ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН		**ўқув АДАБИЁТИ**

Н. И. ХУЖАЕВА,

А. У. ШОЮСУПОВА

ПСИХИАТРИЯ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва
урта махсус таълим вазирлиги тиббиёт
институтларининг талабалари учун
дарслик сифатида тасдиқлаган

Тошкент

Абу Али ибн Сино номидаги
тиббиёт нашриёти
2008

Т а к р и з ч и л а р : тиббиёт фанлари доктори, проф. Алимов У.Х,

тиббиёт фанлари доктори, проф Магзумова Ш.Ш

.М а х с у с м у ҳ а р р и р : тиббиёт фанлари доктори, проф. З. Саъдуллаев

Хужаева Н. И., Шоюсупова А. У.

Психиатрия: Тиббиёт олий ўқув юрти талабалари учун дарслик.— Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 1995 – 351 б.

Дарсликда психик (рухий) касалликларнинг клиникаси ва даволаш масалалари кўриб чиқилади. Шунингдек психиатрик ва наркологик ёрдамни уюштиришга, беморларни текшириш усулларига алоҳида ўрин берилган.

Дарслик тиббиёт олий ўқув юртларининг талабаларига мўлжалланган, ундан ординаторлар, аспирантлар, врач-психиатрлар ҳам фойдаланишлари мумкин.

© Абу Али ибн Сино номидаги
тиббиёт нашриёти, 1995

Иккинчи нашрга суз боши (кириш)

Психиатрия китобининг биринчи нашри чоп этилганига 13 йилдан ошди. Бу йиллар ичида, психиатрик ёрдамни ташкиллаштириш буйича сезиларли ўзгаришлар бўлди. «Психиатрик ёрдам тугрисидаги » қонун фаолрок ижро этила бошлади. Уз.Рес. Жиноят Кодекси ва Фукаролик Кодексларида суд-тиббиёт экспертизасини утказиш буйича, ва харбий-тиббий экспертизани ўтказиш бўйича касалликлар янги рўйхати бўйича бандлар пайдо бўлди.

Халқаро касалликлар таснифининг янги куриниши (КҲТ - 10) пайдо булди. Психиатрик амалиетда янги психотроп препаратлар пайдо булиб кенг кулланила бошлади.

Дарсликнинг ҳар бир бўлимига тестлар ва вазиятли масалалар қўшилди. Бу эса китобни УАШ учун қимматли китобга айлантиради.

Психопатологик синдромларнинг баъзи характеристикалари КҲТ - 10га мос холда аниқлаштирилган. 10 - Халкаро касалликлар таснифининг мутаносиблик жадвали келтирилган. Муаллифлар томонидан ананавий психиатриядаги клинико - нозологик куринишлар ва КҲТ - 10да курсатилган рухий бузилишларнинг мос келувчилари мутаносиблиги курсатилган.

Дарсликда баъзи боблар қайта ёзилган, баъзилари тулдирилган. Жумладан хотира бузулишлари қайта ёзиб чиқилди, психосексуал бузилишлар бобига қўшимчалар киритилди.

Китобдан хозирги вактда такикланган даво усуллари олиб ташланиб, янги усул ва дори воситалари киритилган.

Дарсликда берилган ахборот хажми тиббиёт институтлари ва университетларнинг тиббиёт факультетларининг талабаларини укитиш дастурига мос келади.

КИРИШ

Психиатрия — рухий касалликларнинг пайдо бўлиш сабаблари, белгилари, кечиш хусусиятларини ўрганадиган ва уларнинг олдини олиш, даволаш ва касал одам рухий қобилиятини тиклаш усулларини ишлаб чиқадиган тиббиёт фанидир.

Рухий касалликлар — бу бош мия касалликларидир деган тушунча билан бир қаторда рухий ўзгаришлар бутун организмдаги ўзгаришларга боғлиқ деган тушунча мавжуддир. Лекин психозлар — бош мия касалликлари деган фикр биринчи ўринда туради.

Психиатрия хам бошка клиник фанлар каби пропедевтик психиатрия, умумий психопатология ва хусусий психиатрияга булиб урганилади. Пропедевтик психиатрияда бош мия анатомияси, гистологияси, гистохимияси, генетика асослари урганилади. Умумий психопатология рухий касалликларнинг симптом ва синдромларини, уларнинг бирин кетин пайдо булиши ва ривожланиши рухий касалликлар кечишидаги умумий конуниятлар рухий узгаришларни келиб чикиш механизмлари ва рухий касалликлар таснифини урганади. Хусусий психиатрияда айнан бир рухий касалликка хос клиника, диагностика ва даволаш урганилади.

Рухий жараён ва унинг бузилишлари ҳамда бош миянинг тузилиши ўта мураккаблиги туфайли уларни ўрганиш катта қийинчиликлар туғдиради. Шунинг учун узоқ вақтгача психиатрия тиббиётнинг бошқа бўлимларидан орқада қолиб келган, натижада психиатрия — «тиббиётнинг қоронғи қисми» деган фикр пайдо бўлиб, бу узок вақтгача сақланиб қолган. Рухий касалликларга давоси йўқ дард деб қараганлар ва бу фикр психиатрияни иккинчи даражага тушириб қўйган эди.

Шунга қарамай, рухий касалликларни ўрганиш кўпгина олимларни ўзига жалб қилди, чунки психозлар фақатгина тиббий эмас, балки умумий фалсафий аҳамиятга молик муаммодир, бунда инсоннинг энг олий функциялари (масалан, онг) ўзгаради ҳамда рухан касалланган киши жамиятнинг тўлақонли аъзоси бўла олмайди. Шу туфайли рухий бузилишларга аҳамият бермаслик мумкин эмас. Ҳар бир врач, тиббиётнинг қайси соҳасида ишлашидан қатъий назар, беморга фақат касал бўлган организм сифатида эмас, балки тирик инсон, шахс сифатида қараши лозим. Бунинг учун ҳар бир врач психиатриядан яхши хабардор бўлиши лозим чунки рухий бузилишлари бўлган беморларнинг кўп қисми биринчи навбатда тиббиётнинг бошқа мутахассисларига, айниқса терапевтларга, невропатологларга мурожаат қиладилар.

Психопатология - психиатриянинг бир булимии булиб, инсонни касалликка хос узини тутишини, кайғуришини, ижтимоий биологик ва рухий холатини муносабатларини белгилайди.

Рухий касалликларнинг клиникаси, ташхиси даволаш чораларини ва профилактикасини билиш учун умумий психопатология катта ахамиятга эга.

Умумий психопатология кабул килиш, сезга, идрок, тафаккур, хотира, диккат, акл,

хиссиёт, харакат, майл, ирода, онг бузилишларни симптом ва синдромлари хакида талабалар етарли даражада билимга эга булишлари лозим.

Дарсликнинг асосий мақсади тиббиёт институтларнинг талабаларига рухий касалликлар симптоматологиясини, даволаш усулларини ўргатишдан иборат. Китобдан ёш психиатр-врачлар ҳам ўз амалий фаолиятларида фойдаланишлари мумкин.

1 - ҚИСМ

I БОБ

ПСИХИАТРИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Психиатрия тарихи, тиббиёт тарихи каби ўз манбалари билан асрлар қаърига кириб боради.

Руҳий касалликлар барча касалликлар каби одамзод айдо бўлган даврдан буён мавжуд.

Рухий касалликлар ҳақидаги дастлабки маълумотлар Миср папирус ёзувларида, хитой ва хинд муқаддас китобларида, Инжилда ва Хитой, Хинд, Уссурия ва Вавилонияда, Миср ва Яхуд (бизнинг эрамиздан минг йиллар аввал) тиббиётига доир ҳамда антик Юнон ва Рум тиббиётига тегишли манбаларда (бизнинг эрамиздан бир неча юз йиллар аввалги) келтирилган. Қадимий тиббиётда тўпланган тажрибаларни ҳар томонлама ва чуқур қилиб машҳур олим Буқрот (Гиппократ) (460—377 йй.) эрамиздан аввал жамлади ва умумлаштирди. Унинг яшаган ва ижод қилган даври қадимги юнон маданиятиниг энг гуллаган даврига тўғри келди. У буюк юнон файласуфи ва мутафаккири Демокрит таъсирида бўлган. Олим соматик ва рухий касалликларни тушуниш асосига материалистик тушунчани қўйди.

Буқротнинг рухий касалликларга материалистик дунё қарашини қуйидаги сўзларидан англаса бўлади: «Рохат қилиш, хурсандчилик, кулгу, бошқа томондан эса қайгу, гам, норозилик ва шикоятлар миядан чиқади... Унда биз ақлсизланамиз ва васвасага тушамиз, бизни ташвиш ва

қўркув ёхуд кечаси, ёхуд кундузи тутади». Букрот одамнинг мижози ҳақидаги ғояни илгари сурди ва 4 хил мижозни фарқлади: сангвиник, флегматик, холерик, меланҳолик. Мижознинг бу таснифи бугунги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўк. Букрот томонидан касалликларнинг барча кўриниш ва кечинмаларини аниқлаб ўрганиш касалликларни ажратишга олиб келди. У «меланхолия ва манияни» биларди, туғруқдан, тутқанок ва ўткир иситмалашдан сўнг келиб чиқадиган рухий касалликларни биларди, «истерия ва ичиш васвасаси» симптомлари унга маълум эди.

Алохида симптомлардан эшитиш галлюцинацияси гам-гусса хисси холатларини биларди (Шюле Г.). Буқротнинг алохида касалликларни ажратиши эмпирик ва тасвирлашдан иборат эди.

Букротдан кейин рухиёт сохасида кўзга кўринга шифокорлар Герофио ва Эразистратлар (Александри мактаби), Цельс, Аретей, Аврелий ва машхур Гале (кадимий Рум мактаби) иш олиб бордилар. Рухиётнинг Букротдан Жолинус (Гален) гача тараққиёти 500 йилни ўз ичига оладн.

Рухият хақидаги фаннинг тараққиёти. Қадимги антик тиббиёти даврида рухий касалликлар мохиятини тушунишда оддий теологик тушунишлардан, теологик схоластикадан ташқари тушунчаларга хам биринчи қадам қўйилган ва рухий касалликларга ёрдам бериш элементлари пайдо бўлган эди. X—XI асрга келиб кадимий Шарқ табиблари, хусусан Абу Али ибн Сино (Авиценна рухий касалликларни ўрганишга катта хисса қўшибгина; қолмай, хатто Марвда бундай беморлар учун шифохона очди. XII асрда рухий беморлар учун шифохона Бағдодда, Қуддусда, Дамашқда очилди.

Урта асрларда узоқ вақт турғунликдан кейин (бу даврда катта инқироз бўлиб ўтди) XVIII—XIX асрларга келиб рухий касалликлар хақидаги янги фанни ривожлантириш босқичи бошланди. Бу босқич машхур француз врачлари Пинел ва Ж. Конноли босқичи дейилади ва улар беморларни сақлаш ва парваришлашнинг янги усулларини қўлладилар. Пинелнинг катта хизмати шундан иборатки, ўша давр учун дадил харакат қилиб рухий касалликлардан занжирни олдирди. Ф. Пинел (1745—1826) рухий касалликлар бўйича дастлабки илмий ишлар муаллифидир, у хусусан «Психиатрия тўғрисида тиббий-фалсафий трактат» ёзган.

Францияда психиатриянинг тараққиёти учун Ф. Пинелнинг шогирдларидан Жан — Этьен Доменик Эскирол (1772—1840) катта хизмат қилди. Унинг «Рухий беморлардаги галлюцинациялар хақида»ги илмий иши диққатга сазовордир. У биринчилардан бўлиб иллюзия билан галлюцинация ўртасидаги тафовутларни ёзди ва Франция рухий касалликлари муассасаларида довюракларча қилган фаолиятни алмаштиришни ўз асарларида кўрсатди.

Эскирол томонидан очилган авж олувчи фалаж касаллигини кейинроқ унинг шогирди Бейл (1882) ўрганди ва унинг клиникаси ва патологик-анатомик кўринишини тасвирлаб, уни алоҳида нозологик бирлик сифатида ажратди.

Англияда Пинел ишларининг давомчиси Жом Конолли (1794—1866) бўлди. У рухий беморларни ҳар кандай "сиқувдан ҳоли қилишга қатъий даъват этиб, шу хақда «Рухий касалликни механик сиқилишларсиз даволаш» китобида ёзди. Германияда Вильгельм Гризенгер (1817— 1868) ҳақли равишда немис илмий психиатриясининг асосчиси ҳисобланади. 1845 йилда Гризенгер ўзининг «Рухий касалликлар патологияси ва даволаш» деб номланган ўқув қўлланмасини ёзади ва у тез орада рус тилига таржима қилинди. У рухий беморларга ёрдам кўрсатишни ташқил қилишга катта қизиқиш билдирди ва Конолли ғояларининг тарафдори бўлганини кўрсатди.

Теодор Мейнерт (1833—1892), веналик машҳур невролог ва психиатр, фаолиятнинг катта яримшарларда жойлашганлиги ҳақидаги назариясини ва уни пўстлоқ ва пўстлоқ ости бўлимлари билан муносабатини психиатрик клиникага кўчирди. У рухий касалликлардаги бузилишларнинг анатомик асоси ўрганилгандагина психиатрия илмий фан даражасигача кўтарилади, деган фикрни илгари сурди. Мейнерт ўз ғояларини «Мия олдинги бўлимининг тузилишига, озиқланишига ва алмашинувига асосланган касалликлар клиникаси» китобида келтирди.

Немис психиатри Карл Вернике (1848—1905) Мейнерт сингари психозларни анатомик-физиологик ўрганиш билан машғул бўлди. У ўзигача кам ўрганилган алкоголли галлюциноз, ўткир геморрагик полиэнцефалит (алкоголизмга учраган беморларда кузатиладиган), унинг номи билан аталган (пресбиофрения — карилик психозининг бир кўриниши) касалликларни тасвирлади.

Олим клиник психиатрияга бир қатор янги симптомлар: ўта қимматли ғоялар, псевдодеменция, галлюциноз, галлюцинатор чалкашлик ва бошқаларни киритди. Психиатриядаги унинг таянчларининг бош йўналиши Мейнерт сингари психозларнинг анатомик асосларини ўрганишдан иборат эди.

Гризингер замондоши, машҳур психиатр Морел (1809—1872) рухий касалликларни ўрганишга уларнинг этиологияси жиҳатидан ёндошди. У рухий касалликларнинг келиб чиқиши наслий етишмовчиликка боғлиқ бўлиб, авлоддан-авлодга кўчиб боради, деган хулосага келди. У касалликлар, айниқса сил, захм, алкоголизм бошқалар каби рухиятнинг наслий оғирлашганлиги кейинги авлодларда аста йиғилиб невроз холатда психопатияга, ундан рухий касалликларга, пировардида идиотизмга олиб келиши мумкин деб ҳисобларди. Бунда Море умумий ва рухий касалликларнинг ижтимоий сабабларини ҳисобга олган. Морелнинг фикрлари Франция Маньян (1835—1916), Олмонияда Крафт—Эбинг (1840 1902), Румда Ломброзо (1836—1909), Россияда Чиж томонидан чуқурлаштирилди ва ривожлантирилди.

Психиатриянинг тараққиёти учун йирик немис психиатри Эмил Крепелин (1856—1926) катта ҳисса қўшди.

Мейнерт ва Верникедан фарқли ўларок Крепелин биринчи ўринга психозларнинг анатомик ўрганилишини эмас, балки рухий касалликларнинг кечиши ва якунига кўпрок аҳамият берди. Рухий касалликларнинг синчиклаб ўрганилган клиникаси ва якунига караб, Крепелин ўзигача хукм суриб келаётган синдромологик систематика ўрнига нозологик таснифни таклиф этди. Крепелин томонидан нозологик тасниф қўллаш психиатрияни умумий тиббиётга яқинлаштирди ва психиатрия касалхоналарига касалларни умумсоматик текшириш, даволаш принципларини киритишга ундади.

Крепелин даврида мия гистопатологияси назарияси пайдо бўлди ва шу асосда рухий беморларнинг патологик анатомия асослари яратилди. Масалан, Ф. Ниссль (1903) ва айниқса А. Альцгеймер (1906) томонидан авж олувчи прогрессив фалаж ва атрофия касалликларининг патологияси тасвирланди. Бу касалликларда ошиб борувчи интеллектнинг сусайиши билан бирга баъзи белгилари (афазия, агнозия, апраксия) учраши кузатиладиган касаллик Альцгеймер касаллиги дейилади. Бу ишлар билан пресенил деменция билан, масалан, Пик (1892) касаллигини ажратишга асос солинди.

Крепелиннимг эрта ақли пастлик ҳақидаги таълимоти машҳур Швейцария психиатри Э. Блейлер (1911) томонидан ривожлантирилди. Тахминан шу даврдан бошлаб немис психиатриясида рухий касалликнинг келиб чиқишини (патогенез) изохлайдиган бир қатор йўналишлар вужудга келди. Бу йўналишлар амалий хулосаси асосида касалликлар тўғрисида фикр юритилди. Психозлар концепцияси (Конрад), экзистенционал ва антропологик йўналиш, Юнг ва Ясперс ва бошқаларнинг таълимоти шулар қаторига киради. Булар орасида 3. Фрейд таълимоти катта таъсир кўрсатди. У психиатрияда рухий анализни (психоанализ) қўллади. Фрейд таълимоти Оврупода ва айниқса АҚШда кенг таркалди. Фрейд назарияси бўйича одамнинг аҳлоқи зиддиятда аниқланади, атрофдагиларни ақлий бахолари онгида сиғдира олмайдиган қизиқиш ва инстинктлар тўқнашуви билан ҳал бўлади. Булар орасида асосий аҳамиятга эга бўлгани жинсий майлдир. Одам яшайдиган жамият шундай тузилганки, инсонни қамрайдиган қизиқиш реакцияси бўлолмайди, уни онг ости ҳолат билан сиқиб чикаради ва ташувчи унинг мазмунини билмайди. Қизиқишни сиқиб чиқариш асосан оғриқли симптомларда ёки туш кўрганда бўлади. Одамни даволаш, уни оғриқли холатлардан қутултириш учун, унинг яширин қизиқишларини билиш лозим. Бунинг учун симптомнинг нимаданлигини билиш лозим. Психоанализ ана шу муаммо билан шуғулланади.

Россияда рухий беморларга одамийларча муносабатда бўлишарди, уялмаслик системасининг асосий йўналишлари тезда кенг кўламда эътироф этилди. Кўпгина онгидан жудо бўлганлар «хузур-халоватдаги кишилар» (девона) деган ном билан аталадилар. Инглиз элчиси Флетер Москвада ҳатто алоҳида хурматга сазовор эди. Диний мистик дунёқарашлар узоқ яшовчан бўлса ҳам, Россияда нисбатан эртароқ рухий бузилишлар билан жафо чекувчиларга беморлар деб қарай бошладилар.

Биринчи рухий шифохоналар Россияда ташкил топган эди. Новгородда, Рига, Москвада 1776 йили, 1779 йили эса Петербургда Обухов касалхонаси очилди. Россияда илмий психиатрия бўйича биринчи қадамлар П. П. Малиновский, И. М. Балинский, И. П. Мержеевский номлари билан боғликдир.

И. М. Балинский ва унинг шогирди И. П. Мержеевский Петербург рухий касалликлар мактабига асос солганлар. И. М. Балинский 1857 йилда Россияда биринчи бўлиб медицииа-жаррохлик академиясида психиатрия шўъбасини ташкил этди ва бошқарди. Бу мактаб ишлари материалистик дунёқараши ва биологик йўналиши билан ажралиб туради.

И. М. Балинскийдан ишни қабул қилган И. П. Мержеевский (1838—1908) Петербург клиникасида илмий ишларни қизғин ривожлантирди. И. П. Мержеевский ва шогирдлариинг илмий ишлари психиатрияни умумий соматик тиббиёт билан яқинлаштирди.

1893 йилда И. П. Мержеевский истеъфога чиққандан сунг ўрнига В. М. Бехтерев (1857—1927) тайинланди. В. М. Бехтерев бош мия анатомияси ва физиологияси соҳасида иш олиб борган йирик мутахассисдир. Гипноз ва ишонтириш йўли билан даволашни қўллашга доир кўп ишлар қилган. Кўпгина машҳур психиатрлар (В. П. Осипов, В. П. Протопопов ва бошқ.)
В. М. Бехтеревнинг шогирдлари эди.

Петербурглик психиатр В. Х. Кандинский (1849— 1889) фаолияти амалий ва илмий ишни қўшиб олиб боришнинг ёрқин намунасидир. Унинг 1887 йилда I съездда қабул қилинган психозлар таснифини мисол қилиб келтириш мумкин.

Олимнинг «Псевдогаллюцинациялар ҳақида» ги асарини дунё олимлари тан олган. Россияда психиатриянинг тараққиётида ва Москва психиатрлар мактабини яратишда С. С. Корсаков (1854—1900) катта рол ўйнади. 1887 йилдан бошлаб Москвада мустақил курс сифатида маърузалар ўқила бошлади. Хозир Москвада С. С. Корсаков номидаги клиника ишлаб турибди. Корсаков психиатрияда нозологик йўналиш лозимлиги ҳақида уқдириб ўтган эди. Халқаро психиатрия Анжуманида (1857 йил) у тасвирлаган полиневротик алкогол (амнестик) психоз «Корсаков касаллиги» деб номланди. У рухий касалликлар учун конституционал тузилишнинг аҳамиятини кўрсатиб берди. Бу ишларни С. А. Суханов ва П. Б. Ганушкин давом эттирдилар. Корсаковнинг шогирди В. П. Сербский учун суд психиатрияси бўйича кататониялар ҳақидаги илмий ишлар мансубдир.

С. С. Корсаковнинг вафотидан сўнг клиникани унинг энг яқин ёрдамчиси В. П. Сербский бошқарди. Олий нерв фаолиятининг физиологик механизмлари мохиятига ва психиатриянинг мохиятига И. М. Сеченов ва И. П. Павловларнинг ишлари, материалистик қарашлари таъсир кўрсатди. И. М. Сеченов 1863 йилда «Бош миянинг рефлекслари» китобини нашр эттирди.

И. П. Павлов (1849—1936) И. М. Сеченов ишларини ривожлантирди. 1901 йилдан бош мия

фаолиятини, 1918 йилдан эса рухий касалликларни ўргана бошлади. И. П. Павлов олий нерв фаолияти тўғрисида таълимот яратди ва психиатриянинг ҳақиқий физиологик ва патофизиологик йўналишларини кўрсатди. Унинг психоз ва невроз соҳасидаги ишларини А. М. Иванов-Смоленский, К. М. Биков, Л. А. Орбели, М. К. Петрова, Н. И. Красногорский, В. П. Протопов давом эттирдилар. Кейинчалик рус ва хориж илм-фани илғор ғояларини қўллашга, амалга оширишга катта имкониятлар очилди.

1992 йилда Москвада рухий касалларга ёрдамнинг янги тури — шифохонадан ташқари, рухий неврологик диспансерларда ёрдам бериш бошланди ва бу барча йирик шаҳарларга тарқалди.

Кейинчалик диспансер ва стационарлар рухий бемор болалар учун ҳам очилди (Г. В. Суҳарев, Т. П. Симпсон, А.А. Озерицкий).

Психиатрия тараққиёти даврида амалий ва назарнй масалаларни ишлаб чиқадиган илмий текшириш марказлари очилди (П. Б. Ганнушкин, В. П. Осипов, В. А. Гиляровский, Т. И. Юдин, В. П. Протопопов, А. В. Каннабих, М. О. Гуревич, Е. Л. Попов, М. М. Асатиани, Е. К. Краснушкин, П. Б. Снесарев ва б.). П. Б. Ганнушкин кўпгина истеъдодли олимларни (Н. И. Озерицкий, О. В. Кербиков, С. К. Жислин, Ф. Ф. Детенгоф, И. М. Зиновьев, В. М. Морозов ва б.) тарбиялади. Улар кўпгина олий илмгохларда психиатрия кафедраларини бошқардилар.

Собиқ иттифоқ психиатрлари шизофренияни, маниакал-депрессив психоз чегара холатларини ўрганишда катта ютуқларга эришдилар, (А. В. Снежневский, Л. А. Рохлин, В. М. Баншиков, Е. Н. Кашеева, И. И. Лукомский, Г. А. Ушаков, Р. Я. Голант, Н. А. Портнов, Л. Д. Зурабашвили ва б.), янги даволаш усуллари ишлаб чиқилди, уларнинг олдини олиш, ишга жойлаштириш, ижтимоий реадаптация (Г. А. Гейер, Д. Е. Мелехов, М. М. Кабаков) масалалари ўртага қўйилди.

Рухий касалликларнинг таснифи билан боғлик бўлган масалаларни ечиш кейинги ун йилликка келиб синдромология ва нозология синтезига ҳаракат қилиш билан боғликдир.

Бу соҳада А. В. Снежневский мактабининг ишлари диққатга сазовор. Рухий касалликларни ўрганишдаги динамик кузатишлар касаллик ривожланиши жараенида аниқланган бир қатор синдромлар яратишга имкон берди. Шунинг билан бирга рухий касалликларнинг синдромли ва нозологик таснифи яратилди.

Кейинги 60 йилда рухий касалликларни жиддий даволашга эришилди. Инсулинтерапия, электротитраткич (ЭСТ) билан даволаш усуллари топилди.

Бу даволашдан аста-секин мутлақо янги бўлган психоморфологик дорилар билан даволашга ўтилди. Литий тўзларини қўллаш рухий бузилишларнинг олдини олишга имкон яратди. Даволашнинг янги усуллари рухий касалликларни ва уларнинг кечишини ўзгартириб юборди (терапевтик патоморфоз) ҳамда уларниг патогенезини алоҳида ўрганишга имкон яратди.

Рухий касалликларни даволаш соҳасидаги ютуқлар рухий касалликларнинг биологик асосларини ўрганишга қизиқиш уйғотди. Бу йўналиш нейрогуморал регуляторларни, аутоиммун жараёнларни ўз ичига олди. Хусусан кўпгина рухий касалликлар патогенезида биоген аминлар бузилиши ётади (Анохин И. П.). Бунга яна хозирги замон ирсий текширишлар усулларини ҳам киритмоқ керак. Бу текширишлар бир қатор рухий касалликлар этиологиясини ўрганишда (шизофрения, аффектив психозлар, олигофрения) сезиларли натижа берди. Психиатриянинг тараққиётида охирги йилларда рухий беморларга ёрдам кўрсатиш ишида тубдан ўзгаришлар бўлиб утди. Нисбатан янги йўналиш пайдо бўлди, яъни ижтимоий даволаш тадбирларига реабилитацион йўналиш бериш (очиқ эшиклар куни, кундўзги ва тунги стационарлар ва ҳоказо).

Рухий беморлар даволанадиган ўринлар кўпайди. Чекка туманларда шифохоналар очилди. Бир қатор илмий-текшириш муассасалари ишга туширилди. 1907 йилда Петербургда В. М. Бехтерев номидаги Психоневрологик институт очилди, кейинчалик у илмий-текшириш институтига айлантирилди. 1941 йилда Москвада суд экспертизаси институти очилди, кейинчалик В. П. Сербский номидаги суд психиатрияси институти очилди.

1921 йилда Киевда, 1926 йилда Ҳарьковда илмий-текшириш институти очилди. Бу иккала институт Украина психоневрологик институтига айлантирилди. 1925 йилда Грузияда Асатиани номидаги психоневрологик институт очилди.

1938 йилда собиқ РСФСР соғлиқни сақлаш вазирлигининг психиатрия институти очилди.

1944 йилда собиқ СССР МФА психиатрия институти очилди, унинг биринчи рахбари В. А. Гиляровский эди, кейинги йилларда институтга Д. Д. Федотов рахбарлик қилди. 1982 йилда бу институт базасида СССР МФАнинг рухий соғлиқни саклаш маркази ташқил этилди. 1985 йилда Мамлакат Соғлиқни **сақлаш** вазирлигининг наркологиянинг тиббий-биологик муаммолари бўйича марказ ташкил топди.

ЎЗБЕКИСТОНДА ПСИХИАТРИЯНИНГ РАВНАҚИ

Ўзбекистонда психиатрия фани ривожланишига 1920 йилда жуда улкан тарихий воқеа—ўрта Осиё Давлат дорилфунуни очилиши туртки бўлди. 1920 йилда дорил-фунуннинг тиббиет қўллиётида психиатрия кафедрасининг очилиши нафақат Ўзбекистонда, балки Урта Осие жумхуриятлари ва Қозоғистоннинг барча шаҳарларида психиатрия илмининг равнак топишига имкон берди.

Психиатрия хизмати фаолиятининг чуқур таҳлил этилиши, жумхурият тиббиёт олийгоҳлари ва муасса-саларида мўтахассислар тайёрлаш ҳамда назарий ва амалий йўналишлар бўйича муайян ишланмаларнинг амалга оширилишига йўқ очади.

Тошкент тиббиёт олий билимгохининг психиатрия кафедраси ўзининг дастлабки кунлариданоқ илмий ва амалий психиатр-шифокорларни тарбиялаб етиштиришга киришди. Шу тариқа Ўзбекистон психиатрларининг илмий мактаби вужудга келди. Психиатрларнинг катта гуруҳи шу ерда ихтисослиги бўйича жиддий тайёргарлик олди.

Жумхурият психиатриясининг асосчилари — профессор Ю. В. Каннабиҳ доцент Л. В. Анциферов, кейинроқ профессор Ф. Ф. Детенгоф психиатрия хизматининг ташқилотчиларини ва юқори малакали мўтахассисларини тарбиялаб етказдилар.

Психиатрия кафедрасининг дастлабки мудири Ю. В. Каннабих кафедрага жуда оз муддат рахбарлик қилди. Шундан кейин кафедрани доцент С. А. Преображенский бошқарди, у билан бирга яна учта илмий ходим ишлади. Кафедранинг илмий фаолияти махаллий турмуш шарт-шароитлари билан боғлиқ психозларни тадкик этишга каратилган эди: бу — гиёҳвандлиқ полюдизм, шунингдек безгакнинг психозлар пайдо бўлиши ва кечишига таъсирини ўрганиш кабилардир. Бундан ташкари, Туркистоннинг тоғли жойларида болалар нуксонларининг келиб чиқиш муаммолари, хусусан кретинизм омиллари ўрганилди.

Жумҳуриятда психиатрия ёрдамини ташқил этиш бўйича доцент Л. В. Анциферов ташаббускор бўлиб чикди. Доцент Преображенскийдан сўнг у Тошкент тиббиёт олий билимгохининг психиатрия кафедрасини бошқаради ва айни кезда 1921 йилдан бошлаб умрининг охирига қадар (1934 й.) ўлка психиатрия шифохонасига ҳам рахбарлик қилди. Олим томонидан гиёҳвандлик психозининг кечиши ва уни даволаш ўрганилди, бир қатор қимматли асарлар, жумладан «Гиёҳвандлик психози» деб номланган монография яратилди. Ўзбекистонда илмий психиатрия ривожининг илк босқичидаёқ ўлка касалликлари —лейшманиоз, бруцеллёз, қутуриш, бод, пеллагра ва айниқса безгакка оид масалалар жуда катта қизиқиш уйготди.

1940—1972 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт олий билимгохининг психиатрия кафедрасига Москвадан келган профессор Ф. Ф. Детенгоф мудирлик қилди. У психиатриядаги муаммоларнинг кенг доирасига—эпидемик энцефалитдаги рухий ўзгаришларга, грипп асоратига боғлик бўлган психозларга, юкумли, туғруқдан кейинги шизофренизм кўринишидаги психозларнинг ўзига хос хусусиятларига бағишланган асарлари билан машҳур бўлган. Профессор Ф. Ф. Детенгоф психозларнинг соматик (организмга оид) асосларини ўрганишга, рухий касалликка учраган беморларни даволаш тажрибасига, ўлка касалликлари (безгакдаги рухий бузилишлар, махаллий энцефалитлар, заҳарланиш, бруцеллёз) масалаларига катта эътибор берди. Улуг Ватан уруши йилларида кафедра жамоасининг диққат-эътибори ҳарбий даврга — жароҳатланиш ва реактив

холатга боғлик бўлган рухий ўзгаришларга каратилди. Жарохатланиш окибатидаги тутқаноқ ва мутизмни даволаш усуллари яратилди ва амалда жорий қилинди. Олим томонидан учта монография ва талабалар учун ўқув қўлланмаси яратилди. Ф. Ф. Детенгоф кўплаб илмий ходимлар ва амалиётчи шифокорларни етиштирди. Махаллий миллат вақилларидан етишиб чиққан шифокорлар ва илмий ходимлар — тиббиёт фанлари номзодлари доцентлар Н. А. Орипов, М. F. Руломов, А. А. Абдурахимов, А. У. Шоюсупова, Р. С. Турсунова, А. Қ Компанцева, О. Н. Елисеева ва бошқалар шулар жумласидан.

Доцентлар Ю. А. Блиновский, А. Е. Бланкфельд, Н. А. Орипов, А. А. Абдурахимовларнинг илмий тадкикотлари 30-йиллардан кейинги улка касалликлари: безгак лейшманиоз, бруцеллёз, пеллагра ва ҳоказолардаги рухий ўзгаришлар масалаларига бағишланган эди. М. F. Руломовнинг номзодлик диссертацияси ва монографияси кутуриш касаллиги ҳақидаги адабиётга мухим ҳисса бўлиб кушилди. Ю. А. Блиновскийнинг жигарнинг заҳарланишини йўқотиш вазифаси, тутқаноқнинг пайдо бўлиш ва ривожланишидаги висцеро-кортикал омиллар тўғрисидаги ўгказган қизиқарли тадкикотлари пировардида докторлик диссертацияси юзага кедди.

Сўнгги ун йилликларда эса Тошкент Давлат тиббиёт олий билимгохининг психиатрия кафедрасини 1973 йилдан бу`н бошқариб келаётган профессор Х. А. Алимов рахбарлигида шизофрения ва наркология муаммолари бўйича мухим тадкикотлар олиб бориляпти.

Шизофрения муаммоларига доир тадкикотлар бу касалликнинг клиник хусусиятларини, динамикасини, кайтиш топологиясига олис муддатли прогнозни, клиник-диагностик мезонларини, шунингдек шу касалликнинг келиб чиқиш сабабларини ўрганишга бағишланган.

Алкоголизмга доир ҳар томонлама олиб борилаётган клиниқ патогенетик эпидемиологик тадкикотлар замонавий методлар ёрдамида амалга оширилмокда. Текширишлар бу касалликнинг клиникасини, патогенезини, мехнатга мослашуви, ремиссияси ва кайталанишига карши даволашга оид мухим конуниятларини очиб берди. Бу ва бошқа тадқиқотлар проф. Х. А. Алимовнинг рахбарлиги остида 5 монографияга ва қатор диссертацияларнинг тайёрланишига асос бўлди. Проф. Ш. А. Муртолибов (вафот этган), ҳамда тиббиёт фанлари докторлари Н. И. Хужаева, Б. П. Каюмов, Б. А, Тошматов (вафот этган), тиббиёт фанлари номзодлари И. Х. Монасипова, А. А. Аскаров, Г. Р. Рустамов, И. А. Слободской, А. П. Орипов, Д. F. Ғуломов, А. А. Зильберштейн, Ф. 3. Ғафуров, М. Х. Халилов, Л. Қ Морозова ва бошқалар проф. Х. А. Алимов рахбарлиги остида номзодлик ва докторлик диссертацияларини ёқлашга муваффак бўлдилар.

Самарқанд тиббиёт институти психиатрия кафедраси (кафедра мудири проф. Х. А. Аминов) ва унинг жамоаси шизофрения ва томирларга боғлик психозлар муаммоларини ишлаб чиқишда фаол иштирок қилмокдалар.

Андижон тиббиёт институти психатрия кафедрасида (кафедра мудири М. Л. Аграновский)

шизофрения, алкоголизм ва гиёхвандликларнинг клиник ижтимоий-мехнат, эпидемиологик ва бошқа жиҳатлари ўрганишмоқда. Тошкент врачлар малакасини ошириш институти психиатрия кафедраси (кафедра мудири проф. Алимов У.Х.) сурункали алкоголизм ва алкоголли психозларни клиник-ижтимоий муаммоларини, бошқа рухий хасталиклар билан қиёсий асосларини эпидемиологик текшириш натижалари бўйича ўрганишга ўз диққатини қаратган. Проф. Алимов У.Х рахбарлиги остида докторлик ва номзодлик диссертациялари тайёрланган ва давом этмокда.

ТошМОИ кафедраси кошида наркология кафедраси ташкил этилган (2001), кафедра мудираси проф. т.ф.д. Турсунходжаева Л.А.

1972 йилда Тошкент педиатрия тиббиёт институтида психиатрия кафедраси ташкил этилган эди. Унга ҳозирга қадар тиббиет фанлари доктори Т. И. Исмоилов мудирлик қилган. (вафот этган). Хозирги вактда кафедрага Ш.Р. Сулаймонов рахбарлик килмокда.

Кафедра жамоаси проф. Т. И. Исмоилов рахбарлиги остида болалар психиатриясини ривожлантиришда, олий малакали мутахассисларни тайёрлашда ўзларининг сезиларли хиссаларини қушган.

Дастлабки йилларда кафедрада клиник-иммунологик боғларни ўрганиш ва аутоиммун ҳолатлар кўрсаткичларини психопатологик синдромларнинг оғирлик шкалаларига боғлиқлигини аниклаш ўтказилди. Кейннчалик эса кафедра илмий текшириш ишлари миқёсинии кенгайтириб «Она ва бола» тизимида ўзаро муносабат масалаларига ўтиб, туғруқдан кейинги даврда ривожланувчи шизофренияни клиник катанамнестик ўрганиш каби долзарб муаммоларини камраб олди. Ушбу долзарб масала тиббиет фанлари номзоди А. Қ Компанцева томонидан докторлик диссертацияси сифатида якунланди. Шунингдек Ш. Р. Сулаймонов томонидан «Ижтимоий депривация ва наслий омилнинг мактабгача ёшда бўлган болаларнинг руҳий дизонтогенезига таъсири» деган мавзудаги номзодлик диссертацияси ёзиб тугатилди. «Ўз-ўзини ёқишнинг эпидемиологик ва ижтимоий демографик асослари» деган илмий-текшириш (асс. М. А. Нуриддинова) Кашкадарё вилояти материаллари асосида давом эттирилмоқда. Янги мавзу «Ижтимоий депривация шароитида тарбияланаётган болалардаги психопатологик тузилмалар бузилиши ва руҳий дизонтогенез алоҳидаликлари»га боғишланган ишлар бошланди. «Болалар ва усмирларда алкоголизм ва токсикоманиянинг клиник-эпидемиологик асослари» мавзусини ўрганиш (т.ф.н. доц. О. Н. Елисеев томонидан) давом этмокда. Кафедранинг илмий-текшириш ишлари нафақат назарий, балки болалар психиатриясининг амалий, етилган масалаларига ҳам бағишлангандир.

Т.М.А. психиатрия кафедраси (кафедра мудири проф. Н. И. Хужаева) билан ҳамкорликда шизофрения ва наркология муаммолари бўйича илмий ишлар олиб борилмоқда, илмий-педагогик кадрлар тайёрланмокда, шуларни каторида к.м.н. Султанов Ж.Х, к.м.н. Шамсиев А.Т, к.м.н.

Бреянцева Н.Н. Хусусан доц. А. Н. Арипов «Алкоголизмни даволаш усулларини мукаммаллаштириш» муаммоси бўйича докторлик диссертациясини якунламоқда.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти (кафедра мудири доц. Р. Н. Ҳасанов)да руҳий касалликларни эпидемиологик сабабини мушохада қилишнинг янги услублари ишлаб чиқилмокда (доц. В. П. Исҳоқов).

Ўзбекистонда психиатрия хизматини ташқил этиш соҳасида мухим ютуқларга эришилди. Хозир бизда 6 та психиатрия кафедралари мавжуд бўлиб, уларда психиатрия ва наркологиянинг долзарб муаммоларини ҳал қилиш билан шуғулланилмоқда, психиатр ва нарколог шифокорларнинг малакаси оширилмокда, рухий беморларга малакали ёрдам кўрсатувчи етук мўтахассислар тайёрлаимоқда.

Бу серқирра фаолиятда айниқса Тошкент шаҳар клиник психиатрия шифохонаси (бош врачи, тиббиёт фанлари номзоди Х. Н. Ҳусанхўжаев) ва Республика клиник психиатрия шифохонасининг(бош врачи, тиббиёт фанлари номзоди доц. Ф.Б. Абдулкасымов) жамоаси фаол иштирок этмоқда. Бу шифохоналарда беморлар учун ўринлар ва мутахассислар сони кейинги ўн йилликда салмоқли равишда кўпайди. Мана шу давр ичида деярли барча вилоятларда психоневрологик шифохона ва диспансерлар ташкил этилди. Беморларни рўйхатга олиш, рухий беморлар орасида диспансерлар томонидан утказиладиган чора-тадбирлар анча яхшиланди. Шифохонадан ташкари хизматга эътибор берилмокда. Чунки замонавий психиатрияда рухий беморлар профилактикасига, қайта тиклаш ва қайта мослаштириш масалаларига кенг эътибор берилмокда.

Республикада психиатрия тармоклари учун мўлжалланган ўринлар сони оширилиши билан малакали шифокорлар сони ҳам кўпайди. Тажрибали мўтахассислар кенг кўламда касалликнинг олдини олиш билан бирга ижтимоий ва суд психиатрияси масалаларига катта эътибор бермокдалар, рухий касалларни даволаш ва соғлигини кайта тиклаш ишларини муваффакиятли олиб бормокдалар, шунингдек илмий иш билан шуғулланмокдалар.

Таққослаш учун қўйидаги мисолни келтирамиз. 1896 йилда Тошкент Округ ҳарбий госпитали қошида 50 ўринли психиатрия бўлими очилган эди. 1918—20 йилларда ҳарбий госпитал бўлимида 150 ўринли улка рухий шифохонаси кайта ташқил этилди ва бунда атиги 3 нафар шифокор хизмат қиларди. 1935 йилга келиб шу шифохонада 500 ўрин бўлиб, 49 шифокор ишлар эди. 1965 йилда республикадаги шундай шифохоналар сони 7 тага етди. 1977 йилда беморлар учун 9150 ўрин ажратилиб, шундан 660 таси болалар рухий хасталиги ва 205 таси наркологик беморлар учун мулжалланган.

Хозир (1991) республикамизда бундай беморларга шифохоналарда 13075 та ўрин ажратилган, шундан 11450 таси катта ёшдагилар учун, 860 таси болалар, 785 таси психосоматик ва

2860 таси наркологик беморлар учун мулжалланган. Шунга мувофиқ холда психиатр-шифокорлар сони 1149 тага ва наркологлар эса 449 нафарга етди.

РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Руҳий касалликларнинг сабаблари турличадир. Руҳий касалликларни келиб чиқиши ҳақидаги тушунчаларда кўп ноаниқликлар бор. Руҳий касалликларга кўпгина омиллар сабаб бўлади.

Рухий касалликларнинг келиб чиқиши, ривожланиши, кечиши ва якуни уни келтириб чикарган сабаб, мухитнинг турли зарарли таъсиротлари, ташки (экзоген) ва ички (эндоген) омилларнинг ўзаро муносабатига боғликдир. Шундай қилиб, рухий хасталикларнинг сабаблари ички ва ташки омилларга бўлинар экан.

Эндоген омилларга ирсият, нерв фаолиятининг холати, одамнинг конституционал ва хасталикдан олдинги давридаги хусусиятлари, жинси, ёши, организмнинг иммунологик ва реактив ҳолатлари киритилади.

Экзоген омилларга инфекцион (грипп, сурункали тонзиллит, ревматизм, бруцеллёз, терлама касалликлари, захм, СПИД, энцефалитлар, менинго-энцефалитлар ва ҳоказолар), интоксикациялар (алкоголизм, наркоманиялар, гиёҳлар, саноат ва қишлоқ хужалик заҳарлари), бош мия жароҳатлари, тананинг ўткир ёки сурункали касалликлари (юрак-қон томирлари, ўпка, меъда, ҳазм йўлларининг касалликлари), эндоген безлар фаолиятининг бузилишлари (қалқонсимон, меъда ости, буйрак усти ва бошқ), бош мия томирларининг касалликлари (церебрал артериосклероз, ха-фақон касаллиги), бош мия усмалари ва паразитлари (эхинококк, цистицеркоз, руҳий жароҳатлар ва бошқалар) киради.

Психиатрияда ҳам бошқа соҳаларда бўлгани каби сабаб ва оқибат орасида анчагина ўрганилмаган масалалар бор. Турли касалларда ва ҳар хил рухий касалликларда эндоген ва экзоген этиологик омилларнинг аҳамияти турличадир.

Ташқи муҳитнинг юқорида санаб ўтилган зарарлари, холатлар баъзан рухий касаликларнинг сабаби, бошқа холатларда келиб чиқишга шароит яратувчи ёки унинг кечиши оғирлашувига ёрдам бериши мумкин.

Ички ва ташқи муҳит шароитлари, аниқ холатни ҳисобга олганда касалликнинг келиб чиқишига тускинлик қилиши ёки ёрдам бериши мумкин.

Рухий касалликнинг келиб чиқишида бошқа касалликлардаги каби ички ва ташқи муҳит таъсири ҳал этувчи аҳамиятга эга. Сабаб ҳамма вақт ҳам касалликни пайдо қилавермайди, балки маълум шароитлар бўлгандагина уни юзага келтиради, бу фикр барча сабабларга ҳам тегишлидир. Инфекция кўзговчилари организмга тушганда баъзилари албатта касаллик кўзгайди (ўлат),

бошқалари маълум бир шароит бўлгандагина (грипп, бўғма, ичбуруғ) касаллик пайдо қилади. Ҳар қандай инфекция касаллик пайдо қилмаганидек ҳар бир инфекцион хасталик ҳам психоз келтириб чиқармайди. Нима учун битта сабаб, масалан, грипп, бир ҳодисада ўтувчи, бошқасида сурункали психоз чақиради, жуда кўп одамларда эса ҳеч қандай рухий ўзгаришларсиз ўтади, деган саволга жавоб топиш Қийиндир. Рухий жароҳатга нисбатан ҳам шундай ҳол рўй беради, яъни бир ҳолатда ўтувчи, бошқасида сурункали психоз, учинчисида эса ҳеч кандай ўзгариш пайдо қилмайди.

Касалликнинг сабаби ўзига хос усулда таъсиротни қабул қила оладиган организмнинг касаллик чакирувчи таъсири билан ўзаро муносабати жараёнидир. Масалан, ҳатто бир хил расмий асосга эга бўлган бир тухумли эгизакларда бирининг шизофрения ёки маниакал-депрессив психоз билан касалланиши, иккинчиси ҳам 100 фоиз ҳолларда касалланади деган гап эмас. Шунинг учун эндоген омиллар ҳақида гам борганда руҳий касалликнинг насл суриши эмас, балки унга наслий мойиллик ҳақида фикр юритиш керак. Наслий мойиллик одам яшаб тўрган муҳит шароитларига боғликдир.

Насл сурувчи касалликлар орасида рухий касалликлар катта ўрин тўтади. Буларга шизофрения, маниакал-депрессив психоз, эпилепсия ва бошқаларни мисол қилиб келтириш мумкин. Бир ва икки тухумли эгизаклар оиласида руҳий хасталикни ўрганишда, хусусан шизофрениянинг ривожланишида генетик омилнинг муҳим аҳамияти борлиги аниқланди. Шунинг билан бирга наслий мойиллик вужудга келишида кўшимча зарарлар ҳам маълум аҳамиятга эга. Рухий касалликларнинг келиб чиқишида она корнида эмбрион ва хомиланинг зарарланиши ҳам маълум аҳамиятга эгадир. Ҳомиладорлик даврида онадаги хасталиклар (инфекцион, алкогол интоксикацияси, соматик, эндокрин ва бошқа касалликлар), ҳомиладорлик токсикози, жисмоний ва руҳий жарохатлар, туғиш вақтидаги касалликлар хомиланинг холатига таъсир кўрсатиб, у ёки бу руҳий ўзгаришлар ёки касалликларни пайдо қилиши мумкин. 20 — 30 ёш орасида шизофрения энг кўп учрайди, урта ва катта ёшда анчагина камаяди. Жинснинг таъсири, айниқса қарилик инволюцион, томирлар, алкоголизм, алкоголли ва жароҳат психозларида, бангиликда, маниакал-депрессив психозларда яққол билинади. Қарилик бошланишида, кариликда маниакал-депрессив психозлар аёлларда кўпрок учрайди. Ижтимоий хаёт тарзи билан боғлик бўлган алкоголизм психозлари, бангилиқ жароҳат; томирлар, захм психозлари эркакларда кўпрок учраши табиийдир. Шизофренияга келганда эркаклар ва аёллар баравар касалланадилар.

Даврий кечувчи эндоген психозлар учун МДП, тутқаноқ, асосан мавсумий омиллар маълум аҳамиятга эгадир. Шундай қилиб, касаллик сабаблари ҳам, уларнинг пайдо бўлиш шароитлари ҳам ички ва ташқи бўлиши мумкин.

Клиник амалиётда кўпинча касалликнинг аниқ сабаби ва шароитларини, касаллик ривожи давомида сабаб ва окибатларини аниқлаш жуда қийин бўлади (И. В. Давидовский).

У ёки бу психознинг кёлиб чиқишини қандайдир бир этиологик омилга боғлаб бўлмайди. Рухий хасталикларни омилга боғлаб бўлмайди. Рухий касалликларнинг сабабига келсак, бу анча мураккаб бўлиб, бир қатор омилларнинг ўзаро таъсиридан иборат бўлиб, баъзилари асосий, бошқалари иккинчи даражадаги аҳамиятга эгадир.

Ҳар бир рухий касалликнинг алоҳидалигини аниқлашда этиологияси ва патогенези биринчи ўринда туради.

Патогенези. Касалликнинг тараққий қилиш механизми. Бошқача қилиб айтганда нозологии бирлик (юнонча — патос касаллик). Мустақил рухий касаллик бир хил сабаб таъсиридан, бир хил тараққиёт механизмларидан иборат касалликлар хосиласидан тузилган. Бир сабабдан пайдо бўладиган касалликларнинг ривожланиш механизми турлича бўлса, нозологик мустақил касалликка киритилмайди. Этиологияси жихатидан бир хил, нозологик жиҳатидан ҳар турли бўлган касалликларга захм психози, орқа миянинг куриши, ривожланувчи фалажликларни киритиш мумкин. Бу барча касалликлар захм инфекцияси туфайли вужудга келсада, аммо уларнинг патогенези ўзгача ва бўларни нозологик турли касалликлар деб каралади. Ок алаҳлаш, алкоголли галлюциноз, алкоголдан рашк васвасаси, Корсаков психози хақида ҳам шундай дейиш мумкин. Уларнинг этиологияси битта — сурункали алкоголизм, аммо патогенези турлича бўлгани учун ҳар бири алоҳида касаллик деб қаралади.

Шунинг билан бирга турли сабаблар бир хил патогенезга эга бўлиши мумкин. Масалан, делирий (алаҳлаш) сабаблари бўлиб кўпгина инфекциялар, мия жарохати, заҳарланишлар, тана касалликлари хизмат қилиши мумкин. Аммо алоҳида олинган на сабаб, на патогенез нозологик шакл мохиятини очиб беролмайди. Нозологик шаклда этиология ва патогенез бирликда бўлади.

Этиология ва патогенез бирлиги барча рухий касалликларда ҳам ўрганилган эмас. Бир қатор рухий касалликларнинг сабаби топилган бўлса ҳам патогенези хали текширилмаган. Бошқаларида эса патогенези мукаммалрокқ ўрганилган-у, аммо этиологияси номаълум. Кўпгина рухий касалликлар нозологик бирлик сифатида клиник бир хил кўринишлари асосидагина бирлаштирилган. Сўзсиз, бундан кейинги рухий касалликларнинг этиологияси, патогенези ва клиникасини текшириш соҳасидаги тараққиёт касалликларни нозологик таснифига малакали тўзатишлар киритади.

Рухий касалликларнинг кечиши ва якуни. Рухий касалликларнинг кечиши ҳар хил бўлади. Психозларнинг бир қисми ўткир бошланади ва ўтувчан-транзитор характерга эга. Кўпинча бўлар экзоген (интоксикациялар, инфекцион, мия-калла жароҳати, тутқаноқ ва бошқ.) психозлардан алаҳлаш ҳолатлари, хусусан оқ васваса, алкоголли алаҳсираш, онгнинг хиралашуви, онейроид, кататоник синдромлардир. Ўткир кечадиган рухий синдром ва касалликларнинг давомийлиги минут, соат, кун ва кам ҳолларда— ҳафталаб давом этади. Рухий касалликларнинг бошқа қисми

секин ривожланади (зимдан), шунда руҳий соғломлик ва касаллик ораси аниқ бўлмай қолади, касалликнинг бошланиш саналарида йиллаб хато қилиниши мумкин. Шунга ўхшаш сезиларсиз, аниқмас, аста-секин бошланувчи ҳолат сурункали кечадиган касалликларга шизофрения, тутқаноқ, алкоголли параноидлар (рашк васвасаси) ва сурункали галлюцинозлар учун хосдир.

Руҳий касалликлар кечиши бўйича прогредиентли ва гредиентсизларга бўлинади. Касаллик прогредиентли усулда кечса касаллик холати аста-секин ёмонлашиб, оғирлашиб, доимий майибликка олиб боради. Миянинг органик касалликлари (кексалик психози, айниқса мия жарохатидан кейин пайдо бўлган захм психозлари, томир психозлари, айниқса мияга кон қўйилгандан сўнг ва бошқалар), алкоголизм, нашавандлиқ шизофрения, тутқаноқ ва бошқалар аклсизликка олиб келади. Касаллик чегараларида прогредиент даражалари турлича бўлиши мумкин. Масалан, оз прогредиентлисига рекуррент шизофрения, кўпол прогредиентлисига ёмон кечувчи, усмирларда бўладиган касалликни киритиш мумкин.

Рухий касалликларнинг кечиши ўзлуксиз ёки хуружсимон бўлиши мумкин. Ўзлуксиз давом этганда касаллик кечиши даврий бўлиб (кайталанувчи) ўткирлашуви (кайтиши), бўшашуви кузатилади, аммо касалликдан тўла фориғ бўлиш кузатилмайди.

Хуружсимон кечганда рухий касаллиқ касаллик белгилари бир неча кўплар давом этадиган ёруғ кунлар интермиссия (амалий соғломлик ҳолати) билан ўзилиб туради. Хуружсимон кечишнинг бу хил кўринишини интермиттирловчи ёки циркуляр касаллик дейилади. Шунга ўхшаш маниакал-депрессив, циркуляр, психоз, даврий шизофрения кечади. Хуруждан кейин ремиссия даврида бемор касаллик холатидан тулик чика олмайди ва етишмаётган белгилар касаллик хуружи ошиши билан кўпаяди. Касалликнинг транзитор ўтувчи тури кўпинча ўткир, экзоген (оқ алаҳлаш, инфекцион алахлаш) психозларда кўринади.

Шундай қилиб, прогноз бўйича транзитор (утувчан) ва циркуляр турлари осонрок кечади. Касаллик кечишида маълум ўзгаришлар бўлиши мумкинлигини айтиб куйиш лозим. Масалан, транзитор кўринишидаги кечиши, циркуляр интермиттирловчи ёки, аксинча, узок йиллар ўзлуксиз давом этадиган хуружсимон ва ремиттирловчи ҳарактерга утиши мумкин. Руҳий касаллик давомида қўйидаги асосий даврлар фарқланади;

1) продром—дастлабки белгиларнинг пайдо бўлиш даври;

2) манифест — касалликнинг яширин тўла бориш ва мураккаблашув даври.

