврастеник деб аталади) алкоголизмнинг қуйидаги энг муҳим белгилари кузатилади: ичкиликка хос бирламчи патологик интилиш (мойиллик), миқдорий назоратининг сусайиши, алкогольга чидамлилигини ўсиши ва алкоголь амнезиялар (хотира йўқолишлари). Бирламчи патологик мойиллик бу босқичининг асосий белгиси ҳисобланади ва катта аҳамиятга эгадир, миқдорий назоратининг йўқолиши, алкогольга чидамлилиги ўсиши ва алкоголь амнезиялар эса катта аҳамиятга эга эмас. Бу учала белгиларнинг ҳар хил намоён бўлиши натижасида ҳасталикнинг клиник кечиши (ўзгарувчан бўлади) яққол ўзгаради. Алкоголизмнинг I босқичи 50% ҳолатларда 25 ёшгача шаклланади, қолган кузатувларнинг кўп қисми 25-30 ёшга тўғри келади, фақат касаллик ривожланишининг оз қисмини катта ёшдаги беморлар ташкил қилади. I босқичнинг давомийлиги кўпинча 1 йилдан 6 йилгача бўлади.

Алкоголга бирламчи патологик мойиллик фақат ичкилик ичиш билан ўтадиган маросимлар пайтида пайдо бўлади (оилавий байрамлар ва ҳ.к.) – кечими енгил, вазиятни ифодаловчи шаклда юзага келади. Беморлар «ичкилик ичиш» мақсадида бундай маросимлар ўйлаб топадилар ва тезлатадилар. Ўзлари жонланиб кетадилар, ҳамма ишларини ташлаб, дастурхон ёзиш билан овора бўлишади. Агар ичкилик ичишга маълум

тўсиқлар пайдо бўлса, беморнинг руҳ-кайфияти тушиб кетади, улар жаҳлланадилар, қониқарсиз бўлиб қоладилар.

Алкоголга миқдорий назоратининг сусайиши – беморлар озгина ичгач пайдо бўлиб, улар ўз мастлик ҳолатини кучайтириш учун жуда кўп, меъёрдан ортиқ ичадилар ва оғир ҳолатдаги мастликка тушадилар. Алкоголга патологик мойилликнинг ташқи кўриниши «навбатдаги қадахни кўтаришга шошилиничи», «доирадан ошиб кетиши», харид қилинган алкогольни ҳаммасини албатта ичиб тугатишга интилиш, спиртли ичимликлар турини фарқиға етмаслиги ва ҳ.к. каби белгилар билан намоён бўлади. Шу билан бирга касалликнинг I босқичида енгил мастлик ҳолати билан чегараланиш хусусияти сақланиб қолади, айниқса, атрофдагиларнинг ичкиликка манфий таъсири ёки эртанги кунга қандайдир муҳим ишнинг борлиги бўлса.

Алкоголга чидамлилиқнинг ошиб бориши шунда кўринадики, бунда биринчи қабул қилинган спиртли ичимлик миқдори аввалги «маст» ҳолатига олиб келмайди. Аввалгидек «маст» бўлиш учун ичкилик миқдорини 2-3 баробар ошириб ичадилар, ичкиликка чидамлилиқнинг ошиши «қайт қилиш»нинг (ҳимоя рефлекс) йўқолиши билан кузатилиб, ўрта ёки оғир даражадаги мастликка олиб келади.

Таркибида алкоголь миқдори кам бўлган спиртли ичимликлардан кучли ичимликларга ўтиши мумкин. Бундай мастликдаги беморлар мастлик ҳолатидаги ҳодисаларни эсларида сақлай олмайдилар (наркотик амнезиялар). Амнезиялар даврий кечади ва оғир мастлик ҳолатига олиб келувчи кўп миқдорда алкоголь ичгандан сўнг юзага келади.

II босқич. У касалликнинг I босқичи белгиларининг кучайиши билан бир қаторда II босқич учун асосий бўлган белги – абстиненция ҳолатининг пайдо бўлиши билан ифодаланади ва ҳасталиқни узоққа кетганини ёритади. Бундан ташқари мастликни ўзгарган турлари ривожланади, алкогольни доимий истеъмол қилиш шакллари, шахснинг преморбид хусусиятлари ўткирлашади.

Бирламчи ичкиликка мойиллик алкоголизмни II босқичида кучли ифодаланиб, фақат ичкилик ичиладиган маросимлар вақтидагина эмас, балки ўз-ўзидан ҳам пайдо бўлади. Бу босқичдаги беморлар ичкилик ичиб олганларида, уларда «ичкиликка бўлган талаб» янада кучайиб кетади, яъни ичимлик миқдори назорати бузилиши кузатилади. Шу вақтда беморларни ҳеч қандай йўл билан ичкиликдан тўхтатиб бўлмайди. II босқичнинг биринчи йилларида ёритилган асосий белгилари енгил кечади, III босқичга ўтар даврда эса – оғир кечиши кузатилади. II босқич даврида ёки мобайнида, ҳар бир алоҳида белгиларнинг клиник динамикаси ҳар хил кечиши мумкин. Баъзан ҳасталиқни оғир даражасини кўрсатиш учун алкоголизмни I ва I-II, II ва II-III босқичларга ажратилади.

Алкоголизм II босқичи неча ёшдан шаклланиши ва қанча вақт давом этиши ҳақида кам маълумотга эгамиз. Кўпинча, II босқич 25-35 ёшларга шаклланиши, 60% да 10 йил давомида кечиши кузатилган. Айрим беморларда эса 10 йилдан 15 йилгача ҳам давом этган.

Алкоголизмнинг II босқичида бирламчи патологик мойиллик икки вариант кўринишида кечади: I-вариантда – алкоғолга патологик интилиш сабаблар билан курашиши (ичиш ёки ичмаслик) билан кечса, иккинчи вариантда эса – бундай курашишлар йўқ.

I-вариантда ичиш истаги ижтимоий-этик меъёрларга тўғри келмаслиги ва унинг амалга оширилгани тескари асоратларга олиб келишини тушунган ҳолда, одам ўзини алкоғолни ичишдан тияди. Аммо спиртли ичимликларга интилиши сақланиб қолиб, бутун фикри-хаёли ичкиликда бўлади, ичиш хаёли эғалик тусини олади. Бемор ўзининг ҳолатини ҳар доимдек эмаслигини тушуниб етади ва ўзининг интилишларига қарши курашмоқчи бўлади, ичишга қарши чоралар кўра бошлайди: улфатларининг кўзига тушмасликка ҳаракат қилади, ўзини улардан олиб қочади, спиртли ичимликлар сотиладиган дўконлардан ўзларини йироқ тутадилар ва ҳ.к.

Иккинчи вариантда алкоғолга патологик сабаблар курашишсиз кечади. Беморлар алкоғоль ичганлигини ҳар хил сабаблар билан боғлайдилар: уйдаги жанжал, ноҳушликлар, ишдаги толиқишлар ва ҳ.к. Айрим ҳолатларда ижтимоий-этик вазиятларда беморлар ўзларини ичишдан тийишлари мумкин.

Ичкилик истеъмоли миқдорининг назорати йўқолиши беморлар маълум бир миқдорда ичкиликлар ичиб олганларида, ичкиликка бўлган талаб янада кучайиб кетиши билан ифодаланади. Бунда «критик» доза шаклланади.

Бундай ҳолларда ўртача оғирликдаги ва оғир мастлик ҳолатларигача ичиш қоида бўлиб қолади. Илгари ахамиятга эга бўлган этик ва ижтимоий вазиятлар ҳам тўсқинлик бўла олмайди. Бунда бемор янги компанияларда ёки яққа ўзи яширинча ичишга ўтади.

Ичкиликка бўлган чидамлилиқ (толерантлик) энг юқори чўққисини эғаллаб, шу тарзда бир неча йил давом этади. Маст бўлиш учун беморлар кучли бир хил спиртли ичимликларни кўп миқдорда истеъмол қиладилар (бир вақтда ёки кун давомида ичадилар).

Алкоголизмнинг II босқичидаги мастлик ҳолати I босқичга нисбатан ўзгарган турларда кечади: эйфория даври қисқариб, психопатсимон (хулқнинг эксплозивва истерик шаклдаги) бузилишлари учрайди.

Эксклюзивлик билан ўтадиган мастлик ҳолатда – баланд кайфият жуда қисқа бўлиб, арзимас сабабларга бўлган қисқа вақт давом этадиган жаҳл норозилик каби ҳолати билан ўрин алмашади.

Истерик белгилари билан ўтадиган мастлик ҳолатда – ўйналган аффекти ҳаракатлари бузилиши оддий тусда бўлиб, ҳудди сахнада ўйналгандек ошқора намойиш қилинади, ўзини-ўзи макташлар ўрни бирданига ўзини-ўзи коитишлар билан алмашади.

Мастликда амнезия ҳолатлари кўпайиб палимпсест (хотирадан мастликнинг айрим даврлари тушиб қолиши) ҳолида учрайди. Абстинент ҳолати ҳасталиқ ривожланган сари оғирлашиб боради. Агар II босқич бошланишида абстинент ҳолат вегетатив бузилишлар билан кечган бўлса, борган сари бунга соматик ва психопатологик белгилар қўшилади. Буларнинг қайси бири кўпроқ намоён бўлса, «параллел» клиник вариантлар

ривожланади. Абстинент ҳолати беморларда мастлик тугаши биланок бошланиб, астения (беҳоллик) ва вегетатив ўзгаришлар: бош оғриши, бош айланиши, юрак уриши, юзнинг ва кўз олмасининг қизариши, тинка кўриши, ланжлик, иштаҳа пасайиши билан давом этади. Бу вегетатив-астеник ўзгаришлари билан кечадиган абстинент синдромдир. Йўлдош соматик ҳасталиклар абстинент ҳолатини оғир кечишига сабаб бўлади. Аҳволини «яхшилаш» учун ҳумор бости қилишади, кўпинча куннинг иккинчи ярмида ва кечга яқин. Бирор бир ижтимоий-этик сабаблар бўлса, бемор ўзини ғазак қилишдан тияди. Бу ҳолат I кундан ўтмайди. Вегетатив-соматик ва неврологик ўзгаришлар билан кечадиган астеник синдром, одатда, алкогольни кўп кун давомида суистеъмол қилгандан сўнг вуджудга келади.

Вегетатив-соматик ўзгаришлар қуйидаги белгилар билан кечади: юзнинг ва кўз олмасининг қизариши, юрак соҳасида оғриқ ва ноҳушликлар сезиш, қон босимининг ўзгарувчанлиги; кўпинча ошиб кетиши, бош оғриши, терлаш, тана увушиши, совуқ қотиши, йўқолиши (анорексия), кўнгил айланиши, ичи ўтиши ва ичи қабзиятга мойил бўлиши, ўнг қовурға остида оғирлик ва оғриқ сезиш. Неврологик симптомлардан: кўл бармоқларининг кучли тетраши, оёқ ва кўлларининг одам совуқ қотганида кузатиладиган қалтирашга ўхшаш умумлашган тетрашлар кузатилади.