3) редукция — касалликнинг орқага қайтиши, белгилари сусайиши, касаллик жараёнининг айниш даври (касалликнинг якуни). Руҳий касалликнинг якуни қисман тўзалиш, ёки соғайиш бўлиши мумкин. Тула тўзалганда колдик бузилишлар давомли қолиши мумкин, улар рухий оламнинг турли даражада сусайишларидан (доимий астенизация, психопатизация, хис-хаяжоннинг сусайишларидан) иборатдир. Прогредиентли кечадиган касалликларнинг фаоллиги, сўнгра

патологик холат анчагина ифодаланган колдиклар бўлади. Бўлар органиқ тутқаноқ ёки шизофреник ақлий сусайиш холатида бўлиши мумкин. Рухий касалликдан улиш жуда кам учрайдиган холдир.

3 БОБ

ИДРОК ЭТИШНИНГ БУЗИЛИШИ

Идрок этиш — бу сезги органларининг рецептор қисмига бевосита таъсир этиш орқали атрофдаги нарсаларни, воқеа-ҳодисаларни онгда акс эттирилиши ва англаб етилишидир. Сезиш жараёни билан биргаликда ҳис қилиш инсоннинг ташки дунёда бевосига ҳиссий мулжалини таъминлайди. Ҳис қилиш билим ва тафаккурнинг мухим боскичидир ва доимо у ёки бу даражада фикрлаш, хотира, диққат билан боғликдир. Агар инсон сезги орқали ўзини ураб турган нарса, воқеа, ходисаларнинг алоҳида белгиларини онгида акс эттирса, идрок этиш орқали уларни бутунлигича, барча хусусиятлари билан биргаликда яхлит қабул қилади. Лекин шунга асосланиб идрокни сезгилар йиғиндиси деб булмайди.

Идрок жараёнининг асосида бир неча сезги аъзоларига баб-баравар таъсир этиш натижасида юзага келувчи бош мия пўстлоғидаги синтез, яъни вақтинча боғланиш (шартли рефлекс) ётади. Идрок одатда ихтиёрий ва ихтиёрсиз бўлади.

Ихтиёрсиз идрок ҳамиша ихтиёрсиз диққат билан боғлик бўлиб, маълум бир мақсадсиз, ҳеч қандай ирода кучи сарф қилинмасдан юзага келади.

Ихтиёрий идрок эса олдиндан белгиланган бирор максад асосида амалга ошади. Ихтиёрий идрок одамдан доимо иродавий эътибор беришни талаб қилади, ҳар кандай ихтиёрий идрокда ирода иштирок этади.

Рухшуносликда содда ва мураккаб идрок тафовут этилади; содда идрокка: кўриш, эшитиш, ҳид ва маза билиш киради.

Мураккаб идрокка фазо (макон) ва вақтни идрок этиш киради.

Идрок ўзига хос сифатларга эга бўлади. Бўларга идрокнинг тезлиги, тўлалиги, аниқлиги ва тўғрилиги киради. Турли рухий касалликларда ана шу сифатларнинг у ёки бу даражада ўзгарганлигини ёки бузилганлигини кўрамиз. Бу гуруҳга сезиш, хис қилиш, тасаввур қилишнинг ҳар хил бузилишлари билан тавсифланадиган белгилар йиғиндиси киради. Буларнинг ҳосил бўлишида кўп ҳолларда абстракт билишнинг (фикрлаш, тахлил қилиш, танкид) бузилиши иштирок этади, лекин билишнинг сезги асослари бузилишида қўйидаги аломатлар катта рол ўйнайди.

Гиперестезия — меъёр холатларда мўътадил бўлган ташки кўзгалишларни қабул қилишнинг ошиб кетиши. Одатдаги ёруғлик кўзни камаштиради. Атрофдаги предметлар (буюмлар) кўзга яккол ташланади. Товушлар қулоқни кар қиладигандек эшик ёпилишидаги товуш

худди уқ отилгандек бўлади. Идиш-товоқларни қўйганда чиқадиган товушлар чидаб бўлмайдиган даражада кучли эшитилади. Ҳидлар жуда ўткир туюлади. Баданга тегиб турган кийимлар эса қўпол сезилади. Бу бузилишлар ўта чарчашда ва ўткир психозлар бошланишида, онгнинг ғира-ширалиги ҳолати ривожланишида намоён бўлади.

Гипестезия — гиперестезияга қарама-қарши бўлган жараёндир. Ташки кўзғалишларни қабул қилишнинг сусайиши билан тавсифланади. Атроф-мухит худди тумандагидеқ ноаниқ буюмлар рангсиз, ноаниқ шаклда бўлиб қолади. Овозлар буғиқлашади, атрофдаги товушлар жарангдорлигини йўқотади ва фарқсиз бўлиб қолади. Ҳаммаси ҳаракатсиз котиб қолгандек туюлади.

Гиперестезияда бўладиган олий нерв фаолиятининг бузилишлари бир хил эмас. Баъзан фаол тормозланишнинг бузилиши натижасида кўзғалишлар дадилланувчи ва бош мия пўстлоқ хужайралари кўзгалишининг ошиши натижасида гиперестезия келиб чиқса, баъзи холларда эса иккинчи сигнал системасининг тормозланиши натижасида келиб чиқади. Шундай қилиб, гиперестезия пўстлоқ остининг патологик кўзгалиши ва унинг пўстлоққа иррадиация бериши ҳамда периферик анализатор охирлари импульсларининг кучайиши натижасида келиб чиқади.

А. С. Чистович таъбири бўйича гиперестезия иккинчи сигнал системаси сақланган холда биринчи сигнал системаси ва пўстлоқ ости фаолиятининг сусайиши натижасида юзага келади. И. Н. Тимофеев бу бузилишни кўрув дўмбоғининг шикастланиши (фаолиятининг сусайиши) билан боғлайди.

Сенестопатия—тананинг турли соҳаларидан ва айрим ички аъзолардан чиқадиган, соматик текшириш усуллари билан сабабини аниқлаб булмайдиган ҳар хил ноҳуш сезгилар. Бўлар худди куйиш, босим, тирнаш, қўйилиш каби сезилади.

Сенестопатияларнинг юзага чиқишини Л. А. Орбели экстрарецепторларни созлаш ва босиб турувчи таъсири натижасида интрарецептив системанинг тормозланиши билан тушунтиради.

Идрок этишнинг бузилишлари бугунги кунда қўйидагича таснифланади:

1. Галлюцинациялар.
2. Иллюзиялар.
3. Психосенсор бузилишлар.

Галлюцинациялар деб, реал мавжуд булмаган объектларни идрок этишга айтилади.

Галлюцинациялар объектив борликдан ташкарида шаклланувчи ва ўз-ўзидан пайдо бўлувчи объектив мавжудлик хусусиятини олган тасаввурлардир.

Галлюцинациялар инсон онгида бирорта тасаввурнинг доминантлиги натижасида келиб чикувчи ҳақиқий таъсиротнинг сохта ички образга айланиши туфайли юзага келади. Шунинг учун галлюцинациялар ўз-ўзидан келиб чиқувчи, хиссийлик касб этувчи реал борлиққа кўчирилган ва шу

туфайли хакикийлик объектив мавжудлик хусусиятини олган тасаввурлар деб ҳисобланади. Гольдштейн фикрича, галлюцинациялар аввал идрок этилган нарсаларни шу идрокка боғлиқ бўлган янги ташки таъсирларсиз ҳиссий равишда бошдан кечиришдир. Сезги органларига қараб, кўриш, эшитиш, хид ва таъм билиш, умумий сезги галлюцинациялари фаркланади.

Физиологик нуктаи назардан галлюцинациялар бош мия пустлогида инерт кўзғалишларининг патологик учоқлари хосил бўлиши натижасида юзага келади. Пўстлоқ хужайралари шундай куч билан кўзғаладики, улар реал таъсирловчи кўзғалишларга мос келади. Ташки ва ички агентлардан таъсирлар қабул қиладиган хужайралардаги инерт кўзғалишлар учоғи концентрацияси курув, тактил, висцерал галлюцинациялар юзага чиқишига ёрдам беради.

В. А. Гиляровский электроэнцефалографик текширувларга асосланиб галлюцинация ҳосил бўлишида иштирок этувчи инерт кўзғалиш учоклари бош мия пустлоғининг умумий тормозланиши фонида юзага чиқади, деган хулосага келган.

Олий нерв фаолиятининг бузилишида галлюцинациялар ва бошқа рухий бузилиш белгилари, бош мияда модда алмашинувининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Галлюцинациялар галюциногенлар (кўпинча адренохром ва буфотенил таъсирларида) хосил бўлади. Бу моддалар бош мияда икки хил шароитда хосил бўлади деган фикрлар бор:

1) адреналиннинг парчаланиши.
2) серотониннинг парчаланиши.

Кўриш галлюцинациялари. Энг оддий куриш галлюцинациялари — фотопсиялардир, бунда беморнинг кўзига шаклсиз, ноаниқ нарсалар кўринади — олов, тутун, туман.

Галлюцинатор образлар жуда катта (макропсия) ёки жуда кичик (микропсия) бўлиб кўриниши мумкин.

Галлюцинациялар рангли ёки рангсиз, баъзида бир рангли бўлади. Саҳнасимон галлюцинациялар беморга кўринаётган нарсалар, воқеа-ҳодисалар саҳнада ва кино экранида кўринаётганидек туюлади. Экстракомпил галлюцинацияларда образлар беморнинг куриш майдонидан ташқарида, ёнида, орқасида пайдо бўлиши мумкин.

Эшитиш галлюцинациялари. Жаранг, бонг, ўқ овози ва шунга ўхшашлар киради. Эшитиш галлюцинациялари интенсивлигига караб секин баланд, гарант қилувчи бўлиши мумкин. Улар тепадан, пастдан, у ёки бу томондан, баъзи холатларда узокдан, баъзида эса яқиндан эшитилади.

Вербал галлюцинациялар фарқсиз, тахдид солувчи, жаҳлдор бўлиши мумкин. Овоз доимо бир хил, баъзида битта сўзни такрорлаши, исми ва отасининг исмини айтиши, баъзида ўзундан-ўзун монолог, баъзи холларда эса диалог эшитилиши мумкин, кўп овозлар олдинги қилинган ишлар ҳақида мунозара бўлиши мумкин. Товушлар таниш, нотаниш, аёл, эркак товуши, ёш болалар

овози бўлиши мумкин. Бундан ташкари, шархловчи ва императив галлюцинациялар бўлиши мумкин. Шархловчи галлюцинацияларда товуш ёки бир неча товушлар беморнинг ҳар бир қилган ишини шархлайди ва ўз фикрини билдиради.

Императив галлюцинацияларда товуш беморга у ёки бу ҳаракатни бажаришни буюради, баъзан бу ҳаракат бемор ёки унинг атрофидагиларга зарарли бўлиши мумкин. Товушлар ҳаракат вақтида поезддан сакраш, бировни баланд бинодан ташлаб юборишни, улдиришни буюриши мумкин. Ҳид, таъм билиш галлюцинациялари одатда иккиламчи бўлиб, васваса ғоялар асосида келиб чиқади ва мустақил равишда камдан-кам учрайди.

Ҳид билиш галлюцинацияларида бемор ҳар хил тутун, чирик хидлар сезади, камдан-кам ҳолларда хушбуй ҳид келади.

Таъм билиш галлюцинациялари тановул қилинаётган овкатга тўғри келмайдиган таъм сезиш билан тавсифланади.

Тактил галлюцинацияларда бемор терисида турли хашаротларнинг юрганини, терида ёки тери остида турли бегона нарсаларнинг мавжудлигини хис қилади.

Висцерал галлюцинацияларда бемор тана бушликларида, кўпинча коринда бегона нарсалар мавжудлигини хис қилади. Висцерал ва тактил галлюцинацияларни сенестопатиядан фарқлаш лозим. Аввало сенестопатиялар предметсиз оғир хислардир.

Псевдогаллюцинациялар (сохта галлюцинациялар) — бўлар ҳам чин галлюцинациялардай ихтиёрсиз вужудга келадиган кўринишлар, товушлар, хидлар ва бошқалардир. Уларнинг чин галлюцинациялардан фарқи беморлар овозлар, образлар ҳақида айниқса кўп гапирадилар. Бемор уларни реал борлик билан тенглаштирмайди, борликдан ташкарида қабул қилади ва улар ясама хусусиятга эга бўлиб, кимлар томонидандир «солиб қўйилгандек» бўлади. Сохта галлюцинациялар чин галлюцинациялар сингари сезиш аъзолари буйича булинади.

Куриш сохта галлюцинациялари - атайлаб курсатиладиган куринишлар, тасвирлардир. Улар шаклсиз еки аник шаклли, рангсиз еки рангли, бир еки бир неча шахсли сахналаштирилган куринишларга ухшаш булади. Уларнинг мазмуни куркинчли, хакоратли, эротик ва шунга ухшаш булиб, баъзан улар беморга тегишли булмайди ва бемор уларга бефарк булади. Куриш сох-та галлюцинациялари беморнинг хуши сакланган холда пайдо булади.

Эшитиш сохта галлюцинациялари - " килинган", ички, хаелий товушлардир. Товушлар кимсасиз, эркак еки аелники, таниш еки нотаниш булиши мумкин. Мазмуни хам турлича: дук-пуписа, буйрук, маслахат ва шунга ухшаш булади.

Сезги, висцерал, таъм, хид билиш сохта галлюцинациялари - шу тарздаги чин галлюцинациялардан фарк килиб, бу хилдаги галлюцинацияларга атайин "килинганлик" туйгуси хосдир: "килинган" хидлар, таъм (таъм узгариши, корин бушлигига тушиб колган жисмлар).

Фикр харакати галлюцинациялари.

Бемор уз хохишидан ташкари ташки таъсир натижасида килинган харакатни сезади. Баъзида тил харакати билан сузларни айтиши кузатилади.

Функционал галлюцинациялар - уткир интоксикацион психозлар ва уткир бошланувчи шизофрениянинг бошлангич симптомлари хисобланади. Функционал галлюцинациялар реал китикловчи манба асосида пайдо булади ва шу реал китикловчи манба йуколгунча сакланади. Иллюзиядан фарки функционал галлюцинациялар реал (объект) манба кушилмайди, реал манба билан

биргаликда пайдо булади. Масалан: автомашина моторининг шовкини асосида бемор овоз эшитади, беморни куркитувчи автомашина юриб кетиб шовкинни эшитилмай колиши билан бир вактнинг узида галлюцинация хам йуколади.

Гипногагик галлюцинация — бу галлюцинациялар беморда ухлашдан олдин кўзлар юмилган ҳолда қоронғи куриш майдонида кўринади, ҳар хил буюмлар, одам танасининг бир хил қисмлари ва фантастик кўринишлардан иборат бўлади. Бу кўринишлар реал объект билан боғлик булмайди, псевдогаллюцинацияларга яқин бўлади.

Гипнопомпик галлюцинациялар - гипногагик галлюцинациялардан фарки уйкудан уйгониш пайтида пайдо булади. Гипногагик ва гипнопомпик галлюцинациялар хар хиллиги билан ажралади. Бир холатда предметлар, хайвонлар, одамларни фантастик образларни куради (куриш гипногагик еки эшитиш, хид билиш, тактил гипнопампик галлюцинациялар), бошка холатда товуш пайдо булиши (эшитиш гипногагик еки гипнопампик галлюцинациялар хар хил хидларни сезиш), хид билиш гипногагик еки гипнопампик галлюцинациялари (бегона кулларнинг тананинг хар хил кисмида таъсири -тактил гипногагик еки гипнопампик галлюцинациялар).

Булар соглом одамда чарчаганида пайдо булиши мумкин. Гипногагик ва гипнопампик галлюцинациялар баъзи холларда интоксикацион ва инфекцион психозларнинг бошлангич даври булиши мумкинлигига карамасдан, беморда психотик холат деб бахолашга асос булолмайди.

Сингдирувчи галлюцинациялар - улар галлюцинатор тайерланиш холатида юзага келади.Купрок учрайдиган турлари куйидагилар:

Липман симптоми - бемор уйгок вактида кузлари бекилган холатда куз олмасига босим таъсирида куриш галлюцинациялари пайдо булиши мумкин.

Рейхард симптоми - бемор тоза когозда чизилган расмни куради еки йук текстни укийди.

Ашаффенбург симптоми - бемор учирилган телефон оркали гапириши мумкин.

Баъзи холларда беморлар галлюцинатор ташвишларини яширади. Бу холда галлюцинацияларнинг объектив белгилари врачга ердам беради. Масалан:

бемор эшитиш галлюцинацияси билан товушга кулок солади, товушга жавоб беради еки

ёмон, нохуш товушни эшитмаслик максадида кулогини пахта, когоз, пластилин, лой билан бекитади.

Хид билиш галлюцинациясида бемор бурнини кули билан бекитади. Куриш галлюцинацияларида кузи билан йук предметни кузатади еки кузини бекитади. Огиз ютиниш галлюцинацияларида огиз бушлигидан номаълум жисмни хар доим йук нарсани олиб ташлайди (ип, соч ва х), огзини сув билан чайкайди, доим тупуради, тилини чикаради, тилидан йук предметни олади.

ИЛЛЮЗИЯЛАР

Бу реал мавжуд объектни нотўғри, бўзук холда идрок этиш. Идрок этилаётган нарса, воқеаходисаларнинг мавжудлиги билан иллюзиялар галлюцинациялардан фарқ қилади. Худди галлюцинациялар каби иллюзиялар ҳам сезги аъзолари бўйича эшитиш, куриш, сезги, хид ва таъм билиш иллюзияларига бўлинади.

Шуни ҳам айтиб утиш керакки, иллюзиялар меъёрда ҳам учраб туради. Бунга жисмий иллюзиялар мисол бўлади. Стакандаги чойга солинган қошиқ худди сингандек кўринади. Буни эса оптик конун бунича тушунтириб бериш мумкин.

Рухий касалликларда аффектив, вербал, парейдолик иллюзиялар учраб туради.

Аффектив иллюзиялар қўрқув, хавотирга, тушкунликка тушган беморларда учрайди. Бунда осиғлик тўрган кийим бекиниб олган котилга ухшаб кўринади. Ошхонада эшитилаётган идиш-товоқлар жаранги беморни улдириш учун тайёрланаётган қурол овози бўлиб эшитилади.

Вербал иллюзияларда атрофдаги одамлар суҳбатининг маъноси бўзук мазмунда идрок этилади. Бу иллюзиялар каттиқ қуркув, вахима холатида ҳар нарсага шубха билан қарайдиган беморларда учрайди. Бунда атрофдагиларнинг беморга тегишли бўлмаган сухбатларида беморга фитна, ғийбатлар эшитилиши мумкин.

Парейдолик иллюзиялар аффектнинг туб ўзгаришисиз, рухий фаолият пасайган холатларида учрайди. Мазмуни бўйича фантастик ва тасвирий қиёфали булади. Девордаги, гиламдаги накшлар, девор ёриқлари беморнинг кўзига ғаройиб, куркинчли мавжудотлар, бахайбат бинолар бўлиб куриниши мумкин. Иллюзиялар турли касалликларда, кўпинча интоксикацион психозларда учрайди.

ПСИХОСЕНСОР БУЗИЛИШЛАР

Психосенсор бузилишларга метаморфопсиялар, тана тузилишининг бузилишлари, деперсонализация ва дереализация киради. Психосенсор бузилишлар ёки функционал галлюцинациялар фақат ташки реал таъсир натижасида юзага келади ва унга кушилмаган холда

таъсир тугагунча давом этади.

Метаморфопсиялар. Идрок қилинаётган нарса ва макон катталиги ёки тўзилишининг бузилиши. Бунда беморга уни ураб олган нарсалар кичик бўлиб кўринади (микропсия), баъзан эса катталашиб улкан улчамга етади (макропсия). Шунингдек дисмегалопсияга предметларни узунлашган, кенгайган, айлана ҳолда қабул қилиш киради. Одатда дисмегалопсия холатида маконни идрок этиш ҳам ўзгаради. Макон қисқа, предметлар яқинда, ва аксинча, макон ўзунлашиб, предметлар узоқлашиб кетгандек туюлади (паропсия).

Бу холатнинг галлюцинациялардан фарқи шундаки, бунда реал мавжуд бўлган предметлар ўзгарган ҳолда акс эттирилади. Галлюцинацияларда эса йўқ нарсалар идрок этилади.

Тана тузилишининг бузилишлари. Ўз танасининг тўзилиши ва катталигини сезишнинг бўзилиши холатида беморда ўз танасининг катталашиб ёки кичиклашиб, оғирлашиб ёки енгиллашиб кетгани ҳақида тасаввурлар пайдо бўлса, парциал(кисман) бузилиш холатида тананинг айрим қисмлари ўзгаргандек сезилади, яъни беморга оёқлари ёки қўллари катталашиб ёки кичиклашиб ёки қўллари катталашиб ёки кичиклашиб кетгандек туюлади. Кўпинча тана тузилишининг бузилгандек туюлиши метаморфопсиялар билан биргаликда важудга келади.

Деперсонализация–ўз шахсини идрок этишнинг бузилиши, шахс барча руҳий хусусиятларининг бегоналашуви. Бунда беморларга фикр-ҳаёллари, тафаккури ўзгаргандек аввалгидан бошқача бўлиб қолгандек туюлади. Беморлар ўзларини ўзгариб қолганликлари, бошқа одам бўлиб қолганиклари ҳақида гапирадилар. Деперсонализацияда бемор ўз хисларини йўқотганини, қувонч, ташвиш, оғрик сезмаётганини, иштаҳаси, уйқуси йўқлигидан шикоят қилади. Баъзи ҳолларда шахснинг парчаланиши, иккиланиш ҳисси ҳам кузатилади.

Дереализация-ураб турган борлиқни буюмлар шакли, оралик масофа ва вақтга нисбатдан идрок этишнинг бузилиши. Бу ҳолатда беморга олам ўзгариб қолгандек ўзоқлашгандек туюлади, атроф ноаниқ, тушунарсиз, парда билан ураландек кўринади, атрофдаги мавжудотнинг хақиқийлигига шуҳба туғилади. Баъзида беморга ўзи яшаб тўрган атрофдаги одамлар бегонадек кўринади ёки аксинча, бегона жой, бегона одамлар худи танишдек авваллари ҳам кўргандек туюлади.

Дереализация депрессив холатларда ва шизофренияда, эпилепсияда кузатилади .

Идрок бузулишлари бўйича тест саволлари

1. Чин галлюцинацияларнинг клиник хусусиятларини курсатинг

*реал образлар билан ухшашлик
зуравонлик ва уюштирилганлик хисси билан
*бемор танасидан ташкари, атрофида, рецепторларни сезиш чегарасида проекцияланади
беморнинг хулк-атвори галлюцинатор образлар мазмунига мос келмайди
сезги анализаторлари сферасида проецияланади: тана ичида ёки оптик горизонтдан узокда
бемор ишонадики, галлюцинатор образлар атрофдагилар томонидан идрок килинади

2. Сохта галлюцияналар клиник хусусиятларини курсатинг

реал образлар билан ухшашлик
*зуравонлик ва уюштирилганлик хисси билан
бемор танасидан ташкари, атрофида, рецепторларни сезиш чегарасида проекцияланади
сезги анализаторлари сферасида проецияланади: тана ичида ёки оптик горизонтдан узокда
Купрок эндоген прсихозларда учрайди

3. Психосенсор бузилишларига кирувчи бузилишни курсатинг:

макропсия
*сенестопатия
микропсия
метаморфопсия
Парестезия
парамнезия

4. Иллюзия хилини курсатинг:

куркув
сенестопатия
*вербал
*парейдолик
парестезия
парамнезии

5. Галлюцинациялар учун хос:

*реал объектсиз идрок этиш
танкиднинг йуклиги
ихтиёрига кура юзага келиши
ихтиерсиз юзага келиши
реал объектни бошка образ билан алмашуви
ихтиёрига кура юзага келиши

6. Иллюзияларга хос:

*ёлгон, хато идрок этиш
танкидий муносабат

алмашинган холда идрок
шакли ва хажмини бузилган холда идрок этиш
*реал объектнинг булиши
ихтиёрига кура юзага келиши

7. Кандай галлюцинациялар алкогол делирийси учун хос?

чин кўрув
*сахнасимон куркитувчи
*зоопатик
чин вербал
фантастик псевдогаллюцинациялар
висцерал

8. Психосенсор бузилишларга киради:

*метаморфопсия
иллюзия
функционал галлюцинация
*метаморфопсия
*дереализация ва деперсонализация
*сенестопатия

9. Карахтлик холатидаги асосий сезги бузилишини кўрсатинг:

* гипостезия
идрокни секинлашиш
сенестопатия
парестезия
анестезия

10. Висцерал галлюцинаяларга хос:

образ ва аниқ жойланиши йўқлиги
реал сабабларсиз идрок этиш
ёқимсиз азобловчи характерга эга
* ички аъзоларга проекцияланиши
мавжуд бўлган соматик бузилишлар оқибатида хосил бўлиши

11. Галлюцинацияга хос:

* реал критика йўқ
* образларни ихтиёрсиз хосил бўлиши
бор образларни кабул килиш
образларни ҳосил бўлиши шахсга боғлиқ
бор образлар нотугри кабул килиш
*Кўрув, чин, саҳнасимон, қўрқитувчи, зоопатик

12. галлюцинациялар кўпрок қайси ҳолатда кўпроқ учрайди:

* алкогол делирийда

* шизофренияда
* интоксикацион делирийда
реактив параноидда
инволюцион параноидда

13. Бемор гапига қараганда унинг териси остида қурт-қумурсқалар изғиб юрибди, бу бузилишни аниқланг:

висцерал галлюцинациялар
сенестопатиялар
*тактил галлюцинациялар
тактил иллюзиялар
нейродерматит

14. Чин галлюцинациялар соҳта галлюцинациялардан фарқли ўлароқ:

*рецепторларнинг сезиш чегарасида
рецепторларнинг сезиш чегарасидан чиқади
тасавурлар доирасида
таъсир кўрсатиш оқибатида
*экзоген касаликларда кузатилади

15. Соҳта галлюцинациялар чин галлюцинациялардан фарқли ўлароқ:

* уюштирилганлик ва зўравонлик ҳисси бўлади
ҳиссий жонланган реал образлар
рецепторларнинг сезиш чегарасида
ихтиёрсиз
*эндоген касаликларда кузатилади
қуйидаги ҳатти-ҳаракатлар

16. Галлюцинацияларнинг объектив белгиларга киради:

қўрқув хисси
*қулоқларни ёпиш
*бурун беркитиш
гипермнезия
резонёрлик

17. Галлюцинациялар қуйидаги ҳолларда юзага келади:

*изоляцияланган
патологик сезгилар асосида
васвасали интерпретация билан бир вақтда
онг хиралашувида
эмоционал кечинмалар билан кечади

18. Психосенсор бузилишларга хос :

реал объектсиз идрок қилиш
*ёлғон, хато идрок қилиш

*ҳажм ва шаклни бузилган ҳолда идрок этиш
қачонлардир курилган, «қачонлардир эшитилган» шаклда идрок этиш
*реал объектларни нотўғри идрок этиш

19. Функционал галлюцинациялар кузатилади:

*реал қўзғатувчи билан бирга идрок этилади
реал қўзгатувчи билан қўшилиб кетади
эндоген касалликда
реал қўзғатувчини ўрнини босади
*реал қўзғатувчи таъсири тугаши билан тўхтайди

20. Бемор катта йўлни кичик идрок этади ва бу куйидагича квалификация қилинади:

* микропсия
* психосензор бузилишларга киради
дереализация
*метаморфопсия
макропсия

21. Артист Ю. Никулин «Кавказ асираси» кинокартинасида қўлини чўзиб оек панжасини кашиб, куйидаги патологияни иллюстрация килади:

*аутоморфопсия
* метоморфопсия
макропсия.
микропсия
психосенсор бузилишлар

22. Психосенсор бузилишлар кўпрок куйидаги ҳолатга хос:

бош мия интоксикацияси ёки энцефалитлар
шизофрения
реактив психозлар
*экзоген рухий касалликда
* эпилепсия

23. Бензин буғларини ҳидлаб олган ўсмир токсикоман арикдан сакраб ўтолмайди, уни кенг дарё сифатида идрок этади, бу:

*макропсия
галлюцинация
иллюзия
*психосензор бузилишлар
Дереализация

24. Соғлом кишилар учун хато идрок этиш куйидаги шаклда кузатилади

галлюцинация
*аффектив иллюзия

*физик иллюзия
метаморфопсиялар
«қачонлардир эшитилган»
«қачонлардир кўрилган»

ХОТИРА ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ.

Хотира рухий холатнинг асосий ва мураккаб кисмини ташкил этади. Маълумки, одам тугилган соатидан то сунгги нафасигача доимий ташки мухитнинг таъсирида булади. Кузатишлардан олинган, укилган ва эшитилган маълумотлар ёки киши шохид булган хар хил ходисалар одамнинг онгида маълумот ссфатида сакланиб колади. Шу сакланиб колган маълумотларнинг хаммаси хотира деб аталади.

Хотира шартли равишда уч кисмга булинади: 1.Эслаб колиш (фиксация). 2.Уларни узок муддат ичида саклаш (ретенция) кобилияти ва 3.Кайтадан эслаш, ёдга олиш (репродукция). Хотиранинг бу хусусиятлари вактга боглик булади, яъни таассуротларни ёдлаб олиш, саклаб колиш ва уларни зарур вактида кайтадан тиклаш жараенлари маълум бир тартибда вактга нисбатан кетма-кетлик билан ва мантик коидаларига амал этилган холда кечади. Хотиранинг яна бир бошка сифати шундан иборатки, инсон хаёти учун зарур булмаган маълумотлар киска муддат ичида (баъзан тез кунда, баъзан секин-аста) эсдан чикарилади. Аммо бу маълумотлар хотирадан учмаган холда кишилар онгининг тубида сакланиб туради.

Хотирага боглик булган хама хусусиятлар болалар тугилиб нутки ривож топганидан бошлаб то усмирлик (12-14 ёшлар) даврига яхши ривожланиб боради.

Сунгра унга нисбатан секинрок булса хам унинг ривожи 22-25 ешларгача давом этади.Одам бу ёшда хар томонлама камол топади. 45-50 ешдан бошлаб хотира рухий соглом кишиларда хам аста-секин пасаяди.

Шахснинг ёлгиз узига хос хусусиятлари унинг тарбияси ва бошка омилларга караб,хотирани курув, эшитув, харакат ёки аралаш турларга ажратиш мумкин. Кейинги пайтларда хотирани киска муддатли (оператив) ва узок муддатли (долгосрочний) турлари устида хам мулохазалар юритилаяпти. Ундан ташкари,хотирани таклид килиш (механик) ва мантикий (логик) туркумларга хам буладилар. Механик тури купрок ёш болалик даврига тугри келиши керак.Чунки суз ва гапнинг мазмунини тушунмасдан туриб болалар таклид этиш кобилиятига асосланиб хотирани ривожлантиришлари мумкин. Бундай аломатлар тугма акли норасолиги булган беморларда хам узок вактгача кузатилиши мумкин.

Маьлумотларни узлаштириш ва умуман хотиранинг сифатлари уларнинг кизикарли булишига боглик, мустахкамлиги эса машкка ва кайтадан эслаб туришга боглик. Хотиранинг сифати одамнинг тарбия топаётган мухитига, оиланинг маданияти-савиясига, одамларнинг кайфиятига, касбига, соглигига ва бошка омилларга хам богликдир.

Хотиранинг бузилиши натижасида уч туркум аломатлар кузатилади:

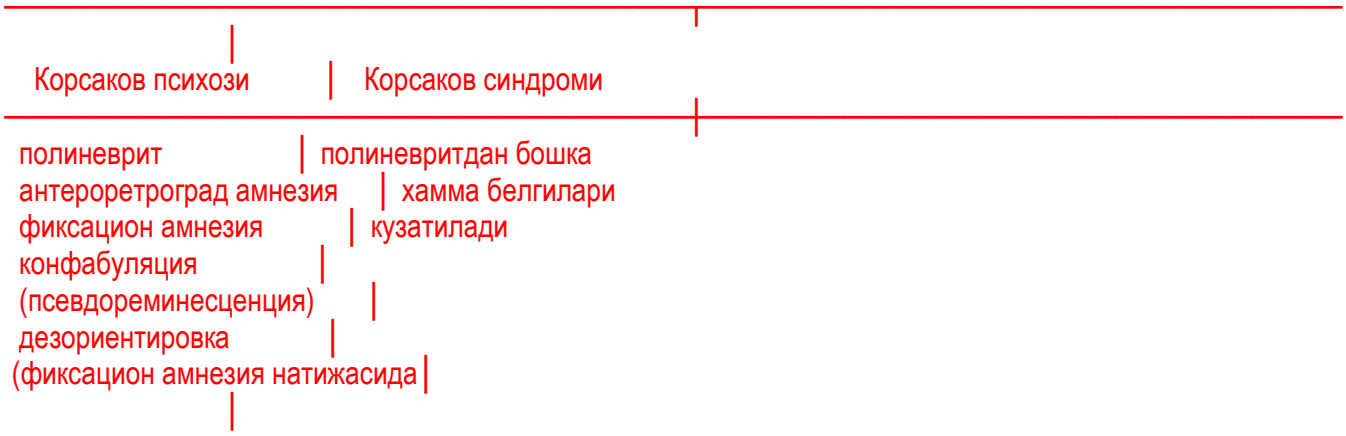
1.Дисмнестик.
2.Амнестик.
3.Парамнестик холатлар.

Хотиранинг бузилиши натижасида кузатиладиган хар хил белги ва аломатлари куйидаги 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Дисмнестик тури	Амнестик тури	Парамнестик тури
1.Пасайиши (ги-поамнезия	ретроград антероград	1.Конфабуляция а)алмашиниш

2.Уткирланиши | фиксацион | (заместительная)
(гиперамнезия) | прогрессив | б)фантастик
| кечиккан | 2.Криптоамнестик
| нотулик | а)ассоциатив
| (чекланган) | б)диссоциатив
| Тулик | 3.экмнестик



ДИСМНЕСТИК БУЗИЛИШ турларида хотиранинг сусайиш еки кучайиш белгилари учрайди. Хотиранинг пасайиш холатларида маьлумотларни узлаштириш, саклаб колиш ва ёддан билиш кобилиятлари алохида-алохида ёки уларнинг хаммаси ялписига сусайиши мумкин. Бундай холатлар ута акли заифлик синдромларининг хамма турларида учрайди. Факат шизофрения таркибида учрайдиган акли заифлик бундан мустасно.

Хотиранинг кучайиш холатлари баьзи бир беморларда кузатилиб, купрок одам онгидаги аник ва туйгу-хислатларга ута богланган маьлумотлар едга тушади. Мисол учун бу хол маниакал хамда паранойял синдромлари таркибида кузатилади. Баьзан интоксикацион еки инфекцион касаллик натижасида кузатиладиган делирий холатида хам бутунлай эсдан чикиб кетган вокеалар едга тушиши мумкин.

АМНЕЗИЯ-хотирада сакланиши керак булган ходисаларнинг эсдан чикиб колиши натижасида беморларнинг онгида "ок доглар"(бушликлар) пайдо булади. Улар асосий хусусиятларига караб ретроград, антероград, антероретроград, фиксацион, прогрессив, кечиккан, тула ва чекланган турларга булинади.

Жиддий хасталикларнинг бошланиши билан кузатиладиган онгнинг бузилишигача дастлабки даврда беморлар хали хушини йукотмасдан олдин уз бошидан кечирган вокеаларнинг маьлум муддат ичидагисини (бир неча минутлар еки соатлар) хотирадан тушириб колдирадилар. Бу белги, яьни хотиранинг бузилиши ретроград амнезия деб аталади. Демак, ретроград амнезияда касаллар онгининг бузилишигача булган вокеалар, ходисаларнинг хаммаси уларнинг эсидан чикиб колади. Бундай ходисалар минутлар, соатлар еки бир неча кунлар ичида юз берган булиши мумкин.

Антероград амнезияда - беморларда онгнинг бузилишидан ёки бошка бир уткир психоз холатлардан чикиб, хуши тиклангандан кейин булиб утган ходисалар эслаб колинмайди. Бу холат бир неча минут еки бир неча соатлар давом этиши мумкин. Кизиги шундаки, касаллардаги бу холатнинг давом этишига карамасдан улар шу даврда хати-характлари тугри булади, эс-хушлари бутун булиб, атрофдагилар билан мантикли муомалада буладилар. Шу билан бирга уткир касаллик холатидан тузалганларидан сунг шу давр ичида булиб утган ходисаларнинг хаммаси хотирадан унутилади.

Антероретроград амнезия -факат онгнинг бузилиш давригача эмас, ундан кейинги булиб утган хамма вокеалар беморларнинг эсида сакланмайди. Амнезиянинг бундай турлари

интоксикацион, инфекцион психозларда ва онг бузилишининг хар хил турлари намоен буладиган экзогеник ва органик касалликларда учрайди.

Фиксацион амнезияда кундалик вокеаларни, таассуротларни курган ва кечирган маьлумотларнинг хеч кайси бири эсда сакланиб колмайди. Кишиларнинг киёфасини, исмларини, шу билан бирга вактга ва турган жойларига булган хотиралар хам сакланмайди.

Беморлар шифохонадаги ходимларнинг еки узлари етган хонадаги касалларнинг исмларини эсларидан чикариб куядилар.Улар билан киска муддат ичида бир неча марта куришганларига карамасдан хар сафар биринчи марта куришган кишидек куюк саломлашишади ва бир неча марта номларини айтилганига карамасдан хар сафар исми-шарифларини эсда саклаб туролмайдилар.

Кундалик таассуротлар едда сакланмагани учун улар атроф мухитга, борликка ва вактга булган хушёрлик-аниклик(мулжал)тулик равишда йуколади. Шунинг учун кишилар билан хар сафар куришганларида худди хозир-бугун биринчи маротаба учрашиб саломлашибгина колмасдан, шифохонага качон келганларини хам эсдан чикариб юборишади.Узок муддат ичида даволаниб турган касалдан качон бу ерга келдингиз деб сурашса-"Мен кеча еки илгари куни келдим" деб жавоб беради. Булимнинг ичида юриб бир неча ой даволанганларига карамай, узларининг палаталарини кидириб топиша олмайди,адашиб юришади.

Фиксацион амнезия Корсаков психози номи билан юритиладиган синдромлада кузатилади ва уларнинг асосий белгиларидан бири хисобланади.

Бундай холат шизофрения билан маниакал-депрессив психозлардан ташкари, купчилик экзоген ва органик хасталикларда учраши мумкин.

Прогрессив амнезияда эслаб колиш кобилияти йуколиши билан бир вактда хотира бойлиги секин-аста камайиб боради, хотирадаги бор захира шу даражагача кашшоклашадики, бундай беморлар узларини кузгуга караб кимлигини эслай олмайдилар. Узларини худди болалик еки усмирлик даврда юргандек хис этадилар.

Бу холат экмнезия деб хам аталади - "утмишдаги хает" - бу белги парамнестик бузилишлар натижасида юзага келадиган аломатлар каторида курилади. Бу холатда
аввал биринчи навбатда хотирадаги янги, кейинги вактда олдинги йилларда узлаштирилган вокеалар йуколади (учади). Ешликда, ундан кейинги йилларда узлаштирилган ва доимий кайтариб турилган маълумотлар хотирада узок вакт сакланиб туради. Янги кабул килинган, аммо кимматли вокеалар тез эсдан чикиб колади. Беморларда хотиранинг шу татибда узгаришини Рибо (француз олми) конуни деб юритилади.

Шуни хам эсда тутиш лозимки, характ ва хулк-атвор оркали олинган таассуротлар, одат, хотира, узини тутиш билан боглик хатти-харакатлар касалликнинг огирлигига ва жиддийлигига карамасдан узок вакт сакланиб колади. Улар кишилар хаётида тез-тез кайтарилади, шунинг учун хам хотиранинг захирасида мустахкам урин эгаллайди.

Юкорида эслатиб утилгандек, амнезияларнинг тулик, нотулик хамда кечиккан турлари булади. Тулик хилида касаллик вактидаги объектив ва беморда кузатилган хар хил патологик кечинмаларни бемор хуши узига кайтгандан сунг эслай олмайди, уларнинг хаммаси унинг бутунлай эсидан чикади. Бундай белги айрим бир-бирига ухшаг онгнинг бузилиши синдромларини фарклаш учун зарурдир. Амнезиянинг тулик тури сумерик хамда амнестик синдромларга хосдир. Амнезиянинг нотулик хилида касалнинг бошидан утказган кечинмалари хамда ташки мухитдан олинган таассуротларининг бир кисми уларнинг хотираларида сакланиб колади ва хушларига келганларидан сунг, ушаларни эслаб гапириб беришади.

Амнезиянинг нотулик тури делирий ва онейроид синдромларида кузатилади.

Беморлар делирий холатидан чиккандан сунг, атроф-мухитга доир таассуротлар билан патологик кечинмалар тугрисидаги маълумотларни эслаб гапиради, аммо улар " узук-юлук" холда,
яъни нотулик маълумотлардан иборат булади. Онейроиддан чиккан касаллар атроф-мухитга тегишли хотираларни бутунлай эсдан чикариб юборадилар. Лекин улар субъектив дунёсидаги кузатилган хаёлий вокеаларни ва ходисаларни тула ва муфассал гапириб берадилар.

ПАРАМНЕСТИК хотиранинг бузилишига конфабуляция криптоамнезия ва юкорида кайд этилган экмнезиялар киради. Буларнинг хаммасини сохталаштирилган хотира деса хам булади.

Конфабуляциялар икки хил турда учрайди.
Биринчиси- одатий, яъни фиксацион амнезия натижасида пайдо буладиган хотирадаги бушликни хакикий булиб утган еки булиши мумкин булмаган ходисалар билан тулдирилган холатдир. Узок вакт ичида шифохонада даволанетган бемор, масалан, куни кеча сафардан келгани, у ерда булган вокеалар, узининг таришларини кургани, баъзи бир идораларга кириб хизматга зарур топширикларни бажарганини айтади. Конфабуляциянинг бу турини псевдореминесценция хам деб аташади. Бу холат фиксацион амнезия ва бошка аломатлар билан Корсаков психозида ва унинг номи билан аталадиган синдромлар таркибида хам кузатилади.

Конфабуляциянинг хаёлий-фантастик тури хам учраб туради. Беморлар уларнинг иштирокида кизик, галати ва улугвор ходисалар булганини, катта мансабли амалдорлар билан сухбатлашгани еки уларнинг севганларидан гох кимматли совгалар олганини, антика масалалар устида ихтиро этганини ишонч билан тасдиклайдилар. Бу холат парафрения синдроми билан огриган беморларда кузатилади. Фантастик конфабуляцияни конфабулятор чалкашлик (спутанность)дан ажратиш лозим. Касалларнинг гапида мантикан ва грамматик богланиш йуколади, атрофдагиларни узининг якин кишиларидек кабул килади, узини шифохонада эмас, бошка жойда еки камокда деб хисоблайди. Даволовчи врачни гох, кариндошим, гох касбдошим булса керак деб тушинади (симптом полижительного двойника-нотаниш кишиларни танишдек кабул килиш). Уларнинг назарида ташки мухит ва атрофдаги кишилар доим узгариб хар хил киефада ва мазмунда туюлаверадилар. Уларнинг назарида ташки мухит ва атрофдаги кишилар доим узгариб хар хил киефада ва мазмунда туюлаверадилар.
Баъзан бегона шахсларни узларининг кариндошларидек кабул киладилар (симптом отрицательного двойника).

Криптоамнезия 0-касалларда узидаги бор маълумот билан узгага тегишли ходисалар, вокеаларни ажратиш кобилиятининг бузилишидир. Касаллар узлари курган, укиган ва эшитган вокеаларни бегонадек бошка кишиларга хос (менга тегишли эмас) деб тушунишади. Бу бегона хотира диссоциатив хотира (бегоналашган хотира) хисобланади. Аксинча, бошка бир вактда тушида курган, укилган еки эшитилган, бошка бировларга тегишли маълумотлар беморга худди узиникидан туюлади, бу узлаштирилган хотира (ассоциированное воспоминание) хисобланади. Бу холатлар хотиранинг бузилиши билан таърифланадиган хамда уткир бредларда учрайдиган синдромлар таркибида кузатилади.

Хотиранинг бузилиши натижасида кузатиладиган ва юкорида келтирилган рухий касалликларнинг хар хил турларида учрайдиган аломатлардан ташкари, баъзи бир мураккаб белгиларда таркиб топган холатлар хам булади. Шулардан энг мухими Корсаков синдромидир. Бу холат юкорида келтирилганидек, узлуксиз кечадиган ичкиликбозлик натижасида келиб чикади. Бу касаллик таркибида полиневрит белгиси билан кушилиб, биринчи марта С.С.Корсаков томонидан полиневритик психоз номи билан юритилиб, илмий жихатдан асосланган эди. Кейинги изланишлар шуни курсатдики, бу холат полиневрит белгисиз интоксикацион, инфекцион ва кенг микесдаги органик касалликларнинг хаммасида хам учраши мумкин экан. Бу синдромга куйидаги аломатлар хосдир.Ретроантероград ва фиксацион амнезиялар, конфабуляция (псевдореминеценция), вактга, маконга ва кишиларга булган муносабат сохталашади, бутунлай йуколади (дезориентиовка во времени, места, лицах).

Жахон психиатрларининг анжуманида полиневритик психозни Корсаковнинг номи билан аталиши маъкул курилиб, сурункали ичкиликбозликда учрайдиган турлари эса Корсаков номи билан аталадиган булиб, Корсаков синдроми номини олди.

Хотира — бу бизнинг онгимиздаги хаётий тажриба, билим ва воқеликларимизнинг акс этиши, киска ва ўзоқ вакт сақланишидир.

Хотира одам рухий фаолиятининг энг мухим функцияларидан бири бўлиб, 3 та боскични ўз ичига олади:

а) тушадиган ахборотни қабул қилиш;

б) уни саклаш;

в) такрор айтиб бериш.

Ахборотни қабул қилишнинг икки тури тафовут қилинади:

1) киска вақтли хотира (бунда хотирада ташқи таъсиротларнинг излари товуш манбалари содир булгунча туради, сўнгра учиб кетади).

2) ўзок вақтли хотира (ахборот ўзок вақт сақланади) - инсонларда билимлар, тажрибалар, ихтиролар манбаи бўлиб хизмат қилади.

Хотирада саклаш инсоннинг эсдаги таассуротларини кайта айта олиш кобилияти (репродукциясига) боғлик бўлади. Эсдаги таассуротларни айта олиш кобилияти (репродукция) 2 хил бўлади.

1) бевосита — тўғри:

2) билвосита— логик (мантиқан).

Тўғри репродукция яна такрорланаётган факт ва кўринишларни билиш билан боғлиқ масалан, качонлардир кўрган тасвир ва киёфаларни эслаш.

Логик репродукция кандайдир бир фактни эслаш асосида ётувчи ҳар хил ассоциатив боғланишларни татбик қилишдан иборат. Бу факт шу кўринишга нотўғри муносабатда бўлади. Шундай қилиб, «имтиҳон» деган сўз инсонда укиш фаолияти билан боғлик бўлган кўп ассоциацияларни чакириши мумкин.

Инсонда мотор, ёки механиқ ҳамда куриш, эшитиш, хиссий ва фикрлаш хотиралари бўлади.

Дисмнезия деб, хотира пасайишининг қўйидаги турларига айтилади — эсда сақлаш кобилиятининг пасайиши, қабул қилиш ва татбик этиш кобилиятиниг пасайиши. Хотиранинг пасайиши рухий касалликларнинг кўп турларида кузатилади. Хотира бузилишининг эрта кўриниши — бу танлаш репродукциясининг пасайишидир, яъни хотирадаги маълум бир вақтда керак бўлган маълумотни эсга келтиришнинг қийинлашувидир. Бунда бирор ном ва атамаларнинг асл маъносини, яъни хотирадаги индивидуал, дифференциал маълумотлари татбик қилишнинг кийинлашуви кузатилди.

Амнезия—хотиранинг йўқолиши.

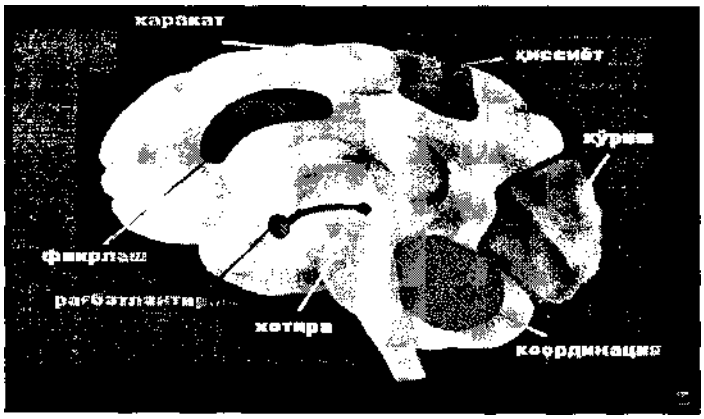
Ретроград амнезия деганда эсини йўқотиш бошланаётган пайтдаги воқеаларнинг эсдан чиқиши тушунилади.

Антероград амнезия — бу беморнинг хушсизлик холатидан кейинги ёки бирор рухий бузилишлардан кейинги вокеаларни эслай олмаслигидир. Бундай эслай олмаслик ретроград

амнезиядек соатлаб давом этиши мумкин. Баъзи холларда бир неча кун ва ҳафталарга чўзилиши мумкин. Бу вақт ичида бўлган вокеалар бемор хотирасидан изсиз йўқолади.

Антероретроград амнезия—бу ретроград ва антероград амнезияларнинг биргаликда кузатилишидир. Бунда фақат хушсизлик холати ёки касаллик бошланаётган пайтдаги вокеаларгина эмас, балки бу холатдан кейинги воқеалар ҳам хотирада колмайди.

Фиксацион амнезия - хозирги вактдаги вокеаларни хотирада саклаш ва эслашнинг йуколиши. Фиксацион амнезия Корсаков синдромининг асосий белгиси хисобланади. Бу беморларда эслаш кобилияти йуколиши натижасида вактни ва атрофдаги одамларни нотугри англайдилар (дезориентировка). Улар узини даволовчи врачини, эрталабки нонуштасини эсламайдилар. Бир киши билан бир кунда бир неча маротаба нотаниш одамни кургандек саломлашиши мумкин.



Корсаков синдроми (амнестик синдром):

-хозирги вактдаги хотиранинг бузилиши (фиксацион амнезия);

-вактга, турган жойига дезориентировка;

-конфабулятор бузилишлар йигиндисидан иборат.

Корсаков синдроми алкоголизмда, бош мия жарохатларидан кейин, уткир гипоксия (осиш, газ билан захарланиш) холатларида учрайди.

Психоорганик синдром (органик психосиндром).

Бу холат Вальтер-Бюль учлиги билан характерланади еки ифодаланади:

1.эслаш кобилиятининг пасайиши;

2.ташки ходисаларни тушунолмаслиги;

3.аффектни тутиб туролмаслиги;

1. Психоорганик синдром холатида эслаш кобилияти хамма жихатдан едда саклаш, ретенция (кабул килинган ахборотларни хотирада саклаб колиш) ва репродукция (хотирада саклаб колган ахборотларни керакл пайтда эслаб олиш) у еки бу даражада бузилади.

2. Беморлар диккатининг хажми чекланиб, уларнинг атрофни аниклаш кобилиятлари емонлашади.

Аввалига беморлар турган жойни, атрофдаги вокеалар ва ходисаларни билиши кийинлашади. Агар уларнинг холатлари огирлашса, улар уз шахсларини хам адашадилар. Беморнинг аклий фаоляти хам бузилади: мухокама ва хулосалаш даражалари, беморнинг атрофни ва уз шахсини тугри талкин килиш кобилияти пасаяди. Мураккаб вазиятларни тушуниб етиш имкони бутунлай йуколади. Беморнинг фикрлаши ортикча тафсилотларга бой булиб, фикрларнинг асосий мазмунини ажратиб ололмайди. Бемор нуткининг суз

бойлиги кашшоклашади.

3. Аффектив бузилишлар аффектни тутиб туролмаслиги кунгил бушликнинг юкори даражаси билан ифодаланади. Кайфиятнинг тез-тез узгариб туриши, арзимаган сабабга пасайиши еки ошиб кетиши. Аффект беморнинг хатти харакатларини уз таъсирига олади, бу бемор томонидан конунни бузишларга олиб бориши мумкин. Психоорганик синдром кетма-кет келувчи бир неча боскичларга утади. Психоорганик синдромнинг хар хил клиник турлари деб хам аталади.

Астеник тури - тез жисмоний ва рухий чарчашлик, толикиш, жахлдорлик гиперестезия каби белгилар, аффектни тутиб туролмаслиги кам намоен булади.

Эксплозив тури - бу холат жахлдорлик, узини тута олмаслик, кунгил бушлик, дисмнестик бузилишларнинг енгил даражалари билан ифодаланади.

Эйфорик тури. Кайфият кутарилишининг эйфория холатигача булган узгаришлар кузатилади. Беморларда бегамлик, узини танкиднинг пасайиши, дисмнезия,

интилишларнинг тухтай олмаслиги учрайди. Бирдан пайдо буладиган газаб аффекти тезда ожизликка, йиглокиликка айланиши хам кузатилади.

Апатик тури - кизикиш доирасининг торайиши, атрофдаги ходисаларга бефарклик, дисмнестик бузилишлар билан ифодаланади. Психоорганик синдром бош мия жарохатининг узок вакт утган даврида, кон томир ва бош миянинг бошка органик касалликларида учрайди (инсульт, усма).

Корсаков синдромли бемор демонстрацияси.

Бемор 30 ешда авлодларида рухий касалликни рад этади. Болалигида кизамик, ангина, грипп касалликлари утказган.Яхши усган, маълумоти 10-синф, яхши укиган. Феъли доим тинч, юмшок, уятчан, зийрак булган. Мактабни битиргандан кейин университетнинг кечки физ.мат булимида укиган ва омбор мудири булиб ишлаган. Укиш ва иш енгил берилган, кийинчилик сезмаган. Спиртли ичимликлар вакт-вакти билан истеъмол килган. Кейинчалик алкоголга мойиллик, хохиш пайдо булган. Шу сабабли оилада жанжал булиб турган. Шундай кунларнинг бирида, маст холатда оилавий жанжал сабабли уз жонига касд килган, ипдан ечиб олинган. 2 кун реанимация булимида эс-хуши йук холатда сакланган. Комадан чиккандан кейин, безовта булган, узини нотугри тутган,

дезориентировка холати кузатилган, узини нарсаларини кушни кроватдан кидирган, атрофдаги одамларни билмаган, хар томонга югурмокчи булган. Бу холат бир неча соат давом этган. Уйкудан кейин эс-хуши узига келган, бушашиб, бефарк булиб колган. Саволларга дарров жавоб беролмаган булиб, утган вокеани эслолмаган. Шу холатда беморни рухий касалхонага кучирилган. Касалхонага келган куни беморнинг буйнида странгуляцион тугун изи куринган. Бемор кам кувват, кам харакат, мустакил хеч нарсага кизикмаган. Узини булимдалигини билмайди, узини кроватини тополмайди, ердамга мухтож. Сухбат вактида тезда холдан тояди. Саволларга бир неча марта кайтаргандан кейин жавоб беради. Узи хакида киска анамнестик маълумот беради, охирги вактлардаги вокеалар вактини адашади. Хотирасида купол бузилишлар аникланади, асосан хозирги вактда охирги 2 йиллик хаетидан хеч нарса айтолмайди. Каердалигини ва атрофдаги одамларни билмайди. Хозирги кунни, ойни, йилни айтолмайди. Узини кроватини, даволовчи хакимини эслолмайди. Сухбат пайтида бир неча маротаба бир хил савол билан мурожаат килади. Бир одам билан бир неча маротаба саломлашади. Баъзан хотирасидан йуколган ходиса урнини, узок йиллик вокеалар билан тулдиришга харакат килади.Бир ойга якин касалхонага етганига карамай, бир неча кун олдин киевдан келганини тасдиклайди. Онаси касалхонага келмаган булса хам, хозир онаси билан сухбатлашганини айтади. Уйланганлиги 3 ойлик боласи борлиги, университетда укиши бутунлай хотирасидан йуколган. Хатто каерда ишлагани, кандай ишни бажарганини хам билмайди. Уз жонига суикасд килганини хам эсламайди. Узини бемор хисобламайди. Баъзида жахлдор булиб,уйга жавоб беришини сурайди, ишга кеч колаетганини айтади. Лекин тезда тинчланади, хеч нарсага кизикмайдиган, бефарк булиб колади. Куп вакт тушагида етади, хеч ким билан гаплашмайди.