Юриш ҳаракатлари бузилади, пай рефлекслари кучайиб, бир хилда бўлмайди, беморлар ҳар вақт ҳолсизланишга, уйқулари бузилишига шикоят қиладилар. Абстинент ҳолат даврида беморларда ошқозон-ичак, юрак-қон-томир ва бошқа ёндош ҳасталиклар ўткирлашади. Куннинг иккинчи ярмида ҳам, эрталаб сахарда ҳам «бош оғриқ», ҳумор бости қилишади, бунга ижтимоий-этик меъёрлар ҳам энди тўғаноқ бўла олмайди. Бу давр 2-5 кун давом этади. Руҳий ўзгаришлар билан кечадиган астеник синдромда: ҳавотир васвасалар, ўз-ўзини айблаш, жаҳлдорлик, кўролмаслик, ёмон туш кўриш ва галлюцинациялар кузатилади. Айниқса, безовталаниш билан борадиган депрессия – чуқур даражадаги ҳаяжон беморнинг ҳаракат кўзғалиши билан давом этади. Бу ҳол беморнинг узлуксиз оҳ-воҳлик, ҳар тарафга ўзини уриши, бир сўзни қайта-қайта такрорлаши, бир жойда ўтиролмаслиги, ўз-ўзини айблаши, сенситив муносабат ғоя ва фикрлар: атрофдагилар ичкилик оқибатларини кўриб, уларни қолиши ёки улар устидан кулиши каби белгилар пайдо бўлади. Бундан ташқари беморлар ғамгин депрессияга тушади: юрак, бош, кўл-оёқ ёки тананинг бошқа турли жойлардаги оғир жисмоний сезги, доимо дил оғриғига ҳамоҳанг бўлиб, ўз жонига қасд қилиш фикрлари билан кечади. Уйқу бузилиши кўрқинчли, даҳшатли туш кўришлар билан, тез ҳаракатланишлар «жарга кулаш» сезгилари, акустик феноменлари, кўркувдан ўйғониб кетиш каби ҳолатлар кузатилади. Беморлар доимо ғазак қилишади. Бу бузилишлар 2-5 кун давом этади.

Алкоголни суистеъмол қилишлар бир хил беморларда даврий, бошқаларда эса – доимий бўлиши мумкин. Ичкиликбозликнинг даврий тури – сохта сурункали ичиш ёки ташқи таъсиротга боғлиқ бўлган ичкиликбозлик ҳолида бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этади. Ичкиликбозлик

орасидаги вақт ҳар хил бўлиши мумкин. Ичкилик ичишни (эксцессларни) бошланиши ташқи сабаблар: маош олинган кунларда, оилада бўлган таъсирда, дам олиш кунлар арафасида - «ҳафта охиридаги ичкиликбозлик» - билан боғлиқ бўлади. Эксцессларни тўхташи ҳам ташқи таъсиротлар билан боғлиқ бўлиб: пул йўқлигига, оиладаги жанжалларга бориб тақалади. Аммо бу ҳолда ичкиликни давом эттириш имкони ва талаби сақланиб қолади.

Ичкиликбозликнинг даврий тури касалликнинг III босқичига ўтиб, доимий шакл тусига киради. III босқичидаги алкогольни суистеъмол қилишнинг доимий тури бошқа мезонлар, яъни толерантликни пасайиши билан аниқланади. II босқичнинг **доимий ичиш тури** – спиртли ичимликларга толерантлиги юқорилиги билан кечади. Беморлар ҳар куни, ҳафта, ой, йиллар давомида жуда кўп ичадилар. Ичкилик орасидаги танаффус жуда қисқа бўлади. Алкоголни асосий, кўп миқдори куннинг иккинчи ярмига ёки намошом вақтига тўғри келади.

Алкоголни суистеъмол қилинишининг **ўзгариб турадиган турида** – доимий алкоголь ичишлар ўрни даврий ичишлар билан алмашиб туради. Бунда бир неча ҳафталаб ёки ойлаб доимий ичишлар мавсумида, даврий бир неча кун давомида бемор спиртли ичимликларни ўзига максимал миқдорда истеъмол қилади.

Ҳасталикнинг II даврида шахс ўзгаришлар пайдо бўлиб, шахснинг аввалги хусусиятлари (преморбиднинг) ўткирлашиши билан кузатилади. Алкоголизмга хос шахс ўзгаришларига киши табиатининг қўполлашиши, ўта қўзғалувчанлик, ичкиликбозликка танқидий қарашнинг йўқолиши киради. Аммо шахс инқироз даражасига бормайди ва ремиссия даврида маънавий этик дефектлари ўз асли ҳолатига қайтади.

Алкоголизмнинг **ижтимоий оқибатлари** чуқур дезадаптациялар билан кечади. Оиладаги муносабатларнинг бузилиши: оила аъзоларининг талаби билан ва алкоголизмнинг клиник хусусиятларига боғлиқ бўлади. Оиладаги жанжалларга қарамасдан муносабатлар сақланиши ва ажралиш ҳолатлари бир хилда учрайди. Беморларда ишлаб чиқариш дезадаптацияси оғирлиги иш сифатининг пасайиши, иш хизмати поғонасида ўсиши тўхташи, маъмурий чора-тадбирлар кўришдан, ишдан мажбурий кетиш ёки иш жойини алмаштиришга мажбур бўлиши, амалидан пасайиши ва деквалификациягача етиб боради.