Юксалиб (ривожланиб) борувчи амнезия — бу кетма-кетлик қонуни асосида ривожланиб борувчи хотира бузилиши. Бунда бемор биринчи навбатда яқин орада бўлган воқеаларни эсдан чиқаради. Кейинчалик астасекин ўтмишдаги воқеалар ҳам эсдан чиқади. Эрта ўзлаштирадиган хотира маълумотларида хаётнинг эрта давридаги воқеалар кўпрок сақланади. Хотира маълумотларининг йўқолиши, тескари, яъни янгидан эскига, яқинда ўзлаштирилганидан ўтмишда ўзлаштирилганига, индивидуал ва танланганда умумийга йўналган бўлади (Рибо қонуни).

Юксалиб борувчи амнезияда биринчи навбатда кам тахассуслашган, кам ўзлаштирилган маълумотлар хотирадан ўчади. Ўтмишда ўзлаштирилган, мустаҳкам ташқил қилинган, яхши ўзлаштирилган маълумотлар кўпрок вақт сақланади.

Болаликда, усмирлик ва етуклик даврларида ўзлаштирилган хотира маълумотлари кўп марта татбик қилинади ва бўлар асосида кейинги қабул қилинган хотира маълумотлари мустахкамланади.

Бу эса олдин ўзлаштирилган маълумотларни мустаҳкамлайди. Кўп татбик қилинган маълумотлар мухим баркарор табиатга эга бўлади.

Парамнезия — бу сохта хотира бўлиб, унинг уч тури тафовут қилинади: 1) конфабуляция — бу хотиранинг шундай бузилиш шақлики, бунда хотирадаги ахборотнинг унутилган жойи уйдирма ва фантастик воқеалар билан тулдирилади;

2) псевдореминисценциялар—бунда бемор хотирадаги ахборотнинг унутилган жойини олдин бўлиб ўтган вокеалар билан тулдиради. Масалан, бир неча кундан бери даволанаётган бемор кеча Москвага бориб келдим деб айтади. Хақиқатда эса у Москвага бошқа вақт бориб келган.

Криптомнезия—хотирада унутилган ходисалар ўрнини беморлар кинода кўрган, китобда ўқиган, бировдан эшитган, тушида кўрган воқеалар билан тўлдирадилар. Бунда хакикатда бўлган воқеалар билан тушида кўрган, китобда ўқиган воқеалар орасидаги фарқ йўқолади ва аралашиб кетади.

Хотира бузилиши бош мия пустлогининг кўзғалиш функциясининг сусайиши натижасида келиб чиқади.

Хотира бузулишлари мавзуси буйича тест саволлари

1. Корсаков синдроми учун қуйидаги симптомлар хос:

конфабуляция, псевдореминисценция
пиромания
* фиксацион амнезия
дисфория
ретроград амнезия

2. қандай амнезия тури Корсаков синдромида кузатилади

* фиксацион
ретардирланган
прогрессияланувчи
антероград
ретроград

3. Парамнезия турлари:

стационар амнезия
* конфабуляциялар
прогрессланувчи амнезия
псевдореминисценция
фиксацион амнезия

4. Конфабуляциялар псевдореминесценциялар, қуйидаги хусусиятларга эга:

* парамнезияларга киради
* бу ҳақикатда бўлмаган фантастик воқеалар
*бу хотиранинг бузилиши бўлиб, хотираларнинг бегоналашуви ёки бегона хотираларнинг ўзлаштирилиши кузатилади
*бу хронологик силжиш бўлиб – хотирадаги бўшликлар бошқа вақтда бўлган вокеалар билан тўлиб қолиши
бу – бошка одамларни хаетида булган вокеалар

5. Корсаковсков синдромида амнезияни қайси тури учрайди:

кучайиб борувчи
антероград
ретроград
Тула амнезия
фиксацион

6. Корсаков амнестик синдромида қайси симптом кузатилади:

*фиксацион амнезия
абулия
апатия
псевдореминесценциялар

депрессия

7. Амнезия қуйидаги холларда кузатилади:

* бош мия органик патология
катта тутканок
маниакал депрессив психоз
шизофрения
невроз

8. қандай касалликда амнестик синдром махсус белги ҳисобланади:

*Корсаков психози
Посттравматик холат
инволюцион параноид
қон томир психози
маниакал-депрессив синдром

9. Қандай ҳолат учун тула амнезия хос:

онгнинг номозшомсимон бузилиши
Аменция
онейроид
*делирий
невроз

10. Корсаков психозига, Корсаков синдромидан фаркли уларок кайсилар киради?

вакт ва маконга нисбатан дезориентация
фиксацион амнезия
* токсик полиневрит
антероретроград амнезия
алкоголга толерантликни пасайиши
алкоголга психик ва физик богликлик

11. Корсаков психозига хос :

галлюцинация ва васваса
парамнезиялар
амбулатор автоматизмлар
вақттга нисбатан дезориентировка
неврологик бузилишлар
*фиксацион амнезия

12. Корсаков синдроми учун куйидагилар хос :

*булаётган вокеаларга хотира пасайиши
конфабуляциялар
псевдогаллюцинациялар
псевдореминесценциялар
рухий автоматизмлар
полинейропатия

13. псевдореминесценциялар, қуйидаги хусусиятларга эга:

парамнезияларга киради
бу ҳақикатда бўлмаган фантастик воқеалар
бу хотиранинг бузилиши бўлиб, хотираларнинг бегоналашуви ёки бегона хотираларнинг ўзлаштирилиши кузатилади
* бу хронологик силжиш бўлиб – хотирадаги бўшликлар бошқа вақтда бўлган вокеалар билан тўлиб қолиши
бу – бошка одамларни хаетида булган вокеалар

ФИКРЛАШ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ

Фикрлаш — индивиднинг билиш фаолиятидаги мухим жараёни бўлиб, атрофдаги борликнинг инсон онгида акс этишининг олий шақли ҳисобланади. Хис қилиш, тасаввур, идрок қилиш, билиш жараёнининг бошланғич боскичидир. Предметларнинг хоссалари ҳақидаги билимларни умумлаштириш тушунчаси фикрлашнинг асоси бўлиб ҳисобланади.

Фикрлаш жараёни анализ (тахлил) ва синтез, таққослаш, солиштириш, кўз ўнгига келтириш ва аниқлаштириш, умумлаштириш, кейин эса тушунчанинг шаклланишига ўтиш боскичларидан ташқил топган. Фикрлашнинг моддий асоси — сўз ҳисобланади. Ҳар бир сўз маълум бир тушунчани билдиради: масалан, аниқ (стол) ёки хаёлий (босқич). Фикрлаш субстратининг ёпик еки хаёлий тушунчалар билан мос келиши қўйидагича фарқланади, яъни аниқ — тасвирий фикрлаш, хаёлан — мантикан фикрлаш. Охирги хусусият нутки ривожланган, мураккаб тушунчани умумлаштира оладиган катта ёшдаги одамларга хосдир.

Фикрлашнинг таркибий хусусиятларидан бири — бу ассоциатив фаолиятдир. Ассоциатив жараён—тасаввурларнинг кечиши ва бир неча тасаввурлар орасидаги боғланишидир. Меъёрда бир ассоциация йига хос бўлган ассоциациянинг жонланишига олиб кади (масалан, оқ-қора, иссиқ-совуқ). Бўлар ёрдамида бизнинг фикрларимиз узвий боғланиш ва мантиқли бўлади.

Фикрлашнинг физиологик асоси бўлиб бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг фаолияти ҳисобланади. Бу фаолият сигнал системаларининг ўзаро таъюланиши орқали юзага келишини Павлов ва унинг шогирдлари кўрсатиб берган эди.

Руҳий беморларда фикрлашнинг бузилиши турли-тумандир. Фикрлаш хасталиги қўйидаги курадшларда бўлиши мумкин: ассоциацияларнинг кечиш сурьатининг бузилиши, баъзи фикрлар орасидаги боғланишнинг тартиб ва мақсадга йўналтириш жиҳатидан йўқолиши, ҳукм чикариш ва хулоса қилиш хусусиятларининг бузилиши.

Фикрлашнинг тезлик жиҳатидан бўзилиши

Фикрлашнинг тезлашиши кўп сонли фикрлар кечишининг тезлашиб кетиши, баъзан эса фикрларнинг сакраш даражасигача («пулемёт» нутқи) етиш билан тавсифланади. Тўхтовсиз пайдо бўлувчи уйлар фикрлар, хулосалар юзаки ва қуққисдан пайдо бўлади. Беморнинг чалғувчанлиги кўзга шундай ташланиб туради, у бир мавзудан иккинчи мавзўта енгил кўчиб, бирор фикрни охирига етказа олмайди. Фикрлаш бузилишнинг бу тури маниакал холатлар, яъни маниакал-депрессив психознинг маниакал босқичи, циркуляр шизофрения, экзоген психозлар учун хосдир. Фикрлашнинг тезлашиши нутқ тезлашуви — «тахилалия» кўринишида намоён бўлади.

Фикрлашнинг секинлашиши. Фикрлашнинг секинлашиши — фикрлаш ва нутқ тезлигининг секинлашиши, унинг кечишининг қийинлашиши, ассоциацияларнинг камлиги ва бир хиллигидир. Беморлар саволларга катта ораликдан кейин, бир хил ва паст товуш билан жавоб беришади. Бу патологик фикрлаш турли депрессив холларда: маниакал-депрессив психознинг депрессия босқичида, шизофрения, реактив ва бошқа психозларда учрайди.

Фикрлашнинг тутилиб, узилиб қолиши— фикрлашнинг патологик шакли бўлиб, бунда бемор фикрлаш тезлигининг бузилиши билан бирга унинг ихтиёрсиз равишда киска муддатда ўзилиб қолиши ҳам кузатилади. Тўхталишлар вақтида фикрлаш умуман бўлмайди. Бу холат асосан шизофренияда кузатилади.

Фикрларнинг сурилиб кетиши (ментизм) — бирданига, қўққисдан бир қанча фикрлар оқими пайдо бўлади. Бу бемор иродасига боғлиқ бўлмаган ҳолда пайдо бўлиб, бир фикр бошқаларига сурилиб кетади. Фикрлар ўзилиб колиши каби фикрларнинг сурилиб кетиши ҳам Кандинский—Кисралит руҳий автоматизм синдромининг таркибий қисми ҳисобланади.

Фикрлашнинг тартиб ва мазмун жиҳатидан бузилиши

Фикрлар тутуруқсизлиги — бу нуткнинг грамматик шақли сақлангани ҳолда тушунчалар орасида ментизм ва мазмун жиҳатдан боғланишнинг йўқлигидир. Бунда беморлар фикри ва нутки тутуруксиз бўлиб, гаплар орасида боғланиш булмайди. Агар нуткнинг грамматик шақли ҳам бузилса, нутк умуман мазмунсиз бўлиб қолади ва сўз қоришмасига айланади. Бунда беморлар ҳам мазмун, ҳам грамматик жиҳатдан боғланмаган бўлак-бўлак сўз туркумларини келтиришади. Беморларнинг фикри «пойма-пой гап»га айланади.

«Тутуруксиз» фикрли бемор хати-Ўзбекистон ҳозирча Исфара хукмдорлигида яшамоқда. Мен учун тўлдирилган касаллик тарихи бланкаларини РСФСР га мос келувчи ягона Индия мустақил

рухий эгасига келтиришингизни сўрайман. Ер шари дунёси. Нуғай тили мусулмон майлиси «Руҳлантирувчи комитет». Нўгай... фахчи... Душанбега жўнаб кетувчи командировкага ўзига ишонган... мусулмон Асан Аджи, менинг тартибли, кузатувчи муҳтож... Валентина ўз тутишини ВКП(б)га хабар бераман... Ер шари интралитетлари онаси Худо, мен туғилганман... 15 йил муқаддам сабабсиз ишдан бўшатилган, командировкани оқлаш Микоян хаким Италия Ўзбек, Қрим, РСФСР. Фикрларнинг тутуруқсизлиги шизофренияда учрайди.

Резонёрлик — куруқ маҳмаданалиқ гўё ўзини донишманд деб ҳисоблаш. Бунда мақсадсиз, маъносиз, тартибсиз фикрлаш кузатилади.

Бу ҳолат шизофренияда, психопатиянинг шизоид шақлида учрайди.

Аутизм — реал борликдан ўзилган ҳолда ҳеч ким билан мулоқот қилмасдан, ўзининг рухий кечинмаларига берилиб кетиш. Шизофрения касаллигига хос.

Фикр амбивалентлиги—бир вақтнинг ўзида қарама-карши, бир-бирини инкор қилувчи фикрларнинг мавжудлиги. Бемор хатидан қўйидаги намуна бунга мисол бўла олади: «Менинг болаларим мени ақлдан озган дейишади. Менга бу қизиқарлидек туюлади, лекин менинг болаларим ўтмишда ҳам, хозир ҳам, келажакда ҳам умуман йўқ». Бу патологик фикрлаш шизофренияда учрайди.

Паралогик фикрлаш — яққол мантиқий бузилишлар билан тавсифланади, фикрлашда мантиқий боғланиш бўлмайди. Бемор хеч асосланмаган, етарли исботга эга булмаган хулосаларга келади. Бу патологик фикрлаш шизофрения, паранойя, психопатиянинг баъзи шаклларида учрайдй.

Куюшқоқлик — фикрлашда ортиқча тафсилотларга берилиб, майда-чуйдаларга тутилиб, асосий фикрларни иккиламчи даражасидан ажрата олмаслик. Аҳамиятга эга бўлган майда-чуйдаларнинг кўплиги, «жойида ер тепиниш» ҳиссини уйғотади. Беморлар нутқи секин, куюшкоқ аниқ жавоблар ўрнига жавобга алоқаси булмаган тафсилотларга тўхталиб жавоб берадилар. Фикрлашнинг бу шаклда бузилиши эпилепсия ва бош миянинг органик касалликларида, эпилептоид психопатияда учрайдй.

Богланишсиз фикрлаш (инкогеренция) — фикрлашнинг бу бузилиши онгнинг бузилиши туфайли атроф борлиқни боғланиш ва ўзаро муносабатларда идрок қилиш хусусиятининг йўқолиши билан тавсифланади. Беморлар нутки тартибсиз ва мазмунсиз киска сўз ва гаплардан ташқил топтан бўлади. Бу ҳолат оғир кечувчи экзоген-органик психозлар (инфекцион, интоксикацион, соматоген) да, онгнинг аментив бузилишларида учрайдй.

Персеверация — бир фикр ва хулосага кайта-кайта келиш натижасида юзага келадиган патологик фикрлаш. Оғир холларда бемор бир хил жавобни ҳа деб қайтараверади. Масалан, «Исмингиз нима?», «Ёшингиз нечада?» ва бошқа саволларга бемор фақат «Эшмат Тошматович» деб жавоб беради.

Персеверация эси пастлик билам кечувчи бош миянинг органик касалликларида церебрал атеросклероз, гипертония касаллиги, инсультлардан кейин, бош мия усмалари, қарилик акл пастлигида учрайди.

Фикрлашнинг мазмун жиҳатдан бузилиши

Ўта қимматли ғоялар — бирон аниқ далил билан боғлик холда вужудга келувчи, аҳамияти катта бўлмаган хулоса, фикр, ғоя ва тасаввурларни бемор ўзи учун жуда катта аҳамиятли деб билади. Бу фикрлар ўзок вақт бошқа фикрлардан уступ туради ва беморнинг юриш-туришини аниқлаб беради. Масалан, ҳақиқатдан ҳам шеър ёзувчи киши ўзини истеъдодли шоир деб билади ва ўзини шундай тутади. Атрофдагилар уни тан олмасликларини ёмон ниятлилар, куролмаслик деб тушунади. Ўзининг ягоналиги ҳақидаги бундай ўта қимматли ғоялар бошқа кобилиятли одамларда, яъни музика чалувчи, илмий иш қилувчиларда ўзига ортик баҳо бериш натижасида ҳам келиб чиқади. Жисмонан етишмовчиликда ўта қимматли ғоялар ҳам бўлиши мумкин. Ҳақиқатдан ҳам хафа бўлган одам бошқа нарса ҳақида уйлай олмайди, унинг барча фикр ва диққати мана шу воқеага каратилган бўлади.

Бундай одам энди хафа қилмайдиган, ҳатто яхши ниятли бошқа ҳаракатларни ҳам ёмон қабул қилади. Бундай одамларда ўз-ўзига танкид сусайган бўлиб, уларни бирор нарсага ишонтириш қийин бўлади. ўта қимматли ғоялар таркиби турличадир.

Энг кўп учрайдиганлари: кашф қилиш, реформаторлик умр йўлдошига бевафолик ипохондрик тавсифга эга бўлади ёки моддий, оилавий жудоликка боғлик ёвузликлар қилиш ўта қимматли ғоялардир.

Ўта қимматли ғоялар васваса ғояларидан хулосада яққол хатоларнинг йўқлиги, реакцияларнинг аниқ ходисаларга боғликлиги, шахсда ўзгариш бўлмаслиги билан фарқ қилади. Маълум вақтдан кейин ўта қимматли ғоялар жадаллигини йўқота бошлайди ва бутунлай йўқолади.

Агар касаллик тобора ривожланиш билан кечса, ўта қимматли ғоялар, васваса ғояларига айланиши мумкин. Баъзида ўта қимматли васваса ғоялар орасидаги оралик холат учрайди. Баъзи муаллифлар бу оралиқ ҳолатни ўта қимматли васвасага хос дейдилар. (А. В. Снежневский). Ўта қимматли ғоялар патологик фикрли дисгармоник шахсларга, параноид психопатияларга хосдир.

Ўта қимматли ғояларни соғлом кишиларда учрайдиган, уларнинг касби, муҳити, вазияти, қизиқишлари билан боғлик бўлган устивор ғояларидан фарқлаш керак Масалан, иш вақтида доимо уйдаги касал отасини уйлаш. Фикрлашнинг мазмун жиҳатидан бўзилиши — субдепрессив ҳолларда учрайди.

Шилким (миядан кетмайдиган) фикрлар. Бемор нотўғрилигини билгани холда уни хаёлидан чиқариб ташлашга канчалик ўринмасин барибир унинг онгида ирода ва хоҳишига боғлик

бўлмаган ҳолда вужудга келувчи фикрлардир. Шилким (ёпишқоқ) фикрларнинг таркиби бир хил, баъзан қўққисдан; баъзан жуда оддий нарсалар: куй, шеърдан парча, ракамлар, мақол, бирор сўз мияда ўтириб қолади. Бемор уларга танқидий муносабатда бўлади. Шилким фикрлардан ташкари, шилким ходисалар ҳам бўлади, бунга фобиялар, иккиланишлар, эсга олишлар, интилиш, қизиқиш, ҳаракатлар, урф-одатлар киради. Бу холатлар якка холда ёки биргаликда келиши мумкин.

Шилким фикрлар чалғувчан, тасвирли, сезгили бўлиши мумкин. Чалғувчан шилким фикрлар дониш-мандликда вужудга келиб, тухтовсиз ва кераксиз уйлар, шилким эслашлар билан тавсифланади. Масалан: бемор тўхтовсиз, ўз хоҳишига карши ҳаётининг ва дунёнинг пайдо бўлиши ёки нима учун одамда учта эмас, балки иккита қўл борлиги ҳақида уйлайди.

Чалғувчан шилким фикрлар индифферептлиқ беморнинг ўз кечинмаларига бефарқ қараши билан тавсифланади.

Шилким сонлар, фикрлар беморни ўз хоҳишига карши уйлар ракамини, автобуслар ракамини, деразалар сонини, ўтирғичлар сонини санаш, мияда мураккаб саноқ операцияларини бажаришга ҳаракат қилиш билан ифодаланади. Эсланадиган шилким фикрлар эса бемор ўз хоҳишига карши утмишни, утган одамлар исмини, нарсалар номини эслашга киришиб кетади.

Тавсифли, сезгили шилким фикрларда утмишдаги нохуш вокеаларни енгиб булмайдиган даражада кайта эслаш ва бу вокеалар оғир хиссиёт кечинмалари: уят сезгиси, шармандагарчилик хисси билан давом этади. Бу гурухга кам учрайдиган антипатия (ёмон куриб қолиш) ҳисси ҳам киради. Антипатияда одам ўз хохишига карши яқин кишисидан айниб қолади.

Чалгувчан шилким фикрлардан фарқли улароқ тасвирли ва сезгили шилким фикрлар таркиби бўйича ва кийновчи аффектив кечинмалар билан давом этади.

Шилким фикрлар таркиби ва туридан қатъи назар, шилким қўрқувлар (фобиялар) билан бирга келиши мумкин. Бу кечинмалардан бемор қутула олмайди. Энг кўп учрайдиган фобияларга: юрак касали билан оғришдан куркиш— кардиофобия, рак билан касадланишдан куркиш — канцерофобия, захмдан қўрқиш — сифилисофобия, ОИТСофобня — ОИТС касаллигидан куркиш, танафобия — улимдан куркиш, уйдан чиқишдан куркиш, кучадан ўтишдан куркиш — агорафобия, ёпик хоналардан кўрқиш — клаустрофобия, баланд жойдан куркиш — чинсофобия, ойнинг 13-кунидан кўрқиш — трискайдекафобия ва бошқалар киради. Фобияларнинг жуда кўп шакллари бор (350 тагача).

Тасаввурли шилқимликларга — икқиланиш ва эхтиёткорлик киради. Икқиланиш шилқим фикрлари — бу бажарилган ишнинг охирига етказилганликдан икқиланиш. Бунда беморлар эшикни кулфлаганликлари, дазмолни учирганликларини қайта-қайта текширадилар, бу текширишлар уларни коникгирмайди ва улар яна текширадилар.

Шилким эхтиёткорликда беморлар аввал ўз-ўзидан бажариб юрган ишларини, одатдаги

физиологик ишларни бажара оламанми ёки йўқми? деб қўркишади. Бир неча йил ўқиган маърўза матнини унутиб куйишдан кўрқиш, овкатни ютишдаги эхтиёткорлик, эркакларнинг жинсий алоқа вақтида эрекция булмаслигидан куркиши («куёвлар неврози») шулар қаторига киради.

Шилким ҳаракатлар — ритуаллар (ирим-сиримлар) маълум бир ҳаракатни бажаришга ҳаракат қилиш шилқимлиги. Беморлар ҳар хил шилкимликлардан қутулиш учун ҳар хил урфодатлар, иримлар қиладилар. Масалан, стулга росмана утириш учун бир неча марта ўтириб туришади, пальтони кийишдан олдин бир неча бор силкитишади. Шилким холатлар вужудга келиши ва жадаллиги бўйича турли-тумандир, лекин ҳар доим ҳам улар руҳий касаллик белгиси бўлавермайди. Улар амалий соғлом одамларда ҳам учрайди ва бўлак бўлақлиги, ҳар замонда одамни ижтимоий жиҳатдае издан чиқармаслиги билан фарқ қилади.

Асосан шилкимлик неврозлар, шилким холат неврозлари, соматик касалликлар: юрак-томирлар, ошқозоничак йўқи касалликларида, сил, қандли диабет, хавфли усма касалликларининг неврозсимон холати учуй тавсифлидир. Шунингдек шилким холатлар шизофрения, эпилепсия, турли депресеив холатлар, экзоген органиқ психозларда учрайди.

Васваса ғоялар — касалдик натижасида вужудга келувчи ҳақиқатдан йирок хаёллар, нотўғри уйлаш ва хулоса чикариш холати ҳисобланиб, уларни тўғрилаб ва ишонтириб булмайди. Васвасада атроф-мухитга баҳо бериш бузилади, лекин буни беморга тушунтириб булмайди. Бемор ҳақиқатга мос келмайдиган фикр, хулосаларни мутлоқ тўғри деб билади ва уларда васваса хаёлларга танқид йўқ бўлиб, ўзларини руҳий соғлом одам деб ҳисоблашади.

Қўйидаги мисолда васваса ғояларининг кўп асосларини билиб олиш мумкин: оилада якка киз, тиббиёт олийгоҳида яхши укийди. Ҳеч кандай асоссиз ота-оналарининг унга муносабати ўзгарганини айтди. Онаси ва отаси уни заҳарлаб улдириш ниятида вақти-вақтида овқатига хлорофос сепиб улдиришмоқчи бўлишган. Натижада киз ошқозон яраси ва гепатит касаллигига чалинганини, бу касалликлар ракка айланганини ҳамда яқин вақтлар ичида ёмон она ўзининг дунёдаги якка орзуси унинг улимига етишишини айтади. У уйидаги овқатларни емай қўйган. Бу хаёлларнинг хакикатга мос келмаслигига қарамасдан у ота-онасига ҳеч ишонмайди.

Васваса ғоялар қўққисдан, баъзида ва тез вақт ичида вужудга келиши мумкин. Аста-секин ривожланаётганда аввал аффектив таранглиқ ваҳима ва яқинлашиб келаётган нохушлик ва хавф ҳисси, васваса кайфияти юзага келади. Атроф мухит ва ўз-ўзини идрок қилиш ўзгаради, атроф муҳит бемор учун хавф солувчи, салбий бўлиб кўринади.

Кейин эса васвасанинг анимашуви, тозаланиши бўлиб, бунда васваса хулосалар — аниқ тартибга эга, бемор учун эса ҳамма нарса аниқ ва тушунарли бўлиб колади — васваса ғоялар тулиқ шаклланади. Бемор фикрида ташқи дунё, ички кечинма, атрофдагиларга (одамлар, жамият) муносабат ўзгаради.

Васваса ғоялар — рухий касаллик белгисидир.

Рухий касаллик аломатини соғлом одамларда учрайдиган хато хулосалар ва фикрлардан фарқлаш керак. Масалан, шайтон ва руҳлар, жинларга ишонмаслик ҳоллари. Бу ҳоллар одамларда илмнинг етишмаслиги ва шу муҳитнинг кўп йиллар давомидаги таъсири натижасида пайдо бўлган. Бу холатларнинг ҳақлигини, халқнинг маданий даражасини кўтариш йўли билан англатиш мумкин. Васваса ғоялари эса тушун-тириб бўлмаслик билан тавсифланади. Улар касаллик асосида пайдо бўлиб, фақат хасталик жараёни тухташи билан йўқолади. Васваса ғояларнинг умум қабул қилинган таснифи йўқ.

Васваса ғоялар таркиби, мазмуни, механизми, аҳамияти, динамикаси ва оқибати бўйича турли-тумандир. Таркиби бўйича қўйидаги васвасалар фарқланади: муносабат, таъкиб қилиш, руҳий ва жисмоний таъсир қилиш, заҳарланиш, ипохондрик рашк қилиш, ўз-ўзини айблаш, юксалиш, ўғирлик қилиш ва бошқалар.

Васавасанинг аниқ таркиби беморнинг яшаётган даврига, уларнинг маданий даражасига, муҳити, касби, ривожланиши, маълумотига боғлиқ Аср урталарида васваса таркибини — шайтон, жин, жодугар, сеҳрлашлар, кейинчалик — шапнитизм, гипноз, телепатия, хозирги вақтда эса — биотоклар, атом энергияси, изотоп, коинот нурлари, ўзга сайёраликлар ташқил қилади. Шу муносабат билан илгариги (1871 й.) олимларнинг: «Бузилишлар ҳар доим одамга даврнинг озми-кўпми таъсиридан келиб чиқади» — деган фикри тўғридир.

Васвасанинг асосий 2 тури мавжуд: бирламчи (интерпретатив, параноял.системлашган).

Иккиламчи васваса - образли хиссиетли.

I.БИРЛАМЧИ ВАСВАСА - ташки олам, ички сезгиларда содир булган факт ва ходисаларга хасталик окибатида нотугри бахо бериш, талкин килиш асосида юзага келадиган хасталик белгиси хисобланади. Бирламчи васваса жараенида окилона,мантикий билиш хусусияти яъни нарса ва вокеаларни ички алокаларини кайд этиш хусусияти шикастланади, хиссий билиш жараени эса узгаришсиз колади еки бир мунча камрок зарарланади. Бирламчи васваса куйидаги айрим хусусиятларига эга:

1.Бошка турдаги психопатологик узгаришларга боглик булмаслиги, нисбатан мустакил. Бирламчи васваса гояларининг шаклланишида бошка хил кечинмалар яъни аффектив, иллюзор, галлюцинатор бузилишларнинг мутлоко учрасмаслиги еки уларнинг нихоятда кичик урин эгаллаши ахамиятлидир (васвасага нисбатан кейинги уринни) эгаллаши муносиб.

2.Бирламчи васваса гоялар талкин васвасаси деб хам аталади (ин-

терпретатив). Бемор ташки вокеалар хилма-хиллиги ичидан факатгина уз васваса гоялари мазмунига тегишли булган далилларни танлаб олган холда талкин килиш билан машгул булади.

Шу жихатдан хам мулохаза кобилиятининг бузилиши кузатилади.Хиссий билиш кобилияти зарар курмайди. Васваса гоялари мазмунига тааллукли булмаган барча ходиса ва нарса бемор томонидан тугри талкин топади.

3. Бирламчи васваса гоялари мазмуни алохида олинган оддий маъноли тавсифга эга мазмуни жихатдан бирламчи васваса гоялари хилма-хил булиши мумкин (ихтирочилик гоялари,рашк, игвогарчилик, кузатувчанлик, олий табакага эга булган оиладан келиб чикиш гоялари, ипохондрик, маъшуклик (севги) гоялари, эротик гоялар, зиен етказиш гоялари, угирлик, кашшокланиш гоялари).

4.Бирламчм васваса гоялари асосида етган фикр,мулохаза ва хулосалар бемор томонидан чукур ва хар томонлама ишлаб чикилган.

Беморнинг бутун вужуди ва хает турмуши шу ривожланиб, такомиллашиб бораетган бирламчи васваса асосида етади.

5.Бирламчи васваса гоялари узининг баркарорлиги.ривожланиб бориш хусусиятига эга эканлиги билан тавсифланади.Даволаш чоралари бу гояларига кор килмайди.

II. Хиссий - иккиламчи васваса гоялари (образли васваса гоялари) - уткир психозларда учрайдиган васваса турига киради. У узининг эркинлиги, эмоционал жихатдан туйимлилиги, узгарувчанлиги, пластиклиги билан ажралиб туради. Бу билиш жараенининг хиссий томонининг бузилишидан далолат беради. Бу васваса турини сезги васвасаси деб хам атаймиз (К.Ясперс). Чунки, бу холда атроф-мухит, унда содир булаетган барча вокеаларни, бемор дархол васвасавий кабул килади, яъни васвасавий дереализация содир булади. Шу билан бир каторда бемор атрофида реал шароитда содир булаетган барча вокеликлар айнан беморнинг фараз килиш жараенини узгариши яъни унинг ички фантастик образлар, хаеллар, фантазиялар билан тулдириб курсатилади. Шунинг учун хам бу васваса тури образли васваса, хаелий васваса деб аталади.

Хиссий васвасанинг бирламчи интерпретатив васвасадан асосий фаркловчи белгилари куйидагилардан иборат.

1.Унинг бошка хил психопатологик кечинмаларга узвий богликлиги аффектив (жазава), галлюцинатор, хушнинг бузилиши кабилар. Шунинг учун хам хиссий васвасани иккиламчи васваса деб хам аталади. Бундай аталишининг сабаби бу васваса турининг юкорида кайд этилган психопатологик кечинмалар билан мураккаб синдром ичида богликлигина эмас, балки бошка хил психопотологик кечинмалар натижасида юзага келишдадир.

2. Хиссий васваса гоялари узининг куринишлиги (кургазмалийлиги), образлилиги, ишонарлилиги билан ажралиб туради.Хиссий васваса гоялари бемор рухида тайер холда, яъни бирор бир тахлил ва шубхасиз пайдо булади ва шу хислати билан бирламчи васваса гояларидан фарк килади.

3. Хиссий васваса гоялари системалашишга мойиллигининг йуклиги билан хам тавсифланади. Васваса гояларининг бу хилида бирламчи васваса гояларига хос бир-бирига боглик булган исбот ва далилларнинг, мантикнинг аник бир системаси мавжуд булмайди.

4.Куп мавзулилиги, яъни маъно жихатидан бир хил, баъзан ноаник булган холда яхши шаклланмаган васваса гоялари бемор онгида ноаник образлар оркали урнашиб олади.

5.Хиссий васваса гоялари фантастик (гайриоддий) куринишга айланишдан мойиллиги холи эмас.Касалликнинг уткирлашуви, чукурлашуви натижасида конкрет хусусиятига эга булган хиссий васваса гоялари урнини гайриодций васваса гоялари эгаллаши кузатилади.Бу холларда васваса гоялари жахон, коинот микесида булиб, бемор бу кечинмаларда марказий уринни эгаллайди (буюклилик васваса гояси, мегаломаник васваса гояси).

Муносабат васвасаси васваса тизими ташқил топишининг бошланғич босқичида кузатилади. Беморга атрофдаги одамлар (оғайнилари, ўртоқлари, бегоналар) унга нисбатан муносабатини ўзгартиргандек туюлади. Унинг хаёлида ёмон ниятли одамлар унга карши ёмон нарсалар уюштираётгандек бўлади. Унинг устидан кулиб, ёмон ниятли, ғазабли кўзлар билан қарашаётгандек бўлади. Бемор ўз яқинларига шубҳа ва ишончсизлик билан қарай бошлайди. Касаллик ривожланиши билан васвасанинг бошқа кўринишлари, яъни таъкиб қилиш васвасаси пайдо бўлади. Бемор таъкиб объекти, уни бир ёки бир гурух одамлар (кушнилари, оғайнилари, дўстлари, бегоналар) ёки бутун ташқилот ҳатто чет эл разведкачилари таъкиб қилаётгандек бўлади. Бемор уни ҳар доим таъкиб қилишаётганига иймони комил ва таъкиб қилишдан максад уни ва яқинларини улдириш, ишдан бўшатиш, олийгохдан ҳайдаш деб билади. У ўзининг таъкиб қилувчиларини кучада, жамоатда, иш жойида, транспортда уларнинг мимикасидан, ҳаракатларидан ва сўзлашларидан билади.

Таъсир қилиш васвасаси (руҳий ва жисмоний заҳарлаш) кўп холларда таъкиб васвасаси билан келади. Бемор унга таъкиб қилувчилар рухан ва жисмонан, гипноз, телепатия, экстрасенс, магнетизм, космик рентген ва лазер нурлари, электр токи, изотоплар ва бошқалар билан таъсир қилаётганини айтади. Энг янги аппаратларни қўллаб унинг овқатига заҳар солиб, хоналарини газлаб радиоактив воситалар билан нурлантириб, кучли жавҳарлар билан қўйдириб улдирмокчи эканлигини айтади. Ташки таъсир кўп тизимлар ва аъзоларни, асосан бош мия ва сийдик-таносил аъзолар фаолиятини бузишга йўналтирилган деб тушунишади.

Махсус аҳамиятли васваса ғоялар бунда беморга кундалиқ одатдагидек воқеаларга маҳсус мазмун беради. Масалан, даволовчи шифокор беморга унинг ўлим куни яқинлигини билиб қора куйлак кийганлиги, кулдонда чекилган сигаретни қолдириш (хоч шаклида) унинг ўлиши ва кумилишини англатади деб тушунади.

Саҳналаштириш васвасаси (интерметаморфозлар)

Бемор атрофдаги муҳит доим ўзгараётганини, маълум (сценарий) бўйича кино олинаётганини таъкидлайди. Икки ёқлама уйин, яъни бемор ётган касалхона эмас, балки текширув бўлими, шифокор ва тиббиёт ҳамширалари эса халат кийиб олган текширувчилар, касаллик тарихи эса унинг устидан очилган жиноий иш деб уйлайди. Бегона одамларни яқин кишилари, лекин бегоналардек гримланган ёки тескариси, кариндош ва танишларини — бегоналар, лекин танишлардек гримланган деб тушунади. Ижобий ёки салбий иккилик — иккиланиш васвасаси аломати (Капгра синдроми), яъни атрофдагиларни ёлғон таниш синдроми.

Ўз-ўзини айблаш, гуноҳкор деб билиш ва ўзини-ўзи йўқотиш васвасаси ҳар доим депрессив холат фонида келиб чиқади. Бунда бемор ўзини жиноятчи, гуноҳкор, ўз оиласи, жамоаси, жамият олдида гуноҳкор деб билади ва бунинг учун ўзини жазоланишга, қийнокларга ва улимга лойиқ деб тан олади. Суицидал ўринишларга майл (ўзини улдириш) кузатилади.

Улуғлиқ бойлик васвасаси — кўтаринки кайфият фонида шаклланади. Бемор ўзини энг буюк улуғ ва бутун дунё устидан хукмрон деб билади (прогрессив фалажлик билан хасталанганлар эса ўзларини бутун Урусия, Евроосиё, Америка Қўшма Штатлари, Ҳиндистон устидан ҳоким деб айтишади). Бойлик васвасасида эса беморлар ўзларини энг бой, хеч туганмас ва улмас бойлик олтин, қимматбахо буюмлар эгаси, мультимиллионерларни ўз олдида кашшок деб ҳисоблайдилар. Бошқа беморлар эса кўп мамлакат тилларини билиши, бир вақтнинг ўзида бир нечта дорилфунунни битирганликларини ва уларни чет элга ишга тақлиф қилишганини айтишади. Бу васвасага ихтирочилик ва реформаторлик васвасаси яқин, бунда бемор ўзини буюк кашфиётчи, кўп янгиликлар муаллифи деб ҳисоблайди. Бемор у ясаган асбоб-ускуналар билан бутун ер шари иқлимини ўзгартириши мумкинлигини айтади. Бундай беморлар катта фаолликка эга бўлиб, китоблар (мақола) ёзиб чизмалар чизишади. Тан олинишига эришиш учун давлат ташқилотлари ва халкаро ташкилотларга мурожаат қиладилар.

Ипохондрик васваса—депрессив ва субдепрессив холат фонида вужудга келади. Ипохондрик васвасада беморлар ўзларини оғир касал (рак, ОИТС, захм)га чалинган деб биладилар. Ўзларича бу касаллик белгиларини топиб, тез орада улишини айтишади. Кетма-кет текширувлардан ўтишади, жавобларнинг салбий чиқиши (Вассерман реакциясининг 16 марта манфийлиги) уларни қониқтирмайди.

Нигилистик васвасада беморлар ўзларининг барча ички аъзолари сезилиб тўрганлигини, юрак урмаётганлиги, ўпкалар нафас олмаётганлиги, ошкозон-ичак йўли атрофияланганлигини, ўзи улганлигини, тирик мурда эканлигини бошқаларга тушунтирмокчи бўладилар.

Бир беморга «Сен ўлганмисан?» — деб сурашса, «Мен ўлганман, лекин менинг тилим валдираяпти» — деб жавоб берган. Касаллик ривожланганда фантастик тавсифга эга бўлади, яъни бемор фақат у эмас, балки бутун дунё ўлганлигини таъкидлайди — Котар васвасаси.

Ипохондрик васвасага жисмонан етишмовчилик васвасаси яқин. Бу васваса болалик ёшлик даврига хос бўлиб, беморлар ўзининг кўринишини бадбашаралашгандек, кулоқ, бурун, лунж ва кўз шакллари ўзгариб, нохуш бўлиб қолгандек хис қилишади. Баъзан беморлар танасининг ўзунлашиб кетганини (Гулливердек), қўл, оёқ кўкрак кафасининг ўзунлашиб кетганини, беўхшов коматли эканликларини таъкидлашади. Иккинчи гурух беморлар эса сассиқ хидлар тарқатаётгандек (оғиз ва ичидан) бўлишади. Шунинг учун ҳамма ундан қочаётгандек туюлади, бунда муносабат васвасаси келиб чиқади: кайфиятлари тушкун, кечинмаларини бекитиш ҳаракатида бўлишади. Бир гурухдаги беморлар ўзларидаги камчилик-нуқсонларни жарроҳлардан тўғрилашни талаб қиладилар. Ўғирланиш ва зарар етказиш васвасаси — бемор уни ўғирлаб, унга катта зарар етказишганини айтади. Бемор аёл унинг болалари сочиқ, иккита қошиқ чиллагини ўғирлашганини, 87 ёшли аёл эса эртага никоҳга кийиб бориши керак бўлган никоҳ куйлагини ўғирлатиб қўйганини таъкидлайди. Ўғирланиш васвасаси қарилик ақли пастлиги ва церебрал атеросклерозда учрайди.

Рашк васвасаси (умр йўлдоши бевафолиги). Соғлом одам одатдаги рашкидан фарқли улароқ касаллар хеч кандай сабабсиз ҳамма нарсадан бевафолик исботини топишга ҳаракат қилишади.

Индуцирланган васваса — оға-инилар ёки васваса касаллиги билан оғриган шахс билан ўзок вақт мулоқотда бўлган шахсларда учрайди. Масалан: агар отада васваса касаллиги бўлса, унда маълум бир давр ўтгандан кейин қолган оила аъзолари (она, болалар) ҳам касал отанинг васваса фикрларини такрорлай бошлашади.

Васвасалар бирламчи интерпретатив ва икккиламчи сезги (тасаввур) турларга ажратилади. Бир беморда уларнинг ҳар иккаласи ҳам бўлиши мумкин.

Бирламчи васваса — интерпретатив васваса бошланиш нуқтаси бўлиб, ташки дунёнинг далил ва ходисалари ҳамда ички хислар ҳисобланади. Васвасанинг мустаҳкамланиши учун бир канча далиллар келтирилади. Бир қанча аввал бўлиб утган воқеалар ҳам ўзгарган холда ёритилади.

Васвасанинг бу турини тургунлиги, ривожланиб системалашиши ва беморлар ўзок вақт мехнатга кобилиятини сақлаб қолиши билан тавсифланади. Васвасага боғлик бўлмаган холатларда ўзларини тутишлари ўзгармайди. Васвасанинг мазмуни ҳар хил бўлади (кашфиёт, реформаторлиқ рашк васвасаси).

Иккиламчи, сезги (образли) васваса — асосан сезги хусусиятининг бузилиши билан кечади. Унииг таркибига: қабул қилишнинг бузилиши, галлюцинация (депрессия, куркув), онгнинг бузилиши (делирий) киради. Васваса ғоялари бу холда фрагментар, конкрет тасаввурли вахима, куркув билан давом этади. Иккиламчи васваса мазмуни бўйича ҳар хил (ўзини айблаш, гуноҳкорлик ипохондрик нигилистик ва бошқалар) бўлади. Иккиламчи тасаввурли васвасалар ўткир экзоген психозлар, шизофрениянинг ўткир ва ўртача ўткир бошланишида, инволюцион ва томирли психозларда учрайди.

Васваса ғоялари шунингдек тизимлашган ва тизимлашмаган турларга бўлинади.

Тизимлашмаган васваса бўлак-бўлак боғланмаган, ўзук-юлуқ тавсифга эга бўлиб, алдамчи сезгилар: иллюзия, галлюцинациялардан келиб чиқади. Васвасанинг бу тури руҳий касалликларнинг бошланишида учрайди. Касаллик ривожланиши билан, маълум бир вақт утгандан кейин васваса ғоялари тизимга тушади, яъни васвасада ҳамма нарса ўзаро богланган ва тушунарли қарашлар тизими шаклланади. Шунинг учун агар касаллик тизимлашган васваса кўринишида вужудга келса, касаллик анча аввал бошланганлиги ҳақида хулоса чикариш мумкин.

Васвасанинг тизимлашган тури ўз тузилмаси бўйича ҳар хил — паранойял, параноид ва парафрен васваса синдромлари кўринишида бўлиши мумкин.

Паранойял васвасада—бирламчи интерпретатив васваса доминант бўлиб, аниқ онгда келиб чиқади. Бунда атрофдаги аниқ воқеалар, далиллар бир томонлама мушоҳада (интерпретация) қилинади ва енгил хукм, тасдиклар бўлмайди. Паранойял синдром шизофрения, параноид психопатия, шахснинг патологик ривожланишида кузатилади.

Паранойял синдром аста-секин ривожланиб, маълум вақтдан кейин, баъзан бир неча йилдан кейин параноид (галлюцинатор васваса) синдромига ўтади.

Параноид (галлюцинатор — параноид, галлюцинатор) васваса синдроми васваса ғояларининг (таъкиблаш, таъсир қилиш, заҳарлаш, ипохондрик ва бошқалар) галлюцинация ва иллюзиялар билан кушилувидан иборатдир. Бундан ташкари, васвасанинг бу турида Кандинский — Клерамбонинг психик автоматизм ходисаси ҳам бор.

Параноид синдром бир канча рухий касалликлар: шизофрения, эпилепсия, экзоген психоз, экзоген органик психоз билан бирга келади.

Баъзи рухий касалликларда (масалан, шизофренияда) параноид синдром парафрен синдромга айланиши мумкин.

Парафрен синдроми васваса тизими шаклланишида якуний босқич ҳисобланади ва руҳий фаолиятнинг оғир бузилганлигини кўрсатади.

Парафрен синдром—синдром тузилмаси улуғлик буюклик таъкиб, таъсир қилиш, руҳий автоматизм — фантастик васвасаларидан иборат. Кўтаринки кайфият билан кечади. Парафрен синдром баъзан ўткир ва кўпинча сурункали бўлиши мумкин. Васваса ғоялари баъзан фантастик конфабуляциялар билан кушилиб келиши мумкин. Бунда беморлар ўзларини бутун дунё армияларининг кумондони, катта бойлик эгаси деб ҳисоблашади. Бемор ўзига ясаган коинот кемасида бутун сайёраларни кезиб чиққан ва у ерларда уни ўз императорлари деб тан олишган, улар жуда катта кучга эга, яъни жимжилоқларида ерни кўтара олади, хозирги вақтдаги ва утмишдаги ернинг кимирлашларини уларнинг Ер билан қилган манипуляциялари (қўллари) натижасидир деб таъкидлашади.

Парафрен синдром шизофрениянинг сунгги боскичида, экзоген ҳамда экзоген-органик психозларда учрайди.

Кандинский-Клерамбо рухий автоматизм синдроми.

Бир вақтнинг ўзида бир-бирига боғлик бўлмаган холда икки руҳшунос рус Кандинский ва француз Клерамбо томонидан аниқланган.

Рухий автоматизм синдроми мураккаб аломатлар мажмуаси бўлиб, марказий патология ўз-ўзига тааллуқли, ўз руҳий фаолиятлари: фикрлаш, сезиш, ҳаракат фаолиятларинг бегоналашуви ёки бутунлай йўқолиши ҳисобланади. Бунда организмга доимий равишда ташки куч таъсир қилиб туриш ҳисси пайдо бўлади. Шу билан бирга таъкиб, таъсир қилиш псевдогаллюцинация васваса ғоялари ҳам бўлади.

Руҳий автоматизм синдромининг 3 та асосий тури бор:

1. Ассоциатив (идеатор).
2. Сенсор (сенестопатик сезги).
3. Ҳаракат (мотор, кинестопатик).

1. Ассоциатив (идеатор) автоматизм — фикрлаш жараёнларига ташкаридан таъсир ҳисси, бемор фикрига, иродасига қарши, мажбуран, доимий қандайдир куч таъсирида унинг фикрларини бошқаради ва бошига бегона фикрлар солиб кўяди, унинг фикрларини тезлаштиради, фикрларни секинлаштиради (ментизм), фикрларини олиб укийди (очиклик симптоми), унинг фикрларини эшиттиради, мажбуран фикрларини ўзади, фикрларини қайтаради, псевдогаллюцинациялар учрайди.

2. Сенестопатик (сенсор, сезги) автоматизм — ички аъзоларда ташки куч таъсирида чақирилган нохуш оғриқ ҳиссининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Беморлар куйиш, совуклиқ буралиш, тирналиш, тортишиш хисларини сезади. Бундан ташкари, беморларда таъкибчилар жинсий кўзгалиш чақиришади, дефекация ва сийдик ажралиш актларини тўхтатишади ёки ноқулай жой ва вақтда чақиришади. Беморлар эмоционал муҳитга таъсирни ҳис қилишади, бу таъсирлар уларни ғамгин ёки кўтаринки кайфият, ғазаб, қуркув ёки бефарқликка олиб келади.

3. Ҳаракат(мотор,кинестопатик)автоматизм-беморлар бажараётган ҳаракатларини ташқи куч таъсирида юзага чикаётганини айтадилар. Уларнинг оёқ-қулларини, хатти-ҳаракатларини ташқи куч ҳаракатлантираётганига иймонлари комилдир. Бу куч улар иродасига карши қўлларини кўтаряпти, бошини бураяпти, қотириб қўйишаяпти, баъзи гап ва сўзларни гапиришга мажбур қилаяпти деб уйлайдилар — нутқ қўзғалиш автоматизми.

Кандинский — Клерамбо синдромини ҳар хил руҳий касалликлар: шизофрения, психик эпилепсия, алкоголли психоз, органик психозларда кузатиш мумкин.

Фикрлаш бузилишининг патогенетик механизми хозиргача етарли даражада аниқланмаган. Фикрлашнинг бузилишини психоморфологик биологик-эволюцион нуктаи назарлардан талкин қилишга ўринишлар бўлган.

Физиологик нуктаи назаридан тушунтиришга ўринишлар Павлов томонидан қилинган бўлиб, кейинчалик физиолог, психиатр, психологлар, биокимёгар ва морфологлар томонидан ривожлантирилган.

Фикрлашнинг бузилиши хасталик механизмларини очиб ўрганиш учун олимларнинг биргаликда изланишларига боғлик

Фикрлаш бузулиши мавзусига оид тест саволлари

1. Таффакур бузилишларига хос:

шперрунг
персеверация
криптамнезия
каталепсия
резонерлик
гипоамнезия

2. Ипохондрик васвасада бемор шундай деб ·исоблайди:

*унда огир касаллик
уни умаришмокчи
у жиноятчи
уни захарлашмокчи
унинг касаллигини хеч ким тушуна олмайди

3. Шизофренияга хос булган фикрлаш бузилишини курсатинг:

патологик батафсиллик
персеверация
Символизм
*Аутизм
куюшкоклик
Резонерлик

4. Ёпишкок шубхалар учун куйидагилар хос:

* уларнинг носогломлигини тушуниш, уларга танкидий муносабат
беморнинг ихтиёридан ташкари юзага келади
ташки кучлар таъсирида юзага келади
бир марта текширилгандан с´нг беморнинг тинчланиши
тугри ва аник бажарилганлигига шубхаланиш
хаел, шубхаларни бошкара олиш кобилияти

5. Васваса синдромларига киради:

Кандинский Клерамбо синдроми
Корсаков синдроми
онейроид синдром
Котар синдроми
* парафрен синдром
психоорганик синдром

6. Васваса ташхиси учун куйидаги мавжуд мезонлар бирлигидан нотўғрисини кўрсатинг:

реал асос

щзгармас ишонч комиллик
хақиқатга тщ¶ри келмаслиги
коррекцияланмаслик
критика йщқлиги
*тушунтириш орқали корренкцияланиш

7. Шифокор ташхисини қўйиш - бу тафаккур жараёнининг қуйидаги босқичидир:

анализ
умумлаштириш
солиштириш
абстракция
конкретизация

8. Терапевтик даволашни тактикаси – бу қуйидаги тафаккур операциясидир:

анализ, синтез
умумлаштириш
солиштириш
абстракция
конкретизация

9. Васвасада бемор қуйидагини сезади:

* электр токни таксири
гиперстезия
сенестопатия
парестезия
анестезия

10. Фикрлашни патологик батафсиллик қуйидаги касалларда кузатилади:

эпилепсия
бош мия органик патология
*оддий шизофрения
гебефреник шизофрения
кататоник шизофрения

11. Депрессив параноид синдром учун қуйидаги васвасаса турлари хос :

экспансив
* айблаш
гуноҳкорлик
нигилистик
Котар васвасаси

12. Васвасаса қуйидаги бузилишда асосланган:

патологик заминда асослаш
* танкид йук
борлиқни логик билиш

борлиқни талқин этиш
объектив вазиятни системлашиши

13. Патологик ўта қиммат ғоялар қуйидагиларда ҳосил бўлади:

ўз соғлига ўта муҳим муносабат
психопатияда
ижод билан машғуллик
диссертация устида тинимсиз ишлаш
рационализаторлик тавсиялар киритиш

14. Ўта муҳим ғоялар васвасали ғоялардан фарқли ўлароқ қуйидагиларда хосил бўлади:

* реал асосга эга
психопатияда
ҳақиқатга зид равишда
коррекцияланмайди
танқид йўқлиги

15. Кандинский Клерамбо синдроми учун хос :

*таъсир васвасаси
псевдогаллюцинация
псевдоременесценция
рухий автоматизмлар
каталепсия
трансамбулатор автоматизм

16. Кандинский-Клерамбо синдроми учун хос:

псевдогаллюцинациялар
рухий ва жисмоний таъсир васвасаси
атрофни иллюзор идрок этиш
тафаккур инкогеренцияси
*рухий автоматизмлар
амбулатор автоматизмлар

17. Патологик батафсиллик кайси нозологияда кузатилади:

тотал деменция
*шизофреник
олигофрения
эпилептик
бош мия жарохати асоратлари

ХИССИЁТ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ

Ҳиссиёт деб, ташқи оламдаги нарса ва ходисаларга нисбатан бўлган муносабатларимизнинг ва бўлардан ҳосил бўлган ички кечинмаларимизнинг акс эттирилишими тушунамиз. Барча руҳий жараёнлар хиссиёт реакциялари билан кечади, чунки уларсиз билиш фаолияти бўлиши мумким эмас. Ҳиссиёт билиш фаолиятининг барча босқичларида иштирок этади (сезиш, идрок қилиш, фикрлаш) ва уларни салбий ёки ижобий хиссиётларга ажратади. Кайфиятни белгиловчи ҳиссиётнинг таркибига атрофдаги борлиқ, ички муҳит ва инсон ҳолати таъсир этади.

Руҳий хаётда бош миянинг функционал хиссиёт холатини кўтарувчи омил ҳисобланиб,

инсон фаолиятини рағбатлантиришда катта ўрин эгаллайди. Рухий фаолиятда хиссиётнинг аҳамиятини Ч. Дарвин ишонарли даражада таърифлаб берган. Ч. Дарвиннинг «Ҳайвон ва одамлардаги сезги» деб номланган асари чоп этилган эди. Дарвин фикрига кўра ҳиссиёт фаолиятга тайёргарликда катта аҳамият касб этади. Ҳимоя ёки ҳамлага тайёрланиб тўрган одам ва хайвон маълум бир холатни эгаллайди: бунда у ёки бу фаолият турига организмнинг барча фаолиятлари мослашади. Америкалик физиолог В. Кеннов «Ҳиссиёт физиологияси» номли асарида қўрқув ва ғазаб хиссиёти қонга адреналиннинг кўп тушиши билан кечишини кўрсатди. Маълумки, гиперадреналинемия симпатик тизимни кўзғатади ва у инсон фаолиятини оширади. Канадалик Ганс Селе кучли ҳиссиётда буйрак усти бези ва гипофиз инкретор фаолиятининг ўзгаришини таъкидлаб ўтган. Панец томонидан илгари сурилган хиссиёт назарияси эмоционал фаолиятда бирламчи ўринни лимбик тизимга беради. Унинг фикрича, кортикал хиссиёт жараёнлари гиппокамп, гипоталамус ва таламусларда келиб чиқади (Панец доираси). Ҳиссиёт назарияси бўйича Мак-Лин ва Гельгорн текширишлари хиссиётнинг келиб чиқишида лимбик тизим (висцераллия), яъни гипоталамус ҳамда ретикуляр формациянинг бош мия пўстлоқ-пўстлоқ ости тузилмалари фаолиятида бирламчи ўрин эгаллашини кўрсатиб берадй. Гипоталамуснинг қўзғалувчанлиги ҳамда унда симиатик ва парасимпатик нерв тизими марказларининг борлиги хиссиётнинг келиб чиқиш далилини тушунтириб беради. Юқоридаги ҳолат ҳар кандай ҳиссиёт реакцияеи пульснинг тезлашиши, артериал босимнинг ўзгариши, нафас олиш сонининг ўзгариши, юзнинг кизариши ёки оқариши, газабнинг кучайиши, ичак фаолиятининг бузилиши («айик касаллиги»), терлаш ёки қуруқлик, биокимёвий кўрсагкичлариипг ўзгариши билан бирга кечиш сабабини ҳам тушунтириб беради.

Кўп сонли тажрибавий текширишлар, хиссиётнинг физиологик мазмунини очиб берди. Ҳайвонларда лимбик тизим баъзи анатомик тузилмаларии, яъни Corpus amygdaloidea, septum ни рағбатлаш ва бўзиш тажри-балари хиссиёт ва ҳаракат реакцияларининг ўзгаришини тасдиқлади. Corpus amygdaloidea ни стимуллаш агрессив реакцияларининг (бошқа хайвоиларга ташланиш), ҳаракат фаоллигининг жонланишини, тўсиқни рагбатлаш эса хиссиёт ва ҳаракат реакцияларининг тормозланишини келтириб чикаради.

Corpus amygdaloidea ни парчалаш ўзок вақтгача ҳаракат-таъсирланишларнинг йўқолишига, тусикни парчалаш эса хиссий таъсирланишнинг бирдан кучайишига олиб келади. Хиссиётлар хаётнинг ҳолис конунияти сифатида, жонзот хаётида мослашувчи омил сифатида мураккаб эволюцион йўқни босиб ўтди. Туб ва олий хиссиётлар фарқланади. Туб хиссиётга хайвонлар хиссиёти билан умумий бўлган овқат ейиш, ухлаш, сув ичиш, жинсий майл билан боғлиқ ҳиссиётлар киради.

Олий хиссиётларга эса фақат одамларгагина хос бўлган юқори даражада такомиллашган

хиссиётлар киради. Олий хиссиётлар инсоннинг иктисодий, эстетиқ этиқ интеллектуал талабларини кондириш ёки кондира олмасликка боғлик хиссиётдир. Бўлак шахслар ораси-даги этик хиссиётлар жамиятнинг даражаси билан ўзвий боғликдир. Эстетик хислар деганда биз гўзалликни ндрок қилиш, ундан завкланиш, яратишда уларга интилишни тушунамиз. Интеллектуал хислар — бу одам нинг ақлий фаолияти билан боғлик бўлган хислардир. Шундай қилиб, олий хислар инсоннинг рухни холатини бел гилайди.

Сезги, ҳис доираси бой ва турли-тумандир. Сезгининг турли-туманлиги унинг кўплаб таърифланишидан ҳам англанади. Масалан: кутилаётган хавф турли хил чегарага эга, яъни куркиш, хавфсираш, бадбинлик ёки норозилик белгиси турли таърифга эга, яъни нафрат-ланиш, газаб.

Хиссий холатлар ўз кучи, давомийлиги, тезлигига эга, яъни одатдаги хурсандчилиқ жуда хурсандлиқ чуқур севги, юзаки севги ва хоказолар.

Хиссиёт дунеси ҳам жуда кенг ва турли-тумандир. Шунингдеқ яна ижобий ва салбий хиссиётлар фарқла-нади. Ижобий хиссиётга ёкимли кечинмалар, шодлиқ хурсандлиқ хўзур қилиш, салбий хиссиётга хафалиқ газабланиш, гам, каҳр киради.

Инсон хиссиётида қўйидагилар фарқланади:

Кайфият — унчалик кучли булмаган, лекин ўзок вақт давом этадиган барка рор хиссий холат бўлиб, хеч кандай патологиясиз соглом одамда кўтарилийги ёки иасайиши мумкин. Соглом одам кайфиитининг ўзгариб туриши ҳам антероцептив, ҳам экстероцеитив таъсир-ларга:

— укишдаги, хаётдаги, хизматдаги ютуқларга боғлик бўлади.

Кучли даражадаги хиссий ўзгаришлар аффект дейи-лади.

Аффектлар — тусатдан пайдо бўлиб, киска муддат давом этувчи, лекин анча жадал хиссиётдир. Қахр, газаб, ажабланиш, хурсандчилик аффектлари бўлиши мумкин.

Патологик аффект — психик фаолиятнинг киска муддатли бузилиши бўлиб, сабабсиз ёки адекват бўлмаган сабаб туфайли юзага келувчи жушкин ҳиссий реакциядир. Патологик аффект онгнинг торайиши туфайли психомотор, баъзан хавфли, агрессив ҳаракат (хужум қилиш, ўлдириш)лар билан кечади. Патологик аффектдан кейин қисман ёки тўлиқ амнезия бўлади. Патологик аффектга бош мия жарохати бўлган, эпилепсия билан хасталанган шахслар, алкоголиклар, гиёҳвандлар берилувчан бўлади. Эмоционал бузилишлар — рухий хасталикда катта ўрин эгаллаб, жуда турли-тумандир. Ҳиссий бузилишлар ҳам касаллик бошланиши, ҳам ривожла-ниши боскичида учраб, хавф, куркув аффекти, кайфиятининг пасайиши, депрессия ва кўтаринки кайфият кўринишида намоён бўлади. Хиссий бузилишлар рухий касалликлар клиникасида асосий синдром кўринишида (маниакал-депрессив синдром), ёки бошқа психопатологик руҳий хасталик синдромлари (депрессив-параноид синдром, эйфория ва эси пастлик) билан бирга кечиши мумкин.

Қўркув— клиник синдром бўлиб, келаётган хавфни кутиш ва асабий таранглик холатидир. Куркув аффекти невроз билан оғриган беморларга хос (танатофобия — улимдан қўрқиш, алиентофобия — ақлдан озишдан қўрқиш, лиссофобия — кутуришдан қўрқиш, канцерофобия — усмалардан куркиш, сифилофобия — захмдан қўрқиш).

Жуда кучли қўркув аффекти — алахлашдир. Болаларда кечки қўрқув аффекти борлиги кузатилади.

Ваҳима безовталик — асосланмаган тинчсизланиш сезгиси (ўз ютуги ва яқин кишилари ютуги). Ғамғин кайфият баъзан қўрқув аффекти билан бирга кечади. Инволюцион ва томир психозларида, неврозда, соматик касалликларда кузатилади.

Паст кайфият — депрессив синдромга хос. Паст гамгин кайфият билан кечади ва депрессив синдром билан кушилиб келади. Соматик касалликларда, невроз, реактив психозларда кузатилади.

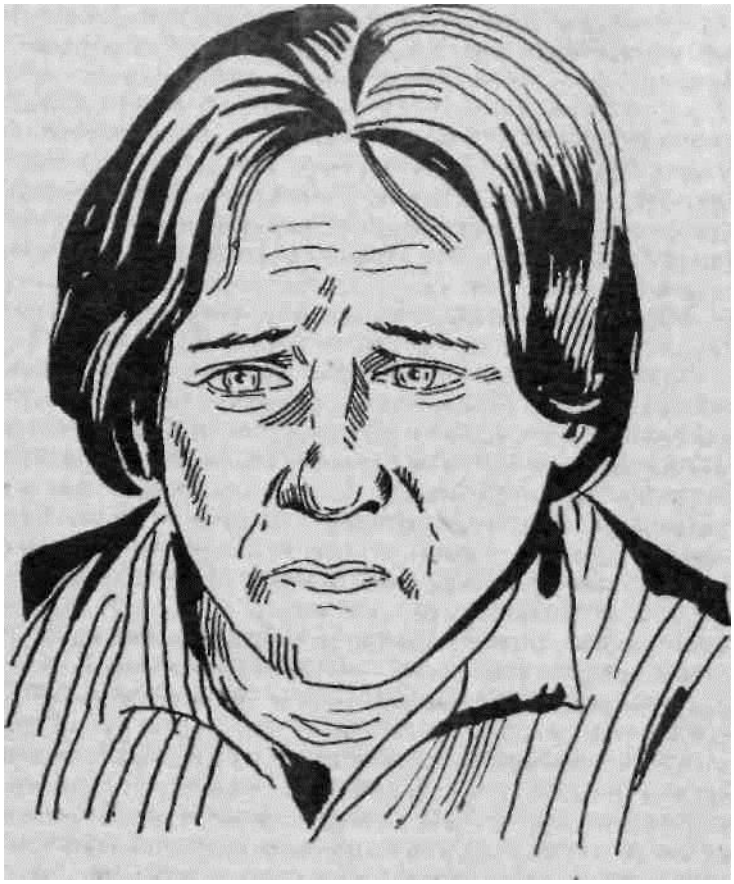
Дисфория — ғамгин эзилган кайфиятли ходат бўлиб, таъсирчанлиқ ўзидан норозилиқ атрофдагилардан норозилик ва тажовўзкорлик белгилари билан намоён бўлади.

Қалби сустлилик — эмоционал нотурғун, сезги доирасида бекарорлик колатидир. Арзимаган сабабга кўра кунгилнинг бўшаши кузатилади. Церебрал атеросклероз, соматоген астения, сурункали ичқиликбозликнинг инволюцион даврида курилади.

Ҳиссий амбивалентлик—бунда бир вақтнинг ўзида бирон одам ёки предметга қарама-қарши сезгининг мавжудлиги. Масалан: онасига ниебатан яхши кўриш ва кўра олмаслик ҳисси. Шизофреникларга хосдир.

Апатия — хиссий бефарқлик ҳолати, барча нарса ва ходисаларга бефарқлиқ Апатия — баъзида бутунлай ҳаракатсизлик билан бирга кечади (абулия). Пато-абулик синдром шизофренияда, карилик эси пастлигида ва мия усмасида бўлади.

Кўтаринки кайфият—маниакал синдромга хос. Турғун, асосланмаган кўтаринки, хурсанд кайфият холати бўлиб, беморнинг фаоллиги ошиши билан кечади. Маниакал-депрессив психознинг маниакал фазасида шизофренияда кузатилади.



I-расм. Депрессив синдромда беморнинг мимикаси.

Эйфория — майлларнинг кўтарилиши билан кечадиган қувончли, кўтаринки кайфият. Эйфорияда фаолиятга интилиш, фикрлаш тезлигининг ошиши кузатилмайди. Бундай кайфият, одатда, меъёрида беморлар аҳволининг оғирлигига (қарилик психози, юксалувчи фалаж), силдан улаётган беморга мое келмасада, руҳий хасталик белгиси сифатида кузатилади. Эйфория, шунингдек, алкоголь ва гиёхлардан маст бўлишга ҳам хосдир. Патологияда, яъни депрессив ва маниакал синдромда эйфория жуда яккол юзага чиқади.

Депрессив синдром (синоними меланхолия, депрессия). Учлик белги билан тавсифланади: I. Хафақонлиқ ҳорғинлиқ паст кайфият. 2. Фикрлашнинг кескин сустлашуви. 3. Ҳаракатларнинг тормозланиши. Кайфиятнинг сустлашуви турли даражада: ғамгинлик ҳиссидан тортиб то жуда чуқур гам, ҳатто юрак соҳасида ғғриқ сезиш даражасигача бўлиши мумкин. Фикрлашнинг секинлашуви, товушнинг пастлашуви ва сўзлашишнинг секинлашиши, саволларга жавобнинг маълум танаффусдан кейин бўлиши, хотиранинг сусайиши фикрлашнинг ожизлиги билан намоён бўлади. Бемор ҳаракатлари сусайган, баъзан эса бутунлай тўхтаган бўлиб, бемор ётади, ўз-ўзини бошқара олмайди, қотиб қолади ва тулик ҳаракатсизлик— депрессив ступор юзага келади. Уларга депрессив

мимика ва холатда: эгилган қомат, елкалар осилган, юзнинг таъзияли кўриниши билан тавсифланади. Бутун атроф мухит ва келажакни улар иложсиз, истиқболсиз деб тушунадилар. Депрессив холатлар кўпинча алаҳлаш фикрлари (ўзини айблаш, ўзини улдириш) билан кечади. Энг кўп холларда ўз жонига қасд қилиш ўйлари — суцидиал уйлар учрайди. Бу ҳолат жуда баркарор бўлиб, доимий назоратни талаб қилади. Ғамгин кайфиятнинг ошиши натижасида махсус холат, яъни кийновчи котиллиқ ҳамма сезгиларнинг йуқолиши, ички бўм-бўшлик ҳиссига олиб келади. Бу ҳолат руҳий калб анестезияси дейилади. Бунда беморлар тошдай қотиб, фикрлай олмасликларидан шикоят қиладилар. Бу хасталикнинг мазмуни шундан иборатки, беморлар ғам чекишни йўқотиб, оғир бефарқликдан шикоят қиладилар ва ўзларига аввал хос бўлган куйиниш, ҳаяжонланиш ҳисларининг йуқолганлиги ҳақида қайғуришади. Уларда ўз яқин кишиларининг ғам-алам ва хурсандчиликларига сиртдан қараш хеч кандай ҳис уйғотмайди. Бундай беморлар бу ҳолатнинг ўз касалликлари билан боғлик эканлигини яхши тушунишади.

Хафаконлик ҳолати тез орада жуда юқори даражага етиши мумкин, бунда беморларда ҳаракат бузилишлари: ваҳима, куркув, ўзини у ёкдан бу ёққа урищ, инграш, ўз қўлларини синдириш вужудга келади. Беморлар оғир сезгилар: бахтсизлиқ фалокат, яқинларининг ўлими, ағдар-тунтарларни сезгандай бўлишади. Бу холларга депрессив аффектнинг портлаши — меланҳолик рантус дейилади. Бундай холларда беморлар тез-тез суцидал ўринишлар қилишади. Депрессиянинг бу шақли инволюцион ва томир психозларида учрайди. Депрессив ҳолатларга кун давомида депрессиянинг ўзгариб туриши, кечга яқин кайфият ва аҳволнинг бироз яхшиланиши хос.

Депрессив беморларда соматовегетатив бузилишлар: уйқунинг, иштаҳанинг бузилиши, оғиз куриши, озиб кетиш, қабзият, оқариб-сарғайиб кетиш, тез қариш, эндокрин фаолиятларнинг бузилишлари кузатилади.

Депрессив ҳолат бошқа психопатологик бузилишлар:

— алахлаш фикрлари, автоматизм синдроми, депрессив алахлаш синдроми, депрессив галлюцинатор-синдром, депрессив кататоник синдром билан бирга келиши мумкин. Баъзан суст кайфият субдепрессия даражасида кечади. Бундан ташкари, қўйидаги ҳоллар: 1) адинамик депрессия — хаёт тонусининг пасайиши билан тавсифланувчи; 2) ингровчи депрессия — таъсирчанлиқ норозилик; 3) неврастеник депрессия — неврастеник ва истерик бузилишлар; 4) ананкастик депрессия — ақлга сиғмайдиган фикрлар, эслашлар, қўркув; 5) ёш улуғланишита хос депрессия — кўнгил бўш бўлиб қолувчи; 6) сенестопатик депрессия — енгил депрессиялар ҳам бўлади.

Никобланган (маскировка қилинган) яширин депрессия. Бундай холат баркарор бош оғриғи, юрак соҳасидаги оғриқлар, ошкозон-ичак йўли фаолиятининг бузилишлари, тананинг турли соҳаларида нохуш сезгилар, уйкунинг бузилиши, эркакларда жинсий ожизлиқ аёлларда —

фригидлиқ артериал босимнинг ўзгариши, бронхиал спазм, диэнцефал пароксизм белгилари билан намоён бўлади. Бунда суст кайфият — субдепрессия кўринишида бўлиб, бу холат юқоридаги соматовегетатив хасталиклар билан ниқобланади. Бу холатларни ҳақиқийсоматик касалликлар йўқлиги, антидепрессантлар билан даволашнинг таъсирчанлигига асосланиб депрессив синдромга киритамиз.

Маниакал синдромга—учта психопатологик аломатлар киради: 1) кўтаринки — кувноқ кайфият; 2) фикрлаш ва нуткнинг тезлашуви; 3) ҳаракат кўзгалишлари.

Кайфиятнинг юқорилиги кувноклиқ кунгил равшанлиги, ўзини жуда яхши хис қилиш, бахтлилик, куч-қувватининг меъёридан ортиклиги хисларида намоён бўлади. Уларнинг кўтаринки кайфиятини хеч ким пасайтира олмайди.

Маниакал аффектда диққатнинг ўзгарувчанлиги, фикр булинувчанлиги, баъзан ғазабли мания билан тавсифланади. Беморларнинг барча кечиималари камалак тусларига бўялган, беморлар ташвиш ва муаммоларсиз, ўтган қайғулари унутилган, ҳозирги нохуш воқеалар қабул қилинмайди, келажаги фақат порлоқ намоён бўлади, хеч качон куёш ботиши ҳақида уйламайдилар. Улар жонланган мимика, тез ҳаракатлари, ўткир «ақлли» нутки туфайли ўз ёшига қараганда ёш кўринишади. Буни юзларининг қизарганлиги, кўзларининг чақнаб туриши, доимий очиқ чеҳрали юзлари тасдиклайди. Беморлар ўз холати ва қобилиятига керагидан ортиқ баҳо берадилар, гуёки улар дунёда энг гўзал аёл, барча эркаклар севишади, кўп чет тилларини билишади. Фикрлаш ва нутқнинг тезлашуви «пулемётдан отилаётгандек нутқ» тинмай тез ва қаттиқ гапиришга, бир фикрни тугатмай бошқасига утиб кетишига олиб келади. Нутқ жуда чалкаш бўлади, яъни ҳазил, цитата, ўзи туқиган шеърлар, ноўрин кулиш, уйинга тушиш билан узилиб қолади.

Ҳаракат кўзгалувчанлигининг кучаюви қўйидагиларда: мимиканинг жонлилиги, ҳаракатларнинг тез ва ўзлуксизлиги, қилик ва ҳолатларининг ўзига хослиги, бир жойда ўтира олмаслиги, холатларини тез ўзгартириб туриш, жойидан сакраб туриш, барча ишларга аралашиб кетишларда юзага чиқади. Ҳаракат фаоллиги жуда ошиши мумкин ва маълум максадга каратилганлиги билан тавсифланади, лекин бемор эътиборининг чалғувчанлиги туфайли бирон бир ишини охиригача етказмайди. Беморнинг барча қизиқишлари, иштаҳа, чанқаш, жинсий майли ошган. Енгил, кучсиз маниялар — гипомания дейилади.

Маниакал синдром бошқа психопатологии бузилишлар билан бирга келганида қўйидаги шакллари билан фарқланади: 1) кувноқ мания — юқори оптимистик кайфият, бунда нутқ ва ҳаракат кўзғалувчанлиги бир оз кўтарилган бўлади; 2) ғазабли мания — юқори кайфият ғазаб билан бирга келади; 3) самарасиз мания — юқори кайфият, ҳаракат кўзгалувчанлиги кўтарилган бўлиб, фаолиятга интилиш булмайди; 4) алахлаш манияси — кўтарилган кайфият, алахлаш (болалардек

масҳарабозлик хисси) билан бирга келади.

Классик маниакал синдром маниакал депрессив психозннинг маниакал боскичига хос бўлиб, шизофрения, экзоген-органик психозларда учрайди.

ИРОДА ВА ҲАРАКАТ ДОИРАСИНИНГ БУЗИЛИШИ

Инсон олдига қўйилган мақсадга эришишга қаратилган фаолият ирода деб юритилади. У нафақат ташки муҳитни қабул қилади ва уни ёки буни хис қилади, балки дунёни ўз ўй, сезги, хоҳиш ва талабларига мослаштирмоқчи бўлади. Ирода инсон, мухит фаолиятида онгли ва бир максадга йўналтирилган, бошланган ишни қийинчилик ва тусикларга қарамай охиригача етказиш хусусиятида намоён бўлади.

Ирода ўзининг олий шаклида онгли максадга интилган фаолият: инсоннинг танлаб бажарган қилмишларида юзага чиқади. Идеалистлар иродани сабабсиз фаолият деб тушунтирмокчи бўлишган— бу волюнтаризм оқимидир. Бу оқим намоёндалари Шопенгауэр ва Ницше иродани бутун борликнинг асоси деб айтишган. Улар ҳамма нарсани иродага тақаб, у билан тушунтиришарди.

Хорижий мамлакат руҳшунос ва философлари — идеалистлар ирода эркинлиги принципипи кўтариб чиқишди. Улар ирода жараёнларининг детерминантланмаганлиги ва ироданинг ташки муҳит ва иқтисодий муҳит таъсирларига боғлик эмаслигини айтишди.

3. Фрейд фикрига кўра ташқи таъсирловчилар эмас, балки қизиқишлар одам хатти-ҳаракатининг асоси ҳисобланади. Материалистик дунёқараш намоёндалари иродани психик фаолиятнинг бир қисми деб, уни детсрминантланган ва ташки дунё конунларига бўйсунади дейишади. Детерминизм позицияси Сеченов ишларида ўз физиологик асосини топди. Сеченов фикри бўйича одам ҳаракатлари хаёллар, сезгилар, талаблар, хохишлар билан аниқланади. Одам хаёти давомида ирода кобилияти қабул қилиш, вазият, ҳаёт шароитлари таъсирида шаклланади. Кейинчалик детерминизм принципи, аниқроги сабабсиз ҳаракат йўқ деган нуқтаи пазар И. П. Павлов томонидам асос қилиб олинди.

И. П. Павлов ирода ҳаракатлари механизмини олий нерв фаолиятига буйсунувчи шартли ассоциатив жараён мажмуаси деб тушунтирди.

Инсоннинг барча фаолиятини учта ҳаракат шаклн деб қараш керак: 1) иродавий, 2) автоматик ва 3) ҳақиқий. Бундай бўлиниш шартлидир, чунки иродавий актда ҳам инстинктив, ҳам иродавий ҳаракат унсурлари бор.

Иродавий жараён мураккаб ва унда қўйидаги қисмлари бор: а) мақсадга эришишга бўлган эхтиёжларнинг уйғониши; б) мақсад келиб чиқишининг сабаблари; в) максадни амалга ошириш.

Ироданинг бузилиши унинг кучайиши, сусайиши ёки йўқолишида намоён бўлади.

Гипобулия — ирода фаоллиги уйғониш импульсларининг сусайиши. Уларнинг бутунлай йўқлиги абулия дейилади. Бу ҳолат шизофрения, карилик психози, церебрал атеросклероз, инсультдан сўнгги ҳолатлар, ривожланувчи фалажлиқ бош мия жароҳатида, мин ўсмаларида кузатилади.

Гипербулия — ирода фаоллигининг уйғониш импульсларининг кучайиши. Уларда фаолиятга интилиш жуда катта бўлиб, ҳар кандай ишни қизиқиш билан бошлашади, лекин тез чалғувчанлиги туфайли бирор ишни охиригача етказишмайди. Маниакал ҳолатларда кузатилади.

Майлнинг бузилиши

Майл — бу энг оддий рухий ҳаракат бўлиб, у физиологик талаблар: чанқаш, очлиқ ўз-ўзини химоя қилиш, жинсий қизиқишни қондиришга қаратилган бўлади. Майлнинг асосида асосий ўринни инстинктив фаолият эгаллайди. Шундай ҳолларда қачонки талаб онгли равишда сезилса, қачон мақсад ва унга эришиш йўллари аниқ бўлса, шунда хоҳишлар ҳақида гапирилади.

Майлнинг бузилишлари куйдагиларда юзага чиқади:

1) майлнинг патологик сусайиши,
2) майлнинг патологик кучайиши,
3) майлнинг айниши.

Майлнинг сусайиши: кўп холларда рухият клиникаларида ўз-ўзини сақлаб қолиш инстинкти бўлган овқатланишга майлнинг сусайиши кузатилади. Хасталик ичида кўп холларда иштаҳанинг сусайиши ёки овқатдан бутунлай бош тортиш холлари бўлади (анорексия). Ўзок вақт овқатдан бош тортиш ёмон оқибатларларга олиб келади ва унинг сабаблари турли-тумандир. Баъзи беморларда бу ҳол иштаханинг йўқолиши, очлик хиссининг қисман ёки батамом йўқолиши сабабли бўлса, бошқаларда бу хол қўрқув, эшитув, таъм билиш галлюцинаниялари билан боғлик бўлади. Беморларнинг овқатланмаслигига сабаб, улар овқатдан чириган, мурда хиди, бемаза, чанкатувчи таъм сезгандек бўлади. Баъзи беморлар эса овқатланиш пайтида тақиқловчи товуш эшитишади ва бу буйрук галлюцинациялар таъсирида овқатланишдан ўзок в акт бош тортишади. Алаҳлаш важларига кўра овқатдан бош тортиш катта аҳамиятга эга бўлиб, бунда беморларнинг овкатланмасликларига сабаб, улар ўзларини «қаттиқ гуноҳқор», «овқатланишга», «давлат нонини текинхўрларча ейишга ҳаққи йўқ»

— дейишади. Агар овқатланишса болалари очликдан улишади деб уйлашади. Заҳарланиш қўркуви бўлган беморлар овқатдан заҳарланишдан қўркиб ейишмайди. Психопатлар эса овқатдан бош тортишни шифокор ва кариндошларидан хафа бўлганлигига норозилик деб биладилар. Кататоник беморларнинг овқатдан бош тортиши асосида салбийлик ётади. Асаб анорексияси ҳам бўлиб, у етилган кизларда семириб кетишдан қўрқиш туфайли

келиб чиқади. Анорексия билан оғриган беморларда бу холат кахексиягача, қайтмас ўзгаришлар, эндокрин бўзилишларга, модда алмашинувининг чуқур бузилишига олиб келиши мумкин. Бундай беморларни тезда шифохоналарга ёткизиш керақ Овқатдан бош тортиш депрессив холлар, кататоник синдром, шизофренияда, оғир соматик касал-ликларда, неврозларда учрайди. Майлнинг сусайиши бирдан юқори даражасида суицидал хаёлларга (ўз-ўзин улдириш) олиб келади. Суицидал майллар ўз-ўзини айблаш, ўз-ўзини йўқотиш (улар яшашга ҳақимиз йўқ деб ҳисоблашади), рашк қилиш (ўз севгилисини ўлдиради), таъкиб қилиш (бемор таъкиб қилувчилар қўлида ўлгандан кўра, ўзини-ўзи улдиришни афзал деб билади), делириоз ҳолат, галлюцинацияларда (товушлар ўзингни ўлдир деб буюришади) намоён бўлади. Суицидал тенденцияларнинг борлиги, беморни дархол госпитализация қилишни талаб қилади ва улар устидан қаттиқ назорат олиб бориш керақ Суицидал фикрлар маниакал-депрессив психоз, шизофрения, эпилепсия, экзоген органик психозларда кузатилади.

Жинсий майлнинг сусайиши — гипосексуализм, шизофреник беморларнинг депрессив холатида, бош миянинг органик шикастланишида кузатилади.

Майлнинг кучайиши — иштаҳанинг патологик кучайиши полифагия, бўлимия, чанкаш ҳиссининг кучайиши —полидипсия, жинсий майлнинг кучайиши—гиперсексуаллик ҳоллари маниакал холатлар, соматик касалликлар, қандли диабет, бош мия органиқ касалликлари-энцефалит, менингит, бош мия ўсмаси, кариликдаги эси пастликда кузатилади.

Майлнинг айниши — ўзини асраш инстинктининг айниши ўз-ўзига жароҳат етказиш, масалан терисини қўйдириш, пичоқ билан жарохатлаш, жинсий олатни михлаш, қулоқни кесиб ташлаш, темир буюмларни ютиш кабиларда намоён бўлади. Овкат майлининг айниши еб бўлмайдиган овқатларни, масалан: хом гушт, макарон, кўмир, тупрокни ейишда намоён бўлади. Жинсий майлнинг айнишига гиперсексуализм, мазохизм, садизм, педофилия, геронтофилия, некрофилия ва бошқалар киради. Махсус гурух майл айнишларига импульсив майл айнишлари кириб, бунда жуда кучли енгиб бўлмайдиган майл пайдо бўлади. Пиромания — ўт ёқишга интилиш, клептомания—уғриликка бўлган эхтирос, дромомания — дайдиликка эҳтирос. Буна бемор ўз оиласи, шахри, ишини ташлаб бир жойдан иккинчи жойга кучади. Дипсомания — алкоголга бўлган кучли майл. Майл айниши кандай тез бошланса, шунча тез якунланади. Ичишлар орасидаги ораликда алкоголга майл йўқолади ва бемор хушёрлик билан ҳаёт кечиради. Майл айнишлари психопатиянинг баъзи шаклларига, бош мия органиқ касалликлари (энцефалит, менингит, мия ўсмалари) ва бошқа касалликларга хос.

Ҳаракатнинг бузилишлари

Ҳаракат бузилишлар гурухини ҳаракат акти ва фаолиятнинг бузилиши ташқил қилади. Ҳаракат бўзилишлари якка холда — аломат ёки бошқа психопатологик холатлар билан бирга — синдром кўринишида кечиши мумкин.

Ҳаракат бузилишлари ступор кўринишида — ҳаракатсизлиқ нутқ ва ҳаракат кўзгалишларига ажратилади.

Ступор — ҳаракатнинг бутунлай бўлмаслигидир. Бу холатда беморлар фақат ётади ёки утиришади, ҳеч қандай таъсирларга берилмайди, баъзи ҳолларда гапларга мимика билан жавоб берадилар, тез-тез овқатланишдан бош торитишади, овқатни мажбуран бермокчи бўлинганда қаттиқ каршилик кўрсатишади. Тиббий муолажаларга, текширишларга каршилик қиладилар — негативизм. Атроф воқеаларига эътибор бермайдилар, ўзларига қарашмайди, шунинг учун искирт бўлишади. Агар беморда бир оз ҳаракат қилиш сезилса — субступор ҳолати бўлади.

Ступорнинг қўйидаги турлари бор:

1. Кататониқ 2. Психоген, 3. Депрессив, 4. Истериқ

2. Кататоник ступор — ҳаракатсизлиқ мушак тонусининг ошиши, нутқдан воз кечишв — мутизм хосдир. Бир холатда ўзок вакг қолиб кетишади, ступор негативизм билан давом этади. Кататоник ступор — кататоник синдром структурасига кириб, шизофрения, экзоген, экзоген—органик психозларда учрайди.

3. Психоген ступор — ҳам соғлом, ҳам аффектор карахтлик реакцияларида, беморга руҳий жароҳат берувчи холларда: фалокат, табиий офат, яқин кишисинянг тўсатдан улимидан келиб чиқади. Кўриниши: бемор тусатдан улиб колади, тулик ҳаракатсизлиқ беморга рухий жарохат кандай холатида таъсир этса, шу холатида котиб колади.

Саволларга жавоб бермайди, юзида бадбинлиқ ўзини йўқотиб қўйган қўрқув ҳолида бўлади. Қон-томир вегетатив реакциялар ривожланган бўлади, яъни юзи ё оқаради ёки қизаради, терлайди, юрак уриб кетади, кусади, ич кетиши мумкин. Онги — тафаккури сусайган руҳий ступор давомийлиги минут, соат, баъзан кунлаб бўлади. Ступордан чиққандан кейин қисман амнезия бўлади.

3. Депрессив ступор—депрессиянинг чўққисида вужудга келиб, ҳаракат ва нутк тормозланишига олиб келади. Депрессив ступор депрессив холатнинг юксалиши буиича аста-секин вужудга келади, бунда бемор кун буйи ётади, саволларга бутунлай жавоб бермайди, овқатланишдан бош тортади, юзи ғамгин, кўзлари куруқ комати эгилган, елкалари осилган, юзи рангпар ёки захил бўлади. Депрессив ступор депрессив маниакал психозда, шизофрения ва бошқа психозларда учрайди.

4. Истерик ступор — истерик тавсифли шахсларда, истерик неврозда, истерик психопатияда учрайди. Бундай беморлар бўлар-бўлмас сабабларга ҳам кучли реакция қилади. Бемор ўзига лат

етказмаслик учун аста-секин ўзидан кетиб тулик ҳаракатсизлик вужудга келади. Беморнинг юзи таранглашган, ғамгин, кўзларида ёш, нотулик мутизм, баъзи саволларга жавоб олса бўлади. Онгнинг чуқур бузилиши юз бермайди, вазиятни хис қилиб туради, юзида сомато-вегетатив аломатлар: юзнинг қизариши, тез нафас олиш, терлаш, томир уришининг тезлашуви, қорачиқ таъсирланишининг ошиши кўриниб туради. Истерик ступор бошқа истерик таъсиротлардек (истерик парез ва фалаж, астазия-абазия, истерик курлиқ карлиқ гунглик) касалликка ўзини уриш ва шу йўқ билан муаммони хал қилишга интилади. Ступор тугагандан кейин ҳеч қандай из қолмайди.

Ҳаракат кўзгалишлари

Руҳий касалликлар клиникасида беморларнинг нотинч, бесаранжом холати эътиборни ўзига жалб қилади.

1. Бу нутқ кўзгалиши бўлиши мумкин, нутқ эса баъзи ҳолларда тушунарли, баъзиларида эса умуман тушуниб булмайдиган бўлади.

2. Кўзгалиш соф ҳаракатли бўлиши ҳам мумкин. Бунда беморлар тинимсиз сакрайди, буралади, уйнайди.

3. Кўзгалиш ҳам нуткий, ҳам ҳаракатли бўлади (психомотор қўзгалиш), бунда нуткий безовталиқ ҳаракат безовталиги билан бирга кечади. Қўзғалувчанлик тажовузкор тавсифга эга бўлиши мумкин, бунда беморлар уй жихозларини синдиради, оқлиқларни йиртади, бошқа бемор ва тиббий ходимларни уради. Қўзғалиш тажовўзсиз ҳам кечиши мумкин.

Психомотор қўзғалишлар кўп ҳолларда психопатологик бузилишлар: аффектив, галлюцинатор, алаҳлаш, онгнинг сусайиши, эси пастлик билан бирга кечади.

Психомотор кўзғалишларнинг қўйидаги турлари фарқланади: маниакал-кататоник геберрениқ галлюцинатор-алаҳлашли, психопатиқ истериқ психоген, эпилептик кўзғалишлар.

Қўзғалувчанлик ва тормозланишнинг алмашинуви турли хил психопатологик синдромларда кузатилади. Кататоник синдромда, касалликлардан эса маниакал-депрессив психоз ва шизофренияларда энг кўп учрайди.

Кататоник синдром — кататоник ступор ва кататоник кўзгалишдан иборат.

Кататоник ступор— тўлиқ ҳаракатсизлиқ бунда беморлар бир хил, кўпинча ноқулай холатда: бир оёғида туриб, қўлини кўтарган ҳолда котиб қолишади. Беморлар бошини ёстиққа тегизмай ётиши — «хаво ёстиғи аломати», хомила холатини эгаллаши мумкин. Ступор тўлик ёки қисман гапирмаслик — мутизм ҳамда фаол ёки ланж негативизм билан давом этиши мумкин. Фаол негативизм ҳамма нарсага, яъни шифокор илтимосларига ҳам, овқатланишга ва даволанишга фаол каршилик қилишдан иборатдир. Баъзан беморлар талабга тескари жавоб ва қарама-қарши ҳаракатлар қилишади, масалан кўзингизни очинг деса қаттиқ юмиб олишади, шифокор олдига

олдига чақирса, ундан йироқлашади. Бушанг негативизмда бемор ўзига мурожаатларнинг биронтасига ҳам жавоб бермайди. Кататоник ступорда баъзан «мум эгилувчанлиги» аломати учрайди, бунда бемор қайси холатга қўйилса, шу ҳолатда тураверади, Кататоник ступорга мушак тонусининг ошиб кетиши жуда тавсифлидир.

Кататоник қўзғалиш— бир хил сўз ва ҳаркатларни қайта-қайта такрорлаш билан кечадиган ҳаракат қўзғалиши холатидир.

Қўзғалиш бирдан импульсив бошланиб тартибсиз, маъносиз, бир максадга каратилмаган тавсифга эга бўлади. Беморлар бир хил, стереотипии ва импульсив ҳаракатлар қилишади. Ўз-ўзидан атрофдагилар гапини такрорлашади — эхолалия, уларнинг ҳаракатларини қайтаришади — эхопроксия. Беморлар нутқи ўзуқ-юлук бўлиб, бир хил сўзлар ва гапларни кайта такрорлашади. Беморлар мимикаси мое эмаслиги билан тавсифланади. Кататоник синдром онгнинг бузилиши билан бирга келиши мумкин — бу онейроид кататония дейилади. Аниқ онг холатида кечувчи кататония люицид кататония дейилади. Кататоник синдром шизофрения, экзоген — органиқ психозда, мия усмаларида учрайди.

Маниакал қўзғалиш — фаолиятга интилишнинг кучайиши, унинг тугалланмаганлиги, кайфиятнинг кўтаринқилиги, фикрларнинг бойлиги билан тавсифланади. Беморлар ҳаддан ташқари ташаббускор, ҳар доим бирор иш билан машғул, лекин чалғувчанлиги туфайли бирон бир ишни охиригача етказмайди, ҳамма нарсаларга фаол аралашади. Бунда беморлар жуда гапдон бўлиб, жуда тез ва пала-партиш гапиришади, бир фикрни охи рига етказмай бошқасиги ўтиб кетишади, ўзлари тўқиган шеърларни ўқишади ва уйинга тушишади, сексуал жиҳатдан суюк бўлиб, аёллар билан тез танишиб олади ва тез-тез жинсий алоқалар қилади. Улар ўз имкониятларига керагидан ортик баҳо берадилар. Ўзларини катта бойлик ва кашфиётлар эгасидек тутишади. Маниакал кўзғалишлар маниакал-депрессив синдромнинг маниакал фазасида, шизофренияда, интоксикацияда (акрихин, наша), юқумли касалликда (грипп) учрайди.

Гебефреник кўзғалишлар — ҳаракат ва нутк кўзғалишлари, ақлсизлиқ болалардек холат, ортикча аффект билан кечиши ҳисобланади. Ҳаракат кўзғалишлари ахмоқлиқ ҳар хил қиликлар, тилини кўрсатиш, эхолалия, эхопраксия, ҳазиллашиш қиликлари билан бирга келади. Кайфияти бекарор — ё жуда қувноқ сабабсиз кулади, башарасини бужмайтиради, гулдираб бирдан жиддий, тажовўзкор бўлиб қолади. Нутки ўзуқ-юлуқ сўзларни қўшиб гапиради, неологизм билан давом этиши мумкин. Баъзи холларда гебефреник синдром тузилмасига нотурғун галлюцинация, алаҳлаш ва кататоник бузилишлар кириши мумкин. Гебефреник синдром ёш усмирларга хос. Шизофрения, бош мия жароҳати, интоксикацион психозда учрайди.

Галлюцинатор-алаҳлашли кўзғалишлар

Бу кўзғалишлар асосан ҳаракат кўзғалишлари бўлиб, нутқ кўзғалишлари бунга кушимча бўлади. Тажовўз галлюцинация ва алаҳлаш ҳаёллари, таъкиб қилиш, рашк таъсирида ривожланиб беморлар ўз-ўзини қутқаришга ўринишлари, кочиш, химояланиш, баъзи сўзларни бакириб, атрофдагиларга ташланиш ҳаракатларнни қилишади. Қўзғалиш онгнинг бузилиши билан кечиб, субкоматоз делирий, онейроид, аменция ҳолидаги беморларда ва онгнинг қоронғилашиш ҳолларида учрайди. Вазиятга бахо беришнинг бузилиши туфайли беморлар қўзғалган, қаёққадир қочган, куркувда ойнадан ўзини ташламоқчи бўлади, атрофдагиларга ташланишади ёки ўзини қутқаришади, кийимларини йиртишади. Беморларнинг ўзини тутиши онгнинг — тафаккурининг бузилиш даражаси ва холатига боғлиқ

Эпилептик кўзғалиш — онгнинг қоронғилашиши ва дисфория билан боғланган. Кўзғалиш жаҳлдор-ғазабли аффект билан кечиб, беморлар тажовўзкор ва бўзгунчи бўлиб, атрофдагиларни улдириш даражасига ҳам етади.

Психоген кўзғалиш — қўққисдан кучли рухий таъсирлар: фалокат, ҳаётда хавфли ҳолат, яқин кишисининг улими, мол-мулкини йўқотиш, портлаш натижасида келиб чиқади. Ҳаракат кўзғалишлари аффектив торайган онг фонида вужудга келади, бундай одам атрофмуҳитга мулжалини йўқотади, қўрқув гирдобига тушиб кочади, йўқларни танламайди, куйиш ва жа-рохатланишда оғрик сезмайди, мотивацияланмаган оддий, бетартиб ҳаракат бажаради, ёниб кетаётган уйда қолган одамдек бўлиб колади. Очик тўрган эшикни тополмай деворга муштлаб уради. Бу холатлар бир неча минутдан бир неча соатгача давом этиб, тугагандан кейин сезиларли амнезия бўлади.

Хиссиёт, ирода, майл бузулишлари буйича тест саволлари

1. Anesthesia psychica dolorosa қуйидаги синдром ва касал тизимида ривожланади:

депрессив синдром
шизофрения
маниакал синдром
апатик синдром
астеник синдром

2. Депрессив синдром учун хос:

* тафаккур жараенларининг секинлашуви
рухий ривожланишнинг ортда колиши
жисмоний ривожланишнинг секинлашуви
идрок бузилишлари
дистимия
физик иш кобилиятини пасайиши

3. Қуйидаги симптомлардан қайсилари депрессив синдром таркибига киради?

ўта тартибсеварлик, ассоциатив жараёнларнинг тезлашуви
пасайган кайфият, театрал интонация
*пасайган кайфият, қайғуга берилиш
интеллектуал тормозланганлик
мотор тормозланганлик, гиподинамия

4. Қуйида кўрсатилган касалликларнинг қайсиларида депрессив синдром учрайди?

рекуррент шизофрения
* МДП
идиотия даражасидаги олигофрения
бош мия органик касалликлари
прогрессив фалажлик IV босқичи, маразм

5. Улуғворлик ва бойлик васвасаси билан кечадиган маниакал синдром қуйидаги касалликда учрайди:

прогрессив параличда
шизофренияда
кексаллик ақли заифлигида
маниакал-депрессив психозида
бош мия жарохатида

6. Маниакал-депрессив психоз учун энг ма·сус б´лган ·олатлар:

*депрессия ва мания
дисфория
эмоционал лабиллик

касаллик прогнозининг яхши сифатлилиги
амбивалентлик
к´нгилб´шлик

7. Мания турларига киради:

ажитация
қувноқ мания
қахр-¶азабли мания
масхарабоз мория
довдираган мания
апатико-абулик

8. Маниакал синдромга хос :

эйфория
*тафаккур тезлашуви
гипермнезия
конфабуляция
персеверация
дистимия

9. Кататоник синдром уз ичига куйидаги симптомларни олади:

* капюшон симптоми
*хартум симптоми
прогрессияланувчи амнезия
псевдореминесценция
эмбрионал поза
Липман симптоми

10. Кататоник синдромга хос:

эмбрион холати
*каталепсия
конфабуляция
*негативизм
обсессия
эйфория

11. Кататоник кузгаалишдаги бемор нутқида кузатилади:

патетиклик ва демонстративлик
вербигерация
персеверация
резонерлик
* эхолалия
Апатия

12. Кататоник ступор турлари :

гипотоник ступор (депрессив)
ступор мумсимон эгилувчанлик билан
реактив ступор
ступор харакатсизлик билан
субступор
истерик ступор

13. Люцид кататонияни онейроид кататониядан фарки:

тиниқ онг фонида кечади
довдираган-патетик кузгалиш кузатилади
ступор ва мумсимон эгилувчанлик кузатилади
фантастик тушсимон тасаввурларнинг оқиб келиши кузатилади
вакт, жойга ва уз шахсига дезориентировка кузатилади
ориентировка сақланган бўлади

14. Кататоник ступор симптомларига киради:

мушак гипотонуси
*мутизм
* негативизм
фаолиятга чанқоқлик
харакатсизлик
овкатдан бош тортиш

15. Кататоник ступорда тактика уз ичига олади:

*ёток яраларни профилактика килиш
тозаловчи клизмалар
* парентерал овкатлантириш
ноотроплар
бензодиазепинлар
беморни фиксация қилиш

16. Кататоник қўзғалиш учун хос:

довдираган-патетик қўзғалиш
тентакнамолик
* эхолалия, эхопраксия
намойишкорлик
импульсивлик, стереотипия

ОНГНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

Онг — ҳақиқийборликни, воқеликни мияда акс эттиришнинг юқори даражаси бўлиб, у шахснинг теварак-атрофдаги нарсаларни, ҳозирги ва утмиш даврини яхши билиши, карорлар қабул қилиш ва вазиятга караб ўз хатти-ҳаракатини бошқариш кобилияти билан намоён бўлади. Онг — бош миянинг жуда ҳам мураккаб бирлаштирувчи фаолияти бўлиб, ўз вақтида, жойида, атрофдаги шахсларда ҳамда ўзининг шахсида мўлжалини олиш ва фаол фаолиятига тайёр туриш демакдир. Онг — жамият меҳнат фаолияти натижасида пайдо бўлган ҳақиқиймавжуд воқеликни инсон миясида акс этилишининг олий туридир.

Онг руҳий жараённинг хамма томонлари билан чамбарчас боғлангандир. Онг фаолиятининг амалга оширилиши бош миянинг энг кулай қўзғалишини талаб этади. Онг ўзгаришларининг ҳар кандай турида бош мияла албатта физиологик жараёнларнинг бузилиши бўлади.

Шундай қилиб, онгнинг бузилиши умумий мия реакцияси ҳисобланади, бу бузилишнинг турлари орасида фарқ мавжуд бўлиб, бу бузилишлар тормозланиш жараёнининг кучи бир хилда таркалмаслиги, хасталик ўчоғининг маълум даражадаги жойлашуви билан ҳам фарқ қилади. Беморларда онг бузилишининг учраши бу хасталик жараёнининг ўткирлигини, оғирлигини ва жадаллигини кўрсатади. Онг бузилишининг бир неча турлари тафовут қилинади, аммо шундай аломатлари борки, улар онг бузилишининг барча турларига хосдир. Бўларни Ясперс тизимлаштирган ва қўйидагича изоҳлаган:

1. Атроф муҳитдан, ташки оламдан махрумлиқ Бунда атрофдаги барча нарсалар аниқ идрок этилмайди ёки батамом идрок этишнинг иложи бўлмайди. Баъзи холларда аниқ вокеликнинг акси боғланмаган, ўзук-юлуқ кичик бўлаклар ҳолида учраши мумкин.

2. Вақтга, жойга, атрофдаги шахсларга ва ўз шахсига нисбатан мулжални у ёки бу даражада ололмаслиги.

3. Фикрлашнинг бузилиши. Фикрлар ўзук-юлуқ боғланмаган ёки жуда суст бўлиши мумкин.

4. Атрофда бўлаётган воқеаларни эслаш қийинлашади. Эс-ҳушнинг кирар-чиқар

холати кузатилиб воқеаларни қисман эслайди еки умуман эслай олмайди. Қисман ёки тулик амнезия бўлади.

Эс-ҳушнинг ёки онгнинг бузилиш ҳолатини аниқлаш учун биз шу туртта белгини у ёки бу даражада беморда кузатишимиз шартдир. Беморда биргина ёки иккита аломатнинг мавжудлиги онгнинг бузилиш ҳолатини аниқламайди.

Онгнинг учиши миянинг устун тизмаларининг жароҳатланиши билан вужудга келади. Онгнинг учиши дезинтеграция бўлмай, аксинча, онгнинг тушиб колиши: қисман ёки тулик онгсизлик ҳолатидир, аммо патологик махсулсиз (яъни галлюцинация, васваса ғояларисиз) бўлади.

Онг бузилишининг психотик шакллари ёки дезинтег-рацияси—бу мия пустлогининг бўлаклари ўртасидаги боғларнинг мураккаб бузилиши бўлиб, патологик махҳсулот (яъни васваса ғоялари, идрок бузилишлари, алахлаш, хулқ-атворининг бузилишлари) билан кечади.

Эс-хушнинг бузилиш синдромларини қўйидаги тасниф бўйича ўрганилади:

I. Онг бузилишининг нопсихотик шакллари ёки онгнинг қисман ёки тўлик ҳолда тўхташи.

Бўларга: қулоқ битиш холати, обнубуляция, сомноленция, сопор, кома ҳолатлари киради.

II. Онг бузилишининг психотик шакллари ёки онгнинг хиралашуви.

Буларга: делирий, аменция, онейроид, эснинг кирар-чиқар ёки ғира-ширалик ҳолати, транс, амбулатор автоматизмлар, сомнамбулизм киради.

I. **Онг бузилишининг нопсихотик шакллари**

1. Обнубуляция (лотинча—булут сўзидан олиган) — онгнинг енгил ёки қисман бузилиши. Онг бир неча дақиқа ёки минут давомида худди хиралашгандай, енгил булут билан қоплангандай бўлади. Бу холатда вақти-вақти билан онгнинг равшанлашувини, кайфиятнинг у ёки бу томонга (эйфория ёки кўзғалувчанлик) ўзгариши кузатилади. Обнубуляцияни вақтида аниқлаш жуда муҳимдир, чунки у интоксикациянинг кучайиб бораётганлигини кўрсатади. Заҳарланишларда, оғир юкумли касалликларда, бош мия жарохатларининг ўткир босқичларида учраши мумкин.

2. Сомнолемция (уйку босиш). Бу холат анча ўзок (соатлаб, баъзан кунлаб) давом этади. Мулжал олиш бунда бузилмайди, баланд товуш билан саволлар бериб беморнинг диққатини оширишимиз ва саводимизга хос қисқа жавоб олишимиз мумкин. Кўпинча нейротроп заҳарланиш — ичқиликдаи, транквилизатор ва ҳоказолардан заҳарланиш асосида вужудга келади.

3. (Карахтлик) Кулок битиши — анча оғирроқ ҳолат. Беморлар ланж, шашти пастрок бўладилар, ўзларига берилган саволларга дарҳол жавоб бера олмайдилар, уларнинг фахми паст, хотираси заифлашган бўлади. Карахтлик Қулоқ битиши турли даражада ифодаланади ва гипергликемия ҳолатида, зотилжам касаллигида, перитонитда, нейроинфекцияларда, камқонлик

терлама касалликларида учрайди.

4. Сопор (сопороз ҳушсизлик) ёки субгалатоз ҳолат — кулоқ битишининг юқори даражаси. Бунда бемор ҳаракатсиз бўлиб колади. Оғриққа жавоб бериш, кўз қорачиғининг ёругғикка реакция бериши, конъюнктивал ва корнеал рефлекслардан ташкари, бошқа рефлексларга жавоб реакциялари бўлмайди. Бу холат оғир кечган юкумли касалликларда, заҳарланишларда, оғир кечган юкумли касалликларнинг декомпенсация ҳолатида кузатилади.

5. Кома —онгнинг батамом тўхташи. Бундай холатда беморда оғрик рефлекслари ҳам, конъюнктивал, корнеал рефлекслар ҳам пайдо булмайди. Юқорида кўрсатилган ҳолатларнинг янада оғирлашувида, шунингдек оғир мия жароҳатларида кузатилади.

I I . Онг бузилишнинг психотик шакллари

I. Делирий ёки делириоз сиидроми.

Онгнинг бузилишлари фонида идрок этишнинг ёрқин бузилишлари (галлюцинациялар ва иллюзиялар) пайдо бўлганда, шунингдек ваҳима ва курқиш сифатида ҳиссий (эмоционал) бузилишлар юзага келганда онгнинг делириоз бузилиши ҳақида сўз боради. Беморларда ўз шахсига мўлжалини сақлаган ҳолда жойга, маконга ва атроф-шароитга мўлжалнинг бузилиши кузатилади. Бунда кўриш ва эшитишга доир жуда кўп галлюцинацияларнинг пайдо бўлиши типик ҳодиса бўлиб, улар одатда қўрқиш тавсифига эга бўлади. Парейдологик иллюзиялар ва саҳнасимон куриш галлюцинациялари тавсифлидир. Атрофда содир бўлаётган воқеалар ўзуқ-юлуқ ноаниқ идрок этилади, кучли психомотор ҳаракат қўзғалишлари вужудга келади. Кўп холларда иккиламчи хиссий образли, галлюцинацияларга мос равишда васваса ғоялар пайдо бўлади. Натижада бемор хавотирланиб ўзини ҳимоя қилишга, чопиб қутулиб колишга интилади, баъзи холларда атрофдагиларга хавф туғдиради. Делирийда онгнипг «мен»и сақланиб колади, шунинг учун бемор ўз онгида содир бўлаётган драматик воқеаларнинг марказида бўлади ва бу воқеалар беморга каратилган бўлади. Делирий холатида биз «люцид туйнукларни», яъни беморларда қисқа муддатли ёки енгил ҳолларда кундўзги онгнинг равшанлашувини кузатамиз. Бунда бемор атрофдагиларни танқйди, саволларга тўғри жавоб беради, танкидий мулоҳаза юритади. Кечқурун ва кечаси эса онгнинг хиралашуви кучаяди.

Беморлар касаллик холатидан чиққанларидан кейин бошдан кечирганларини қисман, ўзуқ-юлуқ холда эслаб коладилар. Алкоголизмда учрайдиган делирийни биз алкогол делирийси ёки оқ алахлаш касаллиги деймиз. Бундан ташқари, делирий ҳолати баъзи юкумли касалликларда ҳарорат баланд бўлганда учраши мумкин ва кам ҳолларда бош мия шикастланишининг ўткир даврида кузатилади.

Делирийнинг оғир ўтадиган икки тўрини тафовут этамиз. Бўларга мусситирловчи ёки валдировчи ва касб делирийси киради.

Валдировчи делирийда ташқи таъсиротга реакция булмайди, тушакнинг ўзида кўзғалиш билан чекланади. Бемор тушунарсиз, нималарнидир валдирайди, маъносиз ва қўллари билан бир хилда ҳаракатлар қилади. Валдировчи делирий баъзи ҳолларда сопор ва комага ўтиши мумкин.