Соматик оқибатлари ўткинчи функционал ҳолатлар билан кечади. Энг кўп ва узоқ алкогольни суистеъмоли давридан сўнг кардиопатия, жигарни ёғ босиши, гастрит кузатилиши мумкин. Алкоголни суистеъмолини тўхтатилганда ва керакли даволаш муолажаларини олганда соматик белгилари тузалади.

III босқич. Ичкиликбозликнинг III босқичи – энцефалопатик босқичи деб аталади. Бунда ичкиликбозликнинг клиник кўринишлари оғир даражада кечади. Бир қатор муаллифларнинг маълумотига қараганда III босқич билан текширилган беморларнинг 68% ни 45 ёшгача бўлганлар, кам фоизини – 50 ёшдан юқори бўлган беморлар ташкил қилган. Алкоголга бирламчи патологик интилиш сақланиб, алкогольни доимий суистеъмол қилиниши ва

толерантликнинг пасайиши билан кечади. Бирламчи ичкиликка мойиллик жуда тез қониктирилиб (ичкилик ичиб), ҳудди ташналик ва очлик ҳисларига ўхшаб кетади.

Ичкилик «меъёрини» билиш мастлик ҳолатида бузилиб, ичкиликбозлик вақти ва жойини билиш хусусиятларининг йўқолиши билан бирга кузатилади. Бемор арзимаган миқдорда алкогольни истеъмол қилгандан сўнг, унда энгиб бўлмас алкогольга интилиш пайдо бўлади ва ичимликни қандай йўл билан бўлса ҳам топишга интилади. Бу эса жамоа ҳуқ меъёрларини бузишга олиб келади: қарз олишлар, уйидаги бор нарсаларни сотиб юборадилар, яқинларига нисбатан разил бўлиб қоладилар. Беморлар бир ўзлари ёки нотаниш кишилар билан, ноқулай шароитда, ҳеч нарса билан ҳисоблашмасдан ичкилик ичадилар.

Ичкиликбозликнинг III босқичи алкогольга толерантлиги пасайиши, мастликни ўзгарган эпилептоид тури ривожланиши билан ҳатти-ҳаракатларнинг ўзгариши ёки қарахтлик ва умумий хотира йўқолиши билан ифодаланади. Алкоголга бўлган толерантликни пасайиши бемор оз миқдорда спиртли ичимликлар суистеъмол қилса тезда маст бўлиб қолишида намоён бўлади. Беморлар кучли спиртли ичимликлардан алкогольи миқдори паст бўлган ичимликларга ўтадилар, кўпинча вино истеъмол қиладилар.

Мастликни ўзгарган эпилептоид тури атрофдаги кишиларга қаратилган жаҳлдорлик, тажанглик билан борадиган ҳаракат кўзғалиши каби белгилар намоён бўлади. Бу дисфорик аффект билан тафсифланади. Кўпинча яқинларига агрессив бўлиб қоладилар, ҳаракатлари сақланган ҳолда, бир жойда ўтиролмайдилар. Улар алкогольни кўшимча истеъмол қилмагунларича узоқ вақт ухлай олмайдилар.

Мастлик ҳолатларнинг бошқа вазиятларида қарахтлик белгиси юзага чиқади. Беморлар ҳаракати бесўнақайлашиб, секинлашиб, сусайиб боради, атроф-муҳитга бепарво бўлиб қоладилар ва унсизлик ҳолатига тушиб, уйқудан бош кўтармайдилар. Саволларга дарров жавоб қилмайдилар, агарда ташқи таъсир кучли бўлмаса. Беморларда йўналинган мураккаб ҳаракат қилиш қобилияти йўқолади. Улар фақат энгил ҳаракатларни бажара оладилар.

Умумий хотира йўқолиши мастлик ҳолатдаги кечинмалар, воқеаларнинг қисман ёки ҳаммаси ёддан кўтарилиши билан палимпсестлардан фарқланади.

III босқичда абстинент ҳолати ёйиқ бўлади. Жисмоний ва руҳий бузилишлар намоён бўлади. Жисмоний бузилишлар устун келиб, вегетатив, соматик ва неврологик белгиларнинг мураккаб бирлигида юзага келади. Руҳий бузилишлар – ҳаяжон-параноидлар билан ўтади. Ёйиқ абстинент ҳолати 5 кундан ортиқ давом этади. Агар ичкиликнинг тўхталишидан сўнг ва абстиненциянинг биринчи кунларида етилмаган (абортив) тутқанок тутилиши кузатилган бўлса, тутқанок тутиши аломатлари билан кечадиган абстинент ҳолати ривожланиши мумкин.

Алкоголизмнинг II босқичидан III босқичига ўтиш даврида алкогольни суистеъмол қилинишлари ўзгарувчан турининг тусига киради. Айрим

ҳолларда сурункали ичишнинг **ҳақиқий тури** намоён бўлади: бошқа ҳолатларда эса алкогольни суистеъмоли доимийлиги сақланиб, оғир даражада кечади.

Сурункали ичиш бошланишидан олдинроқ аффектив ўзгаришлар ва ичкиликка ўта мойиллик пайдо бўлади. Сурункали ичишнинг ҳақиқий тури маълум вақт давом этиб такрорланиб туради. Такрорланишлар орасидаги вақт бир неча ҳафтадан бир неча ойгача чўзилади.