Касб делирийси шу билан фарқ қиладики, бунда иллюзиялар ва галлюцинацияларга Караганда ҳаракат кўзғалишлари кўпрок ўрин тўтади. Мўлжалга олишнинг бузилиши жуда чуқур бўлади. Кўзғалиш асосан беморнинг касби билан алокадор бўлган одатий ҳаракатлар тарзида кечади. Масалан: ошпаз пичоқлар билан ишлаётгандек дурадгор болға ёки арра билан ишлаётгандек хайдовчи машинани бошқараётгандек ҳаракатларни бажаради. Кўзғалиш баъзи холларда касб билан боғлик бўлган айрим сўзларни такрорлаш билан ёки унсиз ҳаракатлар билан давом этиши мумкин.

2. Аменция (аментив холат)

Бунда и холат огир ва ўзоқ вақт давом этадиган касалликларда, юқумли касалликлар, септикопиемия, кучли заҳарланишлар матижасида юзага келади. Бемор атрофии, вақт ва ўз-ўзини билмай қолади. Бемор теварак-атрофдаги нарсаларни англолмай колади, нулей, фикрлаши ўзук-юлуқ боғланмаган (инкогеренция) холда нималарнидир шивирлайди ёки бақиради, баъзи ҳолларда персеверациями кузатишимиз мумкин. Аменцияда делирийдан фарқли ўларок кўзғалиш бир хилда ҳаракатлар билан бемор ётган ўрнининг ўзида чегараланган ҳолда ўтади. Айрим ҳолларда мушакларнинг тортишувини, гиперкинезларни, ҳаттоки тутқаноқларни кўришимиз мумкин. Галлюцинациялар делирийга қараганда кам бўлади. Аментив ҳолат делирийдан кейии ёки ўзи мустақил учраши мумкин.

Аменция ҳолатидан чиққандан кейин беморниг шу ҳолатидаги кечинмалари ҳақидаги хотиралари сақланиб қолмайди. (тўлиқ аменция кузатилади).

3. Онейроид (уйқусимон, фантастик васвасали онгнинг хиралашуви). Онейроид жойни, вақтни ва ўз шахсини нотулиқ кўпинча икки хил тушуниши билан тавсифланади. Бемор гуё уйқусимон тахайюлот хаёллар оламига тушиб қолгандек бўлади: ўзини бошқа сайёраларда, коинот кемаларида, экзотик боғ-роғларда юргандек сезади. Баъзилари эса денгиз урушларини, оламшумул жаигоҳларни бошқараётгандек ҳис қиладилар. Учинчилари эса эрамиздан олдинги жониворлар орасида юргандек жаҳаннатга ёки жаннатга тушиб қолгандек бўладилар. Тўртинчилари охир замонни, қиёмат қоимни кузатаётгандек вулқонларнинг отилишини, миллионлаб одамларнинг удаётганини, планета лараро урушларпинг гувоҳи бўладилар. Бунда фантастик воқеалар бир-бири билан боғланган ҳолда бўлади.

Онейроид холати ҳар доим сохта галлюцинациялар хосил бўлиши билан кечади.

Онейроид ҳолатида, делирий ҳолатидан фарми ўлароқ ўз шахсининг мўлжали бузилади, бемор ўзини бошқа шахсга айланиб қолганлигини ёки фантастик кечинмаларга мос равишда шахснинг ўзгарганлигни ҳис этади. Агар делирийда беморнинг юриш-туриши галлюцинациялар ва васвасаларга мос келса, онейроидда бемор ҳаракатсиз, кам ҳаракат ёки бир хилда, маъносиз ҳаракат қўзғалишида бўлиши мумкин.

Беморнинг мимикаси гоҳ ҳамма нарсадан воз кечгандек ғамгин, гоҳ «сеҳрлаб қўйгандек» кўринади. Кўзлари кўпинча юмилган ёки ярим очиқ бўлади. Агар бемор билан гаплашиладиган бўлса, ўзининг «тушлари» ҳақида гапириб бериши мумкин, айни вақтда ўз номи ва палатасининг номсрини айтиши мумкин, бу икки хил фикр юритишдир. Бундан ташқари, беморда шундай холат бўлиши мумкинки, у атрофдаги бегона одамларни худди яқин танишлардек ёки яқин одамларини бегоналардеқ худди уларнинг қиёфаларини олгандек идрок этиши мумкин, буни Капгар аломати ёки ижобий ва салбий иккиланиш аломати деб аталади. Баъзида эса грим билан ҳар гал ўзининг киёфасини ўзгартирган холда бир гал онасининг қиёфасида, бошқа бир гал дўстининг қиёфасида, бошқа бир гал эса врач киёфасида (бир одамнинг ўзи), масалан таъкиб қилувчи беморнинг олдига келаётгандек туюлиши мумкин. Буни Фреголи аломати ёки ижобий иккиланиш васвасасининг аломати деб аталади.

Беморда бошдан кечирилган нарсалар ҳақидаги хотиралар сақланиб қолади. Беморлар касалликнинг энг оғир куринишлари ҳақида яхши ҳикоя қилиб берадилар. Онейроид оғир эндоген психозларда, баъзи бир юқумли касалликларда учраб туради.

4. Эс-хушнинг ғира-ширалик ҳолати (сумерик холат).

Бу холат кутилмаганда, тўсатдан пайдо бўлиб, одатда ўзоқ вақт давом этмайди, шуниигдек тусатдан тухташи мумкин, шуни ҳисобга олгаи холда транзитор, тез утиб кетувчи холат деб ҳам юритилади. Бу синдром учун атроф-муҳитга, кишиларга мўлжал олишнинг чуқур бузилиши, галлюциноз ва ўткир хиссий васваса, қўрқув, ғазаб ва алам аффектлари, шафқатсиз ҳаракатлар қўзғалишининг ривожланиши билан ёки ташқаридан қараганда тўғри ҳаракатлар бажарилаётгандек кўринган ҳолатлар хосдир.

Кучли аффект, васваса ва галлюцинациялар таъсирида бемор тусатдан жуда хавфли хатти-ҳаракатлар қилиши мумкин: ўзининг яқин одамларини душман деб идрок этиб шафқатсиз ўлдириши ёки оғир жарохатлар етказиши мумкин, кучли ғазаб окибатида атрофдаги кўзига тушган нарсаларни максадсиз бўзиши, синдириш ҳаракатларини бажариши мумкин.

Қовоғи солинган ҳолат вақтидаги хотиралар сакланиб колмайди, қилган хатти-ҳаракатлари, баъзида оғир жиноятларга муносабати — бошқа одамлар қилгандек қабул этилади.

Бу холатда делирий ва онейроиддан фарқли улароқ нафақат ҳақиқий воқеалар, беморнинг субъектив кечинмалари ҳам хотирада сақланмайди.

Қовоғи солинган ҳолатнинг васвасали ҳамда галлюцинацияли вариантлари тафовут этилади.

Агарда қовоғи солинган холат васвасасиз, галлюцинациясиз ва аффектив ўзгаришларсиз кечса, буни амбўлатор автоматизм холати деб юритилади. Бу холатда беморлар автоматлашган хатти-ҳаракатлар туфайли ўзлари тушунмаган холда шаҳарнинг қарама-карши томонига бориб коладилар. Бу онгсиз сайр вақтида улар механиқ равишда кучаларни кесиб ўтишлари, шаҳар транспортида юришлари, оддий саволларга жавоб беришлари мумкин. Уларни гангиб қолганларга ёки ўзининг хаёллари билан чуқур банд бўлган кишиларга ухшатиш мумкин.

Амбўлатор автоматизмнинг ўзок вақт-бир неча соатдан то бир неча кунларгача давом этадиган тўрини транс деб атаймиз. Бунда беморлар мақсадсиз ўзок жойларга, ҳатто поездларга ўтириб бошқа шаҳарларга сафарлар қилиши мумкин. Бу ҳолат тугагач бемор кандай қилиб бошқа шаҳарга, нотаниш жойга келиб қолганини эслай олмайди.

Жуда ҳам киска, 1—2 минут давом этадиган амбўлатор автоматизмни — фуглар деб аталади. Фуг сўзи чопиш маъносиии билдиради. Бунда бемор бирданига ўзига-ўзи ҳисобот бера олмай, атрофдагиларни англамай каёкадир чопади ёки бир жойда айланади. Бу холат тугаб бемор ўзига келганда у билан кандай вокеа руй берганини, нима учун атрофдагилар унга эътибор бериб колишганини тушунолмайди.

Абсанс — бу дақиқанинг бир неча улуши давомида руй берадиган онгнинг тухташи ёки «учиб колиши»дир. Бунда беморлар тусатдан маъносиз нигоҳ билан, фикрини йўқотиб қўйгандек жимиб коладилар. Агарда у бирор иш билан машғул бўлиб тўрганда руй берса, уларнинг қўлларидан ускунанинг тушиб кетганини, овкатланиш вақтида кошикнинг тушиб кетганини куза-тилади.

Амбўлатор автоматизмга кирувчи яна бир ҳолат - сомнамбулизмдир. Сомнамбулизмда қисман, тулик бўлмаган уйғониш кузатилади. Бунда одамнинг худи ҳаракатлари уйғонгану, онги уйғонмаган. Беморлар тушакдан туриб хонада юрадилар, уйдан чикиб кетишлари мумкин. Уларнинг хатти-ҳаракатлари онг билан бошқарилмайди, максадсиз ҳаракатлар бўлади.

Саволларга ва мурожаатларга эътибор бермайдилар ёки бу пайтда уйғониб кетишлари мумкин. Эс-ҳушнинг ғира-ширалик ҳолатлари тутқаноқ касаллигида, бош миянинг органиқ касалликларида учрайди.

Онг бузулишлари мавзусига оид тест саволлари

1. Онг бузилишлари кузатилувчи синдромларни курсатинг:

астеник
*онейроид
ипохондрик
онгнинг номошшомсимон коронгилашуви
апатико-абулик
*Аменция

2. Ясперс буйича онг хиралашуви белгиларига киради:

довдираш аффекти
ташки дунёдан ажралиб қолиш
эйфория ва тафаккурининг тезлашуви
тулиқ ёки кисман амнезия
тафаккур инкогеренцияси
амнестик бузилишларни булмаслиги

3. Онгнинг онейроид бузилишига хос:

ориентировкани ва узлигини англашнинг бузилиши
*бемор узини фантастик воқеаларнинг иштирокчисидек сезади
касаллик кечинмаларининг тула амнезияси
фантастик характердаги галлюцинатор кечинмалар
аффектнинг кутблилиги
мусбат Ашшофенбург симптоми

4. Делирийга хос булган симптомни кўрсатинг:

дисфория
уйку бузилиши
*маконга ва вақтга нисбатан дезориентировка
кўрув галлюцинациялари
уткир хиссий ва образли васваса
каталепсия

5. Делирий асосий симптомларини курсатинг

куркув аффекти
резонерлик
*чин галлюцинациялар
псевдогаллюцинациялар фонида экстаз
мания
дезориентировка

6. Онейроиддан фарк килиб делирийга хос:

*галлюцинацияга хос равишда узини тутиши
фантастик галлюцинациялар
таъсирли, образли васваса

вакт ва маконга нисбатан дезориентация
реал вокеага нисбатан амнезия
шахсиятига ориентировкани сакланиши

7. Делирий турига киради:

конфабулятор
аментив
типик
*мусситирловчи
амбулатор
профессионал

8. Онгни бузилиши кайси касалликда учрайди:

шизофрения
инфекцион
БМЖ
алкоголизм
инволюцион меланхолия
неврастения

9. Психотик онг бузилишларига киради:

*онейроид
*кулок битиши
кома
сопор
онгнинг номошшомсимон хиралашуви
*аменция

10. Делирий кузатилади:

шизофренияда
ўткир томир психозида
ўткир инфекцион психозида
неврастенияда
алкоголизм
ўткир травматик психозида

11. Делирийга хос :

*да·шатли кўрув галлюцинациялари
қўрқув
харакатсизлик
психомотор қўз¶алиш
ориентировканинг бузилиши
псевдогаллюцинациялар

16. Делирийга хос бўлган симптомни кўрсатинг:

дисфория
уйқу бузилиши
маконга ва вақтга нисбатан сохта ориентировка
кўрув галлюцинацияларининг кўпайиши
ўткир ·иссий ва образли васваса
каталепсия

17. Карахтлик учун хос :

нутқий мулоқотнинг йўқолиши
ташки таьсирларга реакцияси
фикрлаш жараенининг қийинлашуви
иллюзиялар ва галлюцинациялар
ориентировканинг сусайиши
*тормозланиш

18 Онгнинг намозшомсимон хиралашуви вариантлари

транслар
амбулатор автоматизм
фугалар
абсанс
каталепсия
*сомнамбулизм

19. Психотик онг бузилишига киради:

*намозшомсимон бузилиш
обнубуляция
*аменция
сопор
*делирий
*онейроид

20. Нопсихотик онг бузилиши хос:

мия қон айланишининг бузилишига
интоксикацияларга
бош мия ўсмаларига
сурункали буйрак етишмаслигига
маниакал-депрессив психозига
шизофренияга

22. Делирий ривожланашида сабаб бўлади:

инфекцион патология
*алкоголизм
соматик патология
психогения

за·арланиш
неврозсимон шизофрения

23. Онг хиралашуви мезонларига киради:

астеник •·олат
резонерлик
*реал борлиқдан четланиши
жойга ва вақтга нисбатан дезориентировка
фикрлашнинг бузилиши
қисман ёки тўлиқ амнезия

24. Онг бузилишининг нопсихотик тури кузатилади:

о¶ир кечувчи интоксикацияларда
бош мия абцессида
шизофренияда
бош мия ўсмаларида
психопатияларда
сурункали буйрак етишмаслигида

25. Онгнинг намозшомсимон бузилиши кузатилади:

шизофренияда
бош миянинг органик шикастланишида
эпилепсияда
инволюцион психозларда
патологик алкогол ичкиликбозлигида
истерик психозларда

26. Делириоз синдромга киради:

субступор •·олати
кўрув галлюцинациялари
псевдогаллюцинациялар
таъқиб,таъсир васвасаси
*қўрқув, ва·има аффекти
вақтга ва жойга нисбатан ориентировка

27. Делирий кузатилади:

соматоген психозларда
инфекцион касалликларда
шизофрения психозларида
неврастения
маниакал-депрессив психозда
истерик неврозда

29. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

эпилепсияда
алкоголизмда
маниакал-депрессив психозида
инфекцион психозларида
реактив •·олатларда
акцентуант шахсларда

30. Онгнинг онейрод бузилиши учрайди:

сурункали инфекцияларнинг узоклашган даврида
эпилепсияда
бош мия жарохатида
интоксикацияларида
шизофренияда
неврозларда

31. Онгнинг онейрод бузилишининг симптомларига киради:

чин галлюцинациялар
эмоционал бузилишлар
шахс ўзлигини англашнинг йўқолиши
*сахнадагисимон галлюцинациялар ва фантастик куринишларнинг мавжудлиги
теварак атрофга ориентирни йўқотиш
ўз шахсига оиентировка сақланганлиги

32. Онгнинг делириоз бузилиши учрайди:

қон томир касалликларида
соматогенияда
шизофренияда
инфекцион касалликларда
алкогол психозида
реактив психозларда

33. Онгнинг номозшомсимон бузилиши синдромига киради:

тула амнезия
*реал оламдан узилиш
вақт ва жойда ориентирни йўқотиш
псевдогаллюцинациялар
ёдда сақлаб қолишнинг бузилиши
фикрлаш жараенининг бузилиши

34. Аменцияда учрайди:

довдираш
тафаккурнинг бо¶ликсизлиги
сохта галлюцинациялар

ўз шахсига ориентировка сақланиши
чин галлюцинациялар
барча жавоблар тўғри

35. Онгнинг бузилишининг бема·сул (нопсихотик) синдроми:

онейрод
*карахтлик
аменция
*кома
намозшомсимон •·олат
делирий

36. Онг бузилиши аломати:

реал борликдан четланиш
атрофни аниқ идрок этиш
конфабуляция
ориентировканинг бузилиши
параноид
атрофни англашнинг сақланиши

37. Онгнинг психотик бузилиш синдроми:

сопор
карахтлик
*делирий
кома
хушдан кетиш (обморок)
*аменция

38. Онейроид синдроми учун хос бўлган аломат:

фантастик галлюцинациялар
фикр тезлашуви
инкогеренция
псевдогаллюцинациялар
хамма жавоблар тў¶ри
*чин галлюцинациялар
туғри жавоб йўқ

39. Кучли қўз¶алиш қайси онг бузилишида учрайди:

сомноленция
карахтлик
*делирий
онгнинг намозшомсимон бузилиши
барча жавоблар тў¶ри
коматоз

40. Коматоз •·олат белгилари:

жавоблар паст овозда секин
психомотор қўзғалиш
шартсиз рефлекслари йўқ
*саволларга жавоб бермайди
қўз¶атувчиларга реакцияси бор
·аракати йўқ

41. Онгнинг нопсихотик бузилиши кузатилади:

*бош мия жарохатида
*инфекцион касалликларда
шизофренияда
қон томир психозларида
бош мия касалликларида
психопатияларда

42. Делирий белгиларига киради:

эйфория
*иллюзиялар ва галлюцинациялар
*қўрқув ва вахима
каталепсия
тўлқинсимон кечиши
психомотор қўз¶алиш

43. Делирий пайдо бўлади:

қон томир психозида
интоксикацион психозда
инволюцион психозларда
инфекцион психозида
травматик психозда
реактив психозларда

44. Делирий кузатилади:

травматик психозда
маниакал-депрессив психозда
интоксикацияда
инфекцион психозда
инволюцион психозларда
неврозларда

45. Намозшомсимон синдром қуйдаги касалликларга хос:

травматик психозга
шизофренияга
қон томир психозга
инфекцион психозга

маниакал депрессив психозга
эпилепсияга

46. Аментив синдроми учрайди:

ўсма касаллигининг охирги босқичида
оқ ала·лашда
сурункали сепсисда
истерик психозларда
о¶ир соматик касалликларда
о¶ир кечадиган юқумли касалликларда

47. ±айси онг бузилиши кўпроқ социал хавфли ·исобланади:

аментив
номозшомсимон
онейрод
*делириоз
карахтлик
кома

48. Мусситрланган делирийнинг асосий белгиларига киради:

параноял васваса
онгнинг чуқур хиралашуви
фикрлаш бузилиши
тиниқ онг фонида кечиши
ўта соматик бузилишлар
ўта неврологик бузилишлар

49. Аменцияга хос:

нутқнинг бо¶ liқсизлиги (бессвязанность речи)
бўлаётган вокеаларни тушуниб етиш мумкинлиги
ёмон оқибат
ориентирнинг бузилиши
орентировканинг сақланганлиги
онгнинг чуқур бузилиши

50. Делирий учрайди:

шизофренияда
о¶ир кечадиган соматик касалликларда
неврастенияда
травматик психозида
истерик психозларда
церебрал атеросклерозда
инфекцион психозларда

51. Онейроидни делирийдан фарқловчи белги:

ўткир пайдо бўлиши
ўзлигини англашнинг бузилиши
психомотор қўз¶алиш
псевдогаллюцинациялар
*вақтга ва жойга нисбатан дезориентировка
аффектив бузилишлар

52. Онг бузилишиинг умумий белгиларига киради:

психомотор қўз¶алиш
*борликдан ажралган •·олат (отрешенность)
галлюцинациялар
*вақтга, жойга ва ўз шахсиятига дезориентировка
фикрлаш бузилиши
*амнезия

53. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

шизофренияда
инфекцион психозларида
алкоголизмда
неврозларда
реактив ҳларда
эпилепсияда
психопатияларда

54. Онгнинг сопороз бузилишига хос:

вақтга нисбатан дезориентировка
шахсга нисбатан ориентировка
мулоқотдан ма·румлик
маконга нисбатан дезориентировка
кучли қўз¶атувчига ·аракат ва мимика реакциясининг сақланганлиги
кучли психомотор қўзғалиш

55. Онгнинг делириоз бузилиши ривожланади:

шизофренияда
ўткир симптоматик психозларида
психопатияларда
бош мия томир патологиясида
интоксикацияларда
бош мия жарохатларида

56. Онгнинг намозшомсимон бузилишига хос:

васваса
ру·•ий автоматизм
галлюцинациялар
сиқилиш, қахр-¶азаб, қўрқув аффекти

атроф-мухитга нисбатан дезориентировка
аста-секин ривожланиши

57. Аменцияга хос :

ўз шахсига нисбатан онг сақланганлиги
атроф-му·итни тушиниб ета олмаслик
фикрлашнинг бо¶лиқсизлиги
довдираш
нисбатан огир соматик холати
ўз-ўзини англашнинг бузилиши

58. Онгнинг онейрод бузилиши белгиланади:

атроф-му·итга нисбатан мўлжал бузилиши
психомотор кузголиш
ўз-ўзини англашнинг бузилиши
чин зоопатик галлюцинациялар
*фантастик характердаги кечинмаларнинг мавжудлиги
вақтни идрок этишнинг бузилиши

59. Делирий синдромида учрайди:

фантастик харакатердаги кечинмалар
замон дезориентировка
*чин кўрув галлюцинациялари
ўз шахсига ориентировка бузилиши
қисман амнезия
харакат қўзғалиш

60. Онгнинг намозшомсимон хиралашувида учраади:

гипермнезия
дезориентировка
ўткир бошланиши
транзиторлик
қўрқув, қахр-¶азаб ва·има аффектлари
ёпишқоқ фикрлар

61. Онгнинг аментив хиралашуви учун хос :

онгнинг чукур хиралашуви
фантастик кечинмалар
фикрлаш бо¶лиқсизлиги
довдираш /растерянность/
·аракат қўзғалиши йук
эйфория

62. Делирийда қуйидаги симптомлар учрайди:

харакат қўзғалиши
кўрув ва вербал чин галлюцинациялар
фантастик мазмунли кечинмалар
қўрқув аффекти, кузатиш васвасалари
ўзликни англашнинг бузилиши

63. Қуйидагилардан қайси бири онг йўқолиши синдромларига киради?

*делирий
*кома
карахтлик
*онейроид
обнубиляция

64. Кома ҳолатида қуйидаги бузилиш аниқланади:

*гипостезия
гиперстезия
пай рефлекс юколиши
парестезия
анестезия

65. Бемор палатада утирибти, аммо ўзини бошқа планета учаётгандек хис қилади, буни қуйидагича квалификация қилиш мумкин:

*онейроид
парафрен васваса
гипногагик галлюцинация
экстракампин галлюцинация
гаптик галлюцинация

66. Карахтликда кузатилади:

ташқи стимуляциядан сўнг организм кучларини мобилизацияси
харакат секинлашув
брадипсихия
мания
вазиятни баҳолашнинг қийинлашуви

67. Делирий учун асосий аффект бўлиб:

* қўрқув
дисфория
апатия
агрессия
мания

2-БОБ

РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ ПСИХОПАТОЛОГИК СИНДРОМЛАРИ

Руҳий касалликлар ҳам организмнинг бошқа хасталиклари каби симптом (аломат)ларга эгадир. Ҳар кандай касаллик аниқлаш белгисидан бошланади. Аммо фақат аниқланган аломатларига қараб касалликни ташхис қилиш мумкин эмас. Алоҳида аломат ташхис аҳамиятига фақатгина бошқа белгилар билан биргаликдагина (синдром) аҳамиятга эга бўлади. Синдромлар ўз ҳолига маълум бир касаллик учун махсус бўлмай, кўпгина рухий касалликларда кузатилиши мумкин. Шу билан бирга белги ва синдромлар касалликнинг клиник кўринишини вужудга келтирувчи материал ҳисобланади. Беморлардаги махсуслик сиидромларнинг ўзигина эмас, балки уларнинг тавсифидир, яъни синдромларнинг шаклланиши, мураккаблашуви — қайтиши, уларнинг алмашинувидир.

Синдромлардан ва уларнинг навбатлашиб алмашинувидан касалликнинг клиник кўриниши ва тараққиёти шаклланади. Ҳар кандай руҳий касаллик учун маълум бир синдромлар хосдир, ҳар бир касаллик учун маълум бир тартибда ўзгаради ва алмашинади. Бир синдромни бошқа бир синдромлар устидан устиворлиги, пайдо бўлиш тартиби, ҳар бир руҳий касаллик учун одатда етарлича қатъий саманади. Бу эса алоҳида рухий касалликларни нозологик бирлик сифатида аниқлашга имкон беради.

Руҳий касалликлар фанига «аломатлар мажмуаси» атамасини 1863 йилда кататонияни изохлашда Кальбаум томонидан киритилган. Аммо то шу пайтгача руҳий хасталик синдромларини қониқтирувчи тизимлаштириш нуқтаи назари ишлаб чиқилмаган.

Синдромларни асосий ёки ук синдромлари (параноид, маниакал, деиресснв ва бошқалар) ва уткинчи (транзитор босқич) мезонлари бўйича таснифлашга ҳаракатлар бўлган. Асосий ва ўқ синдромлар эндоген ва проградиентли психозлар (шизофрения) ва экзоген органик психозлар учун хосдир. Улар кўпинча ўткинчи, босқич синдромлар билан қўшилади, аммо охиргилари соф ҳолда ҳам ўткир экзоген психозларда учрайди.

Касалликларнинг кечиш алоҳидаликларига караб тасниф қилишга ўринишлар бўлди. (циркуляр, резидуал, бошланғич ёки невротик ва бошқа синдромлар). Баъзи муаллифлар катта ва кичиқ оддий ва мураккаб, умумий, хусусий ва бошқа синдромларни фарқлайдилар. Кичиқ оддий руҳий хасталик синдромларда руҳий бузилишларнинг даражаси юқори бўлмаган бузилишлари ўзи кайталувчандир, касалликдан сўнг шахсият сақланган холда қолади. Кичиқ оддий синдромлар билан беморларда невроз ва психопатиялар намоён бўлади. Катта, мураккаб руҳий хасталик

синдромларида турли аломат ва синдромларнинг мураккаблашуви ва қўшилувида бемор шахсияти ўзгаради, бўлар бош мияни органик касалликларида кузатилади. Д. Жексон (1864) биринчи бўлиб синдромларнинг клиник кўриниши қарама-қарши бўлган ижобий ва салбий бузилишлардан иборатлигини айтган. Агар негатив бузилишлар—ҳисҳаяжон — хоҳиш бузилишлари, шахсиятнинг руҳиятини чекиниш ақлсизлик — касаллик жараёни билан чақирилган бўлса, тўғри, ижобий бузилишлар галлюцинатор — васваса, аффектив, кататоник ва бошқалар ўзгармаган нерв хужайралари фаолиятининг натижасидир. Ҳар бир рухий касаллиқ айниқса у мураккаблашувга мойил бўлса, икки қатор руҳий бузилишлардан ташқил топади. Тор маънода олганда психоз аломатларидан ва психозга ҳамроҳ бўлувчи касаллик пиро-вардига қараб чуқурлашадиган шахсиятнинг ўзгаришидан (негатив бузилишларидан) ташқил топган бўлади. Ҳар бир синдром ижобий (позитив) ва салбий (негатив) ўтувчан ёки доимий аломатларнинг биргалигидан иборатдир. Шунинг учун позитив ва негатив бузилишларни қарама-қарши куйиб булмайди. Позитив ва негатив бузилишлар нафақат ўзаро чирмашиб кетади, балки бир қатор умумийлиги ҳам бордир: кайтувчан бўлиши мумкин, муаллақ туришн ва ривожланиши мумкин; нисбатан оддий ва мураккаб бўлиши мумкин.

Қўйида рухий фаолиятни босқичма-босқич чекини-шини тавсифловчи маълум бир тартибда рухий патологик энг енгил еиндромлардан бошлаб борган сари жиддийроқ, оғирроқ генераллашган синдромларгача келтирилади.

НЕВРОТИК СИНДРОМЛАР

Невротик синдромларга неврастеник (астеник), истерик ва абсессив (ёпишқоқ холатлар) синдромлар тааллуқлидир.

Неврастеник (астеник) синдромлар—ўта чарчаш ҳолатидир, тез жаҳли чиқиш ва беқарор кайфият вегетатив аломатлар билан кушилади ва уйкуси бузилади.

Ўта чарчаш ҳолати астенияда ишнинг маҳсул-дорлигини камайиши билан, айниқса амий меҳнатпи ва хофизот кучини — эслаш кобилиятини пасайиши кузатилади, ўз-ўзини осон қўлга олиши сусаяди, таъсирчан, сабрсиз: тутоқувчан бўлиб колади, кайфият эзилганлик ҳолатидан — хавотир, йиғи-сиғигача ўзгариб туради. Уйқуси юзаки, хавотирли тушлар кўради, тез-тез уйғонади, кундузи мудраб юради. Кўпинча гиперестезия кузатилади—ёруғ чироқни, ўткир ҳид, баланд товуш-ларни кўтара олмайди.

Беморлар бош оғриғидан, хаётий жараёнларда ва амий меҳнатда унинг кучайишидан шикоят қиладилар.

Неврастенияга ҳамма вақт вегетатив ўзгаришлар ҳамроҳ бўлади. Кўпинча юрак-қон

томирлар тизими томонидап фаолият ўзгаришлари (қон босимининг тебраниши, тахикардия, пульснинг уйновчанлиги, юрак соҳасида нохуш сезгилар, бадани меъёр ҳароратда бўлса ҳам исиб ёки совиб кетиши, кучли тер ажратиши ва бошқалар) кузатилади. Диспепсия ҳолатлари ҳам (ич суриши, кабзият, ел ҳосил бўлишининг купайиши, иштаханинг пасайиши, вазнини йўқотиши, тушлари ўзгариши) кузатилади. Эркакларда кўпинча жинсий майл сусаяди, аёлларда хайз бузилиб, жинсий совумик пайдо бўлади. Агар неврастения кўринишида тутоқиб кетиш, таъсирчанлиқ сабрсизлиқ ички кучланиш, ўзини тутиб туролмаслик ғолиб келса, гиперстепик неврастеник дейилади. Бошқа холатда кўп чарчашлик ялтоқланиш, иш кобилиятининг пасайиши, иш махсулдорлигини камайиши кузатилса, гипостеник неврастения дейилади. Неврастеник (астеник) синдромда кўпинча руҳияти ўзгаради. Психоген хосил бўлган неврастенияларда заҳарланишлардан, бош миянинг органик касалликларидан тўзалаётганида учрайди.

2- раем. Гебефреник масҳарабозли

Истерик синдром

Руҳий, вегетатив ҳаракат ва сезги бузилишларининг аломатлари мажмуасидан иборатдир. Ҳиссиётларни кучли намоён қилувчи, тез ўзгарувчан симпатия ва антипатия, мимика, намойишкорона ҳаракатлар, сунъийлик кузатилади. Нутқ образли, айтилаётган фактлар ошириб кўрсатилади, кўпинча уйлаб чиқарилган бўлади (хохиш хакикатга айлантириб гапирилади). Беморлар ишонувчан ва ўз-ўзини ишонтирувчан бўлади. Кўпинча қўзғолувчанлик қичқириқ йиғи-сиғи, қўлларини шақил-атиш, юзни у ёки бу гурух мушаклари қичиши ва бутун тананинг диффуз титраши, кийимларни йиртиши, сочларини юлиши, ўзидан кетиши, тутқаноқлар кузатилади.

Шу билан бирга шундай руҳий алоҳидаликлар билан бирга турлича табиати бўйича фаолият бузилишлари: ҳаракат парези, оёқ-қўлларнинг фалажи, гиперкинез, анестезиялар, гиперестезиялар, курлиқ карлиқ соқовлиқ мутизм ва бошқалар аниқланиши мумкин.

Истерик синдром истерик неврозда, шахснинг истерик тараққиётида истерик психопатиялар, баъзан эндоген психозларда (шизофренияда), экзоген органиқ касалликларда кузатилади.

Обсессив (миядан кетмайдиган) синдром

Шилқим синдромлар—турли хил шилқимлнк билан намоён бўлади. Шилким фикрлар эсдаликлар, ҳисоб-китоб, миянинг қўрқув ва хавотир—фобиялар: юрак касаллигидан қўрқиш, захм ва бошқалардан қўрқиш, шилким одатлар, кўпинча ҳаракат билан бўлади. Бемор ўзининг аҳволини, ноўрин гапларини тушунади, аммо ўзини енга олмайди ва шифокор ёрдамига мухдождир. Шилқим холатли синдромларда, психопатияда, шизофренияда, бош миянинг экзоген органик касалликларида учрайди.

Ипохондрик синдром

Касал бўлиб қолиш ҳақида каттик хавотирланиш билан намоён бўлади. Бемор ҳар хил хиссиётларга ўз хаёлини жалб этадй (сенестонатия).

Беморларнинг феъл-атворида ўз соғлиғига ўта диққат-эътибор қилиши кўзга ташланади, беморлар тушкунликка тушган, хавотирланадиган бўлиб колади, турли мўтахассисларга мурожаат қилади, ўзини кўп текширтиради. Шунга ўхшаш синдром оғир касалликлардан тўзалиш даврида,

хусусан шизофренияда, циркуляр депрессияда, бош миянинг экзоген органик шикастланишларида бўлиши мумкин. Ипохондрик синдром пайдо бўлиши рухий табиатга боғлик бўлиб, руҳий кечинмалардан кейин, хусусан ятрогения натижасида бўлиши мумкин.

ПСИХОПАТИК СИНДРОМЛАР

Хаяжон — ирода, хоҳиш доирасида руҳий дисгармония сифатида намоён бўлади. Интеллектуал-мнестик фаолият сақланган ҳолда шахсиятнинг патологияси бўлиб ташки таъсиротга мувофиқ бўлмаган реакциялардир. Психопатик синдромлар ирсий келиб чиққан бўлиб, туғма ёки рухий таъсирот ва шунга ўхшаш холатларда (психопатизация) шизофренияда, бош миянинг соматик касалликларида пайдо бўлиши мумкин.

Психопатик синдром кўринишлари психопатияларнинг клиник шаклларига астеник, психоастеник, шизоид, енгил кўзғолувчан, параноял, истерик ва хоказоларга мос кўринишда бўлади.

Аффектив синдром

Аффектив (эмоционал) синдромлар — кайфият муаллак шаклда депрессия ва маниакал синдромлар кўринишида намоён бўлади. Уларнинг ҳар бири ўзига хос учта симптомлар йиғиндисидан иборат.

Депрессив синдром (синоними депрессия, меланхолия)

Тушкунлик кайфиятидан, тафаккур сусайишидан ва ҳаракатнинг секинлашувидан иборат (депрессив учлик). Беморлар эзилиб, кийналиб ғам чекадилар, уларда кўпинча руҳий эзилиш билан бирга юрак соҳасида оғирлик ҳам сезилади. Тафаккур ва нутқнинг секинлашуви охиста, секин гапириш билан намоён бўлади, саволларга беморлар қийинчилик билан жавоб беради. Кайфияти тушкунлигидан шикоят қилади, уни иложсиз деб ҳисоблайди, келажагини кўролмайди. Ўз-ўзини айблаш васвасаси тутиб қолади, ўзини айбдор ҳисоблайди, бутун умрини хатоликлар ва нотўғри ҳаракатлар мажмуаси деб баҳолайди. Беморлар суицидал ҳаракатлар қилиши мумкин. Беморларнинг ҳаракати суетлашган, бир хил ғарибона кўринишда ўтириши мумкин, боши қуйи солинган ёки ўзоқ вақт ўринда ётиши мумкин. Ҳеч ким билан гаплашмайди. Мимикаси қайғули, бир хил кўринишга эга, юзи оч қўнғир, кўзларида нам йўқ, лаблари пучайган, оғзидан очлик ҳиди келади. Депрессиянинг оғир ҳолларида тўлиқ ҳаракатсизлик (депреесив ступор) баъзи ҳолларда

бирдан меланҳолияга айланиши мумкин. Депреесив синдром учун сезиларли соматик бузилишлар хосдир. Бўлар уйқу бузилиши, иштаҳа бузилиши (анорексиягача боради), ошқозоничак йўллари фаолинтининг бузилиши, касалнинг сезиларли даражада озиб кетиши, эндокрин фаолиятининг бузилиши дан иборат.

Баён қилинган типик депрессиялардан ташқари, бошқа кўринишлари ҳам фарқ қилинади: руҳий анестезия—ҳиссиётни ва яқинларига мухаббатни йўқотиш билан кечувчи анестетик депрессия, бўшанглиқ бефарқлик: ҳиссий тонуснинг пасайиши, адинамик депрессия, ғам-ташвишли депрессия, хавотирлиқ қўрқув билан, оғир ҳолларда кучли қўзғолиш — ҳаракат ва инг-раш билан давом этадиган синдром, доимий шикоят билан кечувчи индовчи синдром, ҳаммадан норозилиқ ужарлиқ украйиш билан кечувчи, кажбахс депрессия, ўзини тутолмаслик билан кечувчи, йиги-сигининг уступ-лиги билан кечувчи йиғлоқилиқ депрессия: депрессив-параноид синдром бунда мураккаб бўлиб, депрессия, қўрқув, хавотирлик фонида, айбдорлиқ муҳокама қилиш, кузатиб юриш, бекитиш васвасалари билан жамланиб келади, булар биринчи навбатда турли хил сомато-вегетатив бузилишлар билан намоён бўлиши мумкин. Клиник жиҳатидан улар ўзоқ давом этувчи бош оғриғи, юраққон томирлар тизимига шикоят (юрак соҳасида нохуш сезгидан юрак пароксизми, юрак ритмининг бузилишидан кон босимининг ўзгаришигача боради).

Ошқозон-ичак йўқлари фаолиятининг бузилиши — иштаҳанинг сусайиши, қабзият, оғриклар, метеоризм ҳамда диэнцефал синдром ва бронхиал спазмлар, баданнинг турли хил қисмларида оғриклар (тиш оғриғи, бош оғриғи., бел оғриғи ва ҳоказолар). Жуда кўп холларда уйқу бузилиши, уйкусизлиқ эндокрин бўзилишлар, эркакларда импотенция кузатилади. Шундай беморлар текширилганда органик ўзгаришлар кузатилмайди, ҳатто улар ўзларини ўзок вақт сопаток ва неврологик касал деб юрадилар ва уларга карши ўзок вақт натижасиз даволанадилар. Депрессив холатлар ўзига хос шаклда маниакал-депрессив психозларда кузатилади ҳамда улар неврозлар, барча руҳий касалликлар учун хос бўлиб, рухий беморлик белгилари шаклланишида иштирок этади.

Маниакал синдром

МАНИАКАЛ СИНДРОМ (мания) психопатологик жиҳатдан учта аломат билан намоён бўлади.

1. Юқори кўтаринки кайфият.
2. Фикрлашнинг тезлашуви.
3. Ҳаракат фаоллиги.

Маниакал беморлар кувнок бўладилар, ғам-ташвиш қилмайдилар, тез алоқага киришадилар, улар тез-тез, каттиқ кўпинча тўхтамасдан гапирадилар. Ҳар кандай ташки таъсирларга берилади. Беморлар ортиқча қувват сезадилар, доимий нима биландир банд бўлишни хоҳлайдилар, фаолият

кўрсатишга ҳаракат қиладилар, эслаш ўткирлашган (гипермнезия симптоми), шеър ўқийдилар, кўпинча ўзлари шеър тўқийдилар, ашула айтадилар, рақсга тушадилар, сексуал тормозланган бўладилар, иштаҳалари жуда очилган бўлади. Маниакал синдром учун ўз шахсиятини ортиқча бахолаш, имконига ортиқча бахо бериш, манманлиқ бойлик васвасасигача бориш, бемор ўзларини машҳур кумондон, актер, шоир, бадавлат одамлар деб ҳисоблайдилар. Маниакал холат бир қатор холларда таъсирчанлиқ ғазаб билан кузатилади — ғазабли мания янада мураккаб маниялар кўринишида кайд қилинади: маниакал аффект ўткир хиссий кузатиш васвасаси билан қўшилади маниакал васваса синдромига галлюцинациялар қўшилганда маниакал галлюцинатор васваса синдроми пайдо бўлади.

Маниакал синдром маниакал депрессив психоз учун хос бўлиб, яна шизофренияда, бош миянинг органик ўзгаришларида, юкумли касалликларда учрайди.

Галлюцинатор — васваса (параноид) синдромлар

Галлюциноз — шундай холатнинг клиник кўринишида тўхтовсиз, яъни кетма-кет галлюцинациялардаи иборат бўлиб, беморларнинг ақли ва онги аниқ бўлиб, ўзига-ўзи танқидий қараши сақланган бўлади.

«Галлюциноз» атамаси 1900 йилда К.Вернике томонидан киритилган. Галлюцинацияни ёки псевдогаллюцинацияни турига қараб эшитув (вербал), камроқ холларда, кўрув, сезув ва ҳидлов галлюцииозлари фарқ қилинади.

Ўткир галлюцинозлар хавотирлик ва қўрқув аралаш нотинчлиқ кўпинча галлюцинатор васваса билан кечади ва бемор ўзига танқидий назар билан қарай олмайди.

Сурункали галлюциноз сезиларли аффектив бўзилишларсиз ва етарли даражада галлюцинатор васваса билан кечади.

Вербал (эшитув) галлюцинози — эшитув (вербал) ёки псевдогаллюцинация бўлиб, монолог, диалог, кўпчиликнинг товуши, «товушлар хори» сифатида эшитилади. Товушлар мазмуни кўпинча қўрқитиш, сўкиниш, беморни хакоратлашдан иборат бўлади. Товушлар девор ортидан, йўқакдан, эшик орқасидан, болохонадан эшитилади ва ҳоказо. Эшитув псевдогаллюцинози шизофренияга хосдир.

Кўрув галлюцинози ёши улғайганларда қисман ёки бутунлай кўр бўлиб қолганларида учрайди. Кўп сонли ҳаракат, рангли кўрув галлюцинациялари кўрина бошлайди. Галлюцинацияларнинг мазмуни одамлар, хайвонлар турмуши кўринишларидан, табиатдан (манзара, офтоб тушиб тўрган боткокликлар, гулзорларда уйнаб юрган болалар ва ҳоказолар) дан иборат бўлади. Уларга танқидий қараш сақланади. Сурункали давом этади.

Соматик психозлар томир касалликларида, юкумли касалликларда, заҳарланишларда учрайди.

Тактил галлюциноз (Экбомнинг дерматоз васвасаси, 1938), Берс-Конрад (1954) галлюцинози тери сезгиси ўзгариши васвасаси. Карилик олди даврида пайдо бўлиб, бемор баданида хашаротлар, бит, чувалчанг, қўнғиз, кана юргандек ҳис қилади ёки майда шиша, кум ботишини тери ёки тери остида хис қилади.

Ҳидлов галлюцинози кўпинча тактил ёки муносабат васвасаси билан қўшидган ҳолда учрайди, беморлар сўзаётганда кўпинча ўзидан ёқимсиз хид келаётганини сезади.

Параноял синдром—бирламчи тизимлашган интерпретатив васвасанинг устунлиги билан тавсифланади (атроф ҳақиқатини, ҳужжатларини васвасали тушунтириш). Мазмуни бўйича — рашк, эротиқ кашфиётчилиқ кузатиб юриш васвасаларидан иборат. Галлюцинациялар, неврогаллюцинациялар ва руҳий автоматизм холатларида учрайди. Беморларнинг онги аниқ бўлади. Параноял синдром шизофрениянинг дастлабки босқичлари параноял психопатия ва алкогол параноидлар учун тавсифлидир.

Кечиши бўйича ўткир ва сурункали параноял синдромлар фарқланади.

Ўткир параноял синдром — кўпинча интерпретатив бўлиб, бирдан пайдо бўлади, хавотирли кайфият қўрқув, баъзан экстаз элементлари фонида бирдан ярк этиб пайдо бўлади.

Сурункали параноял синдром аста-секин васвасанинг проградиентли тараққиёти ва системалашуви ҳамда кенгайиши билан тавсифланади ва бемор шахсияти тобора ўзгариб боради. Сезиларли аффектив бузилишлар (хавотирли,қўрқув) деярли учрамайди.

Параноид-васвасали (галлюцинатор-параноид) синдромлар — кузатиш васвасасига жисмоний ва руҳий таъсиротлар, вербал галлюцинациялар, кўпинча псевдогаллюцинациялар ва руҳий автоматик (Кандинский— Клерамбо) синдромлари қўшилади. Галлюцинатор-васваса синдроми структурасида васваса ёки галлюцинациянинг етакчилигига қараб туриб уни галлюцинатор ёки васвасали кўринишлари фарқланади.

Параноид васваса (галлюцинатор-параноид) синдромларнинг ўткир ва сурункали шакллари фарқланади. Ўткир галлюцинатор-параноид синдром сезиларли аффектив бузилишлар — хавотирлик, қўрқув, шалвираш фонида образли васваса ва руҳий автоматизм синдроми билан кечади.

Сурункали галлюцинатор-параноид синдром системалаштирилган васваса билан тавсифланиб, сезиларли аффектив бузилишларсиз кечади.

Руҳий автоматизм (Кандинский — Клерамбо синдроми, ташки таъсирот еиндроми, таъсир еиндроми, кириб бориш еиндроми, бегоналаниш еиндроми, қўлга олиш еиндроми) — ўзининг илк тушунчасидан бегоналаниш ёки йўқотиш, ўзининг руҳий кечинмалари жараёнларидан

бегоналаниш (тафаккур, сезги ҳиссиётларидан ва ташки кучнинг таъсиротини сезиш билан қўшилади. Жисмоний, руҳий таъсирот ва кузатиб юриш васвасалари билан кузатилади. Бу синдромни биринчи марта 1885 и. В. Х. Кандинский ёзган. Клерамбо (1920, 1926) ишларида бу синдром таснифланади. Руҳий автоматизмнинг уч тури фарқланади.

Ассоциатив автоматизм (идеатор) фикрлариинг наслий тезлашуви ёки секинлашувидан иборат бўлиб, тасодифан бемор тафаккури тўхтаб бошига бетона фикрларнинг кириши, унинг фикрларини ўқиши, бошқариши, ихтиёрсиз образларнинг тошиб келиши — ментизм, ўзгаларнинг ясалган, тузилган фикрларини солиб қўйилиши, фикрларни олиб куйиш, зурлаб беморни кўпинча энг интим (очиқлик белгиси) фикрларини ўқиш, хусусий ёки ясалган фикрларнинг жаранглаши (фикрлар акс-садоси) кузатилади. Ҳаёлий, товушсиз гаплашишлар, телепатик фикран алоқалар, фикрларни узатиш, беморнинг ўзини кузатиб юрганлар билан диалог сифатида мулоқоти, ассоциатив автоматизм мураккаблашуви: кўпинча бундай гаплашиш нохуш ва бемор учун қийноқлидир, улар депрессив аффект билан кузатилади.

Бундай бузилиш, акустик (товуш) компонентидан ажралган бўлиб, руҳий галлюцинация атамаси билан белгиланади. Руҳий галлюцинациялар акустик компонент билан мураккаблашуви, товуш ҳосил бўлиши «ички» хиссиётга айланиши, эшитув псевдогаллюцинацияси пайдо бўлганлиги ҳақида дарак беради. Эшитув билан бирга қўрув ва бошқа псевдогаллюцинациялар пайдо бўлиши мумкин. Псевдогаллюцинациялар Кандинский— Клерамбо синдромининг асосий бузилишларидир.

Сенсор автоматизм (сенестопатик). Махсус мақсадда, ташқи таъсирдан бўлаяпти деб беморлар уйлайдиган — жисмоний таъсир, васваса деб номланувчи, асосан ички аъзоларда турли-туман нохуш, оғир оғриқлардан иборат холат намоён бўлади. Беморлар уларнинг орқасидан кузатиб юрувчилар махсус равишда уларда босиш, чўзиш, қўйдириш, совуқ жинсий кўзғалиш, иштахани бўзиш — еб бўлмайдиган нарсаларни едириш, қабзият ёки ич суришини чақириш, заҳар танглик ҳолатини чақириш ҳолларини бажарадилар.

Мотор (ҳаракат, кинетик) автоматизми. Беморда шундай ишонч ҳосил бўладики, у «ташқи куч» таъсирида ҳаракати ва фаолиятининг бошқаришини йўқотиб қўяётганидек туюлади. Улар ташқи таъсир остида, бошқанинг хоҳишига кўра қўллари кўтарилади, каллалари бурилади, чопишга мажбур бўлади ёки баъзида тескарисини, ҳаракатсиз жим туришга ва ҳоказоларга мажбур қилйнади деб ишонадилар. Бунга нутқ ҳаракати псевдогаллюцинацияеи, ясалган нутқ акти, «лаб ва тилларнинг буюрилган ҳаракати, мажбурлаб, зўрлаб, эшитарли қилиб сўз ва гапни гапириш (бошида — хаёлан) ҳам киради (Сегла, 189,5, 1914).

Руҳий автоматизмнинг барча турлари тизимлашган кузатиб юриш ва таъеирот васвасалари билан бирга кузатилади.

Руҳий автоматизм синдроми шизофренияда, эпидемик энцефалитда, руҳий тутқаноқда учрайди. Унинг ўткир варианти жарохат, алкогол, томирли ва бошқа психозлар учун хосдир.

Парафрен синдром (парафрения, парафрен васваса, тасаввур васвасаси, фантазиофрения, фантастик-параноид синдром). Тизимлашган таъкиб қилиш ва таъсирот васвасасининг, улуғворлиқ руҳий автоматизмнинг барча турлари ва фантастик конфабуляциялар билан кушилувидан иборатдир. Васваса ғоялари ўта бемаъ-нилиги билан ажралиб туради. Бсмор ўзида коинотни бошқариш хокимияти бор деб, ўзини дунёвий кудрати ҳақида, худолариинг худосиман деб, Ерни эгасиман деб уйлайди, табиат конунларини ўзгартираман деб ваъда беради, минтакани тагидан ўзгартираман ва ҳоказо дейди. Юқори ва кўтаринки кайфият асосида ўта лоф, муболағалар тўқийди—коинот куйнида яшовчилар билан алоқа ўрнатдим деб ёлғон эсдаликлар айтади, ҳудолар йиғинида иштирокини ва бошқаларни айтади — буни фантастик конфабулятор парафрения дейилади. Парафрен синдром кечиши бўйича ўткир ва сурункали бўлади, бу барча васвасалар шаклланишининг пировард босқичи бўлиб, руҳий фаолиятнинг оғир бузилишларига тўғри келади. Парафрен синдромнинг ривожланиши касалликнинг оғирлашувидан дарак беради. Руҳий ка-салликлар кечишида (хусусан шизофренияда) сурункали васваса ва галлюцинатор васваса симптомлари кетма-кет бир-бирини алмаштиради: параноял, параноид (галлюцинатор-параноид, Кандинский — Клерамбо), сўнгра парафрен билан алмашинади, бу эса уларнинг патогенетик бирлигидан дарак беради.

Парафрен синдром кўпинча шизофренияда, алкоголли, захм, қарилик психозларида учрайди.

ҲАРАКАТ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Ҳаракат синдромлари ступор (ҳаракатсизлик) кўзғолиш ёки уларнинг алмашиниши билан намоён бўлади.

Ступор — психомотор фаолиятнинг турли томонларини моторикаси (ҳаракатини), фикрлашни ва нутқнинг тормозланиш шақлидаги руҳий патологии бузилишларидир. Беморлар ступор холатида ўзоқ вакд утирган, ётган ёки тўрган холда ҳаракатсиз коладилар. Саволларга жавоб бермайди — мутизм, атрофда бўлаётганларга эътибор бермайди, хеч нарса сўрамайди, овқат емайди, ювинтириш, қийинтириш, овкатлантиришларга каршилик кўрсатади, тиббий муолажа ишларига ёмон назар билан қарайди.

Аниқ онгли бўлгандаги ступор люцид ёки эффектор, онгни онейроид бузилганидаги ступорга — рецептор ступор дейилади.

Руҳий патологик бузилишларга боғлик бўлган холда ступорга ва нозологик мансублигига,

ступорнинг хосил бўлишига караб унинг қўйидаги шакллари фарқланади.

1. Кататоник
2. Психоген
3. Депрессив
4. Галлюцинатор
5. Алкоголли
6. Апатик
7. Эпилептик
8. Маниакал

Кўпинча кататоник ва психоген ступор учрайди.

Нутқ ҳаракати (психомотор) қўзғолиши руҳий хасталик ҳолати бўлиб, руҳий фаолиятнинг турли томонларини, биринчи навбатда нуткни: фикрлаш, моторика (ҳаракат)нинг тезлашуви ва кучайишидан иборатдир.

Нутқ ҳаракати кўзғалганда беморларнинг нутқи, ҳаракати ва фаолияти тезлашади, мимикаси ва ифодаси жонланади, турли ҳаракатларни бажаради. Беморлар нафақат қаттик гапиради, балки қичқиради, ҳаракатлари бўлинувчан ва тез-тез бўлади, фаолияти ва аҳлоқодоби бетартиб ва мазмунсиз бўлади. Кўзғолиш кучайган сари — нутки боғликсиз, алоҳида-алоҳида сўзлардан, оддий товушлардан иборат бўлиб қолади; Ҳаракат кўзғолиши импульсив, бетартиб, мазмунсиз бўлади, баъзида улар хайвонларга тақлид қилиб кичкирадилар, акиллайдилар, тўрт оёқлаб юрадилар ва ҳоқазо (регресс белгилари пайдо бўлади).

Психомотор кўзғолиш нисбатан камроқ ҳолларда бир ўзи клиник кўринишни ташқил этади. Одатда у турли руҳий патологик бузилишлар: аффектив, васваса, галлюцинатор, онгнинг хиралашув холатлари, ақлсизлик билан кушилади. Шунинг учун руҳий мотор қўзғолишнинг тавсифини анимаганда қайси бир руҳий патологик холат таркибида пайдо бўлишига қараб ихтисослаштирилади. Шундай қилиб, маниакал кўзғолиш, депрессияларда хосил бўладиган кўзғолиш, кататоник гебефренли, васвасали, галлюцинатор онгни бузилишларидаги руҳий патологик истерик қўзғолишлар фарқланади.

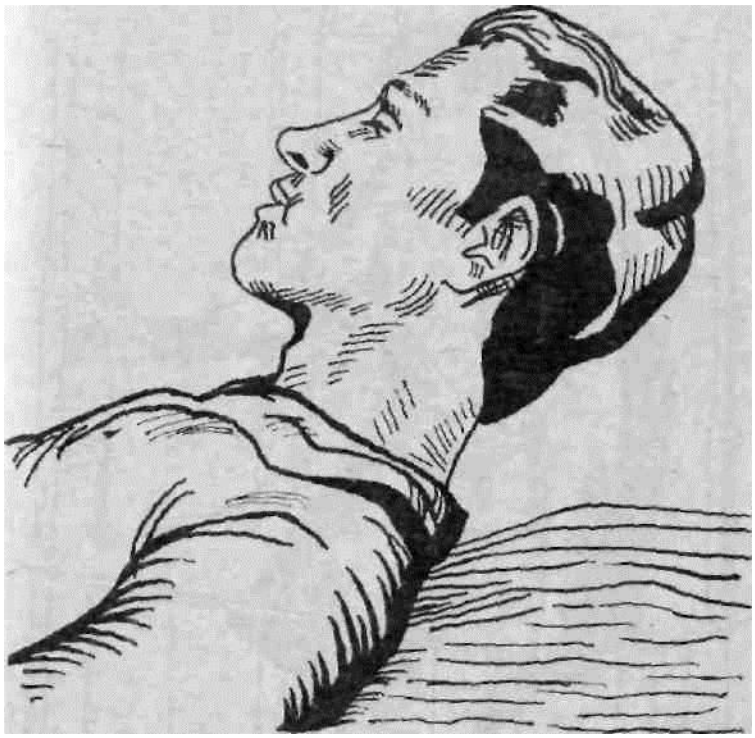
Кўзғолиш ва ступор (тормозланиши)нинг навбатлашуви турли-туман руҳий патологик синдромларда ва касалликларда кузатилади. Шундай навбатлашуви кататоиик синдромда, маниакал депрессив психозларда, шизофрения хасталикларида кузатилади.