Ичкиликбозликнинг биринчи кунларида беморлар жуда кўп ичадилар, охирги кунларида эса ичкиликка чидамлилиқ камаяди, жисмоний ўзгаришлар юзага келиб, алкогольни бир марталик ва кунлик миқдори кескин пасаяди, бемор бутунлай ичмай қўяди. Ичкиликбозлик циклик кечишида, ичкиликнинг такрорланишлари орасидаги вақт чўзилиб, ичиш кунлари қисқариши мумкин.

Беморларнинг айрим қисмида алкогольни суистеъмол қилинишлари сурункали ичишнинг ҳақиқий турига ўтмайди, толерантлиги пасайган ҳолдаги доимий ичишлар сақланиб қолади. Бундай ҳолатларда беморлар кун давомида кечаси билан оз-оздан ичиб чиқадиладар. Кундузи алкоголь истеъмол қилиш эксцессиялар орасидаги вақт 1-3 соатни ташкил қилади.

Беморлар доим чуқур бўлмаган маст ҳолатида юрадилар. Алкоголни ичишни тўхтагандан сўнг оғир абстинент ҳолатлари юзага келади. Алкоголизмнинг III босқичида беморларда шахсият ўзгаради – у инқирозга учрайди. Ўнинг энг муҳим белгилари: хиссиетлар қўполлиги, кам ҳаракат қилиш, интилишлар (оилага, жамиятга) йўқлиги, танқид йўқолиши, доимий ишлай олмаслик билан кечадиган иш қобилятининг йўқолиши ёки пасайиши, хотирани пасайиши, баъзан онги-эсини пасайиши. Шахсий инқирозининг бир неча турлари мавжуд.

Психопатсимон шахсият инқирози бошқа турларга қараганда тез-тез учрайди. Беморлар қўрс, уятсиз, шарм-ҳаёсиз, урушқоқ, ёлғончи, ҳудбин бўлиб қоладилар, бошқаларни қоралашга интилувчан, мақтанчоқ бўладилар. Вақти-вақти билан дисфория тусида кечадиган аффектив бузилишлар ёки кайфияти чуқур пасайиши (ғамгинлик) кузатилади. Бу даврда бемор ўзини ҳолатини қисман тушуниб етади.

Эйфорик туридаги шахс инқирози – кечроқ ривожланади. Бунда беморлар хушчақчақ, ҳазилкаш, жуда очик, ўз-ўзига ва атрофга танқид хусусиятларини йўқотиши билан тафсифланадилар. Улар осонгина арзимас, бўмағир гапларни гапирадилар, ўзининг ва бировларнинг жинсий ҳаёти ҳақида бемалол, ҳазил оҳангида сўзлаб берадилар. «Ичкилик ҳазили» бундай беморларда кескин шаклда намоён бўлади. Уларнинг гаплари бир хил паст ҳазиллардан иборат бўлиб, шаблонли сўзлар тўплами билан ифодаланади.

Аспонтан турдаги шахс инқирози – ўта оғир бўлиб: беморларда бўшашиш, кам ҳаракат қилиш, интилишлар йўқлиги юзага келади. Улфатлар даврасида пассив, кам ҳаракат бўладилар, атрофдаги бўлаётган ҳодисаларга бефарқ бўладилар. Аммо ичкилик топиш лозим бўлган ҳолларда фаоллиги намоён бўлади. Бундай беморларда текинхўрлик хусусиятлари ривожланади.

Алкоголизмнинг III босқичидаги ижтимоий оқибатлари – беморнинг оилавий ва меҳнат вазифаларини тўла бажара олмаслиги билан аниқланади. Бу вақтгача кўп оила аъзолари ажрашиб кетади, ёки беморларга совуқ муносабатда бўлиб, оиланинг муҳим вазифаларини, уларнинг иштирокисиз ечишади. Беморлар касабий хусусиятини борган сари йўқотади. Касаб йўқотиш, узоқ вақт давомида ҳеч қаерда ишламаслик, бировлар «бўйнида» бўлиб, текинхўрлик қилиб, бошқаларга қарам бўладилар. Аммо ўта оғир беморларнинг (марказий асаб тизимининг ёндош органик жараёнларсиз) касабига хос оддий ҳаракатлари ҳар куни бажариладиган ҳаракатлари (овқатланиш, йиғиштириш, тикиш машинада ишлаш, ўзига-ўзи хизмат қилиш) билан чегараланади.

III босқичидаги соматик ўзгаришлар: гепатит, жигар зарарланиш, кардиопатиялар, панкреатитлар, атрофик гастритлар ва ҳ.к. – тузлмайдиган даражагача етади. Полиневропатиялар ва эндокрин касалликлар ҳам пайдо бўлади.

Алкогол психозлар

Алкогол психозларнинг клиник кўринишлари ва руҳий фаолияти бузилишининг кечиши ҳар хил тусда бўлади. Ичкиликбозликнинг II ва III босқичларида пайдо бўлади. Алкоголь психозлар модда алмашуви бузилиши билан сурункали заҳарланишлар натижасида ички аъзоларнинг шикастланишига олиб келганда ривожланади. Кўпинча улардан олдин соматик ва руҳий бузилишлар ривожланади. Кўп алкоголь психозлар (делирий ва галлюцинозлар) организмнинг алкогольдан ўта заҳарланиш давридан кейин пайдо бўлади. Узоқ давр ёки сурункали кечадиган алкоголь галлюцинозлар ва васвасавий психозлар мобайнида конституционал ирсий аномалиялар кузатилади.