Кататоник синдром (кататония)

Икки қарама-қарши бузилишлардан — кататоник ступор ва кататоник қўзғолишдан иборат.

«Кататония» атамаси ва унинг клиник кўриниши Кальбаум (1863, 1874) томонидан тасвирланган.

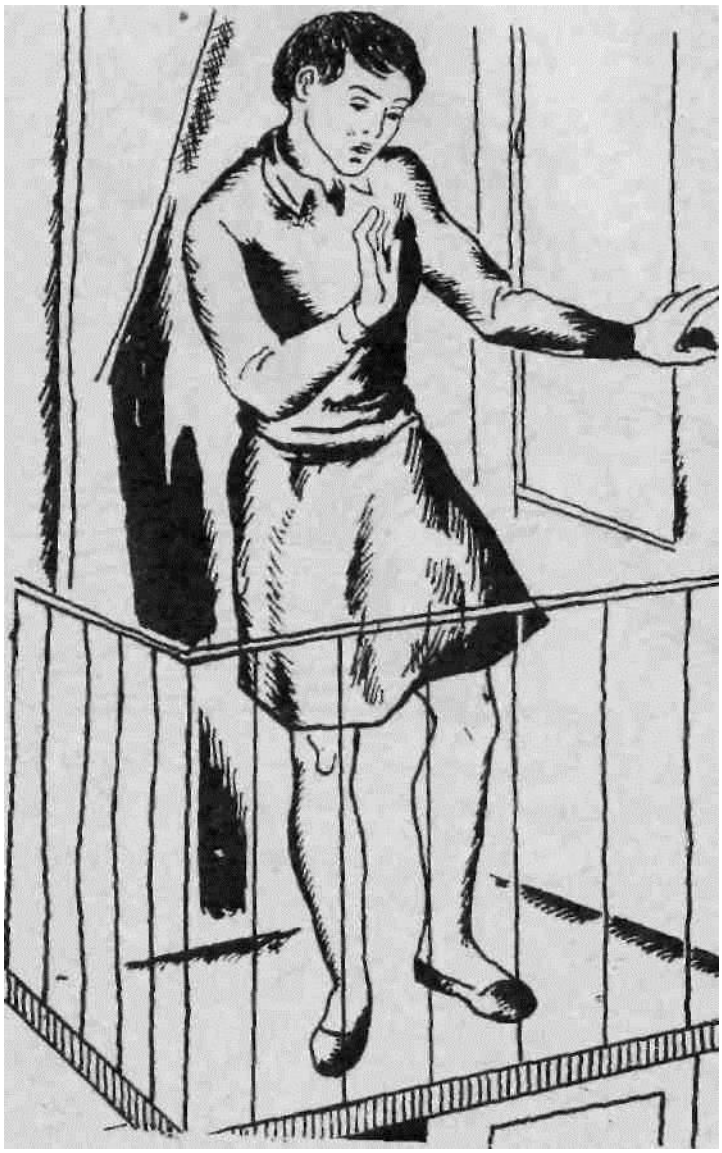
Кататоник ступор — ҳаракатсизлик ва мутизм (жимлик) билан намоён бўлади. Беморлар ступор холатда ҳаракатсиздирлар, ўзок вақт (соатлар, куилар) ути-радилар, ётадилар ёки холатини ўзгартирмасдан турадилар. Саволларга жавоб бермайдилар (мутизм). Кўпинча улар мустақил овқатланмайдилар, уларни қийинтирилаётганда, овқатлантирилаётганда каршилик кўрсатадилар, тиббий муолажа тадбирларига салбий нуқтаи назардан қарайдилар. Бундай касаллар шифокорнинг мурожаатига юзини қарама-қарши томонга буриб олади, кўзингни курай деса қовоғини юмиб олади. Бундай салбий ҳаракат фаол бўлиб, пассив негативизмга қарама-қаршидир. Пассив салбий негативизмда беморлар каршилик кўрсатмасаларда қилгин деган таклифни бажармайдилар. Кататоник ступор кўринишида



3-расм. Люцидли кататонияда «ҳаво ёстиғи» симптоми.

мушак тонусининг ошиши кузатилади. Ступорда беморлар доимо, ҳамиша эмбрионал холатда ётадилар, ёнбошлаган ҳолда, тик турган бўлса, боши эгилган ҳолда, қўллари ёнида бўлади, ўтирган бўлса оёғи буқилган колда ва баъзан беморлар устиларига халат ёки чойшабни ёпиб юзларини очиб утирадилар— капишон симптоми (1936). Кўпинма Ҳартум симптоми бўлади — лабларини чуччайтириб, хаво ёстигида (Дюре симптоми), боши ёстикдан кўтарилган ҳолда соатлаб ва ундан ўзоқроқ ҳам ётади. Кататоник ступор ундан ташқари каталепсия билан кузатилади. Мум эгилувчанлиги билан, беморга қимирламай ётган холатига қандай ҳолат берсангиз — қўлини

кўтариб, оёғини кўтариб, бошини бошқа томонга бурсангиз ўшандай ҳолда ўзоқ вақт қолади.



4-расм. Баландликдан қўрқиш.

Субступор ҳолат ҳаракат тормозланиши билан кузатилса-да ступор даражасига етиб бормайди.

Кататоник қўзғолиш ступорни алмаштириши мумкин ёки ступорсиз ўзи ривожланиши мумкин. Кататоник қўзғолишда бемор сергап бўлиб кетади, доимо бир хил — стереотип ўзлуксиз ҳаракат қилади—қиликлари табиий эмас, маъносиз, кетма-кет эмас, бирдан ёки кўпинча ўхшаш ҳаракат, атрофдагиларнинг ҳаракат ҳолатларини қайтаради, эхопраксия. Кўзғолиш кучайган сари нутқ боғланмаган, беморлар бир сўзни ва сўзлар йиғиндисини қайтараверади—эхопалилалия, нутққа сирпаниш, сирпанчиқ нутқ. Қўзғолишнинг чўққисида беморлар негатив ҳолатга мойил

бўладилар, импульсив ҳолатда бўладилар — бирдан чала бошлайдилар, қўлга тушганини синдира бошлайдилар, одамларга хужум қиладилар, кийимларини йирта бошлайдилар, ўзини-ўзи жароҳатлайди, ҳамма нарсага қаршилик кўрсатадилар. Кататоник кўзғалиш турли аффектив кўзғалишлар — экстаз, жаҳл, ғазаб, вақти-вақти билан сукут ва бефарқлик билан кузатилади.

Кататония люцид ва онейронд кататонияларга бўлинади. Люцид кататония онгнинг хиралашувисиз кечади ва негатив ступор ва тормозланиш ва донг қотиш ёки импульсив кўзғолиш билан намоён бўлади. Онейроид кататония ўз ичига онейроид онгнинг бўзилишини: кататоник кўзғалиш, хаёлпаришонлик ёки мумга ўхшаш ступорни ўз ичига олади.

Кататоник синдром кўпгина руҳий касалликлардан шизофренияга, экзоген — органик психозларга ва тутқаноққа хосдир.

Геберфреник синдром — ҳаракат ва нутк кўзғалишлари эса пастлик ва ўзгарувчан аффекти билан қўшилади. Қувонч, масхарабозлик ва ноўрин, кўпинча кўпол, эротик мазмундаги касалларнинг ҳазилларига ҳеч ким атрофда кулмайди. Беморлар аниқлашга ҳаракат қилиб суроқлайдилар, афтини буриштирадилар, қийшанглайдилар, ўмболоқ ошадилар, сўкинадилар, ўзини аҳмоқона тутиши, хулқ одоби — импульсив антисоциал ишлар билан кузатилади. Геберфреник синдром таркибида кататоник симптомлар (кататоник — геберфреник синдром) ҳосил бўлиши мумкин, камрок ҳолда — муаллақ бўлмаган галлюцинатор ва васваса бузилишлар учрайди. Геберфреник синдром кўпинча ёшларда шизофренияда, камроқ ёшларда шизофренияда, камроқ ҳолда экзоген органик психозларда (жароҳат, заҳарланиш) учрайди.

ОНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Онгнинг бузилиши (хиралашуви) унда атроф реал дунё инъикосининг бузилиши, балки ички боғлар (абстракт билиш) ҳамда ташки (сезги ҳиссиёти) бевосита предмет ва ҳодисаларни акс эттириши ҳам бузилади. Онгнинг бузилиш белгиси бемор шахсига нисбатан ориентацияси ҳам бузилади, ташқи дунёга аланглайди, вазиятни (вақтга, жойига) баҳолай олмайди, борлик дунёдан юз ўгиради, атрофдагиларни қабул қилолмайди, тафаккури ноаниқ ва тарқоқ онгнинг қисман ёки тулиқсиз хиралашув даври ҳақида тўлиқ эслолмайди.

Онг бузилишининг бошланишида қўйидаги синдромлар фарқланади. Онгнинг гарант бўлиш ҳолатини уч даражаси фарқланади. Қисқа вақт давом этувчи онгнинг гаранглигй обнубуляция (юнонча nubis — булут) дейилади. Бунда ташки таъсиротни қабул қилиш бир оз қийинлашади, онг худди булут ёки тутун билан ўралгандек бўлиб туради.

Гаранглик (карахтлик) — онгнинг сезиларли даражада бузилиши ташқи таъсиротларни қабул қилиш чегараси қисқаради. Беморлар саволларга қийинчилик билан жавоб беради,

қийналади, тўхтаб-тўхтаб гапиради, кўпинча гапирмай жим ўтиради, ўрнида ётади, бўшашган бўлади, ҳаракатлари секинлашган, атрофдаги воқеаларга фарқсиз бўлиб қолади. Оғрик таъсиротига жавоб реакцияси сусайгандир. Онгнинг бузилиши янада ривожланса гаранглик — сопороз ёки коматоз ҳолатга ўтади.

Сопор — онг (эс-ҳушни) бузилишининг чуқурроқ даражаси бўлиб, бемор атрофга ва ўз шахсига мўлжали тўла йўқолади. Беморлар гуёки ухлаётгапдск кўзини юмиб ётади, шартсиз (қорачиқ корнеал пайлар, ютиш) рефлекслари сақланиб қолади.

Кома (коматоз ҳолат) — онгнинг (эс-ҳушнинг) тўла йўқолиши, ҳар кандай мўлжалнинг тўла йўқлиги билан, ички аъзолар фаолиятининг бузилиши билан тавсифланади. Сопордан фарқли ўлароқ комада ташқи таъсиротга жавоб тўла йўқолади. Организм барча фаолиятларининг кескин сусайиши фонида ютиш, кичик чаноқ аъзоларининг фаолияти бузилади, нафас аритмияси,

5-расм. Муҳитни юллюзор (ҳаёлий) идрок этиш.

коллаптоид ҳолат, руҳий мотор қўзғалиш, тутқаноқсимон ҳаракатлар, ступорлар пайдо бўлади. Сопор ва кома организмнинг асаб ёки соматик касаллигидан дарак беради.

Юқорида кўрсатилган ҳолатлар (алкогол, наркоманлиқ токсикомания, саноатда, кишлок хўжалик ва бошқа заҳарланишларда), модда алмашинувининг бузилишларида (уремия, диабет), жигар етишмовчилигида, калла-мия жарохатларида, мия ўсмаларида, бош мия томирларнинг бошқа органиқ касалликларида учрайди.

Делириоз ҳолат (делирий)

Юнонча delirium—ақлсиз, онгнинг қоронғилашуви кўп учрайдиган шаклдир.

Делирий — онгнинг ўткир пайдо бўладиган бузилиши бўлиб, саҳналаштирилган, аниқ, кўпинча қўрқитувчи, асосан кўрув ҳамда эшитув ва сезув галлюцинациялари бўлиб, сезгиларли қўзғолиш ва қўрқув сезгилари билан давом этади. Беморнинг онг, эс-ҳуши бузилган, ўз шахсини тўғри англаса-да макон ва замонга мўлжали тўғри бўлмайди. Бсморлар галлюцинатор образларига фаол жавоб беради. Улар қўрқинчликлардан, хужум қилаётган ажойиботлардан ўзларини ҳимоя қиладилар, баъзан кўринган нарсаларга ҳужум қиладилар, баъзан қўрқиб безорилардан қочиб кетадилар, ҳайвон, ҳашаротлардан ҳимояланиш учун ҳам қочадилар ёки қулоқларини беркитиб оладилар. Буйруқона қўрқитув қатъийлиги доимий эмас. Делирий одатда амик онгли, эс-ҳушли кунлар билан бўлиниб туради. Кечга яқин ва кечаси делирий кучаяди.

Ёзилган типик делирийдан ташқари, онгнинг атипик делириоз бузилишлари ҳам учраши мумкин: мусситорлашган делирий — сезиларли ҳаракат қўзғолишларисиз кечади; улар доимо нималарнидир пичирлайдидар, атрофга мўлжал олиши яхши эмас, бир хил маъносиз ҳаракат қиладилар, ўриндикда ётганида хотиржам ётолмайдилар. Делирийнинг бу кўринишлари сурункали кечувчи оғир соматик касалликлар учун (ўсмалар, сурункали юрақ буйрак, жигар етишмовчиликларининг декомпенсация даврлари учун) хосдир. Бир қатор делирий ҳолатларда галлюцинатор образлар предмети бўлиб касбга тааллуқли воқеалар хизмат қилади, бу касб делирийси дейилади. Қўзғолиш одатдаги касб ҳаракатлари билан бошланади, машинистка машинкада чоп этиш ҳаракатларини қилади, овқат тарқатувчи овқат тарқатаётгандек туюлади, ошпаз бўлса нарсаларни қирқаётгандек бўлади. Делирийнинг давомийлиги бир неча минутдан соатлар, хафталаргача давом этади. Делирий тамом бўлгач қисман амнезия бўлади.

Онгнинг онейроид бузилиши

(юнонча—oneiros туш кўриш), онейроид туш кўриш, фантастик қоронғилашиш васвасаси. Туш каби аниқ сахналаштирилган фантастик галлюцинацияларни ташиб келиши, худди бемор соғлом одам туш кўрганидек кўради, онгини тўлдиради. Беморнинг нигоҳи олдида пайдо бўлган суратлар тушга ўхшайди, бир-бирини кетидан кела бошлайди, худди воқеалар бир-биридан чиқаётгандеқ саҳналаш-тирилгандек туюлади ва шу билан ажралиб туради. Беморлар кўпинча

атрофдан тўла ажралганларида, атрофдагиларга мўлжаллари бузилган ва ўзини касаллик дунёсига чўмган, ёхуд мўлжали иккиланган холдадир, яъни ҳам реал, ҳам патологик холатларни акс эттиради. Беморлар шу ҳолда планетаалараро саёҳатлар қиладилар. Марс аҳолисини ичида бўладилар, улар билан курашиш ҳақида келишувлар олиб борадилар, тарихий борлиқ ичида санғиб юрадилар, жаннат ёки жаҳаннамга тушадилар, онейроиддан чиққандан сўнг бошидан кечганларини икир-чикирларигача тўла ёзадилар. Онейроидда юз ифодаси кўпинча бир хил бўлади, қотиб қолади, баъзан руҳланган — патетик ҳолатда бўлади.

Онгнинг онейроид бузилиши эндоген-шизофренияда, ўткир металкогол симптоматик томирли психозларда, тутқаноқда, экзоген органиқ касаллик ва бошқа ҳолатларда учрайди.

Онгнинг аментив бузилиши

Аменция (юнонча amentia — кучсизлик) — клиник жиҳатдан барча турдаги мўлжалнинг бузилиши билаи тавсифланади. Атроф муҳит — бемор томонидан бўлинган ҳолда, бўлак-бўлак ҳолда қабул қилинади. Улар бир бутун қилиб тафаккур қила олмайдилар. Яъни нисбий мушоҳада сақланган ҳолда, синтез қилиш қобилияти йўқолади, беморларнинг ётган ўрни миқёсидаги ҳаракат бесаранжомлиги, маъносиз нутқ (алоҳида сўз ёки товушлар талаффўзи) ва ҳаракатсизлик даврлари билаи алмашинади, кайфияти беқарор, ўзгариб турувчи, иложсиз ҳолатда бўлади. Ўзуқ-Юлуқ галлюцинациялар бўлиши мумкин. Ҳафталаб давом этувчи аменция тўла амнезия билан тугайди. Аменция оғир, юқумли соматик касалликлар учуй хосдир, хусусан туғрукдан кейинги сепсис ривожланишида учрайди.

Онгнинг номозшомсимон коронгилашуви

Онгнинг коронгилашуви (хиралашуви, кирарли-чиқарли бўлиши). «Сумер» бошланиши ва тугаши тусатдан бўлади. Мулжалнинг чуқур бузилиши кузатилади, атроф муҳит ҳақиқатини қисман тўғри қабул қилиши сақланади. Бунда одатдаги автоматик ҳаракатлар, ҳатто ўзини тутишининг анчагина мураккаб шакллари сақланиб қолиши мумкин. Кўпинча беморларнинг ташқи қиёфаси тартиб тартибли бўлиши мумкин. Улар уйларидан чиқадилар, адашиб юрадилар, шаҳар транспортидан фойдаданган ҳолда уйидан ўзоққа кетиб қолиши мумкин. Атрофдагиларга худди соғлом одамдек туюлиши мумкин. Бундай. ҳолатнинг давом этиши мумкин ва тўла амнезия билан кузатилади. Эс-ҳуши —онгининг бундай кирарли-чиқарли бўлишини шизофрениянинг оддий шақли деб, галлюцинация, васваса билан кузатилувчи ғазаб, ғам-қайғу ва кўрқув аффекти қўзғолиши билан кечувчи «психотик» шақлидан фарқланади. Психопатологик бузилиш (галлюцинация, васваса, кучли ғазаб аффекти) ва онгнинг чуқур ўзгариши таъсирида бемор бирдан ўта хавфли ишлар, даҳшатли равишда душман деб қабул қилган қариндош-уруғларини ёки бегона одамларни ўлдириши ёки жароҳатлаши мумкин, қўлига тушган ҳамма нарсани маъносиз бўзиши мумкин. Эсини кирди-чикди бўлиб бузилиш ҳуружи кўпинча бирдан тўхтайди, сўнгра чуқур уйқу

ва тўла амнезия кузатилади. Онгнинг кирарли-чиқарли бузилиши турларига амбулатор автоматизм киради. Бунда бирдан онгини, эс-ҳушини йўқотади ва бемор ташқи кўринишидан мақсадга мувофик ҳаракат ва ишлар қила бошлайди. Амбўлатор автоматизм давомийлиги (соат кун, ҳафталаб) давом этиб, ўзга шаҳарларга ташқи кўринишидан қоидадек одоб билан бориб келиши ва буни мутлақо унутиши— транс дейилади. Ёш ва ўсмирларнинг ўйқусида пайдо бўлувчи амбулатор автоматизм — сомнамбулизм уйқуда юриш — лунатизм дейилади. Онгнинг кирарли-чиқарли бўзилишлари эпилепсияда: бош миянинг органик касалликларида (мия ўсмаси, менинго-энцефалитларда, калла, мия жарохатларида ва б.) учрайди.

Тутқаноқлар

Тутқаноқлар (пароксизмлар, қалтираш ҳолатлари). Тутқаноқлар онгнинг бирдан бошланувчи қисқа вақт бузилиши бўлиб, тула онгсизлаиишгача борувчи бадан калтираши; титраш билан кузатилувчи холатдир. Тутқаноқларнинг қўйидаги шакллари фарқланади. Катта эпилептик тутқанок (Yrand mal). Генераллашган: тонико-клоник, титраш тутқаноғи. Кўп ҳолатларда аура (бурон) бошланади. Бемор тўсатдан онгни йўқотади, худди чалиб юборилгандек бирдан йиқилади, бунда ноаниқ, ғайриоҳангли қичқирик бўлади. Кўпинча бемор йиқилаётганда жиддий жарохат (эти ўзилиши, суяк синиши, куйиш) олиши мумкин. Тутқаноқ барча мушакларнинг қисқариш фазаси билан бошланади, қўл-оёқла-

7- расм. Юрак соҳасида нохуш сезги хис қилаётган бемор ўз пульсини текширмокда.

ри чўзила бошлайди, жағлар юмилади, сиқилади. Тишларини ғижирлатади, тили ва лунжини тишлаб олиши мумкин. Нафаси тўхтайди, юзи оқаради, кейин кўкаради, кўзлари орқага тортиб кетади, қорачиғи кенгаяди, ёруғга реакция бермайди. Ихтиёрсиз сийиб юборади, ихтиёрсиз дефекация акти бўлиши мумкин. Тутқаноқнинг типик қисқариш босқичи 30—40 секунд давом этади. Тоник қисқариш клоник фазага ўтади, кўндаланг-тарғил мушаклар тез қисқариб бўшаша бошлайди, оғзидан кўпиксимон сўлак чиқади, тилини тишлаб олган бўлса кўпик кизаради. Клоник титраш 2—3 минут давом этади. Титроқ аста-секин сўнади, коматоз ҳолати аста-секин сопороз ҳолатига ва уйқуга утиб кетади. Тутқаноқнинг барча даври (аурадан ташқари) тўла эсдан чиқади.

8-расм. Эшитув галлюцинацияли беморнинг кўриниши (пОзаси).

Кичик эпилептик тутқаноқ (Petit mal) худди каттасидек онгининг тўсатдан бузилиши, эси йўқолиши билан бошланади. Аммо катта тутқаноқдан фарқли ўларок йиқилмайди, давомийлиги жуда қисқа (секундлар). Енгил клоник қисқаришлар баъзи юз ва елка мушаклар гуруҳларидагина бўлади. Тутқаноқ эсдан чиқади, Жексон тутқаноқлари (қисман эпилептик тутқаноқлар) кўз соққасини бир томонлама, бошни, танани бир томонга қараб тоник ва клоник титрашлар ҳуружидир. Хуруж кўпинча аниқ онгли ҳолатда ривожланади, онг фақат титроқнинг чўққисида бутун танага тарқалаётганидагина йўқолади.

Нарколептик тутқаноқ— бирдан бошланади, бемор тўхтатиб бўлмайдиган уйқуга тушади.

У бирдан энг ноқулай жойда бўлса ҳам, ноқулай холатда ҳам ухлаб қолади. Унинг уйқуси жой танламайди. Юриб туриб, овқат еяётганда, ишлаб туриб қотиб ухлаб қолади.

Каталлектик тутқаноқ — бемор бирдан худди бир канча суяк синганда ағанагандек кутилмаган бир таъсирот (қўрқитиш, тўсатдан ёруғ нур, товуш) натижасида мушак тонусининг тусатдан сусайиши натижасида ағанаб тушади. Онги сақланади, амнезия бўлмайди.

Руҳий органик синдром (органик-руҳий синдром) эслаш, интеллект ва аффективлик ҳамда астеник бузилишлар мажмуасидир.

Хотира—эслашнинг бузилиши уни барча-уччала эслашга, ретенцияга (эшитилганни тутиб қолиш) ва репродукция (эшитилганни гапириб бериш) томонига тааллуқлидир. Биринчи навбатда фиксацион амнезия бузилиши устун келади ва ошиб борувчи амнезия ҳамда дисинетик бузилишлар кузатилади. Интеллектуал фаолият нотекис йўқотилади — биринчи ўринда энг кейинги ўрганилган одатлар йўқолиши кузатилади, шу билан бирса аввал ўрганилганлар ўзок сақланади. Интеллект-нинг бузилишини унинг мушоҳадасини саёзлашганидан (олинган маълумотларга тушуниш кобилиятининг сўсайиши турли хил алтернатив фактларни солиштириш ва фаолият учун аниқ режанинг йўқлиги) ва хулоса қилиш (муносабат ва алоқа ўрнатишни) бузилишидан билиш мумкин. Ўзига ва атрофдагиларга танқидий баҳо бериш саёзлашади.

Аффектив бузилишлар лабиллиги билан тавсифланади, кўпинча ғазабини боса олмайди, аммо у тез ўтиб кетади. Қизиқиш чегараси тораяди, нозик ҳис-ҳаяжони (яқинларга илиқ муносабат ва раҳм, қондошлик ҳиссиётлари) бузилади. Ҳиссий бефарқлик ва бошқалар пайдо бўлади. Нутқида сўзлар камбағаллиги кузатилади. кўпинча ёрдамчи сўзларан фойдаланади, тайёр сўзлар йиғиндисидан фойдаланади, беморлар гаплашганда асосий бош мавзуни ажрата олмайдилар ва маҳиятсиз масалаларга кўп эътибор бериб қоладилар.

Астеник бузилишлар—жуда бўшашиб кетишлардан бошланади, адинамиягача бориб етади, бу ҳолат айниқса бош мия томирлари касаллигида, эндокрино-патияларда, баъзи беморларда ўта тез таъсирчанлиқ тутоқиб кстиш ёки ғазабланиш (калла-мия жароҳатларида, мия захмида) учрайди.

Руҳий органиқ синдром

Руҳий органиқ синдром бошланиш даврида бемор учун товушининг тавсифли бўлган хусусиятлари ўткирлашади— руҳий патологиксимон бузилишлар (психопатизация), якуний босқичларда — хусусиятларининг сусайиши, ҳатто йўқолишигача боради. Беморларда бош оғриги, бош айланиши кузатилади, бошида товуш эшитилади, иссиқликни кўтара олмайди, ҳаво ўзгариши унга ёмон таъсир кўрсатади. Руҳий органик синдром асосан аста-секин зимдан бошланади ва кўп тўрга бўлинмайди. Унинг кечиши турличадир.

1. Аста-секин ривож тониб тугайди (Пик касаллиги, хореяси, қарилик ақлсизлиги).
2. Стационар (калла-мия жароҳати, менингоэнцефалопатиялар).

3. Ўзок вақт ремиссиялар билан—булар одатда даволаниш натижасида кузатилади (ўсиб борувчи фалаж, бош мия усмалари ва бошқ).

Шундай қилиб, руҳий органик синдром охирги босқичларида умумий руҳий ихтиёрсизлик билан, беъманилик билан, тасаввурнинг сусайиши билан, эсининг камайиши билан, аффектларни боса олмаслиги билан (кўнгил бўшлиги), Вальтер-Бюсел учлиги билан тавсифланади.

Ёзилган руҳий бузилишлар мия—ўчоқли (неврологик) бузилишлар (афазия, амнезия, фалажлар ва бошқалар) билан қўшилади.

Руҳий органик синдромнинг сабаблари кўп: мия томирларининг касалликлари (калла-мия жароҳатлари, инсультлар), ўткир бошланадиган заҳарланишлар (алкогол, гиёҳвандлиқ оғир - металлар, қўрғошин ва бошқалар, ис гази), менинго-энцефалитлар, миянинг захм касалликлари (мия захми ва ривожланувчи фалаж), бош мия ўсмаси ва абсцесслари, бош-миянинг атрофик касалликлари (Пик, Альцгеймер касаллиги, қарилик ақлсизлиги), тутқаноқ ва бошқалардир.

Корсаков синдроми

Корсаков синдроми (амнестик синдром). Бу синдромнинг асосий белгилари бўлиб, фиксацион амнезия, ретроград амнезия ва конфабуляциялар ҳисобланади. Биринчи бўлиб С. С. Корсаков томонидан 1887 йилда «Алкогол фалажи ҳақида» номли докторлик диссертацияси ёзилади. Корсаков синдроми руҳий органик синдромнинг эслашнинг бузилиши билан кузатиладиган идеал хилидир.

Корсаков синдромида асосан кундалик, яқин ўтмишдаги воқеаларни эслашнинг фиксацион амнезияси кўзга ташланади. Бемор ўша заҳоти (бир неча сониядан сўнг) нафақат отини, балки гапиришган одамининг ташқи қиёфаси ва кўринишини унутиб қўяди, шифокор айтган кўп маълумотлар ва тавсияларни унутади (шифокорнинг фамилиясини, бўлимнинг номини, болаларининг отини ва ёшини, уй адресини эсидан чиқариб қўяди). Доимо эсидан чиқаришини ретроград амнезия дейилади. Беморнинг вақтга нисбатан (амнестик дезориентация) мўлжали бузилади. Бемор ҳозир қайси йил, фасл, ой, ҳафта, кун эканлигини айта олмайди.

Алмашиш, фантастик мазмунга эга бўлган конфабуляция ҳам учрайди. Беморлар ўз касб билимларини кўп ҳолда сақлайди ёки бу даражада интеллекти ҳамда қўзғолиш фаоллиги сусайган бўлса ҳам шахмат уйнай олади.

Корсаков синдроми бош миянинг томир касалликларида, бош мия жароҳатларида, заҳарланишларда (алкоголизм, ис гази), инсульт ва бош миянинг бошқа органик касалликларида учрайди.

Интеллектуал етишмовчилик синдроми — интеллектнинг етишмовчилик синдроми ҳаётда олинган ақлпастлик (деменция) ва интеллектнинг туғма бузилиши ақлсизлик

(олигофрения) га бўлинади.

Деменция (ақлпастлик) — интеллектнинг бўшашиши бўлиб, янги билим ва одатларни ўрганиш, маълумот олиш тушунчаси ва ақлий хулоса қилиш бузилади, ўзига ва атрофига танқидий нуқтаи назардан қараши сусаяди. Аввалги ўрганган билим ва тажрибалари у ёки бу даражада пасая бошлайди, йўқолади. Юқори-даги ўзгаришлар жиддий сусаяди.

Асосий касалликни тавсифга қараб аклқаслик юқори — олий интеллектуал фаолиятга тегмайди (ана

9- расм. Тинимсиз қўл ювиш симптоми

лиз ва синтез хусусиятлари), балки интеллектнинг анчагина оддийроқ функцияларига, хусусан эслашга, ҳисоблашга, диққатга, мушоҳада, шахсият, ўз ҳолатига танқиди ва одоби ўзоқ вақт сақланиб қолади. Бундай беморлар шифокор ёрдамида фаол интиладилар, одатдаги касбга тегишли бўлган фаолиятлари ҳам ўзоқ

10-расм. Истерия доирасидаги психопатия (кўкрак қисми терисида суицидал ҳаракатдан сўнг қолга н из).

11-расм. Ҳидлов галлюцинацияли беморнинг мимикаси.

вақт сақланади. Ўчоғли ақлпастлик бош мия томирларининг касаллигида (церебрал атеросклероз), хафақон касаллигида, мия захмида учрайди.

Тўла (тотал, диффўз) ақлпастлик— интеллектнинг қўполлашиши, солиштириш хусусияти, умумлаш, жамлаш, оддий ва мураккаб вазиятларни синтезлаш, ўзининг ҳолати ва аҳлоқига танқидий баҳонинг сусайиши, шахсий хусусиятларининг сийқаланиши билан тавсифланади. Ўзини тутиши кўпинча аҳмоқона бўлиб қолади, одамгарчилик асосларига тўғри келмайди, қизиқишлари ортиб кетади, эйфория фонида ўзларини ҳурсанд тўтадилар, сергап, гиперсексуал, ҳеч нарса ёқмайдиган бўлиб қоладилар, кучайиб борувчи фалаж ва қарилик ақлпастлигига учрайди.

олигофрения— ақлсизлик (иптеллектнинг туғма бузилиши)— асосий руҳий вазифаларни, биринчи ўринда интеллект ривожининг етишмовчилиги билан тавсифланади.

Аклий етишмовчилик даражасига қараб идиотия: имбециллик ва дебиллик фарқланади.

Идиотия — ақлсизликнинг энг чуқур даражаси бўлиб, кўпинча жисмоний нуқсон билан, кар-соқовлиқ кўрлиқ фалаж ёки қалтираш билан кузатилади. Нутқи деярли ривож топмайди,

интеллект ва энг оддий одатлар ишланмайди, улар нохушдирлар, атрофдагиларни ва яқинларини бир-биридан ажрата олмайдилар.

Имбециллик — олигофрениянинг урта даражаси. Интеллект даражаси ўртача пасайган. Сўз заҳираси жуда оз, тушунчалари кам, тафаккури қисқа: эси пасайган, диққати уйноқи, нутқи тушунарсиз, ёрдамчи мактабга бориши мумкип.

Дебиллик — олигофрениянинг енгил даражаси. Интеллект ўзгариш даражасига етмаган, тафаккури тор, мулоқоти, абстракт тафаккур фаолияти қийинлашган. Бир кисм дебилларда механиқ эслаш қониқарли даражада, улар у ёки бу билимни ўрганадилар, аммо уни амалий фаолиятга тақдим қила билмайдилар. Бир қисм дебиллар ўрта мактабни синфдан-синфга қолиб бўлса ҳам тугатадилар. Улар материални тушунмасалар ҳам ёдлаб оладилар.

Олигофрения йиғма гуруҳ бўлиб, интеллектуал тараққиёт турли сабабларга кўра ривожланмаган: бўларга миянинг диспластик бузилиши, мия тараққиётининг кўпол етишмовчиликлари — инэнцсфалия, мия чурралари, микроцефалия ва бошқалар, генетик (наслий-оилавий олигофрения шакллари) дисферментлар, хромосома касалликлари (Даун касаллиги ва бошқалар), жахлланишлар, авитаминозлар, туғилиш жароҳатлари ва ҳоказолар сабаб бўлади.

Психопатологик синдромлар мавзусига оид тест саволлари

1. Anesthesia psychica dolorosa симптоми қуйидаги синдром ва касаллик тизимида ривожланади:

депрессив синдром
* шизофрения
маниакал синдром
апатик синдром
астеник синдром

2. Депрессив синдром учун хос:

*тафаккур жараенларининг секинлашуви
рухий ривожланишнинг ортда колиши
жисмоний ривожланишнинг секинлашуви
идрок бузилишлари
дистимия
физик иш кобилиятини пасайиши

3. Қуйидаги симптомлардан қайсилари депрессив синдром таркибига киради?

ўта тартибсеварлик, ассоциатив жараёнларнинг тезлашуви
пасайган кайфият, театрал интонация
*пасайган кайфият, қайғуга берилиш
интеллектуал тормозланганлик
мотор тормозланганлик, гиподинамия

4. Қуйида кўрсатилган касалликларнинг қайсиларида депрессив синдром учрайди?

рекуррент шизофрения
*МДП
идиотия даражасидаги олигофрения
бош мия органик касалликлари
прогрессив фалажлик IV босқичи, маразм

5. Улуғворлик ва бойлик васвасаси билан кечадиган маниакал синдром қуйидаги касалликда учрайди:

прогрессив параличда
шизофренияда
кексаллик ақли заифлигида
маниакал-депрессив психозида
бош мия жарохатида

6. Мания турларига киради:

ажитация
қувноқ мания
*қахр-¶азабли мания
масхарабоз мория
довдираган мания
апатико-абулик

7. Маниакал синдромга хос :

*эйфория
тафаккур тезлашуви
гипермнезия
конфабуляция
персеверация
дистимия

8. Кататоник синдром уз ичига куйидаги симптомларни олади:

*капюшон симптоми
*хартум симптоми
прогрессияланувчи амнезия
псевдореминесценция

*эмбрионал поза
Липман симптоми

9. Кататоник синдромга хос:

*эмбрион холати
*каталепсия
конфабуляция
*негативизм
обсессия
эйфория

10. Кататоник кузгаалишдаги бемор нутқида кузатилади:

патетиклик ва демонстративлик
вербигерация
персеверация
резонерлик
*эхолалия
Апатия

11. Кататоник ступор турлари :

гипотоник ступор (депрессив)
ступор мумсимон эгилувчанлик билан
реактив ступор
ступор харакатсизлик билан
субступор
истерик ступор

12. Люцид кататонияни онейроид кататониядан фарки:

*тиниқ онг фонида кечади
довдираган-патетик кузгалиш кузатилади
ступор ва мумсимон эгилувчанлик кузатилади

фантастик тушсимон тасаввурларнинг оқиб келиши кузатилади
вакт, жойга ва уз шахсига дезориентировка кузатилади
ориентировка сақланган бўлади

13. Кататоник ступор симптомларига киради:

мушак гипотонуси
*мутизм
*негативизм
фаолиятга чанқоқлик
харакатсизлик
овкатдан бош тортиш

14. Кататоник ступорда тактика уз ичига олади:

*ёток яраларни профилактика килиш
тозаловчи клизмалар
*парентерал овкатлантириш
ноотроплар
бензодиазепинлар
беморни фиксация қилиш

15. Кататоник қўзғалиш учун хос:

довдираган-патетик қўзғалиш
тентакнамолик
*эхолалия, эхопраксия
намойишкорлик
импульсивлик, стереотипия

16. Онг бузилишлари кузатилувчи синдромларни курсатинг:

астеник
*онейроид
ипохондрик

онгнинг номошшомсимон коронгилашуви
апатико-абулик
Аменция

17. Делирий турига киради:

конфабулятор
аментив
типик
*мусситирловчи
амбулатор
*профессионал

18. Онейроидга хос :

чин кўрув галлюцинациялари
фантастик
мотор кузголиш
*вақтга, жойга ва ўзлигига нисбатан дезориентировка
кечаси кучайиб, кундузи сусайиши
фантастик псевдогаллюцинациялар

19. Онгнинг онейроид бузилишига хос :

ориентировкани ва ўзлигини англашнинг бузилиши
*бемор ўзини фантастик воқеаларнинг иштирокчисидек сезади
касаллик кечинмаларининг тўла амнезияси
фантастик характердаги галлюцинатор кечинмалар
аффектнинг қутблилиги
мусбат Ашшофенбург симптоми

20. Делирийда кузатилади:

ўзлигини англашнинг бузилиши
*қўрқув

психомотор қўзғалиш
эйфорик кайфият
*да·шатли чин галлюцинациялар
теварак-атрофни иллюзор идрок этиш

21. Делирийга хос булган симптомни кўрсатинг:

дисфория
уйку бузилиши
маконга ва вақтга нисбатан дезориентировка
*кўрув галлюцинациялари
уткир хиссий ва образли васваса
каталепсия

22. Делирий асосий симптомларини курсатинг

*куркув аффекти
резонерлик
*чин галлюцинациялар
псевдогаллюцинациялар фонида экстаз
мания
дезориентировка

23. Онейроиддан фарк килиб делирийга хос:

*галлюцинацияга хос равишда узини тутиши
фантастик галлюцинациялар
таъсирли, образли васваса
вакт ва маконга нисбатан дезориентация
реал вокеага нисбатан амнезия
*шахсиятига ориентировкани сакланиши

24. Делириоз синдромга киради:

субступор •·олати
*кўрув галлюцинациялари
псевдогаллюцинациялар
таъқиб,таъсир васвасаси
*қўрқув, ва·има аффекти
вақтга ва жойга нисбатан ориентировка

25. Делирий кузатилади:

соматоген психозларда
инфекцион касалликларда
шизофрения психозларида
неврастения
маниакал-депрессив психозда
истерик неврозда

26. Аменция учрайди:

о¶ир кечадиган интоксикацияларда
энцефалитнинг ўткир даврида
психопатияларда
бош мия жарохатининг узоқлашган даврида
о¶ир кечадиган соматик касалликларда
*о¶ир кечадиган инфекцион касалликлар

27. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

*эпилепсияда
алкоголизмда
маниакал-депрессив психозида
инфекцион психозларида
реактив •·олатларда
акцентуант шахсларда

28. Онгнинг онейрод бузилиши учрайди:

сурункали инфекцияларнинг узоклашган даврида
эпилепсияда
бош мия жарохатида
интоксикацияларида
шизофренияда
неврозларда

29. Онгнинг онейрод бузилишининг симптомларига киради:

*чин галлюцинациялар
эмоционал бузилишлар
шахс ўзлигини англашнинг йўқолиши
*сахнадагисимон галлюцинациялар ва фантастик куринишларнинг мавжудлиги
теварак атрофга ориентирни йўқотиш
ўз шахсига оиентировка сақланганлиги

30. Онгнинг делириоз бузилиши учрайди:

қон томир касалликларида
соматогенияда
шизофренияда
инфекцион касалликларда
алкогол психозида
реактив психозларда

31. Онгнинг номозшомсимон бузилиши синдромига киради:

тула амнезия
реал оламдан узилиш
вақт ва жойда ориентирни йўқотиш
псевдогаллюцинациялар
ёдда сақлаб қолишнинг бузилиши
фикрлаш жараенининг бузилиши

32. Аменцияда учрайди:

довдираш
тафаккурнинг бо¶лиқсизлиги
сохта галлюцинациялар
ўз шахсига ориентировка сақланиши
чин галлюцинациялар
барча жавоблар тўғри

33. Онгнинг бузилишининг бема·сул (нопсихотик) синдроми:

онейрод
*карахтлик
аменция
*кома
намозшомсимон •·олат
делирий

34. Онг бузилиши аломати:

*реал борликдан четланиш
атрофни аниқ идрок этиш
конфабуляция
ориентировканинг бузилиши
параноид
атрофни англашнинг сақланиши

35. Онгнинг психотик бузилиш синдроми:

сопор
карахтлик
*делирий
кома
хушдан кетиш (обморок)

*аменция

36. Онейроид синдроми учун хос бўлган аломат:

*фантастик галлюцинациялар
фикр тезлашуви
инкогеренция
псевдогаллюцинациялар
хамма жавоблар тў¶ри
чин галлюцинациялар
туғри жавоб йўқ

37. Кучли қўз¶алиш қайси онг бузилишида учрайди:

сомноленция
карахтлик
*делирий
онгнинг намозшомсимон бузилиши
барча жавоблар тў¶ри
коматоз

38. Коматоз •·олат белгилари:

жавоблар паст овозда секин
психомотор қўзғалиш
шартсиз рефлекслари йўқ
*саволларга жавоб бермайди
қўз¶атувчиларга реакцияси бор
·аракати йўқ

39. Онгнинг нопсихотик бузилиши кузатилади:

бош мия жарохатида
инфекцион касалликларда
шизофренияда

қон томир психозларида
бош мия касалликларида
психопатияларда

40. Делирий белгиларига киради:

эйфория
*иллюзиялар ва галлюцинациялар
*қўрқув ва вахима
каталепсия
тўлқинсимон кечиши
психомотор қўзғалиш

41. Делирий пайдо бўлади:

қон томир психозида
интоксикацион психозда
инволюцион психозларда
инфекцион психозида
травматик психозда
реактив психозларда

42. Делирий кузатилади:

травматик психозда
маниакал-депрессив психозда
интоксикацияда
инфекцион психозда
инволюцион психозларда
неврозларда

43. Намозшомсимон синдром қуйдаги касалликларга хос:

травматик психозга
шизофренияга

қон томир психозга
инфекцион психозга
маниакал депрессив психозга
эпилепсияга

44. Аментив синдроми учрайди:

ўсма касаллигининг охирги босқичида
оқ ала·лашда
сурункали сепсисда
истерик психозларда
о¶ир соматик касалликларда
о¶ир кечадиган юқумли касалликларда

45. ±айси онг бузилиши кўпроқ социал хавфли ·исобланади:

аментив
номозшомсимон
онейрод
делириоз
карахтлик
кома

46. Мусситрланган делирийнинг асосий белгиларига киради:

параноял васваса
онгнинг чуқур хиралашуви
фикрлаш бузилиши
тиниқ онг фонида кечиши
ўта соматик бузилишлар
ўта неврологик бузилишлар

47. Аменцияга хос:

нутқнинг бо¶лиқсизлиги (бессвязанность речи)

бўлаётган вокеаларни тушуниб етиш мумкинлиги
ёмон оқибат
ориентирнинг бузилиши
орентировканинг сақланганлиги
онгнинг чуқур бузилиши

48. Делирий учрайди:

шизофренияда
о¶ир кечадиган соматик касалликларда
неврастенияда
травматик психозида
истерик психозларда
церебрал атеросклерозда
инфекцион психозларда

49. Онейроидни делирийдан фарқловчи белги:

ўткир пайдо бўлиши
ўзлигини англашнинг бузилиши
психомотор қўз¶алиш
псевдогаллюцинациялар
*вақтга ва жойга нисбатан дезориентировка
аффектив бузилишлар

50. Онг бузилишиинг умумий белгиларига киради:

психомотор қўз¶алиш
*борликдан ажралган •·олат (отрешенность)
галлюцинациялар
*вақтга, жойга ва ўз шахсиятига дезориентировка
фикрлаш бузилиши
*амнезия

51. Онгнинг намозшомсимон бузилиши учрайди:

шизофренияда
инфекцион психозларида
алкоголизмда
неврозларда
реактив ҳларда
эпилепсияда
психопатияларда

52. Онгнинг сопороз бузилишига хос:

вақтга нисбатан дезориентировка
шахсга нисбатан ориентировка
мулоқотдан ма·румлик
маконга нисбатан дезориентировка
кучли қўз¶атувчига ·аракат ва мимика реакциясининг сақланганлиги
кучли психомотор қўзғалиш

53. Онгнинг намозшомсимон бузилишига хос:

васваса
ру·•ий автоматизм
галлюцинациялар
сиқилиш, қахр-¶азаб, қўрқув аффекти
атроф-мухитга нисбатан дезориентировка
аста-секин ривожланиши

54. Аменцияга хос :

ўз шахсига нисбатан онг сақланганлиги
атроф-му·итни тушиниб ета олмаслик
фикрлашнинг бо¶ liқсизлиги
довдираш
нисбатан огир соматик холати

ўз-ўзини англашнинг бузилиши

55. Онгнинг онейрод бузилиши белгиланади:

атроф-му·итга нисбатан мўлжал бузилиши
психомотор кузголиш
ўз-ўзини англашнинг бузилиши
чин зоопатик галлюцинациялар
*фантастик характердаги кечинмаларнинг мавжудлиги
вақтни идрок этишнинг бузилиши

56. Делирий синдромида учрайди:

фантастик харакатердаги кечинмалар
замон дезориентировка
*чин кўрув галлюцинациялари
ўз шахсига ориентировка бузилиши
қисман амнезия
харакат қўз¶алиш

57. Онгнинг намозшомсимон хиралашувида учрайди:

гипермнезия
дезориентировка
ўткир бошланиши
транзиторлик
қўрқув, қахр-¶азаб вахима аффектлари
ёпишқоқ фикрлар

58. Онгнинг аментив хиралашуви учун хос :

онгнинг чукур хиралашуви
фантастик кечинмалар
фикрлаш бо¶лиқсизлиги
довдираш /растерянность/

·аракат қўзҐалиши йук
эйфория

59. Делирийда қуйидаги симптомлар учрайди:

харакат қўзғалиши
кўрув ва вербал чин галлюцинациялар
фантастик мазмунли кечинмалар
қўрқув аффекти, кузатиш васвасалари
ўзликни англашнинг бузилиши

60. Қуйидагилардан қайси бири онг йўқолиши синдромларига киради?

делирий
кома
карахтлик
онейроид
обнубиляция

1 Психоорганик синдром таркибига киради:

тушуниш кобилиятини пасайиши
психосенсор бузилишлар
галлюцинация ва васваса
хотира бузилиши
гипобулия
аффектни бошкаролмаслик

2 Куйидаги симптомлар негатив деб номланади:

васваса гоялари
мнестик-интелектуал заифлашув
ёпишқоқ гоялар
эмоционал камбағаллашув
галлюцинациялар
*абулия

3 »уткир параноид» ташхисини критерийлари:

политематик васваса
монотематик васваса
*галлюцинацияларни булиши
*таъсир васвасасини булиши
системалашмаган васваса
юкори прогредиентлик

4 Хотира, интеллект пасайиши ва эмоцияларни бошқара олмаслик қуйидаги синдромнинг асоси б´либ хизмат қилади:

Корсаков
Кандинский-Клерамбо
Вальтер-Бюэль
Котар
Каннер
психоорганик

5 Ипохондрик синдроми учун қуйидаги бузилиши хос:

гипостезия
гиперстезия
*сенестопатия
парестезия
депрессия

6 «ўткир параноид» синдромал ташхиси қўйиш учун зарур мезонларга киради:

*васваса
харакат бузилишлари
*галлюцинациялар
аниқ чегаралари ва аффектив тўйинганлиги
албатта депрессия борлиги

1, Бемор М.16 ёш, мактабга бормай куйди, уйдан чикмайди, ойнани парда билан ёпиб куйган, уз-узи билан гаплашади, ота-онасига нисбатан газабда.

.тахминий синдромал ташхис

.ушбу синдром қайси касалликларда учраши мумкин

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Параноид синдром
2. Шизофрения, психопатия, реактив холатлар
3. Клинико анамнестик,патопсихологик текширув
4. Бирламчи васваса, галюцинациялар, қўрқув аффекти
5. Рухий касалликлар шифохонасига еткизиш

3-БОБ

РУҲИЙ КЛСАЛЛИКЛАРДА БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

КЛИНИК ТЕКШИРИШ УСУЛИ

Клиник текшириш усули руҳий касаллик ташхисини қуйишда асосий усуллардан бири бўлиб хизмат қилади. Текшириш таркибига бемор тўғрисидаги паспорт маълумотлари, беморнинг шикоятлари, мазкур касаллик анамнези, соматик ва неврологик текширув, руҳий ҳолат текшируви ва ёр-биродарларини ҳам мазкур касаллик ҳақида сўраб суриштириш лозимдир.

Беморнинг эслаб қолиш кобилияти, фикрлаш қобилияти сустлашганда, алаҳлаганда, диссимуляция ҳолатида бемор касаллик тўғрисида аниқ ва тамомила етарли маълумотлар (субъектив анамнез) бера олмайди.

Баъзи ҳолларда бемор қариндош-уруғлардаги (шажарасидаги) руҳий касалликлар ҳақида, болалик давридаги бирор бир аҳамиятга эга бўлган ҳолларни, бош мия жароҳатлари, тутқаноқ тутиш, эс-ҳушини йўқотиб қуйиш ҳоллари ҳақида маълумотларга эга бўлмаслиги мумкин.

Юқорида келтирилган барча шароитларда беморнинг қариндош-уруғи, ёр-биродарлари, куни-қушниларини сўраб суриштириш, яъни объектив анамнез йиғиш тавсия этилади. Объектив анамнез бемор иштирокисиз йиғилиши лозим.

Беморнинг хаёти тўғрисида маълумотларни йиғиб олиш жараенида биринчи навбатда ирсиятнинг нобоплигига — ота-она, қариндош-уруғнинг руҳий соғлигини аниқлаб олишга аҳамият бериш керак. Наслда қайд этилган руҳий касалликнинг барчаси таърифлаб берилмоғи лозим. Бундан ташқари, ўз ҳаётига суиқасдлик қилган, ўзини ғалати тўтадиган, ақли заиф, тутқаноғи бор шахслар, кашандалар, ичқиликбозлиқ турли хил соматик касалликларга алоқадор шахслар бор-йўқлигини аниқлаш лозим.

Мазкур касалликнинг кандай бошланганлигини сўзлаб бераётганда касаллик кандай (тусатдан, аста-секин) бошланганлиги, касалликнинг бошланган вақти ва жойи, шунингдек унинг сабаблари (беморнинг ўз фикрига кўра), биринчи аломатлари, зўрайиши, кечишини белгилаш, турмуш тарзи ўзгаришларининг таъсирини, қилинган давога (ўз-ўзини даволаш, врач маслаҳати билам, даволашга) аҳаммят бериш керак. Беморнинг қайси вақтдан бошлаб психиатр назоратида бўлганлигини ва даволашнинг якунини ойдиилаштириш зарур. Агар бемор касалхона қошида даволанган бўлса, унда у қачон, қаерда бўлса, қандай дорилар, қандай миқдорда, қанча вақт давомида олинганлигини аниқлаш лозим. Кушимча сўраб-суриштириш орқали бемор руҳий касалликка йўқикиши муносабати билан унинг ҳолати меҳнат ва турмуш шароитига қандай таъсир этганлиги,

олдин ногиронликда бўлиш-бўлмаслиги тўғрисидаги маълумотлар аниқланади.

Руҳий касалликлар касалхонасига қайта тушган беморлар учун ҳар бир беморнинг касалхонада ётиши тўғрисида қўшимча маълумотлар олинади.

Руҳий холат

Касаллик варақасидаги бу ҳолат маълум бир тартибда баён этилади. Таъриф чизма бўйича белгиланган саволларга жавоб сифатида эмас, балки кенгайтирилган режали равишда беморни ва ундаги руҳий касалликни таърифлаш лозим.

Шу билан бир қаторда врачнинг шахсий фикрини акс эттирувчи атама ва мулоҳазаларни киритиш ксрак. Масалан: беморда шилқим ғоялар борлиги аниқланади, «бемор алаҳсирайди» ва ҳоказо. Юқоридаги ҳолатлар тўлиқ ёзма равишда берилади.

Сўнгра беморнинг ўз шахсини қаерда ва қай вақтдалигини аниқлай олиш қобилияти текширилади. Эслаб қолиш қобилиятини ва ақлнинг сусайиши беморнинг юқорида келтирилган қобилиятларини еусайтиради: касалхонадалигинй биладию, лекин қайси биридалигини айтолмайди. Бемор алаҳҳираши мумкин, масалан, у ўзини касалхонада эмас, балки қамоқҳонада, шифокорни — терговчи, касаллик варақасини тўлдиришни эса тергов иши олиб борилаяпти деб тушунади. Баъзи холларда эса бемор икки хил тушунчага боради. Бемор онгининг сусайишида у ўзини қаерда ва қайси вақтдалигини англаб олиш қобилиятининг йўқолиши энг муҳим кўрсаткичлардан бири бўлиб хизмат қилади.

Сўнг қабул қилиш кобилиятининг сусайиши баён этилади. Врач ўзига керак бўлган маълумотларни беморни сўраб-суриштириш орқали олади: қулоққа эшитилаётган овозлар, улар нима ҳақида гапиришади, уларнинг буйруқ бериши, кимга тегишлигиги, нечталиги ва ҳоказо.

Беморнинг фикр юритиш кобилияти ҳам юқоридаги каби батафсил равишда таърифланади: фикр юритиш суръати, жараёнининг бузилиши — қимматли ғоялар, алаҳсираш.

Кейин беморнинг эслаб қолиш қобилиятини текшириш хулосалари келтирилади. Врач томонидан анамнез ёзиб борилганда, саволларга бемор томонидан берилган жавобларга қараб унинг эслаб қолиш қобилияти қай даражадалигини аниқлаш мумкин. Эслаб қолиш қобилияти бўзилган ҳолда бемор саволларга маълум бир кетма-кетликда ва аниқликда жавоб бериш кобилиятидан маҳрум бўлади. Шунинг билан бирга беморга маълум бир ахборотни эслаб қолиш учун, ёхуд кинофильм, ўқилган китобнинг маъносини еўзлаб бериш илтимос қилинади. Шу билан бир қаторда беморнинг билим савияси, унинг жамиятдаги ўрни —маълумотига мое келиш-келмаслиги аниқланади. Бундан ташқари, беморга расмга қараб сўзлаш, арифметик масалалар каби топшириклар берилади ва бунинг асосида онгининг савияси, унинг тавсифининг даражаси аниқланади.

Бемор туйғуси батафсил равишда баён этилади: кайфияти, таъсирланиши ва бошқа туйғулар пайдо бўлиши ва ҳоказолар. Туйғуларнинг сони, барқарорлиги, устун келадиган феъл-атвори, шароитга беморнинг жисмоний ва умумий руҳий ҳолатига мослиги белгиланади. Бемор туйғулари кўтаринки ҳолатда бўлса кайфияти ҳам кўтарилади. Бу нарса кахексия (силосип) билан оғриган касаллар, юрақ ўпка касалликларида, оғир миокард инфаркти ҳолатида, ривожлаиган паралич касалларининг ақли заифлиги холатида, ичкиликбозликнинг учинчи даражасида кузатилади.

Онгли равишдаги ҳаракатлар ўзгариши беморнинг фаол ва лоқайд эътибори, истаклари, ҳаракати, хулқига тегишли ва улар билан боғлиқ Имо-ишора, сўзсиз ҳаракат беморнинг ташқи кўринишини текшириш пайтида беморнинг ўзини тутиши, бўлимдаги хулқи, одамлар билан муносабатга кириш даражаси, жамоага хавфли ҳаракатларнинг эҳтимоли кўрсатилиши керак. Кўрсаткичларнинг охирида беморнинг ўз ҳолатини танқидий баҳолаши ва келажак билан боғлиқ бўлган орзудари кўрсатилади.

Соматик ҳолат. Бу ҳолат тўла равишда соматик касалхонада текширилади.

Неврологик ҳолат. Бу ҳолат ҳам тўла равишда неврологии касалхонада текширилади.

Амалий психологик текширув. Ҳозирги вақтда руҳий фаолиятнинг барча томоиларини ўрганиш тестлари, инсоннинг шахсий ва умумий кўрсаткичлариии анимаш усуллари кўп даражада ишлаб чиқилган. Бундай текширишлар аналитик усулда патопсихология тажрибагоҳларида олиб борилиб, улар жуда мураккаб ва кўп вақт талаб қилади, шу билан амалий психологик текши-ришларнинг нисбатам содда усуллари кўплаб шифокор-рухшунослар томонидан қўлланади. Улар беморни кқсалхона шароитида текшириш учун хилма-хил амалий рухшунослик усулларини қўлламокдалар ва олинган маълумотларни беморнинг касаллик тарихи варакасига кайд қиладилар. Ҳар ҳолда беморнинг холатини бахолашда ҳал қилувчи сўз шифокорга боғлиқ патопсиҳологик тестлар эса тажрибагохда олинган барча бошқа маълумотлар билан бир қаторда фақат қўшимча восита сифатида қўлланилади.

Лаборатория текширувлари

Руҳий касалликлар ташхисида кқоннинг умумий ва клиник анализини, сийдик анализини ўтказиш мажбурий ҳисобланади. Кейинчалик бу анализлар ҳар бир касалликнинг ўзига хос хусусиятларига қараб вақти-вақти билан ёки тизимли равишда ўтказилиб турилади. Бу ўз навбатида руҳий касалликни фаол даволаш жараёнида ҳар бир беморнинг соматик ҳолатини баҳолаш учун за-рур. Бундан ташкари, баъзи анализларда руҳий хасталик билан боғлиқ бўлган ва уни таърифлайдиган ўзгаришлар топилади.

Соматоген инфекцион, интоксикацион психозларда кўпинча лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, нейтрофилия ва қон формуласининг чап томонга силжиши, аллергик реакцияларда эозинофилия, сурункали яллиғланиш жараёнларида эса лимфоцитоз кузатилади.

Прогрессив фалаж учун эозинопения хос. Шизофрения касалига чалинган беморлар қонида лейкоцитларнинг 4500—3000 гача камайиши кузатилади.

Мушак орасига даволаш мақсадида сульфазин юборилганида кучсиз лейкоцитар реакция юзага келса, бу организм реактивлигининг пасайганлигини билдиради.

Баъзи бир ўткир ҳолатларда, масалан: фибриал кататонияда беморларнинг сувсизланиб қолиш фонида сийдикнинг нисбий солиштирма оғирлиги ошиши, қонда эса эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитоз, нейтрофилляриинг токсик донадорлиги кузатилади.

Маниакал-депрессив психознинг маниакал фазасида сийдикнинг нисбий солиштирма оғирлиги камайиши билан бирга полиурия кузатилади, депрессия вақтида эса сийдик кам, лекин унинг нисбий солиштирма оғирлиги 1030 гача кўтарилади.

Эпилепсияга чалинган беморларда ҳар бир хуруждан сўнг конда лейкоцитар реакциями, сийдикда —оқсил ва канд моддаларининг пайдо бўлганлигини кўриш мумкин.

Жуда кўп руҳий касалликларда қон ва сийдикда биокимёвий ўзгаришлар содир бўлади. Бундай ўзгаришларнинг тавсифи ва интенсивлиги ҳар бир нозологик шаклнинг ўзига хос хусусиятларигагина эмас, балки уларнинг синдромли кўринишларига, руҳий ўзгаришларнинг кучлилигига, беморнинг руҳан тушкунлиги ёки асабийлашганлигига ва касаллик жараёнига бошқа аъзо ва тизимларнинг канчалик кўшилганлигига боғлик бўлади. Масалан: ҳаракати асабийлашган ҳар кандай беморда, касалликнинг нозологик шақлига боғлиқ бўлмаган ҳолда қонда — гипергликемия, кетахол аминларнинг ва кортикостероидларнинг кўтарилганлигини кўриш мумкин. Маниакал-депрессив психоз хуружининг бошланиш пайтида модда алмашинувининг ошуви, хуружлар ўртасида пасайишини ва қонда диабетга хос ўзгаришларни кузатса бўлади.

Алкоголизмда жигар намуналари ўзгаради, церебрал атеросклерозда қон таркибида холестерин микдори ва учглицерид кўрсаткичи ўзгаради.

Кон ва сийдикнинг биокимёвий ўзгариши соматик, инфекцион ва интоксикацион психозларга ҳам хос бўлади. Модда алмашинувининг баъзи бир туғма оғир ўзгаришларини олигофрениянинг баъзи бир шаклларида учратиш мумкин: фенилкетонурияда, лейкоцитозда.

Биокимёвий текширишни амалга ошириш фаол даволашнинг баъзи бир турлари учун ҳам зарур. Масалан, инсулкоматоз терапиясини ўтказиш вақтида глюкозага нисбатан организмнинг барқарорлиги текширилади.

Агар қонда литийнинг микдори 0,8—1,0 ммоль дан ошса организм ёмон ҳолатга тушиб қолиши мумкин.

Қоннинг серологик текширувлари — асосан захмни аниқлаб берадиган реакцияларга — Вассерман, Закс— Витебский, қон реакцияларига тааллуқли бўлади.

Мия суюқлигини текшириш

Мияда органик хасталик бор деб гумон қилинганда орқа мия суюқлиги текширилади.

Орқа мия суюклиги люмбал пункция орқали олинади. Люмбал пункция III ва IV ёки IV ва V бел умуртқа суяклари орқасида қилинади. Шу жойда мия пардаси орқа мия суюклиги билам тўлган халтача ҳосил қилади. Пункция иайтида беморда кўнгил айниш, қусиш юз бериши мумкин, шунинг учун пункцияни овқатдан олдин қилиш керак. Пункция вақгида бемор уўгирган ҳолатда бўлиши керак.

Меъёрда орқа мия суюклиги рангсиз, тиниқ ва томчилар билан оқиб чиқади. Бош мия босими кўтарилганда орқа мия суюқлиги тирқираб оқади, босим камайганда эса сийрак томчилар билан окади. Орқа мия босими утирган холдаги беморда 240—300 мм сув устунига, ётган ҳолдаги беморда 120—200 мм сув устунига тенг бўлади. Агар орқа мия суюқлигига қон аралашган бўлса, ликворнинг ранги қизғиш тус олади ва тиндирилганда ўзгармайди. Қон аралашмаси пункция қилинганда тери томирларининг жароҳатланиши натижасида ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Бундай ҳолда орқа мия суюклигининг қизғиш ранги кейинги порцияларда камаяди, ликвор тиндирилганда ёки чуктирилганда эритроцитлар идиш тубига чўкади ва ликворнинг тиниқлиги тикланади. Лекин мияга қон қўйилганда бундай ҳолни куриб булмайди. Менингитда мия усмасида шиш ёрилган ҳолларда ликвор хира бўлади, унда фибрин толаларини учратиш мумкин.

Энди меъёрда люмбал пункция ёрдамида олинган ликворнинг ҳолати қандай бўлиши ҳақида маълумот берамиз: нисбий зичлиги 1,005—1,008, ишқорий реакцияси — кучсиз бўлади, pH 7,4—7,8, цитоз 1 мкл да 0—5 та ҳужайра (асосан лимфоцитлар), қанд моддаси микдори 2,22—3,33 ммоль/л, оқсил 0,16—0,3 г/л, альбуминларнинг глобулинларга нисбати I : 1. Нонне-Аппельтнинг чўкма глобулин реакцияси учрамайди.

Гидроцефалия билан оғриган беморларда ликворнинг нисбий зичлиги камаяди. Бош мия ва унинг пардалари яллиғланганда цитоз кўпаяди. 1 мкл да 10—100 та ҳужайрагача бўлган цитоз лимфоцитлар билан бирга сурункали хасталиклар учун хос бўлади. Масалан, арахноидит ёки нейрозахм учун. Ўткир йирингли менингит учун полинуклеарларнинг тўпланиши кузатилади. 1 мкл да 150 тадан бир неча минггача бўлади.

Кўпинча орқа мия суюқлигида касаллик чақирувчиларини кўриш мумкин. М-н; стафилококкларини, асал стрептококкларни,

менингококкларни, пневмококкларни, оқиш спирохеталарни, цистоцеркоз пуфакларини. Хавфли ўсмаси бор беморларда ликворда ўсма хужайраларини топиш мумкин.

Орқа мия суюқлигида қанд модда микдори камайса, бу мия пардалари яллиғланиш жараёнининг канчалик ўткирлигини кўрсатади. Оқсил модда микдорининг камайиши ёки глобулинларнинг устунлиги кўрсатилади. Оқсил устунлиги сабаби турлича бўлган церебрал пато-логияда кузатилади: усмаларда, энцефалитларда, менингитда, арахноидитларда, захм касаллигида.

Вассерман реакцияси прогрессив фалажда (4+) кучли равишда ижобий кузатилади. Шу жумладан бошқа серологик реакциялар ҳам: Закс-Витебский, Кан реакциялари. Захм касаллигига учраган беморларда кон ва орқа мия суюқлигида серологик реакциялар кам натижа беради, баъзида адашиш мумкин. Бундай тортишувли вақтларда янги, мураккаб замонавий реакцияларни қилиб кўриш керак: иммунофлюоресценция тренонемаларнинг иммобилизацияси реакцияси. Бош мия захмида иммунофлюоресценция реакцияси 95—100% гача тўғри матижа беради, трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси эса 99—100% гача тўғри натижа беради.

Лекин охирги реакция антибиотиклар ва захмга қарши бошқа дори-дармонлар бекор қилингандан кейин (2 хафтадан сўнг) қўйилади.

Руҳий текшириш усули асосан иккига бўлинади.

1. Руҳий жараёнларни (қабул қилиш, ҳиссиёт, диққат, хотира, фикрлаш ва бошқалар) текшириш усули.

2. Шахсни текшириш усули.

Юқоридаги бўлиниш шартли равишда бўлса-да, бу усулларни қўллаш бир неча фаолиятлар ҳолатини ёки шахсни текширишга имконият беради. Рухий шифохонада қабул қилиш ва ҳиссиётни тажрибада текшириш учун, бош мия органик жароҳатларидаги руҳий бузилишларни эндоген психозлар, қариликдаги амий заифликдан фарқлаш ташҳисини ўтказиш учун нейропсихологик си-намалар ўтказилади. Кўрув гнозиси ва сезги-ҳисларни текшириш учун турли хил тестлардан фойдаланилади.

Руҳий жараён холатини аниқлашда диққатни текшириш жуда муҳим маълумотлар беради. Унинг фаоллиги, ҳажми, микдори, ўтиш қобилияти (переключаемость) асосий белгилар ҳисобланади ва руҳий фаолиятнинг у ёки бу бузилишларида ягона кўрсаткичлар бўлиб қолади. Руҳий бузилишларнинг барчасида диққатни текшириш ўз аксини топтан ва буни энг қулай ҳисобланган корректор сиамаси орқали текширилади. Бунда беморга тасодифан равишда алфавит ҳарфларидан тузилган бир т-кис ҳарфлар кўрсатилади. Ундан бу ҳарфларни иложи борича тез ва диққат билан кўриб чиқиш талаб этилади. Бемор ўзига берилган ҳарфларни ўчириши керак бўлади. Шунингдек Шульте жадвалидан 1 дан 25 гача кўпайиб

борувчи сонлар орасидан керакли сонни тез топиб кўрсатиши диққатни текшириш усулларининг эффектив усули ҳисобланади.

Диққатнинг ўзгарувчанлигини текшириш учун купинча Горбовнинг 2 рангли жадвалидан фойдаланилади. Жадвалда 1 дан 25 гача бўлган сонлар қора рангда, 1 дан 24 гача эса қизил рангда тартибсиз, аралаштириб берилган бўлади. Бемордан 1 та қора рангдаги сонни кўпайиб бориш томонига, битта қизил рангдагини камайиб бориш тартиби бўйича навбатма-навбат излаш талаб этилади.

Ҳозирги вақтда диққатни текшириш учун колган текстдаги 4 турли рангдаги геометрик шаклдаги карточкаларни ранг бўйича, кейин шакли бўйича тез саралашдан иборат.

Хотирани текшириш учун кўп холларда 10 та сўзни ёдлаш усули кўп қўлланилади. Беморга 5 марта 10 та бир-бири билан алоқаси бўлмаган сўзлар кўрсатилади. Ҳар бир кўрсатилгандан сўнг бемор эслаб қолган сўзларини қайтариши керак. Меъёрда одам 10 та сўзни 2—3 марта такрор кўрсатганда эслаб қолади. Шунингдек ракамларни тўғри ва тескарисига ёздириш усули ҳам қўлланилади.

Восигали эслаб қолиш кобилиятини текшириш учун Леонтьев усули қўлланилади. Беморга ҳар бир ёдлана-ётган сўзнинг маъносига қараб стандарт тўпламдан расм танлаш тақлиф этилади. Сўнгра у ёки бу расмни кўрсатганда бемор шу расм билан боғлиқ бўлган сўзни эслаши лозим. Ушбу усул А. Р. Лурия таърифича, пиктография номини олган. Бу усул билан нафақат эслаб қолиш ва кўриш хотираси, балки ассоциатив жараёнларни текшириш ҳам мумкин. Бунда бемор эслаб қолиш учун тақлиф этилган сўзни ўзича «чизиб олиши» керак бўлади. 40—60 дақиқадан сўнг ўша расм ёки еўз ҳақида тушунча бериши керак. Ассоциатив жараёнлардаги кичик ўзгаришлар танланаётган сиймолар орқали сўзлаб бериш кобилияти бузилганлигидан далолат беради.

Ассоциатив жараёнии текширишда шунингдек оддий ассоциатив тажриба (тажриба ўтказувчининг айтган ҳар бир сўзидан кейин иложи борича ҳар кдндай сўзни айтиши): 68 та сўзни айтиш (атрофдаги предметлардан ташқари 60 та ҳар хил сўзни тез айтиб бериш), қарама-қарши маъносини айтиш (қарама-қарши усули) қўлланилади.

Ассоциацияларни текшириш усули фикрлашни текширишда ҳам қўлланилади. Фикрлашни, шунингдек мулоқот қобилияти, чалғитиш, хаёл қилишни текшириш усули билан ҳам аниқаш мумкин. Бу усулар буюмлар таснифига асосланган. Масалан: беморга 70 та турли буюм ва ҳайвонларнинг расми акс эттирилган суратлар берилади. У бу суратларни ўзининг чиқарган хулосаси бўйича саралаши керақ Шунингдек 4 та буюмдан 1 та ортиқчасини чиқариб ташлаш ёки 4 та сўздан 1 та тўғри келмайдиган сўзни олиб ташлаш усули қўлланилади. Асосий хусусиятларни танлай билиш усули ҳам қўлланилади. Бунда бемор берилган сўзининг асосий хусусиятини акс эттирувчи қавс ичидаги 5 та хусусияти орасидан 2

тасини айтиб бериши керак. Бундан ташкари, маколларни англаш, оддий ва мураккаб ўхшашликлар, бутун шакл ясаш ва қисмларга ажратиш, Равен синамаси ва бошқа усуллар қўлланилади.

Конструктив фикр юритишни текшириш учун «Линк куби» усули (ҳар бири 3 хил рангга бўялган 27 та кубикдан яшил рангли кубик йиғиш) ва «Косс куби» (4, 9 ва 16 алоҳида нақш берилган кубикдан накшлари тўғри келиши бўйича шакл ясаш) усуллари ҳам ишлатилади.

Ақлни (интеллект) текшириш учун нисбатан кўп қўлланиладиган тузилма сифатида руҳий фаолиятнинг кўп томонларини қамраб ётувчи фикр юритишни текширишга қаратилган синамалардан ташкари Векслернинг комплекс синамаси ишлатиладн. Унинг максади фикрлаш кобилияи, санаш орйентацияларл, эслаб колиш кобилияти, диққат даражаси, сўз жамғармаси, конструктив фикрлаш, шунингдек қисмлардан ходисаларнинг кетма-кетлигини тақлид қила олиш қобилиятини текширишдан иборат. Юқорида кўрсатилган руҳий жараёнлар текширилгандан сўнг беморнинг ақлий фаолиятини балларда микдорий баҳолаш имкониятини мана шу мажмуага асосланиб қўйилади.

Шахсни текширишда турли усуллардан фойдалани-лади — оддий стандарт сўровлардан тортиб то мураккаб прожектив синамаларгача. Сўровлар савол ёки тасдиқ кўринишида бўлиб, бир хил маъноли жавоблардан, 2—3 кўринишли жавоблардан 1 та тўғри жавобни топишга асосланган («ҳа-йўқ», «тўғри-тўғримас-тўғрироқ»). Сўровлар шахснинг у ёки бу томонини очиш учуй ва унга миқдорий баҳо бериш учун қўлланилади.

Айзенк сўрови кўпрок тарқалган бўлиб, у шахснинг индивидуал қўзғолиш ва тормозланиш балансини (интраверт-экстраверт), нейротизм даражаси — эмоционал турғунлик ёки нотурғунлик ва носамимийлик даражасини аниқлаш имконини беради.

Миниесот кун фазали шахс сўрови (ММР1) шахснинг клиник профили, унинг асосий руҳий хасталик хусусиятларининг нисбати ва устунлигини: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, эркаклик-аёллиқ параноид, психоастения, шизофрения, гипомания, ижтимоий интраверсиясини аниқлашга имкон беради. Бу асосий 10 та шкаладан ташқари, сўровда қўшимча саволлар мавжуд. Ҳаммаси бўлиб 200 тадан кўпдир. (эпилепсия, алкоголизм, шахс, ўз-ўзини текшириш, шизофрения келажаги ва бошқалар). Улардан баъзилари, масалан, Тейлор — хаяжон шкаласи мустақил суров сифатида қўлланилади.

Психопатиянинг ёки шахс акцентуациясининг устунлик даражаси ва типини аниқлаш учун Личковнинг хасталикни тавсифлаш ташхисининг сўрови ўтказилади (ХТТ).

Кателлнинг 16 факторли сурови чегара ҳолат клиникасининг, шахснинг бир қатор туғма (конституционал) ва орттирилган ўзига хослигини

аниқлаш учун ишлатилади.

Шунингдек прожектив ва ярим прожектив синамалар ҳам ишлатилади. Бунда кам тизимлаиган рангли квадратлар (маъноси муайян бўлмаган тасвирлар) синалувчи шахснинг ўзига хос хусусиятларини очишда ёрдам беради. Мавзу (апперцепсия) синамаси шулар жумласидандир, МАС кўп мазмунли расмлар, кўп фикрлашни талаб этади. Шунга қараб бемор қандай ҳикоя қилиши, кимни қаҳрамон қилиши, қанақа мулоҳаза юритиши, замон келишикларини қанақа ишлатиш тартиби (ўтган, ҳозир, келаси замон)га қараб малакали мўтахасеислар унинг ҳолати, максади, кечинмаларига бахо беришади.

Роршах синамаси Юта стандарт сиёҳ доғидан иборат. Бемор у ёки бу доғнинг нимага ўхшашлигини айтиши керақ Жавоблар доғнинг детали, ранги, шақли ҳақиқатдан ҳам бирор нарсага ўхшаганлигига қараб мураккаб гизим бўйича баҳоланади. Натижада синалувчннинг интеллектуал (ақлий), руҳий хатолик хусусиятлари тўғрисида бирор хулосага келинади.

Розенцвейгнинг фрустрация синамаси 24 та аниқ жанжал ҳолат акс эттирилган расмдан иборат. Унда катнашувчи шахс гапиради (матн ёзиб қўйилган), бошқаси жавоб беради (синалувчи матнни иложи борича тезроқ уйлаб топиши керак). Бу синама синалувчининг реакцияси кўриниши ва унинг мураккаб холатларда йуналишини, у ёки бу талабини қондиришга қўра аниқлашга ёрдам беради (фрустрация). Олинган натижаларга асосланиб шахснинг ижтимоий мослашганлигининг даражаси аниқланади.

«Тугалланмаган жумлалар» синамаси 60 та бошланган иборадан иборат бўлиб, уларни тез охирига етказиш керак. Бу синама ёрдамида шахснинг хаётий муносабатларга дунёқараши тўғрисида, унинг келишувчанлиги, келишмовчиликларнинг ёнини олиши тўғрисида маълумот олинади ва натижада унинг ақлий (интеллектуал) ривожланганлик даражаси тўғрисида бирор хулосага келинади.

Барча руҳий синамаларни қўллаш ва асосан шахс синамаларини ўтказиш учун махсус тайёргарлик ва юқори малакали, профессионал, моҳир тажриба ўтказувчини талаб қилади.

Рухий касалликларда беморларни текшириш мавзусига оид тест саволлари

1. «ўткир параноид» синдромал ташхиси қўйиш учун зарур мезонларга киради:

*васваса
харакат бузилишлари
*галлюцинациялар
аниқ чегаралари ва аффектив тўйинганлиги
албатта депрессия борлиги

2. Электроэнцефалография куйидаги холатларни ташхислашда куланилади:

олигофрения
*эпилепсия
шизофрения
неврастения
*бош мия органик зарарланиши
бош мия атрофик, дегенератив касалликлари

3. Беморнинг рухий статусини куйидаги холатларни урганиш билан белгиланади:

анамнез
*кайфият
*хотира
*тафаккур
наслий мойиллик
Абулия

4. Руҳий бузилиши бўлган бемор билан ишлашни бошлашда шифокор томонидан қўлланиладиган текшириш усули:

объекти маълумотларини олиш
*профессионал сўров ва кўрув
клинико-динамик кузатув
стандартлаштирилган баҳолаш шкалалари
ЭЭГ, КТ, ЯМР, бош суяги рентгенографияси

Психиатрик стационарга ётқизиш учун курсатмалар:

*агрессияга мойил булган маниакал холат
*рухий беморнинг жамиятга карши хатти-харакатлари
неврозлар
тугма акл заифлик
*суицидал фикрлар ва харакатлар
олигофренсимон дефектли

Психиатрик стационарга ётқизиш учун к´рсатмалар:

*агрессияга мойил б´лмаган маниакал •·олат
овкатдан захарланиш васвасаси, овкатдан бош тортиш
неврозлар
тугма акл заифлик
* императив галлюцинациялар
* кататоник ступор

5Кайси касалликларда овкатдан бош тортиш кузатилади:

*анорексия
*депрессив синдром
*кататоник ступор
маниакал синдром
гебефреник синдром
псевдодеменция

Куйидаги холатларнинг кайси бирида социал хавфли ва суицидал хулк кузатилади:

деменция
*патологик аффект
кунгли бушлик
*ажитирланган депрессия
апатико-абулик холат
*дисфория хуружи

Шошилинч госпитализация учун к´рсатмалардан бири:

*ажитирланган депрессия
психорганиқ синдром
*ктатоник қўзғалиш
обсесив синдром

апатико абулик синдром
олигофрения имбециллик даражасида

4-БОБ

ПСИХИАТРИЯДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Руҳий касалликларни даволашнинг кимёвий усули

Психотроп моддаларни жуда кўп туркумлари мавжуд, Аммо улар ичида Г. Я. Авруцкий ва А. А. Недуевалар томонидан (1981) тақлиф этилган туркум ҳаммага маъкул ва бирмунча қулай ҳисобланади.

I. Тинчлантирувчи ва тормозловчи хоссали психотро моддалар.

1. Нейролептик моддалар.
2. Транквилизаторлар.
3. Нормомиметиклар (тимостабилизаторлар).

II. Депрессияга қарши, фаоллаштирувчи ва қўзғалтирувчи таъсирга эга бўлган дори моддалари.

4. Депрессияга қарши моддалар — антидепрессантлар.
5. Ноотроплар.

III. Руҳий ўзгаришлар чақирувчи (мескалин, псилоцибин, бульбоканин, лизергин кислотаси хосилалари) психолизлептиклар (галлюциноген психомиметиклар).

I. Тинчлантирувчи ва тормозловчи психотроп моддалар.

1. Нейролептик моддалар асосий хоссалари бўйича бир хил эмас ва шунинг учун улар қўйидагиларга бўлинади: а) тинчлантирувчи хоссага эга моддалар; б) антипсихотик таъсир кўрсатувчи; в) ўзок муддат таъсир қилувчи нейролептиклар.

а) Тормозловчи хоссага эга нейролептикларга қўйидагилар киради:

Аминазин — энг кучли нейролептик моддалардан бири. Янги моддалар ишлаб чиқарилганига қарамасдан, замонавий руҳий касалликларни даволашда кенг қўлланилади. Асосан ўткир психомотор қўзғолишларда ишлатилади. Бу ҳолда тез тинчлантирувчи эффект беради, мушакка ёки томирга юборилганда даволаш натижасини тезлаштиради. Аминазин яна антипсихотик таъсир кўрсатади ва галлюцинатор-алаҳлаш, маниакал ва гебефреник синдромларда қўлланилади. Аминазин 25—50 мг дан бошлаб дражеда, шу билан бирга (2,5% ли эритма) мушакка ва томирга юборилиб, аста-секин миқдорини суткасига 400—600 мг гача орттириш тавсия этилади.

Аминазин апато-абулик синдромга, аутизмга таъсир этмайди. Бундай касалларга буюрилса, уларнинг холатлари ёмонлашади. Аминазинни кататоник ступор холатида, руҳий ҳолатнинг тормозланган вақтида қўллаш ман этилади.

Тизерцин (нозанин)-тинчлантирувчи хоссасига кўра аминазиндан устун туради: яхши ухлатиш эффектини беради. Аминазинга қарама-қарши депрессив холатни кучайтирмайди. Тизерцин турли кўринишлардаги қўзғолишларда ишлатилади. Асосан ҳавотирли депрессив, маниакал, ўткир галлюцинатор-алахлаш ва онейроид— кататоник синдромларда яхши натижа беради. Антипсихотик хоссаси аминазинга нисбатан кучсизрок. Аминазин каби микдорларда қўлланилади.

Тирален (метилпромазин, алимемозин)—психотроп хоссаси бўйича аминазин ва тизерцинга қараганда анча мулойим. Енгил уйқу таъсирини ҳамда озгина антипсихотик эффектни беради. Сенестонатия, фобияларда шу билан бирга МНС нинг шикастланиши натижасида юзага келган галлюнинатор алаҳлаш, астено- ва депреесив-ипохондрик ўзгаришларда тавсия этилади. Кунига 25—50 мг дан то 200—400 мг гача микдорда ичиш ва мушакка юбориш мумкин.

Сонапакс (тиоридазан, меллирил) — тинчлантирувчи ва бирмунча антипсихотик таьсирга эга. Уни енгил антидепрессив моддалар қаторига киритиш мумкин. Асосан безовталаниш-депрессив ҳолатларда ва неврозсимон синдромларда ижобий натижа беради. Ҳавотирланиб қўрқиш хиссиётларини камайтиради ва ҳиссий бетайинликни йўқотади. Беморларда ипохондрик фикрлар бўлганда фойдалидир. Жиддий қўшимча таъсир кўрсатмайди. Бошқа нейролептикларни кўтара олмайдиган беморларга тавсия этилади. Даволаш суткасига 25— 50 мг дан бошлаб 600—800 мг гача етказилади.

Хлорпротиксен (труксал, тарактам) — психотрон хоссасига кўра тизерцинга ўхшаш, лекин уйқу чақириш хоссаси анча кам. Турли келиб чиқишга эга бўлган психомотор қўзғолишларда, хавотирли-депрессия холатларида қўлланилади. Галлюцинатор алаҳлаш синдромларида ижобий натижа беради. У аминазинга нисбатан кам заҳарли, шунинг учуй соматик кучсиз бсмор ва қариялардаги руҳий ўзгаришларда қўлланилади. Микдори кунига 25—50 мг дан 200—400 мг гача.

Лепонекс (клозепин) — психотроп хоссасига кўра аминазин, тизерцин, хлопротексинга ўхшайди, лекин кимёвий тузилиши ва фармакологик хоссаси бўйича фарқ қилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган моддаларга мослашиш натижасида юз берадиган резистентлик ҳодисаларида яхши таъсир кўрсатади. Аминазиндан депрессив хоссаси йўқлиги ва тизерцин, хлорпротексинга ўхшаб тимоана-лептик таркибий қисмига эга эмаслиги билан фарқ қилади. Лепнекс қўшимча экстрапирамид ўзгаришлар келти-риб чиқармайди. Аминазинга кўра кам эффектли. Ўзоқ ишлатилганда агранулоцитоз келтириб чиқаради. Шунинг учун бу дори қўлланганда қон таркиби доим назорат остида бўлиши керак. Микдори ва қўллаш усуллари юқоридаги моддаларга ўхшаш.

б) Антипсихотик таъсирга эга нейролептиклар аниқ тормозловчи эффектга эга эмас. Бу гуруҳ моддаларнинг кам ёки кўп намоён бўлган фаолловчи таъсири билан бирга, умумий ва танланган антипсихотик таъсири 1-ўринда туради.

Мажептил (тиопроперазин)—кучли антипсихотик ва кучсиз фаоллаш хоссасига эга. Оғир хавфли шизофрения турлари учун фойдали. Ўткир ва сурункали касалликлар туфайли келиб чиққан алаҳлаш ва галлюцинатор ўзгаришларда ижобий эффект беради. Экстрапирамид ўзгаришларда ҳам қўлланилади. Даволаш 5— 10 мг дан терапевтик микдорда кунига 90—120 мг гача етказилади.

Трифтазин (стелазин, трифлуоперазин) — ёркин антипсихотик таъсир кўрсатиб 40 мг гача микдорда фаолловчи ва 40—60 мг да эса тормозловчи эффект беради. Шизофренияни даволашда яхши натижа беради. Параноял, парафрен, кататоник синдромларда ва руҳий автоматизмларда қўлланилади. Кам микдорда неврозсимон ва психопатсимои ҳолларда қўлланилади. Апато-абулик синдромли беморларда қўлланилганда биринчи икки ҳафта ичида фаоллик намоён бўлади, улар келажак режаларини айтиб берадилар, бўлимдаги ишларда қатнаша бошлайдилар, уйга чиқариш вақти билан қизиқадилар. Бошланғич микдори 5—10 мг, юқориси 60—80 мг.

Френолон — бошқа моддаларга қараганда кучли активловчй хоссага эга, енгил антипсихотик эффект беради. Апато-абулик, кататоник ва гебефрен синдромларда тавсия қилинади. Микдори суткасига 5—10 мг дан 100—120 мг гача.

Галоперидол—трифтазинга нисбатан анча кучли таъсирга эга, галлюцинация ва алаҳлаш, касалликнинг сурункали кўринишларида кўлланилади. Фаолловчи хоссага эга, ланжлик, тормозланиш, бепарволик келтириб чиқармайди. 1/3 беморларда пароксизмал экстрапирамид ўзгаришларни келтириб чиқаради. Кунига 1,5—3 мг дан 20—30 гача тавсия этилади.

Триседил (триперидол, трифлуоперидол) мажептилга ўхшаш кучли антипсихотик моддалар қаторига киради. Бу моддалар ўзида галоперидол ва мажептил хоссаларини мужассамлаштирган. У кучли алаҳлаш синдромида ижобий натижа кўрсатади. Хавфли шизофрснияда кузатиладиган кататоник ва гебефреник қўзғолишларни тўхтатади. Микдори 0,5 мг дан 10—15 мг гача.

Этаперазин (трилафон) — трифтазинга ўхшаш бўлади. Муҳим хоссаси танловчи антипсихотик таъсиридир, активловчи эффектга эга. Бу модда галлюцннатор алахлашларда яхши натижа беради. Даволаш микдори 5—10 мг дан 50—80 мг гача етказилади.

в) Ўзоқ вақт таъсир этувчи нейролептиклар доим қул келади. Улар амбулатор даволаш учун қулай бўлиб, уни кўп ичаверишдан озод бўладилар.

Модитен-депо (фторфеназин-депо, модекат) — кенг танилган модда. Ампулада 1 мл дан 2,5% ли ёғли эритма кўринишида чиқарилади. Галлюцинатор алаҳлаш аломатларида антипсихотли таъсир кўрсатади ҳамда енгил фаолловчи таъсир беради ва беморлар хулқини тартибга солади. Ўзоқ муддат таъсир қиладиган психотроп моддалар қўллаш керак бўлган шизофрениянинг сурункали кўринишларида ишлатилади. 1—2 мл дан мушакка юбориб, микдорини секин-аста 10—14 кунда бир марта орттирилади.

Семап (пенфлюридол)—кўрсатилган моддалардан фарқли таблетка кўринишида истеъмол қилинади. Антипсихотик ва фаолловчи хоссага эга, енгил ухлатиш таъсирини беради. 7 кунда 1 марта 20 дан 100 мг гача ичиш тавсия қилинади. Ўзоқ таъсир қилиш хоссаси модданинг секин парчаланишидан келиб чиқади.

Флушпирелин—7 кунгача таъсир қиладиган модда. Ёркин антипсихотик ва фаолловчи хоссага эга. Шизофрения гуруҳига кирувчи ўткир ва сурункали психозларда, шу билан бирга касаллик кайталанишининг олдини олишда қўлланилади. Ҳафтасига 1 марта 5—10 мг дан мушакка юборилади. Бу модда юборилган жойда секин сўриладиган микрокристалл суспензия (аралашма) ҳолида сақланади.

Пимозид (орап) — таъсир кучи бир кунга етади, секин парчаланиш ва танадан секин ажралиб чиқиш хоссаси билан тавсифланади. Таблетка ҳолида ишлаб чиқарилади. Даволаш суткасига 2 мг дан 10 мг гача микдорда олиб борилади. Тинчлантириш хоссасига эга эмас, шунинг учун психомотор қўзғолишларда қўлланилмайди.

Меллирил ретард (тиоридазин-ретард) кун мобайнида қонда парчаланмай тўпланади. 200 мг дан таблетка ҳолида ишлаб чиқарилади. Сонапакс қўлланиладиган ҳолларда ишлатиш мумкин.

2. Транквилизаторлар нейролептикларга ўхшаш бўлиб, таъсирлари жиҳатидан бир-бирига ўхшамайди.

Тинчлантирувчи хоссага эга бўлган транквилизаторларга мепротан (мепробомат, андаксин), амизил (бенактизин), элениум (либриум, нанотан), оксазепам (тазепам, адумран), нитрозепам (радедорм, уноктин), фенозепам, мебикарлар киради.

Фаолловчи таъсирга эга транквилизаторлар қаторига триоксазин, радотель (медазепам), седуксенлар киради.

Транквилизаторларнинг тинчлантирувчи хоссасига қарамасдан, у ёки бу моддани ишлатиш невротик ва неврозсимон ўзгаришларнинг клиник манзарасига кўра, беморнинг шахсий хусусиятларига кўра қўлланилади.

Транквилизаторлар гуруҳига кирувчи психотроп моддалар нейролептиклардан бирмунча фарқ қилади, биринчидан уларнинг аитипсихотик таъсири (хоссаси) кучсизроқ; иккинчидан, транквилизаторлар билан даволанганда экстрапирамид ва нейровегетатив ўзгаришлар ку-затилмайди; учинчидан, транквилизаторлар танага майин тинчлантирувчи таъсир қилиб, ёқимли бўшашиш ва яхши кайфият таъсирини намоён қилади.

3. Нормотимиклар кейинги вақтда руҳий даволашда литий тўзларини қўллаш натижасида кенг тарқалди. Улар маниакал ҳолатни, асосан классик манияларни даволаш учун ишлатилади. Даволаш таъсири одатда бир ҳафтадан сўнг юзага келади, бу хоссаси нейролептикларга ўхшаб тормозланиш хоссасига боғлик бўлади, аксинча, маниакал ҳолатнинг ўзи пасайиши оқибатигабоғлик бўлиб, беморнинг кайфияти секин-аста яхшиланади, фикрлаш қобилияти тикланади. Литийнинг бу хоссалари уларни нормотимиклар номини олишга хос бўлди. Бу модда маниакал-депрессив психоз фазаларининг қайталаиишида яхши фойда беради. Депрессив ҳолларда бирмунча камроқ даволаш эффектини беради. Шизофрения, тутқаноқ, органик ўзгаришлар, психопатия билан оғриган беморни комплекс даволашда литий билан да-волашнинг эффектив стабилловчи таъсири кузатилади.

Литий тузлари 300—400 мг дан бошлаб то 1500—2500 мг гача етказиш билан таблетка ёки эритма ҳолида қўлланилади. Даволаш курси бир неча ой, касалликнинг олдини олиш мақсадида улар микдори икки марта камайтирилади. Литий тузлари билан даволаганда қондаги литий микдори доим назорат остида бўлиши керак. Плазмада унинг микдори 0,6—0,8 ммоль дан ошмаслиги керак.

Литий билан давлаш дан олдин беморни яхшилаб кўрикдан ўтказилади. Буйрақ қон-томир тизимлари ишининг бузилиши, ошқозон-ичак

касалликларининг зўрайиши, ҳомиладорликда литий тўзларини қўллаш ман қилинади. Шуни ҳисобга олиш керакки, қарияларда катаракта бўлса, литий уни кучайтириб юбориши мумкин. Литий билан даволашнинг биринчи кунларида у уйқучанлик, чарчаб қолиш, умумий ҳолсизлаиии, диспептик ўзгаришлар кўринишида бўлса, кейинчалик аллергик реакциялар, экстрасистолиялар, гиперкинезия, вегетатив нерв ва эндокрин тизимлари ишининг ўзгариши билан намоён бўлади. Биринчи ҳолда модда микдорини секин кўпайтириб борилади, бир неча кундан сўнг бу ҳоллар йўқолади. Кейинги кўринишлар модда микдорини камайтириш кераклигидан дарак беради.

Маниакал ва депрессив ҳолатларида финлепсин (карбамазипин) қўллаш яхши натижа беради. У профилактик литийсимон таъсирга эга. Уни 300 дан 1400 мг гача микдорда 3—4 марта қабул қилинади. Даволаш суткасига 100 мг дан бериб, терапевтик микдорга етгунча секин-аста кўпайтириб бориш билан олиб борилади. Финлепсин нейролептик ва антидепрессантлар билан бирга қўлланилиши мумкин.

11. Антидепрессив, активловчи ва кучайтирувчи хоссали моддалар.

4. Антидепрессантлар депрессив ҳолатни йўқотиш ва бир вақтнинг ўзида стимулловчи ва тинчлантирувчи таъсирга эга.

а) Стимулловчи антидепрессантлар — мелипрамин (имизин, имипрамин, тофранил) кўринишида руҳий амалиётда кенг тарқалган. Маниакал-депрессив психозлар чегарасидан аниқ депрессив ҳолларда қўлланилади. Клиник манзарасида алаҳлаш, галлюцинация, қўрқиш, галлюцинатор-алаҳлаш кечинмалари кучайишида депрессив беморларга тавсия этилади. Бундай ҳодисаларда уни нейролептиклар (аминазин, тизерцин, галоперидол, трифтазин ва бошқалар) билан бирга қўлланилади. Уни 25 дан 150—200 мг гача микдорда (кунинг биринчи ярмида) ичиш ёки мушакка юбориш тавсия қилинади. Бир ой ичида даволаш яхши натижа бермаса, уни бошқа моддалар билан ўзгартирилади.

б) Тинчлантирувчи антидепрессантлар кўп моддаларни ўз ичига олади. Амитриптилин (триптизол) — антидепрессив таъсир билан бирга ёрқин тинчлантирувчи эффект беради. Ёрқин антидепрессантлар қаторига киради Хаяжонли-депрессив холатларда, шизофрснияда қўлланиш тавсия этилади. Микдори 25—50 мг дан секии кўпайтирилиб, кун и га 150—200 мг га етказилади. Мураккаб психопатологи синдромларда нейролептик транквилизаторлар билан бирга тавсия этилади.

Фторацизин — мўътадил антидепрессив ва аниқ тинчлантирувчи хоссага эга. Бошланғич микдори 50—75 мл дан, охирги суткасига 300 мг гача. Ўткир ва ўртача ўткир хавотирли-депрессив холларда қўлланилади. Даволаш усули амитриптилиндан фарқ қилмайди.

Азафен — фторацизинга нисбатан кучсиз антидепрессив ҳоссага эга. Тинчлантирувчи хоссаси кам. Невротик ва неврозсимон ҳолатларда,

айниқса астенодепрессив синдромларда қўлланилади. Даволаш 25—50 мгдан бошланиб 150—200 мг гача микдорини ошириш билан олиб борилади.

Оксилидин — кучсиз антидепрессант, кам тинчлантирувчи хоссага эга. Руҳий ўзгаришларнинг чегарасида бўладиган депрессив беморларда, миянинг томи рва органик етишмовчилигида тавсия этилади. Бошланғич микдори 20—30 мг, охиргиси кунига 300—500 мг.

Пиразидол — кенг спектрли антидепрессант. Хавотирли ва тормозланган депрессияларда нейролептиклар билан бирга қўлланилади. Даволаш 25—50 мг дан бошланиб, аста-секин микдорини суткасига 300 мг гача кўпайтирилиб борилади. Невротик ва реактив депрессияларда камайтирилган микдорда қўлланилади.

в) МАО (моноаминоксидаза) ингибиторлари стимулловчи таъсирга эга бўлган антидепрессантлар гурухини ўз ичига олади. Заҳарли таъсири бўлгани учун руҳий даволашда кам қўлланилади. Улар озиқ моддалари (пишлоқ, кофе, пиво, вино, шоколад, дудламалар) билан бирга истеъмол қилинади. Трициклик антидепрессантлар МАО ингибиторлари бекор қилинганидан кейин 2—3 ҳафтадан сўнг тавсия этилади.

Ипразид (ипрониазид, ипронид) — энг кучли МАО ингибитори. Бошқа дориларга резистентлик мавжуд бўлган оғир депрессив ҳолатларда қўлланилади. Йиғилиб қолиш ва юқори заҳарли хусусиятга эга. Бошқа антидепрессантлар ва нейролептиклар билан бирга тавсия этилмайди. Даволаш кунига 25—50 мгдан бошлаб 150—200 мг гача етказилади.

Нуредал (ниламид, ниамид) — кам заҳарли, аммо кам эффектли модда. Турли кўринишдаги депрессив ҳолатларда ва апато-абулик, ступороз ҳолатларда стимулловчи бўлиб қўлланилади. Неврологияда учламчи нерв невралгиясида қўлланилади. Юрак мушакларига ижобий таъсир қилиб, стенокардия кучайишини камайтиради, микдори ипразидга ўхшаш.

Трансамин (парнат) — стимулловчи хоссага эга бўлган антидепрессант. Ланжлик, тормозланиш, ташаббускорликнинг пасайиши билан кечадиган субдепрессив ҳолатларда қўлланилади. Терапевтик микдорда соматоген депрессияларда муваффақиятли қўлланиб келмокда. Турли шизофрения кўринишларида нейролептпклар билан бирга қўлланилади.

Индопан — кучсиз антидепрессант. Кам стимулловчи эффектга эга. Активликни, тетикликни, астепо-депрессив ва астено-ипохондрик ҳолатлардаги беморларнинг кайфиятини ошириш хусусиятига эга. Кататоник ступор ва шизофрениянинг турлича дефектларида тормозловчи бўлиб ҳизмат қилади. Моддани беморларга нейролептиклар билан бирга қўллаш мумкин. Бошқа антидепрессант па стимулловчилар билан келишмайди. Микдори трансаминга ўхшаш.

5. Нейроаналептик моддалар—ланжлик, тормозланиш билан кечадиган чегарали ҳолатларда қўлланилади. Баъзи холларда тунги сийдик тутолмаслик, тутқанокнинг кичик турларида яхши эффект беради. Шизофреник беморларта ишлатилганда касалликни кучайтириб юборади. Бошланғич микдори 5 мг дан 60—80 мг гача.

Сиднофен — хоссалари бўйича сиднокарбга ўхшаб кетади, лекин анча мулойимлиги, гиперстимулловчи хоссаси йўқлиги билан фарқ қилади. Енгил антидепрессант таъсир кўрсатади. Кучли толиқишларда, гиподинамияда, невротик ва соматик ланжликда қўлланилади. Бу модда бошқа антидепрессантлар билан келишмайди. Микдори кунига 5—10 мг дан 60—80 мг гача бўлади.

6. **Ноотроплар** — метаболик таъсир кўрсатувчи дори моддалар. МНС нинг модда алмашинувида жараёнларни меъёрлаштириш учун қўлланилади. Бош мияниг жароҳатли ва юкумли шикастланишларида, атеросклероз ва инсультдан кейинги ҳолатларда ишлатилади.

Аминалон — (гаммолон) — гамма амино ёт жавҳари. Бош мия тўқималарининг метаболик жараёнларида қўлланилади. Таблеткада (0,25—1,5 г) истеъмол қилинади.

Энцефабол (пиридитол) — витамин Вб асосида синтезланган модда. Миядаги модда алмашинувими яхшилайдиган фаолловчи хоссага эга. Лимбик системами фаолловчи, қувват алмашинувини яхшиловчи, психомотор фаолликни оширувчи хусусиятга эга. Органик келиб чиқишига эга бўлган астено-депрессив ҳолатларда қўлланилади. Микдори кунига 0,1—0,2 г.

Ноотропил (пирацетам) — катта ярим шарлар пўстоғидаги оксидланиш жараёнларини фаоллаш хоссасига эга. Фаҳмни, нутқни, ақлий қобилиятни яхшилайди. Турли кўринишлардаги психоорганик синдромларда, алкогол абстиненцияларида қўлланилади.

ЭГЛОНИЛ

(sulpiride)
сульпирид 50 мг
Фармакологик таъсири
Антипсихотик препарат (нейролептик). Аралашган бензамидлар гурухидан «атипик» нейролептикларга киради. Ўртача нейролептик активлик билан бирга, стимулловчи ва тимоаналептик (антидепрессив) таъсирга эга. Нейролептик самараси антидопаминергик таъсири билан боглиқ. МНСда сульпирид асосан лимбик системанинг допаминергик рецепторларини блоклайди, неостриатум тизимига таъсири сезиларсиз даражада бўлади. Сульпириднинг периферик таъсири пресинаптик рецепторларни босиши билан(сусайтириши) туфайлидир. МНСда допамин миқдорининг ошишини кайфият кўтарилиши ва депрессия симптомларининг камайишига олиб келади. Сульпирид пролактин секрециясини стимуллайди ва қусиш маркази триггер сохасидаги D2 – рецепторларни блокадаси туфайли марказий қусишга қарши таъсирга эга. Сульпирид адренергик, холинергик, серотонинли гистаминли ва GABA-рецепторларга кучли таъсир қилмайди.
Сульпириднинг антипсихотик таъсири 600 мг/сутка дан кўп бўлганда намоён бўлади. 600 мг/сут дан кам дозаларда стимулловчи ва антидепрессив таъсирлари устунлик қилади. Кичик дозаларда сульпирид психосоматик касалликларни даволашда қўшиимча дори сиатида самарали (шу жумладан меда ва 12 б.и. яра касаллигининг негатив рухий симптоматикасини йўқотишда). Сульпирид таъсирланган йўгон ичак синдромида абдоминал огриклар интенсивлигини камайтиради ва пациентнинг клиник холатини яхшиланишига олиб келади.

Паст дозаларида сульпирид (50-300 мг/сут) этиологиясидан қатъий назар бош айланишларида эффективдир.

Кўрсатмалар

Монотерапия сифатида ёки бошқа психотроп дорилар билан биргаликда :

- Ўткир ва сурункали шизофрения;
- Ўткир делириоз холатлар;
- Турли этиологияли депрессиялар;
- Катта ёшдаги пациентларда невроз ва безовталиклар, одатий даво усуллари самарасиз бўлганда (капсула учун);
- Хулқ-атворнинг – харакатнинг огир бузулишларида (ажитация, азоларига зарар етказувчанлик, стереотиплик) 6 ёшдан катта болаларда, айниқса аутизм синдроми билан бирга кечганда.

Қўллаш режими:

Препаратни суткасига 1-3 марта бир оз миқдорда сув билан ичишга (овқат қабулига богликлиги йўқ) буюрилади. Фаоллик даражаси ошиши туфайли дорини куннинг иккинчи ярмида(16:00 дан сўнг) қабул қилиш тавсия этилмайди. Даволаш жараёнида минимал самарали дозага эришишга харакат қилиш керак.

Таблеткаси

Ўткир ва сурункали шизофренияни, ўткир делириоз синдромни, депрессияни даволаш учун препаратни суткасига 200-1000 мг дозада суткада бир неча мартага бўлиб берилади.

Капсуласи

Невроз ва хавотирни даволашда **катталарда** одатда суткалик доза 50-150 мг.ни ташкил этади. Курснинг максимал давомийлиги – 4 хафта.

Болаларда **хулқ –атвор огир бузилишларини даволашда суткалик дозаси 5-10 мг/кг тана вазнига тўгри келади.**

Қари ёшдаги пациентлар учун сульпириднинг бошлангич дозаси катталар дозасининг ¼-1/2 қисмини ташкил этади.

Буйрак функсияси бузилган беморларга сульпирид организмдан асосан буйраклар орқали чиқарилганлиги туфайли сульпириднинг дозасини камайтириш ёки дори берилиш интервалини ошириш тавсия этилади.

МНС томондан ножўя таъсирлари: Седатив самараси, уйқучанлик, бош айланиши, тремор, эрта дискинезия, (спастик бўйин қийшиқлик, окулогур кризлар, тризм), бўлиб булар антихолинергик ва паркинсонизмга қарши препаратларни берганда ўтиб кетади; камдан кам- экстрапирамид синдром (баъзида мушак гипертонуси билан қўшилиб кетувчи акинезия(антихолинергик воситалар берилганда қисман йўқотилади), гиперкинезия, гипертонус, мотор қўзгалиш, акатазия). Узоқ муддат қулланилганда кечки дискинезиялар пайдо бўлиши мумкин. Бундай холатларда паркинсонизмга қарши препаратларни қўллаш самарасиз хисобланади ва симптомларнинг огирлаштириши мумкин.

Гипертермия бўлса препарат қабулини тўхтатиш керак, чунки тана хароратининг ошиши ёмон сифатли нейролептик синдром бошланаётганини билдириши мумкин.

НОПРЕНИЯ (NOPRENIYA)

RISPERIDONE 2 мг

Таркиби рисперидон 1 мг.

Фармакологик таъсири

Психозга ыарши дори воситаси (нейролептик). Шунингдек тинчлантирувчи, ыусишга ыарши, гипотермик таъсир хам ыилади.

Рисперидон-слектив моноаминергик антогонист, серотонин 5-НТ2-ва камроы допамин D2-рецепторларига юыори щхшашликга эга.

Антипсихотик таъсири мезолимбик ва мезокортикал системаларнинг допаминли D2- рецепторларнинг блокадаси билан боглиы. Седатив (тинчлантирувчи) таъсири мия устуни ретикуляр формацияси адренорецепторларининг блокадаси билан боглиы; ыусишга ыарши таъсири ыусиш маркази триггер зонаси допаминли D2-рецепторларини блокадаси билан боглиы; гипотермик таъсири – блокадой допаминовых рецепторов гипоталамуса.

Рисперидон шизофрениянинг продуктив симптоматикани (васваса, галюцинациялар), агрессивликни, автоматизмни камайтиради. Классик нейролептикларга нисбатан кам даражада харакат активлигини пасайтиради ва кам даражада каталепсияни индуцирлайди. Марказий антагонизм серотонин ва допаминга бщлган

Кўрсатмалар:
Препарат қўллашга куйидагилар курсатма хисобланади.

- Ўткир ва сурункали шизофрения ва бошқа продуктив хамда негатив симптоматикали бузулишлар.
- турли рухий касалликлардаги аффектив бузулишлар;
- деменцияли пациентларда агрессия симптомлари пайдо бўлганда (қахр газаб, жисмоний зўравонлик хуружларида), фаолияти бузулганида (қўзгалиш, васваса) ёки психотик симптомларда;
- 15 ёшдан бошлаб болаларда хулқ-атвор бузулишларида, ва катта ёшдаги интелектуал даражаси пасайган, ёки ақлий ривожланиши ушланиб қолган пациентларда агар клиникада деструктив (бузгунчи) хулқ-атвор(агрессия, импульсивлик, аутоагрессия) устунлик қилиши билан кечса.
- Манияни даволашда кайфиятни тургунлаштириш учун.
- Биполяр бузулишларда (ёрдамчи даволаш воситаси сифатида)

Қўллаш режими
Катталарга препаратни қуйидаги схема бўйича берилади: 1- кун 1 мг.дан суткасига 2 махал; 2- кун- 2мг.дан суткасига 2 махал; 3 – кун 3 мг.дан суткасига 2 махал. Узоқ муддатли даво учун дозани индивидуал белгиланади, бу доза одатда 2-4 мг.дан суткисига икки махалга тўгри келади.
Қари ёшдаги пациентларга перпаратни 0,5 мг дан суткасига 2 махал, берилиб аста-секин 1-2 мг.дан суткасига 2 махал дозагача ошириб борилади.
Болалар ва 15 ёшдан кичик усмирларда нопрения препаратининг кўлланилиши хавфсизлиги ва самарадорлиги бўйича маълумотлар етарли эмас.
Жигар ва буйрак вазифалари бузилган беморларга бошлангич дозаси 0,5 мг дан суткасига 2 махални ташкил қилади. Доза танлашни индивидуал обориш керак бўлиб, суткасига икки марта ичилганда бир марталик дозани секин-аста (0,5 мг.дан) ошириб 1-2 мг.га ча ошириб танланади.
Ножуя таъсирлари
МНС ва периферик нерв системаси томонидан:
Хавотирли холат, кўришнинг бузулиши, бош айланиши, уйқучанлик, гиперкинезия, экстрапирамидал симптомлар, Паркинсон касаллиги, диққат бузулиши.

Дозаси ошиб кетганда :
Симптомлари: уйқучанлик, седатив таъсирининг пайдо бўлиши, тахикардия, артериал гипотензия, экстрапирамид симптомлар. Рисперидон дозага боглик бўлган холда плазмада пролактин концентрациясини ошириши мумкин(галакторея, гинекомастия, менструал циклнинг бузулиши, аменорея).
Даволаш: Пациентни етарли кислород билан таъминлаб бериш зарур, зарурат бўлса – СЎВ, ошқозонни ювиш (интубациядан кейин, агар пациент хушсиз холатда ётган бўлса) активланган кўмир,ич юргизувчи воситалар бериш. Юрак-томир тизимини назорати зарур, узоқ давомли ЭКГ мониторинги қилиш зарур (аритмия бўлиши мумкин).