Алкогол психозларнинг қуйидаги турлари ёки клиник кўринишлари мавжуд:

1. Алкоголли делирий.
2. Алкогол галлюцинозлар.
3. Алкогол васвасавий психозлар.
4. Алкогол энцефалопатиялар.

Суд-психиатрик амалиётида алкоголь делирийлар, алкоголь галлюцинозлар, алкоголь параноидлар ва алкоголь рашқ васвасалари (алкоголли паранойя) катта аҳамиятга эга бўлади.

Алкоголли делирий (оқ алахлаш). Бошқа психозлардан тез-тез учрайдиган алкогольли психоздир. Касалликнинг кунлаб, ҳафталаб кечадиган продромал (касаллик олди) даври да уйқунинг бузилишлари: даҳшатли туш кўришлар, қўрқув, тез-тез уйғонишлар ва вегетатив белгилар билан, кундузи эса – астеник бузилишлар ва ўзгарувчан аффект (осон пайдо бўладиган чўчиш ва ҳавотирлик)лар билан кечади.

Алкоголизмнинг учинчи босқичида алкоголь психознинг продромал даври бўлмаслиги ҳам мумкин. Делирий асосан абстиненция ҳолатида,

ичкиликбозликни тўхтатгандан сўнг, бир неча соат ёки бир неча кундан кейин юзага келади. Делирий ҳолатининг ҳамма белгилари асосан кечга бориб ёки тунда кучаяди, кундузи эса йўқолиши мумкин. Бунда беморларда ҳаяжонланиш, кўп гапириш, фикрлар ва сўзлар кўпайиши, имо-ишора ва ҳаракатларнинг жонланиши, ўта сезувчанлик, кайфиятнинг тез ўзгариши, уйқусизлик, вегетатив ўзгаришлар пайдо бўлади, ҳамда ўткинчи мўлжали йўқолиши ёки тўлиқ бўлмаган вақт ва жойга ориентировка каби белгилар кузатилади. Делирий ҳолатлардан 10-19% да тутқаноқ тутишлар олдин келади; вербал галлюцинациялар ёки тасвирли васвасалар пайдо бўлиши мумкин.

Касаллик авжга чиққан даврда тўла уйқусизлик, фантастик иллюзиялар (парейдолиялар) ва ҳақиқий кўриш галлюцинациялари ривожланган бўлади. Галлюцинациялар кичрайтирилган (микроскопик) зоопатик (хайвон, ҳашоратлар) кўриш галлюцинациялари ёки «саҳнадагидек» кўришлар билан ифодаланади. Бунда беморлар кўзига ҳашоратлар, балиқлар, илонлар, иплар, симлар, кам ҳолларда – катта хайвонларни, одамларни, ўликларни кўрадилар. Галлюцинациялар ҳаракатчан, ўзгариб турувчан бўлади, битта ёки ҳар хил бўлиб, бир-бирини калейдоскопик алмаштириб туради. Шу билан бирга сезиш, эшитиш, ҳид билиш, бўлган тактил оғиз бўшлиғида жойлашган галлюцинациялар, ташқи ҳодисаларга, вақт ва жойга бўлган мўлжалларнинг йўқолиши билан ўтади. Галлюцинацияларнинг мазмуни беморнинг – хулқ-атворида, ҳаракатида (аффект), васвасавий гаплари билан ифодаланади. Беморлар қўзғалган ҳолатда беркинадилар, бир нарсаларни гапирадилар, устиларидан ёки атрофдаги жисмлардан бир нималарнидир олиб ташлайдилар. Ҳаёли ўта бузилувчан бўлади, гапираётган гаплари узилган, қисқа сўзлардан иборат бўлади. Мимикаси, аффекти ўта ўзгарувчанлиги билан тавсифланади.

Бир кўнгил кенглиги, тушкунликка тушиши, бир ҳазилкашлик, ҳайрон бўлишлар, қўркув бир-бирини алмаштириб туради. Таъқиб қилиш, васваса ғоялари ёки жисмоний яксон қилиш, эротик васваса ғоялари ёки қизганиш ҳоллари беморларда асосан кўп учрайди. Ташқи ҳодисаларга, вақт ва жойга бўлган мўлжалларининг йўқолиши кузатилади, аммо ўз шахсларига бўлган мўлжал бузилмайди. Вақт мўлжалининг бузилиши – унинг узайиши ёки қисқаришида ифодаланади. Делирийни ҳосил қилувчи бузилишлар ташқи таъсиротлар (шифокор билан суҳбатда ва ҳ.к.) остида сусаяди – буни люцид даври деб аталади.

Делирий 3-5 кундан 1-2 ҳафтагача давом этиши мумкин. Соғломланиши кескин ёки аста-аста (литик) тўлқинсимон: бузилишларнинг сусайиши ва борган сари паст даражада қайталаниши билан кечади. Ўтган руҳий бузилишлар хотирасида қисман сақланиб қолади.

Делирий неврологик, соматик, биринчи ўринда вегетатив бузилишлар билан кечади. Бунда титроқ, гандираклаш, мушаклар гипотонияси, рефлексларнинг кучайиб кетиши – гиперрефлексия, конвергенциянинг сусайиши, терлаш, юзи-терларининг қизариши, юрак уруши тезланиши, артериал қон босимининг ўзгарувчанлиги, жигар катталашиши,

склераларининг сарғайиши кузатилади; кўпинча тана ҳарорати субфебрил бўлади, қонда эса лейкоцитоз ва лейкоцитар формуласи чапга силжийди, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошади, билирубин ва холестерин миқдори ҳам ошиб кетади. Тасвирида берилган делирий клиник кўринишлари ўзгарувчан бўлишига қарамай, типик ва классик деб аталади. Ушбу психоз бошқа алкоголь психозлар билан ўрин алмашиб туриши мумкин.

Ўткир алкоголь галлюцинози (алкоголли галлюцинатор васваса синдроми). Кўпинча абстинент бузилишлар тасвирида намоён бўлади. Делирийдан фарқи, бунда тутқаноқ тутиш аломатлари бўлмайди. Ўткир алкоголь галлюцинози кўққисдан бошланиб, кечкурун ёки тундаги уйқусизлик давомида ёки уйкуга кетиш олдида (гипнагогик эшитиш галлюцинози) – оддий товуш эшитиш галлюцинациялари пайдо бўлиши билан шаклланади. Бошида мазмун жиҳатдан нейтрал ақоизма ва фонемалар пайдо бўлади.

Беморнинг ҳатти-ҳаракатлари «овоз» «товушлар»га мос келиб, уларнинг безовта бўлиши ҳавотирга тушиши, мавҳум хавф-ҳатарга қарши чораларни излаш ҳоллари кузатилади. Галлюциноз дебютида делириоз бузилишлар фрагментлари пайдо бўлиши мумкин.

Кейинчалик безовталаниш, кўрқув ҳолларига сўз эшитиш галлюцинациялари қўшилади – бунда нутқ, суҳбат ёки кўпчилик кишиларнинг сўзлашиши эшитилади. «Улар» беморни сўкишади, қойишади, ҳақоратлашади, дўқ қилишади, огоҳлантиришади, буйруқ беришади ва ҳ.к., беморларнинг олдинги ва ҳозирги ҳаракатларига масҳара билан изоҳ берилади. Беморларда таъсирчанлик йўқолади. Бу галлюцинациялар ўзгарувчан бўлиб, ҳар доим ўтмишдаги, ҳозирги вақтдаги реал ҳолатлар билан боғлиқ бўлади. Вербал (сўз эшитиш) галлюцинацияларнинг интенсивлиги бақирқгача бориб, шивирлашгача пасайиб ўзгариб туради. Вербал галлюцинациялар кучайиб борганда – бир мавзуга монанд кетма-кет бир-бирини алмаштирувчи саҳналар каби кечувчи поливокал галлюциноз ривожланади. Масалан, бемор прокурор, холислар, адвокат, жабрланувчилар иштирокида ўзининг устидан олиб борилаётган суд жараёнини эшитади ва бу ҳақда бемор ҳақиқатдан ҳам шундай бўлганини кўриб ўтгандек таъсурот қолдиради. Шундан келиб чиққан ҳолда бундай ҳолатларни делириоз деб изоҳланади.

Психознинг бошланғич даврида галлюцинациялар маъносига мос келган ҳиссий васвасалар пайдо бўлади. Улар асосан таъқиб этиш, қириб ташлаш, айблаш, бузғунчилик мазмунли васвасалардир. Беморлар асосан аниқ, унга таниш, шахслар бошчилигида (қўшнилар, ҳамкасаблар, қариндошлар, хотини, таниш-билишлар) таъқиб этувчи «банда» ҳақида сўзлашади.

Галлюцинацияларнинг энг ривожланган вақтида беморларда кўрқув, ҳавотирланиш, умидсизлик каби аффектив ўзгаришлар юзага келади. Беморлар ўзларини ҳимоя этадилар, қуролланадилар, милицияга мурожаат қиладилар ёки ўз-ўзларини нобуд қиладилар. Психоз асосан чуқур ва давомли уйқудан сўнг ёки аста-аста тугалланади. Охириги ҳолда вербал

галлюцинациялар сусайиб бораверади ва кундузи йўқолади. Бир вақтда ёки аста аффектив бузилишлар, васвасавий ғоялар суниб боради. Бундан сўнг ўтказга психозга беморда танқидий муносабат пайдо бўлади. Ўткир алкоголь галлюциноз бир неча соатдан бир неча ҳафтагача ёки бир 1 ойгача давом этади. Ушбу ёритиб ўтилган ҳолатни – мукаммалашган, типик, алкоголь галлюцинози деб аталади.

Ўткир алкогольли параноид (алкоголь таъқиб қилиш параноиди) – абстинент даврида юзага келади. Продромал даври қисқа бўлиб – васвасага мойиллиги, вербал иллюзиялари, ҳавотирлик билан ифодаланади. Бу ҳолда беморда бирданига жисмоний йўқотиш хавфи борлигига иқдорлик пайдо бўлади. Васваса ғоялари сиймоли бўлиб, безовталаниш, ҳаяжон, кескин кўрқинч, ҳаракат кўзгалувчанлиги ва кутилмаган ҳатти-ҳаракатлар билан чамбарчас боғлиқликда намоён бўлади. Тез орада кўриш ва эшитиш иллюзияларининг пайдо бўлиши кутилади. Бунда бемор жиноят қуроли бўлмиш пичоқ ёки тўппонча учини «кўриш» ёки атрофдагиларнинг дўқ-пўписасини «эшитиш» мумкин. Шунда бемор ҳатти-ҳаракати ўзгаради, у таъқибчилардан қочиши, саросимада ўз-ўзларига жисмоний шикаст етказишлари, ҳаракатдаги транспорт воситасидан сакраш, совуққа қарамай ярим-яланғоч кўчага чиқиб кетиш, миршабларга илтижо қилишлари мумкин. Беморга яқинидаги ҳар қандай нотаниш киши таъқибчи бўлиб туюлаверади. Беморлар атрофдагиларнинг мимикасига, ҳатти-ҳаракатига, уларнинг сўз ва гапларига эътибор билан қарайдилар. Кўрган ва эшитганларини ўзига тааллуқли деб қабул қиладилар. Кечки пайт ва ярим тунда делириоз белгилари ва эшитиш галлюцинациялари пайдо бўлиши мумкин. Бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этади. Ушбу психоз бир неча ойларгача чўзилиб кетганда – **чўзилиб кетган алкогольли параноид** – деб ном олади. Бошланғич белгилари ўткир алкогольли параноид белгилари билан кечади. Кейинчалик васваса ғоялари тартиблашуви кутилади ва аввалгидан фарқли ўлароқ, бемор ҳатти-ҳаракати тўғри бўлсада, «таъқибчилар» айнан аниқ бир киши эканлиги маълум бўлади, кўрқинч ўрнини ҳаяжон ва босиқлик эгаллайди.

Беморлар ўзларига нисбатан бундай ёмон муомилалар «яксон» қилишлар сабаби ўзлари эканликлари, ўзларининг хато гаплари, ҳаракатлари эканлигига ишонч ҳосил қиладилар. Беморларни юзаки кузатилганда ҳаракатлари тўғридек бўлиб, васваса ғоялари борлигини тасдиқловчи белгилар намоён бўлади. Олдинги суҳбат доирасини чегаралашга интиладилар, қариндошларидан, уларни ишга юбориш ва кутиб олишларини илтимос қилишади, доимий юриш маршрутларини ўзгартиришади (миграция васвасаси). Алкоголни истеъмол қилишлар ҳар доим кўркув, сиймо васваса ғоялари, нотўғри хулқ-атвор каби психоз белгиларининг кучайишига олиб келади. Давом этувчи ичкиликлар параноидни қайталанувчи қилиб юборади.

Алкогол рашқ васвасалари (алкоголли паранойя, «турмушдаги хиёнат» васваса ғоялари). Паранойял тарзида хулқ-атворга эга бўлган шахсларда; кам ҳолларда – шахс алкогольли инкирозига учраганда намоён бўлади. Асосан бундай васваса ғоялари етилган ёшдаги эркакларда учрайди.

Бошланишда турмушдаги ҳиёнат васвасаси ҳолатик мастлик ҳолати ёки хумор синдроми даврида ривожланади. Беморларда гўё хотинлари «ўйнаш топиб олган»дек фикрлар пайдо бўлади, ҳатто беморлар «ўйнашлар исмиларигача» айтиб берадилар. Шу билан бирга улар далил-ашёлар кидирадилар, хотинларини кузатиб, улар кийим-бошларини текширадилар. Кўпинча хотинлари аввал ҳам нотўғри йўлда бўлганлиги, болалари «уларники» эмаслиги тўғрисида гапирадилар. Аффектив ўзгаришлар тушкунлик - ғазаб тўла кайфият билан ифодаланади. Беморлар кўпинча ўз хотинларига нисбатан оғир хуружлар ўтказадилар. Улардан ҳиёнат сабабларини сўраб, айбини бўйнига олса кечиришларини ваъда қиладилар. Бошқа ҳолларда беморда хотинлари томонидан моддий зарар етказиш васвасалари қўшилади («хотини оила пулини ўйнашига сарфлайди», «фоҳишаликка берилиб, уйга қарамайди») ҳамда бемордан «кутилиш» учун «заҳарлаш», «афсунгарлик» васваса ғоялари кузатилади. Ичкилик давом этилганида бу психоз белгилари ўта ўткирлашади ва бемор агрессивлиги кучайиб, атрофдагилар учун хавфли бўлиб қолади. Касаллик интенсивлиги ўзгариб, узоқ йиллар давом этиши мумкин.

Даволаш

Алоҳида ва мажмуавий даволаш усуллари бор:

1. Дезинтоксикацион
2. Витоминотерапия
3. Антипсихотик
4. Дегидратацион
5. Десенсибилизацион
6. Симптоматик; юрак – қон томир тизимини фаолиятини кучайтириш
7. Гемодиализ, гемосорбция.

АДАБИЁТЛАР

1. Алимов У.Х., Харабара Г.И., Абдулкасёмов Ф.Б. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Ташкент, 2003.
2. Клиническая психиатрия. Под ред. Дмитриевой Т.Б. Москва, 1998.
3. Ковалёв.В.В. Психиатрия детского возраста М., «Медицина», 1995.
4. Олимов Х.О., У.Х.Олимов Психиатрия клиникасининг мукаддимаси Тошкент, 1997.
5. Психиатриядан маълумотнома. Под ред.Мурталибова Ш.А.-Ташкент, 1993.
6. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия (в схемах, таблицах и рисунках). Санкт-Петербург, 2003.
7. Современная клиническая психиатрия. Попов Ю.В., Вид В.Д. С-петербург, 2002.
8. Ходжаева Н.И., Шаюсупова А.У. Психиатрия.- Ташкент, 1995.
9. Шамсиев Э.С., Искандаров А.И., Зуфаров Р.А., Талимбекова В.К. Суд-тиббий фанлари. Ташкент, 2004.
- 10.Шамсиев Э.С., Рустамбаев М. Наркология, Ташкент, 2004.