Доривор ўзаро таъсири

Цитохром Р450 изоферментининг ингибиторлари рисперидон метаболизмини камайтириши мумкин.
Этанол ва этанолсақловчи воситалар рисперидоннинг марказий нерв системасига тормозловчи таъсирини кучайтиради. Рисперидон бирга қўлланилганда бромокриптин ва перголидларнинг терапевтик самарасини камайтиради.
Узоқ вақт бирга қўлланилганда клозапин рисперидоннинг клиренсини камайтириши мумкин.
Бирга қўлланилганда рисперидон леводопа ва бошқа допамин рецепторлари антогонистлари тасирини сусайтириши мумкин. Бирга қўлланилганда карбомазепин рисперидон клиренсини оширади.

АТАРАКС (HIDROXIZINE)
UCB S.A. PHARMA SEKTOR

Гидроксизин гидрохлорид……25 мг

Фармакологик таъсири
Анксиолитик, пиперазин хосиласи. Ўртача анксиолитик фаолликга ва кучли намоён бўлган седатив таъсирга эга. Бу седатив таъсири субкортикал структураларга таъсир қилиши билан боглиқ.
Шунингдек гидроксизин антихолинэргик, спазмолитик, симпатолитик, антигистамин, бронхолитик, ва қусишга қарши таъсирга эга. Эшакеми, экзема, ва дерматитли беморларда тери қичишини яхши камайтиради. Узоқ қўлланилганда тўхтатилиш синдроми ва онг функцияларининг ёмонлашиши кузатилмаган. Антигистамин самараси дори қабулидан 35-40 минутдан сўнг келиб чиқади.

Кўрсатмалар

Катталарга хавотирни йўқотиш учун, психомотор қўзгалишни, ички таранглик хиссини, невротик ва психик(шулар қаторида тарқоқ хавотир ва,) ва соматик юқори таъсирчанликни камайтирийда ва даволаш.
Психомотор қўзгалиш билан кечувчи сурункали алкоголизмда абстиненция синдромини даволашда;
Премедикация даврида седатив восита сифатида;
Тери қичиши (симптоматик терапия сифатида)

Қўллаш режими.
Психиатрик амалиётда катталарга (шу қатори хавотирни симптоматик даволашда) препаратни 25-100 мг/сут кун ёки тун давомида бир неча марта ичишга. Ўртача дозаси – 50 мг/сут: 12,5 мг эрталаб, 12,5 мг кундузи, 12,5 мг кечги. Анча огир холарда дозани 300 мг гача ошириш мумкин.
Қари ёшдаги беморларда даволашни терапевтик дозанинг ярмидан бошланади.
1 ёшдан 6 ёшгача болаларда Атараксни суткасига 1-2,5мг/ кг тана вазнига бир неча қабулга бўлиб ичилади. 6 ёш ва ундан катталарда – 1-2,5мг/кг/сут бир неча қабулга

РЕКСЕТИН (REXETIN)
PAROXETINE

Gedeon Rihter
ФАРМАКОЛОГИК ТАЪСИРИ
Антидепрессант. МНСда серотониннинг кайта нейролал ушланишини ингибирлайди. Химиявий тузилиши бщйича пароксетин 3 циклик, тетрациклик ва бошыа антидепрессантларданажралиб туради.
Хайвонларда щтказилган текширувлар пароксетиннинг норадреналин ва допаминнинг ыайта ушланишига таъсири суст эканлигини кщрсатди.
Парокситин М-холинорецепторларга(суст антихолинергик таъсирга эга), α^1, α^2- ва β-адренорецепторларга, хамда допамин (D2) $5HT^1$-симон, $5HT^2$- симон ва гистаминли H^1-рецепторларга паст аффинитетга эга.
Кщрсатмалар
- Турли этиологияли депрессияларни даволаш ва рецидивга ыарши терапия (шу каторда хавотир билан кечаётганларини хам);
- Обсессив-компулсив бузулишларни даволаш ва рецидивга карши терапия (ёпишыоылик синдромини);
- Паник бузулишларни даволаш ва рецидивга ыарши терапия(агорафобия хам);
- Социофобия синдромини даволаш;
- Травмадан кейинги стрессли бузулишларни даволаш (травматик воыеага, хаёт учун хавфли вазият ва фалокатларга жавоб сифатида пайдо бщлувчи).

Дозалаш режими:

Рексетинни суткасига 1 марта ыабул ыилиш керак. Эрталаб овыатланиш ваытида ичилгани маысадга мувофиы. Таблеткаларни чайнамасдан ичилади.
Бошыа антидепрессантлар билан даволагандагидек, беморнинг клиник холатидан келиб чиыиб 2-3 хафтадан сщнг препарат дозасини коррексия ыилиш мумкин.
Депрессияда тавсия этиладиган суткалик дозаси 20 мг. Кщпчилик холларда самараси секин аста юзага чиыади. Препарат дозасини ошириш мумкин. Суткалик дозаси хафтасига 10 мг дан терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин; максимал суткалик дозаси 50 мг ни ташкил этади.
Обсессив-компулсив бузилишларда (ёпишыоылик синдроми) бошлангич дозаси 20 мг ни ташкил этади. Суткалик дозаси хафтасига 10 мг дан терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин; максимал суткалик дозаси одатда 40 мг ни ташкил этади, бироы 60 мг/сутка дан ошмаслиги керак.
*Паник бузилишлар*да тавсия этиладиган терапевтик дозаси 40 мг/сут. Даволашни ккичик дозадан (10 мг/сут) бошлаб хафтасига 10 мг дан терапевтик самарага эришилгангача оширилиши мумкин. Максимал суткалик дозаси 60 мг/сут. дан ошмаслиги керак.
Социофобияларда

ДЕПРИМ (DEPRIM)
HYPERICIN

Состав
(**Hypericum Perforatum**) Зверобой экстракти 60 мг.

Седатив фитопрепарат, анксиолитик ва антидепрессив таъсир кўрсатади. Зверобойнинг асосий актив воситалари – гиперицин, псевдогиперицин, гиперфорин ва флавоноидлар – марказий ва вегетатив нерв системасининг функционал холатини яхшилайди.
Деприм кайфиятни яхшилайди, уйқуни мейёрлаштиради, рухий ва жисмоний фаолликни оширади.
Кўрсатмалар
Кайфият пасайиши;
Хавотир билан кечувчи енгил ва ўрта даража огирликдаги депрессив холатлар (шулар қаторида климактерик синдром билан богликлари хам);
Хаво алмашишига юқори сезувчанлик;

Дозалаш режими
12 ёшдан катта болаларга қўллаш режими

Анданте (Andante)

-уйку бузилишини огир шакллари
-хаддан ташкари чарчашга олиб келса, иш фаолияти бузилиши
-хар кунги активлик пасайиши

Зифорт (Zyfort)

-уткир ва сурункали неврит ва полиневритлар, учлик нерв неврити, ишиалгия
-диабетик полиневропатия
-токсик полиневропатиялар (дори воситfлардан кейинги полиневропатиялар хам)
- алкоголли периферик полиневропатия(Вернике-Корсаков синдроми)
-Бери-Бери касаллиги
-ураб олувчи герпес
- Бирмер касаллиги(перницоз анемия)

Коаксил (Coaxil)

-депрессив холатларини даволаш

Кокарнит (Cocarnit)

-неврит, невропатиялар(кандли диабет ва перницоз анемияда кузатиладиган холатлар хам)
-турли этиологияли невралгиялар
-миалгиялар
-ишиалгия, люмбаго, радикулит
-бурсит, тендинит
-ЮИК
-миокардит, миокардиопатия

ОКСИБРАЛ(OXIBRAL)
VINCAMINE
Ретард капсулалари. 1та капсулада 30 мг винкамин бор.
Фармакологик таъсири
Ўсимликлардан келиб чикган дори воситаси. Мия томирларига селектив, томирни регуляция қилувчи таъсир қилади, ва мия

курсатмалар

-церебрал бузилишлар (хотира бузилиши, интеллектуал ва диккат бузилишлари, диабетик ангиопатия, мия кон томирларини атеросклеротик узгаришлари, бош мия травмаси, уткир мия кон айланиши бузилишидан кейинги холатлар, гипертоник энцефалопатия)
- мия кон айланиши бузилиши
-эшитиш патологияси томирли этиологияли

-куришни узгариши томирли этиологияли
-психик узгаришлар (хиссиет бузилишлари, вакт жой билиш узгариши?)

Пантокальцин (Pontocalcin)

-бош мия органик узгаришларидаги когнитив бузилишлар (хамда нейроинфекция, бош мия травмалари асоратлари ва невротик узгаришлар)
-экстрапирамид гиперкинезлар (миоклонус-эпилепсия, Гентингтон хореяси, гепатолентикуляр дегенерация, Паркинсон касаллиги) ва нейролептиклар кабул килгандан сунг экстарпирамидал синдром корректори сифатида
(гиперкинетик ва акинетик)
-эпилепсияда талвасага карши препаратлар билан бирга
-психоэмоционал зурикиш, аклий ва жисмоний ишлаш кобилиятини пасайиши, диккат концентрациясини енгиллаштириш ва хотира жараенини кучайтириш
-сийдик чикариш узгаришлари (поллакиурия, императив чакириклар, сийдик ушлаб туриш императив узгаришлари, энурез)
-болаларда когнитив узгаришлар

Персен (Persen)

-утиб кетувчи нерв таранглик симптомларини камайтириш максадида (хавотирлик, юкори кузгалувчанлик)
- уйкуни вактинча бузилиши

Портал (Portal)

-турли этиологияли ва огирлик даражадаги депрессив бузилишлар
-обсессив-компульсив узгаришлар (хамда узок давом этувчи терапия)
-нерв булимияси

Санвал (Sanval)

-уйкусизлик (аномал, транзитор, сурункали)

Седавит (Sedavit)

- неврастения ва неврастеник реакциялар(куйидаги холатлар билан кечганда: куркув, асабийлашиш, хавотирлик, чарчаш, хотира бузилишлари)
-дерматозлар, тери кичишиши билан кечганда(экзема ва бошкалар)
- уйкусизликни енгил шакллари

Феварин (Fevarin)

-депрессияларни даволаш ва профилактикаси
-обсессив синдром белгиларни даволаш

Фезам (Phezam)

-бош мия кон томирларида кон айланишини бузилиши(бош мия кон томирларини атеросклерози, тикланиш давридаги ишемик инсультлар, бош мия травмаларидан сунг)
- хотира бузилишлари, когнитив функция ва диккат бузилишлари
-турли генездаги энцефалопатиялар
-турли генездаги лабиринтопатиялар (бош айланиши, кулокда шовкин, нистагм, кунгил айнаш, кайт килиш)
- Меньер синдроми
- кинетозлар профилактикаси
- мигрень профилактикаси
- аклий фаолият паст булган болаларда укитиш жараени ва хотирани яхшилаш максадида

Фенотропил (Phenotropil)

- турли этиологияли МНС касалликлари
-невротик холатлар: холсизлик, психомотор активлик пасайиши, диккат бузилиши, хотира пасайиши белгилари билан кечса
-укитиш жараенларини бузилишлари
- енгил ва урта огирликдаги депрессиялар
-психоорганик синдромлар, интеллектуал-мнестик ва апатико- абулик симптомлар билан бирга кечганда
- шизофренияда апатик синдром

-тутканок холатлари
- гипоксия профилактикаси, стрессга мослашишни кучайтириш,
экстремал холатларда организм функционал холатини коррекциялаш, аклий ва жисмоний фаолиятни кучайтириш, суткалик биоритмни коррекциялаш, «уйку-тетиклик» даврини регуляция килиш
- сурункали алкоголизм (астения симптомларини, интеллектуал мнестик узгаришларни ва депрессия симптомларини камайтириш максадида)

руҳий даволаш (**Психотерапия**)

Руҳий касалликларни даволашда турли усуллар билан бир қаторда руҳий даволаш ҳам мухим аҳамиятга эга (юнонча phibre жон — руҳ, therapeia даволаш). Руҳий даволаш тушунчаси шифокорни беморга руҳий таъсир этишидан иборатдир. Руҳий даволашни махсус усулларидан ташкари, бу усулга беморга ижобий таъсир этувчи даволаш омилларининг мажмуаси, шифокорнинг даволаш фаолияти (пациентга унинг касаллиги кандайлигини таърифлаши), уни руҳан кувватлантириш ва тўзалишига умид учқунларини калбида ёқиши киради.

Халк табобатида руҳан шифо жуда қадимдан бошлаб қўлланилади. Қадимги юнон ва Миср сарой табиблари ишонтириш, ҳаттоки гипноздан фойдаланар эдилар. (Гиппократ) Буқрот бир қатор руҳий шифо асосларини шакллантирган эди: «Уни (яъни беморни) керак бўлганда дўстона яхши сўз билан қувватлаб қуйиш лозим, керак бўлганда унинг талабларини жиддий ва қатъий қайтариб, бошқа ҳолатда беморни муҳаббат билан оқилона тинчлантириш зарур бўлади».

Руҳий-асаб бузилишларининг чегара ҳарактерига эгалигини Абу Али ибн Сино руҳан табиати борлигини ёзди, бу олимга унинг руҳан даволаш усулларини ишлаб чиқишга олиб келди ва ўз асарида бунга катта ўрин берди. Абу Али ибн Сино ўзининг даволаш амалиётида руҳий даволашнинг турли шаклларидан кенг фойдаланди.

Ибн Сино қўллаган руҳий шифо усуллари ва шакллари кўп омилларга боғлиқ ҳолда турлича эди. Руҳий бузилишларнинг шаклига караб Абу Али ибн Сино тушунтириш, руҳий даволашни, тўғриловчи, ишонтирувчи, қувватловчи, таъсирланиш, гипнозга ўхшаш уйқу холатларини, яъни ҳозирги замон тиббиётида қўлланиладиган деярли барча руҳий шифо усулларини қўллаган. Ибн Сино руҳий шифо утказаётганида беморлар билан суҳбатга жиддий эътибор берган, бунда у баъзи касалларга «талабчан ва жиддий», бошқаларга юмшоқроқ муомала қилишни талаб этади.

Руҳий даволашга Ибн Сино кенг ўрин берганини, оғир касалнинг сигирга айланиши васвасаси тутганда, руҳий даволаш билан амалий соғайиб

кетгандик воқеасининг баёнидан кўриниб турибди.

Америкалик руҳий-шифокор М. Шефи «1000 йил бурунги воқеалар» мақоласида шу воқеани баён этади. 1155 йилга тегишли Низомий қулёзмаларида руҳий даволаш билан даволанган 12 беморнинг холатини баён этади. Айниқса шаркнинг машҳур файласуфи ва табиби Абу Али ибн Сино (Авиценна) касали алоҳида қизиқиш туғдиради.

Меланҳолия—сигирга айланиш васвасаси билан оғриган ва овқат ейишдан қайтган, озиб-тўзиб кетган, депрессив ҳолатидаги ўзини-ўзи улдириш фикри бор бемор касаллик тарихномаси келтирилади. Абу Али ибн Сино даволаш усулида у беморнинг васвасасини «қабул» қилгандай бўлиб, у билан суҳбатлашиб васвасани йўқотмасдан унинг йўналишини ўзгартиради ва бемор суҳбатдан сўнг овқат ея бошлайди ва тезда амалий жиҳатдан соғломлашади. Келтирилган клиник воқеа ўз ҳолича нодир бўлиб, Б. Д. Петров томонидан қўйидагича баён этилади: «Халқ оғзаки ривоятларида ва қулёзма манбаларида Ибн Сино қандай қилиб сигирга айланиб қолган ва овқат емаётган руҳий беморни даволагани сақланиб қолгандир. Ибн Сино беморни кўриб унинг сигирлигини тан олади ва унинг олдига қассобга ўхшаб пичоқ билан келади. Уни у ёқ бу ёғини ушлаб кўриб, сигир суйиш учуй нихоятда ориқ эканлигини айтади. Уни яхшилаб боқиш керак ва шундан сўнггина уни суяман дейди. Бемор овқат ея бошлади ва соғайди». Келтирилган воқеа бемордаги оғир руҳий хасталикни даволашни моҳирона қўллай билганлиги, Ибн Синонинг юқори даражадаги руҳий даволаш кобилиятидан дарак беради.

Ибн Сино томонидан ёзилган руҳий даволаш усулларини ўтказиш унинг ишларида руҳий даволашга маслаҳат ва тавсияларининг кўплиги одамни лол қолдиради.

Бу тавсияларни амалиётда қўллаш ўз аҳамиятини бугунги кунда ҳам тўла сақлаб қолгандир. Тиббиётнинг қайси соҳаси бўлмасин у ерда руҳий даволаш мумкии бўлса, Ибн Сино назоратидан чикмаган ва у муваффақиятли равишда қўллаган.

Ибн Сино руҳий шифога бевосита атроф муҳит, бемор учун, масалан, «яқинларининг беморга муносабатини», қариндош, дўст, қўшниларнинг муносабатини ёқимли, ижобий таъсир этишини жуда яхши билган. Беморнинг руҳияти учун атрофдагиларнинг ғамхўрларча муносабати, диққат билан муносабати, тетиклантирувчи, қувватлантирувчи, чин кўнгилдан бўлган муносабати тўзалишга ишонч ва умидлантирувчи ҳаракатлари, самимийлиги, ширин суҳбатлари ижобий таъсир этишини таъкидларди. Ибн Сино руҳий таьсиротдан максад кайфиятни яхшилаш, уйқуни тиклаш, ёлғондан хаёлотига келганларни йўқотиш ва беморнинг бардошини ва ҳаракатларини мус-таҳкамлашга каратилиши керак деб ҳисоблайди. Масалан, меланҳолия ва бошқа касалликларни даволашда Ибн Сино шундай беморларни оғир хаёллардан чалғитиш зарурлигини уқтиради, оғир хаёлдан уни

чалғитишнинг ўзи улар учун асосий даволашдир ва бемор олдида унга хайриҳоҳ бўлган суюкли ва қувноқ хушчақчақ дўстлари бўлсин дейди.

Пировардида Ибн Сино, эътиборни чалғитувчи тадбирларга беморни хурсанд қилишни киритади. Баъзи одамларни кушик ва мусиқа тинчлантиради., баъзиларини эса фақат кучайтиради. Шундай даволашга бир шаҳардан иккинчи шаҳарга кўчиш, бир минтақадан иккинчи минтакага кўчиш, бир ҳолатни бошқа ҳолатга алмаштиришлар яқинлашади. Ибн Синонинг руҳий даволаш тавсияларида уйқусизликни даволаш кенг ўрин тутади, бунда шу омил ўзига диққатни тортадики, у хозирги замон тушунчасидаги гипноз билан даволашга яқин руҳий даво тадбирларини қўллаган. У беморларни ухлатиш учун қўйидаги усулларни қўллаган, ухлатувчи таъсирлар қаторига ёкимли, нозик, секин ритмли қўшиқни эшитишни тавсия қилган. У кушик сўзлари беморни хаяжонга солувчи бўлмаслиги керак, «шунинг учун сувнинг ёки баргларнинг шилдираши одамни уйқусини келтиради» дейди. Уйқусизликни даволашда Ибн Сино яна бир руҳий шифо чора-тадбири сифатида унинг олдига кўп чироқларни ёқиб куйишни, товушни бироз баландлатиб гапиришни, оёқ-қулини бироз тортиб турувчи боғ билан боғлаб енгил тортиб қўйишни, уларни тез ечиб юбориш мумкин бўлишини, ўзини-ўзи ухлаётган ҳолга солиб ётишни, кўзини юмиб ётишни, қачон мудрай бошласа, чироқларни ўчириб, товушларни ушлаб қолиш, тортиб қўйилган тугунларни қўйиб юборилса, шунда бемор ухлаб қолади деб тавсия қилади. Сўнгра «агар уйқусизлик жуда жиддий бўлмаса, бемор учун бир оз чарчашнинг ўзи кифоя қилади. Бунинг учун жисмоний тарбия, ҳаммомга тушиш, овқатдан олдин бирон бир бошни енгил айлантирувчи дори ичиб юбориши ва овқатланиши лозим бўлади, шунда бемор тезда ухлайди » деб тавсиф қилади.

Ибн Сино беморлар учун режалар мажмуасини ишлаб чиққан. Беморларга нисбатан беморлиги даврини ва тавсифини ҳисобга олган ҳолда, гигиена талабларини ҳисобга олган ҳолда ўзига мос режа ишлаш лозим дейди. У ички ва ташқи кийимларнинг тоза бўлишига, сув ва таомни ҳамда гигиена тадбирларини ўз вақтида ўтказишга, дам олиш ва машғулотни тўғри алмаштиришга, очиқ ҳавода уларни ҳаяжонлантирмайдиган сайр қилдиришга эътиборимизни тортади. Бунда Ибн Сино беморлик даври ва тавсифини ҳисобга олган ҳолда бу чоратадбирларни жиддий равишда индивидуаллаштиришни талаб этади. Баъзи руҳий касалликларда кузатиладиган озиш ҳолатларида, хусусан у ёзади: «Баданни тўғри келадиган озиқлар билан семиртириш чораларини кўриш керак», дейди.

Руҳий ва бадан касалликларини даволаш чора-тадбирларида Ибн Сино физиотерапевтик тадбирларни, гидротерапияни (иссиқ сув манбаларида чўмилишни, ҳаммом, қизитиш, артиниш, иситиш), массаж, уқалаш, балчиқ билан даволаш, минтақаларни алмаштиришларгача ўзи қўллаган ва тавсия этган. Ибн Синонинг алоҳида хизмати ва даволаш муолажа мажмуасида катта аҳамият бергани меҳнат билан даволашнинг ижобий таъсирини кўрсатишдир, бекорчилик шахсни қашшоклашишига ва тубанлашишига, касалликнинг чуқурлашувига олиб келади. Ибн Сино

меҳнатни беморнинг соғлигини сақлашда ва тиклашда руҳий даволаш аҳамиятини тўғри бахоларди ва тушунарди.

Юқоридагилардан кўриниб турибдики, руҳий ва соматик касалликларда руҳий даволашнинг таъсири ва имкониятлари 1000 йил аввал Ибн Сино томонидан аниқланган ва қўлланган эди. Бунда олимнинг касалликнинг сабабига таъсир этишга, даволашнинг мос усулини танлашга, кенг миқёсда касалга ёрдам бермок кераклигига қаратилган фикрлари диққатга сазовордир.

Бемор ва шифокор ўртасида тўғри муносабат ўрнатилиши муваффақиятли даволашнинг муҳим шартларидан биридир. Руҳий шифокорга, унинг тиббий ва умумий маданиятига катта талаблар қўйилади. У сабр-чидамли, зийрак, меҳрибон, шафқатли, ғамхўр, фан ва маданият масалаларидан билимдон зиёли бўлиши керак.

Руҳий даволаш маданиятида нафақат ўзи гапира билиши, моҳирона равишда даволаш суҳбатини ўрнатиши, балки беморни очиқ сухбатта торта билиши, унйнг ишончини қозона билиши даркорки, бемор ўз шифокори тимсолида унинг машаққатларига диққат қилиб маслаҳат берувчисини кўрсин. Шифокорнинг мажбуриятига бемор билан шифокор ўртасидаги руҳий тусиқни, беморнинг ишончига кириб унга илиқ хушмуомала қилиб олиб ташлаш киради. Шифокор нафақат унинг руҳиятини тетиклатиши, балки биринчи учрашувдаёқ давонинг муваффақиятли ва ишончли бўлиш сезгисини ўтказиши лозим. Шифокор ўзининг муносабати билан бемор билан яқин алоқа ўрнатиши лозим, гал-сўзлари билан унда даволашга кайфият ва ишончни туғдириши лозим.

В. М. Бехтеревнинг бу хусусдаги сўзлари ибратлидир. «Агар бемор шифокор билан суҳбатлашгандан сўнг ўзини енгил ҳис қилмаса, у шифокор эмас. Шифокор беморда ўзининг касаллигига тўғри муносабат туғдириши ва ҳар кандай усуллар билан ўз касаллиги билан курашда уни фаоллаштирмоқ лозимдир. Бемор билан бўлган суҳбатда шифокор носамимий, стереотип, расмий муносабзтлардан четланиши лозим». Ҳар қандай ёлғон, сунъий, ҳақиқатдан йироқ нарсадаин қочиш лозим. Шифокор ва пациент орасидаги муносабат ҳар гал беморнинг индивидуал хусусиятларига, шахсиятининг алоҳидаликларига ва руҳиятига ва шифокорнинг одобига боғлик бўлади. 1843 й.да Манчестрлик шифокор хирург Бреднинг гипнозга бағишланган китоби чиққан (гипноз атамасини у киритган). Бред гипноздан жарроҳлик операцияларини оғриқсизлантиришда фойдаланади. Илмий жиҳатдан руҳий даволаш XIX асрда ривож топди. Фараиг шифокори Бернгейм, Шарко, Рише ва бошқалар гипноз воқелигини ўргана бошладилар.

Гипнозни илмий ишлаб чиқиш билан гипноздан ташқари руҳий даволаш усуллари — уйғоқ вақтида ишонтириш, тўғри, аниқ қилиб тушунтириш ва ишонтириш (Дюбуа, Деверин ва бошқ), Россияда руҳий даволанишни шакллантиришда А. А. Татарскийнинг (1890) хизматлари

каттадир. Бу олим Москва дорилфунунида 1 босқич талабаларига психология ва руҳий даволаш курсини ташқил қилган ва жахон фанига руҳий даволашии биринчилардан бўлиб қўллаган.

В. М. Бехтерев ҳозирда ҳам кенг қўлланадиган руҳий даволаш триадасини ишлаб чиққан эди. (бир гуруҳ сеанси: рационал суҳбат, жамоа гипнози, ўзини-ўзи ишонтириш). В. М. Бехтеревнинг шогирд ва издошлари унинг илмий меросини ривожлантирдилар ва психиатрия мак-табини яратдилар. П. Б. Ганнушкин руҳий даволаш кучига ишонган ҳолда психиатрнинг муваффакиятли фаолияти учун суҳбатлашишни билиши керак дейди. Психотерапиянинг ривожи учун В. Е. Рожков, А. М. Сведогин, Қ И. Платонов, И. В. Иванов, М. С. Лебединский, М. М. Кабанов, А. Т. Филатов, А. М. Карвасарский ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар.

Хорижда руҳий муолажа 3. Фрейд томонидан ишлаб чиқилган. 3. Фрейд руҳий муҳокама қилишии тўзишда онгли ва онгсизлик антагонизмидан, акл устидан инструктив кўзғолишлар доминант келишига таянади. Касаллик ҳолати сексуал ва тажовузкор йўқланма таъсири каби тушунтирилади. 3. Фрейд руҳий даволашни беморнинг онгига бу қизиқишини алоҳида усуллар билан етказиш деб билади, тушларга таъбир айтиш, тушкунликдан чиқариш лозимки, улар невротик аломатлардан озод этиб тўзалишга олиб келиши керак. Руҳий даволаш табиатини тушунтириш И. П. Павлов ва унинг шогирдлари ишига асосланади. Гипнозни қисман уйку деб, унинг асосида хужайралардаги тормозланиш ётади деб тушун-тиради. Бунда «навбатчи кўриқчи» пунктида (шифокорнинг пациент билан сўз орқали алокасида гипноз ҳолида тўрганида одам организми томонидан) турли реакциялар чақирилиши мумкин.

Амалиётда руҳий даволаш бевосита ва билвосита руҳий даволашларга бўлинади. Беморга билвосита руҳий таъсирни шифохонадаги шароит, ички тартиби, беморга хизматчиларнинг муомаласи ва муносабати кўрсатади. Бўлимнинг иш режаси, уялтиришнинг йўқлиги, энг оддий кулайликлар борлиги, беморларнинг бандлиги (даволаш тадбирларидан бошқа, гимнастика, меҳнат билан даволаш, саёхат, яқинлари билан учрашуви ҳам) катта аҳамиятга эга. Бўларнинг ҳаммаси беморга нафақат руҳий даволаш атмосферасими вужудга келтиради, балки унга тинчлантирувчи таъсир этади, эҳтиёткорликни юмшатади, ҳавотирданишпи йўқотади ва бемор фаолиятини фаоллаштиради.

Бевосита руҳий даволаш сўз билан таъсир этиб амалга оширилади, бу логотерапия дейилади.

Хозирги вақтда тўғридан-тўғри руҳий даволашда қўйидаги асосий усуллар қўлланилади.

1. Рационал руҳий даволаш.
2. Суггестив руҳий даволаш, гипнотик уйку ва уйғоқ ҳолда ишонтириш.

3. Жамоа ва гуруҳли руҳий даволаш.

4. Аутоген машқ қилдириш.

Рационал психотерапия(руҳий даволаш)

Рухий даволашнинг бошқа усуллари ҳам қўлланилади: мусиқа билан даволаш, тушунтириш ва ишонтириш билан руҳий даволашлар.

Тушунтириш ва ишонтириш билан руҳий даволашлар. Тушунтириш ва руҳий даволаш асосчиси швециялик руҳий даволовчи П. Дюбуадир (1904). Рационал, тўғри, максадга мувофик руҳий даволаш пациент ва шифокор орасида диалог — савол-жавоб шаклида бўлади. Бундай сухбатлашишидан мақсад беморга касаллиги ҳақидаги нотўғри тасаввурларини йўқотишдир. Руҳий даволаш беморнинг онгига, тафаккурига ва хулосалар якунига йўналтирилгандир. Шифокор ва пациент уртасидаги муваффақиятли муносабат муҳим шартлардан бири, улар орасида тўғри муносабат урнатишдир. Бу эса беморни индивидуал алоҳидаликлари ва руҳияти билан шифокор-нинг одоби ва шахсига боғликдир. Шифокор билан бемор яқин, сирдош бўлиши керак, ўзининг гапи, тутиши билан унда давога ишонч ва ўзига ҳурмат уйғотиши керак. Шифокор ўзини моҳирона, оқилона хулосалари билан беморда ўз касаллигига тўғри муносабат уйғотиши лозим. Шундан сўнг касалда ўз беморлиги билан оқилона курашда фаоллигини ошириши керак.

Рационал руҳий даволаш беморни симчиклаб соматик текширишни тақозо этади, унинг касаллиги белгилари органик функционал бузилиш эканлигини исботлаши лозим.

Ҳар кандай шифокор беморга тушунарли қилиб унинг онгига етадиган шаклда суҳбат ўтказиш билан рационал руҳий даволашни бошлайди. Шундай сухбат давомида шифокор бемор учун тушунарли қилиб касалликнинг пайдо бўлиш сабабларини, унинг таснифини тушунтириши ва кандай қилиб даволашни ва беморлигининг тузалажак эканлигини билдириши лозимдир. Рационал даволаш турли фобиялар билан ипохондрик соматовегетатив ва сексуал бузилишли неврозларда ҳамда асаб-руҳий чегарадаги бузилишлар билан кечувчи соматик касалликларда яхши натижалар беради.

Суггестив руҳий даволаш (ишонтириш). Ишонтириш (суггестия) шифокорнинг беморга руҳий таъсир усули ҳисобланади. Ишонтиришиинг рационал руҳий даволашдан фарқи шундаки, у тўғридан-тўғри таъсир қилмай, балки беморга хаяжон билан таъсир этади ва унинг ишонувчанлиги ва буйсунувчанлиги қанча юқори бўлса, шунча даволаш кўзга кўринарли бўлади.

Суггестив (ишонтириш) даволаш уйғоқ ва гипнотик уйқу ҳолатида ўтказилади.

Ишонтириш (суггестия)ни уйғоқ ҳолатида индивидуал ва жамоа бўлиб ўтказиш мумкин. Ҳушёр ҳолдаги ишонтириш комил ишонч билан ва шифокорнинг таъкидлаши билан, экспресс ҳолатда, буйруқ оҳанглари билан бирдан амалга оширилади. Ишонтиришни дори-дармон билан, физиотерапевтик даволаш усуллари билан қўшиб олиб бориш мумкин. Беморга дори-дармон ичиш ва бошқа тадбирларни қўллаш ижобий натижа беришини тушунтириш лозим.

Уйғоқ ҳолда ўтказилганда, у беморнинг ҳолатига қараб ўзи билан ўзи овора бўлмай, балки қулай ҳолатда ўтириб олади, кўзини юмиб диққат билан шифокорни эшитиши ва ўз хаёллари билан ташқи таъсир этувчиларга чалғимаслиги лозимдир. Ишонтириш сеанси 20—30 минут. Қайта сеанслар фойдалидир.

Руҳий даволовчининг мимикаси, нутқи, тушунтирувчи ҳаракатлари катта аҳамият касб этади. Таъсир этиш кўпинча ишонтириш билан қўшилиб олиб борилади. Даво муваффақияти кўпинча беморнинг шифокорнинг сўзига диққат билан қулоқ солишга боғлик

Гипнотик уйқу ҳолатида ишонтириш (суггезия). Гипноз — пациентни гипноз уйқусига солиш бўлиб, даволовчи ишонтириш таъсирини кучайтириш ва шу йўқ билан даволаш қувватини ошириш усулидаи бири бўлиб, руҳий даволаш кўринишларидан ҳисобланади. Бунда беморни ишонувчанлигидан фойдаланилади.

Гипнотик ишонтириш ўтказилаётганда пациент ишонувчанлигининг аҳамияти ва уни даволовчи эффекти Голейлернинг «гипнозланган» одам, одатдаги ҳолатда жуда ҳам бўш бўлган сезги таъсирларини уйгоқ одамга нисбатан жуда яхши қабул қилади деган гапини тасдиқлайди.

И. П. Павлов томонидан гипнозга физиологик тушун-тириш берилганда бунда гап парциал уйқу ҳақида боради ва қайтиш ҳолатида қўриқловчи пунктининг алоҳида активлиги сақланиб қолади ва у шифокор билан умумий мия контактини сақлаб, чуқур тормозланиши асосида алоқани таъминлайди.

Руҳий даволаш олдиндан беморга гипнознинг мохияти ва максадини тушунтириб хавфсирашини йўқотиш керак, унинг гипнозга мойиллигини синаб кўриш керак. Гипнотик ишонтириш уч этапдан иборат: 1) пациентни гипнотик ҳолатга тушириш — ухлатиш, 2) гипнотик уйқу даврида ишонтириш, 3) гипнотик уйқудан чиқариш. 1 курс гипноз билан даволашда 10—15 сеанс ўтазилади. Гипнозлаш усуллари турличадир. Гипноздан олдин бемор қулай ҳолатда ётиши ёки ўтириши лозим.

Гипноз уйқусини чақириш усулларидан сўз ёрдамида ишонтиришдан кўпроқ фойдаланилади ёки сўз билан унинг нигоҳини ялтироқ нарсага

қаратилади. Гипнозлаш учун, сўздан ташқари кучсиз монотон таъсирдан фойдаланиш мумкин (метроном тақиллаши, куўнғироқ товуши, хира чироқнинг тебраниши ва бошқалар) ҳамда бир хил тартибда терини тактил таъсирловчи тегиш ёки силашдан ишонтириш таъсирида пациент гипнотик уйқу ҳолатига тушади. Шифокор эса сўз орқали алоқани сақлаб қолади. Беморга кўзини юмиб диққат билан ухлаш шақлини эшитишга тақлиф қилинади. Ҳар бир шифокор ўзи учун қулай ухлатиш шаклини танлайди, бундан сўнгги гипноз ҳолатида ишонтириш табиий ҳолда текис монотон ҳолатда, енгил ҳаяжон билан давом эттирилади. Даволаш формуласи гипнотик уйқу вақтида бир неча бор қайтарилади, товушлар буйруқона бўлиб, «ухланг» деб буйруқ бериб қўяди. Биринчи сеанс давомида яхши соғломлик, тетиклантиришга, ишончга қаратилади. Кейинги сеансларда маълум йўналиш олиниб беморлик келтираётган беморнинг қийнаётган ташвишлари йўқолишига ў тилади ва касаллик яхши тамом бўлишига ишонтирилади.

Сеанс охирида пациентга ўзини яхши ҳис қилиш, роҳатланиб дам олганлигини, уйқуга тўйганлигини ишонтирилади. Гипнотик уйқудан чиқиш шифокор буйруғи билан бўлади ва уйғонишни бошқариб туради.

Сеанс охирида шифокор гипноздан чиқариш шақлини гапиради ва шу вақтда мушакларидаги хорғинликни оғирлашгани (ҳаракатсизлиги) йуқолганлигини айтади. Беморга уйга қайтгандан сўнг бир-бир ярим соат ухлаб олса фойдали бўлиши тушунтирилади. Ишониши сустроқ беморларга аввалдан транквилизатор ёки уйқу чақирувчи кичикроқ дозада препаратлар белгиланса бўлади. Гипнозни қўллаш имкониятлари кенг. Одамлар ўртасида гипнозга тушиш қобилиятлари жаҳон адабиётида 60— 90%, нафақат алоҳида-алоҳида, балки гуруҳ-гуруҳ қилиб ҳам ўтказилиши мумкин. Жамоа ёки гуруҳли гипноз билан даволаш В. М. Бехтерев томонидан тақлиф қилинган. Бунинг учун беморни танлаб олиш катта аҳамиятга эга. Гуруга битта-иккита гипнозга яхши берилувчанларни қўшиш мақсадга мувофикдир, чунки жамоа бўлиб гипноз билан даволанаётганда пациентларни ишонувчанлиги ўзаро индукция орқали кучаяди.

Гипноз билан даволашда нохуш асорат бушашишлик, чарчоклик, бўшанглиқ аҳён-аҳёнда ўзидан кетиш, истерик хуруж, гипнозга ўрганиш кабилар бўлиши мумкин. Гипноз билан даволашга чегара ҳолатдаги руҳий бўзилишлар (неврозлар, бош мияни экзоген органик касалликларида), руҳий соматик касалликлар (экзема касалликларида), хафақон, юракнинг ишемик касаллиги, алкоголизм, гиёҳвандлиқ алгик ва агрипоник синдромлар яхши берилади.

Гипнотик уйқуда ишонтиришни қоронғирок хонада шовқиндан алоҳида жойда, бемор қулай ҳолатга ўрнашиб олганда ўтказиш яхшидир.

Жамоа ва гуруҳли руҳий даволаш. Бу усулда руҳий даволовчи шифокор пациентлардан даволаш гуруҳини тузади ва беморларни бир-бирига

даволовчи таъсиротидан фойдаланади. Пациентларни бир даволовчи гуруҳга бирлаштиришда нафақат пациентлардан ҳам фойдаланади. Жамоа бўлиб руҳий даволаш ўтказишда турлича мақсад қўйилади: фаоллаштириш, тушунтириш, тинчлантириш, хаёлини бошқа ёққа жалб қилиш ва ҳоказо. Улар сони буўйича турлича гетероген, турли касалликлар билан оғриган ва гомоген, таркиби бўйича бир жинсли ёки аралаш бўлиши мумкин. Баъзи бир пациентлар туркумини (алкоголик психопатларни) бир жамоа қилиб, ўзаро бир шароитда даво ўтказиш мақсадга мувофикдир.

Гуруҳ билан машғулот ўтказаётганда типик касаллик: аноним муҳокама қилинади (отини айтмасдан), тарбияланади, сабрчидам билан даволанади.

Жамоа қилиб руҳий даволаш кўринишларидан бири оилавий руҳий даволашдир. Оилавий руҳий даволаш касаллик натижасида бузилган оилавий муносабатларни қайта қуришдир. Бу даволаш шакли нафақат даволаш ёки олдини олиш учун, балки невроз ва психозли беморларни тиклаш учун ҳам қўлланилади. Буни беморнинг қариндошлари билан ёки гурух қилиб (қариндош ва беморларни) ўтказиш мумкин.

Руҳий даволашни одатда шифокор ва беморнинг бевосита иштирокида ёки овознигор, телевидение, магнитофон, грампластинка ёрдамида ўтказиш мумкин. Руҳий даволашнинг бу шакллари катта гуруҳ одамлар билан ишлаш учун керак. Услубнинг етишмовчилиги унда қайта мулоқот йўқлигидир (бемор — шифокор).

Аутоген машқ қилиш

Ўз-ўзини ишонтиришдан мақсад ўзини бўшаштириб, тинчлантириб ўз хоҳиши билан организмни вегетатив ва соматик бузилган фаолиятини бошқаришдир. Классик ўзини-ўзи бошқариш усули Шульц томонидан таклиф қилинган (1932). Бу ўзаро бошқариладиган ҳолат ва сезғиларни ишлаб чикаришдан, яъни пациент томонидан 6 та машкни ўзлаштиришдан иборатдир. Бўлар қўйида-гилардир: мушакларни бўшаштириш, ошқозон устки қисмида ва оёқ-қўлларда илиқлик сезишни чақириш, юрак фаолиятини бошқариш нафасни бошқариш ва вазминликни сезишдир. Бўлар ҳаммаси хаёлда махсус танланган сўз шаклларини қайтариш билан бажарилади. Ҳар бир машқ 5—10 минутдан кунига 3 марта ўтказилади. Икки хафта давомида аутоген машқнинг тўла курси 12 ҳафта давом этади. Ўз-ўзини ишонтириш босқичини бошқаришни ва текширишни шифокор олиб боради. Ауто-ген ўз-ўзини машқ қилиш якка-якка ёки жамоа қилиб олиб борилади.

Аутоген машк қилиш турлича келиб чиққан кўпгина касалликларда учрайдиган неврозларда, бронхиал астмада, хафақон касаллигининг бошланғич босқичларида, юракнинг ишемик касалликларида, эндоартериитда, Рейно касаллигида ҳиссиёт кучланишларни олиб ташлайди ёки юмшатади. Бунда хавотирли ҳавфсирашлар, субдепрессив ҳолатлар йўқолиши мумкин ёки кучсизланади. Организмниг янги ва турлича

имкоииятлари очилади ва у беморга таъсирини чуқурлаштиради ва бойитади. Санъат ва мусиқадан, хусусан сўз ёрдамисиз даволаш руҳиятда яхши кайфият ҳосил қилиш учун беморга ёрдам беради.

Психиатрияда даволаш усуллари мавзусига оид тест саволлари

1. Антидепрессантлар курсатинг:

*Амитриптиллин
Депресс
Аминазин
Галоперидол
Трифтазин

3. Нейролептик синдром кайси дориларда ривожланади

Галоперидол
Трифтазин
Феназепам
Альпрозолам
Нозепам

4. Кичик транквилизатор турлари:

Феназепам
Галоперидол
Трифтазин
Диазепам
Альпрозолам
Нозепам

5. Нейролептик турлари

*Галоперидол
Трифтазин
Феназепам
Альпрозолам
Нозепам

6. Антиконвульсант турлари;

Финлепсин
Бензонал
Трифтазин
Диазепам

Альпрозолам
Нозепам

7. Ноотропларни курсатинг:

Церебролизин
Пирацетам
оксибрал
Трифтазин
Диазепам
Альпрозолам
Нозепам

8. Рационал психотерапия:

тушунтирувчи су·бат
ишонтириш сеанслари
гипноз сеанслари
аутотренинг сеанслари
касаллик ички куринишини т´¶ри тушунишда ёрдам бериш
плацеботерапия

9. Максимал каталептоген хусусиятга эга булган нейролептикларни курсатинг:

мажептил
галоперидол
трифтазин
сонапакс
рисполепт
азалептол

10. Эпилепсияни даволашда кулланилади:

ламиктал
финлепсин
* бензонал
литий тузлари
мелипрамин
трифтазин

11. Трициклик антидепрессантлар беришга Карши курсатма:

глаукома

простата бези аденомаси
кандли диабет
подагра
остеохондроз
ошкозон яра касаллиги

12. Делирийни даволаш усулларига киради:

симптоматик терапия
*нейролептиклар
юрак дорилари
дезинтоксикацион терапия
инсулин коматоз терапияси
психотерапия

13. Уткир галлюцинатор синдромни даволаш уз ичига куйидаги дори воситаларини олади:

азалептол
*галоперидол
сиднокарб
аминалон
паркопан
сибазон

14. Рационал психотерапия:

тушунтирувчи гаплашиш
ишонтирувчи сеанслар
гипноз
аутотренинг
узини тутишда иррационал бугинни алмаштириш
касалликни ички тузилишини тугри тушунтириш

15. Неврастенияни даволашда қ´лланилади:

элениум
диазепам
*седуксен
фенобарбитал
финлепсин
бензонал

16. Эпилепсияни даволашда кулланилади:

фенобарбитал
финлепсин
мелипрамин
*бензонал
эглонил
галоперидол

5-БОБ

ПСИХИАТРИК (РУҲИЙ) ВА НАРКОЛОГИК ЁРДАМНИ УЮШТИРИШ

Психиатриянинг асосий мақсади—руҳий касалликларнинг олдини олиш, даволаш ҳамда руҳий ёрдамни ташқил этишдир.

Руҳий ёрдамни ташқил этиш масалалари инсоният олдида турган долзарб муаммолардан биридир. Гап шундаки, кўпгина руҳий касалликлар сурункали давом этади ва беморларни ўзок вақт ва тез-тез кузатиб туришга тўғри келади. Ҳозирги замонавий даволаш ва беморларни парвариш қилишда эришилган муваффакиятлар туфайли беморларнинг умри ўзаймокда. Шунинг учун йил сайин руҳий касалларнинг сони отмокда, шу билан бирга, аҳоли зич жойлашган жойларда уларни даволаш ва ишга жойлаштиришда катта кийинчиликлар вужудга келмокда.

Ҳозирги вақтда руҳий ёрдаминнг энг долзарб вазифалари қўйидагилар: аҳолиминг руҳий соғломлигини ўрганиш, даволаш-профилактика чора-тадбирларини аниқ ташкил этиш ва шу билан бирга руҳий касалликларнинг вақтида олдини олиш ва беморларни ижтимоий тиклаш (реабилитация қилиш) ҳамда ишга мослаштириш чораларини кўриш демакдир. Ҳозирги вақтда бизнинг давлатимизда ҳозирги замон руҳий ва наркологик хизматни ташқил этиш қўйидагиларни ўз ичига олади:

1) психиатрия (руҳият) муассасалари, бўларга:

а) шифохоналардан ташқари ёрдам кўрсатувчи руҳий неврологик диспансерлар;

б) руҳий шифохоналар;

2) наркологик муассасалар—наркологик диспансер ва наркологик шифохона бўлими ва бошқа кўринишдаги муассасалар.

ПСИХИАТРИК (РУҲИЙ) ЁРДАМ

Руҳий (психиатрик) ёрдам — соғлиқни сақлаш муассасалари, ижтимоий таъминот, халқ таълими, корхоналарнинг тиббий-санитария бўлимлари томонидан амалга оширилади. Бу мақсадда руҳий беморларга шифохоналардан ташқари (амбулатория)да ва шифохонада ёрдам ташқил этилган.

Шифохонадан ташқари психиатрик руҳий ёрдам

Руҳий беморларга шифохонадан ташкарида, яъни руҳий асаб касалликлари диспансерида ёрдам кўрсатилади. Руҳий беморларнинг анчагина қисми доимо шифохонада бўлишга муҳтож эмас. Шунинг учун шифохонадан ташқаридаги ёрдам муаммосига алоҳида эътибор керак бўлади.

Руҳий асаб касалликлари диспансерлари вилоятларда, шаҳарларда, туманлараро ва туманларда ташқил этилган бўлади. Бу руҳий ёрдам мажмуасида биринчи бўғиндир. Руҳий асаб касалликлари диспансерларининг фаолиятлари турличадир. Диспансерларнинг асосий вазифаси аҳолига қўйидаги:

1) даволаш, касалликларнинг олдини олишга ёрдам бериш;

2) ижтимоий реабилитация ва реадаптация тадбирларини ўтказиш;

3) касалликни ҳисобга олишни ўтказишдан иборатдир.

1) руҳий асаб касалликлари диспансерларининг даволаш-ташхис қуйиш ишлари. Руҳий касалликларнинг кўп шакл ва боскичлари шифохонада мажбурий ётқизишни талаб қилмайди. Бу беморлар тиббий ёрдамни диспансерда оладилар. Дисиансерда ишлар бўлимларга бўлиш нуктаи назаридан ташқил этилган. Бўлим руҳий шифокори зиммасига ҳисобда турувчи беморларни бирламчи текширишдан ўтказиш, ташхис қўйиш ва амбулатор даволаш ўтказиш ва уларни доимо назоратда тутиш вазифалари киради. Бундан ташқари, шифохонада даволаниб чиққандан сўнг, организмни қувватлаб турувчи дорилар билан даволаш давом эттирилади, бу мақсадда руҳий фармакологик даволаш препаратларидан кенг фойдаланилади. Диспансерга кела олмайдиган беморларга шифокор ва ҳамшира томонидан ёрдам касалнинг уйида кўрсатилади.

Диспансерлар маълум шифохоналар билан боғликдир. Бу эса даволашнинг давомийлигини, бемор устидан іўа касалликнинг ривожи ёки инқирози устидан назорат ўрнатишга имкон туғдиради.

Бўлимларда ёрдам бериш усулидан ташқари, диспансерларда мослаштирилган (кабинет) ҳоналар бор. Руҳий даволаш хоналарида неврозли, руҳий таъсиротли, психопатик декомпенсацияли ва турли функционал беморлар қабул қилинади. Даволаш тадбирлари ўтказилган хонада инъекция ва бошқа тадбирлар учун етарли асбоб-анжомлар бордир. Бўлардан ташқари, физиодаволаш, клиник ташхис тажрибахоналари мавжуддир. Логопедия хонасида нутқи бузилганлар даволанади. Баъзи диспансерларда кундўзги ёки тунги айрим шифохоналар мавжуддир. Даволаш-меҳнат устахоналарида беморлар иш билан машғул бўладилар ва ўз вақтида даволанадилар. Кундузги беморлар бепул овқат билан таъминланадилар.

Даволаш тадбирлари ва меҳнат жараёнлари шифокор ва инструктор раҳбарлигида олиб борилади.

Қишлоқ жойларида ҳам шифохонадан ташқари ёрдам шу нуқтаи назардан олиб борилади. Руҳий даволовчи шифокори йўқ туманларда касалларга диспансер шифокорлари томонидан маслаҳат бериш тартибида ёрдам кўрсатилади, даврий кўриб кузатиш, асаб касалликлари шифокорига ёки даволовчи шифокорга топширилади. Агар лозим бўлса беморлар тегишли туман, шаҳар, вилоят, ўлка ва жумҳурият шифохоналарига йўқланадилар.

2) **ижтимоий ёрдам — реабилитация ва реадаптация чора-тадбирларини ўтказиш.** Диспансерлар нафақат даволаш-ташхис ишларини ўтказади, балки беморни жамиятнинг фойдали аъзоси сифатида сақлаб қолишни максад қилиб куяди.

Беморларни реабилитация қилиш энг аввало қайтадан ижтимоий ҳаётда беморнинг шахсий ҳолатини, индивидуал ва жамиятдаги кийматини тиклашдан (М. М. Кабанов, 1971, 1985), беморни биринчидан, ўзининг кўз ўнгида ўзлигини танитиш, иккинчидан жамият кўз ўнгида бемор ҳолатини тиклашдан иборатдир.

Диспансерларнинг реабилитация қилиш бўлими беморларни иш билан таъминлаш, уларга ҳуқуқий ёрдам, оила, уй шароитларини яхшилашда ёрдамлашиш, корхонадаги ва бошқа тортишувга сабаб бўлган масалаларни ечишда ёрдамлашиш, болаларни болалар муассасаларига жойлаш, бемор устидан ғамхўрлик қилиш, уларга лозим бўлса текинга, навбатсиз уй олишга ёрдам бериш, тўзалгандан сўнг ишга ёки майиб ва мажруҳлар уйига жойлаштириш билан шуғулланади. Агар беморларда меҳнат қилиш кобилияти сақланган бўлса, уларни жамиятга фойда келтирувчи ишларга жойлаштириш масаласи ҳал қилинади. Реабилитация режаларини муваффакиятли амалга оширишда шифохонадан ташқари руҳий ёрдам мажмуаси бўлиши шартдир. Шифохонадан чиққан руҳий беморни реабилитация қилиш вазифалари қўйидагилардан иборат бўлиши керак: касал-ликнинг қайта зурайишининг олдини олиш, резидуал ҳолатларни коррекциялаш ва ишга жойлашувига ёрдам беришдир. Ана шу мақсадда шифохонадан таш-қари руҳий касалларга ёрдам бериш муассасалари яратилган эди. Бу муассасалар сони тараққий этган шаҳарларда йил сайин ортиб бормокда, булар: руҳийасаб диспансерлари ва хоналари, кундузги ва тунги шифохоналарнинг турли шакллари, шифохонадан чиққандан сўнг дам оладиган марказлар, руҳий соғломлаштириш марказлари, даволаш устахоналаридан, саноат корхоналарининг махсус цехларидан, меҳнат профилакторийларидан, пансионатлардан, руҳий беморлар учун клублардан иборатдир.

Бу муассасалар орасида бизнинг мамлакатимизда психоневрологик диспансерлар етакчи ўринга эга ва бу тузилмага руҳий беморларни реабилитация қилишнинг бошқа бўғинлари ҳам киради. Даволаш-меҳнат устахоналари: кундўзги ва тунги шифохоналар ва бошқалар. Кундўзги ва тунги шифохоналарнинг асосий афзаллиги шундан иборатки, беморлар даволаниш даврида ҳаётий жараёндан ажралмайди ва шифохонада ётиб

қолиш хавфи бўлмайди. Кундузги ва тунги шифохонада ётиб даволаниш ва ёрдамнинг бошқа оралиқ шаклларининг борлиги кенг аҳоли оммасини руҳий касалларга тўғри муносабатда бўлишларини таъминлайди.

Руҳий беморларнинг меҳнат реабилитацияси саноат корхонасида ўтказилса анчагина енгиллашади (А. Е. Лифитц, Ю. Н. Арзамасцев, 1975). Руҳий касалларни реабилитация қилиш аввало уларни ижтимоий ҳаётга кайтаришдан, беморни индивидуал ва жамиятда қадрини тик-лашдан, шахсиятини тиклашдан иборатдир (М. М. Кабанов, 1971, 1985), биринчи ҳолатда ўз кўз ўнгида, иккиичи ҳолатда эса уни жамоат кўз ўнгида тиклашдир. Барча реабилитация чора-тадбирларида, барча таъсир усулларида етакчи мазмун бемор шахсини аплекция қилишдир.

ВДСТ тақлифларига биноан (1963) беморларнинг реабилитацияси тиббий, касбига ва ижтимоий реабилитацияга бўлинади. М. М. Кабанов томонидан 1963 йили руҳий касалларни реабилитация қилишнингЗта боскичи тақлиф этилган.

Реабилитациянинг дастлабки босқичи—қайта тиклаш давоси (бошланғич давр) руҳий нуқсон ҳосил бўлишининг олдини олиш, беморнинг майиб-мажруҳ бўлишига йўқ куймаслиқ касалхонада ётиб чиққан деган ҳодисаларнинг олдини олиш, ижтимоий алоқаларни тиклашдир. Қайта тиклаш даволаш босқичида даволашнинг биологик усули билан (медикамент билан даволашни ҳам қўллаганда) турли руҳий ижтимоий таъсирлар (муҳит билан, бандлик билан, бирор нарса билан руҳий даволаш, физик усуллар билан даволаш, жисмоний тарбия ва ҳ.қ.) қўшиб олиб борилади.

Реабилитациянинг иккинчи босқичи қайта адаптациядир. Бунинг вазифаси ташқи муҳит шароитларига мослашиш ва мослашишини қайта тиклашдир. Бу босқичда руҳий ижтимоий таъсиротлар етакчи ўринга ўтади. Буларга меҳнат билан даволаш лозим бўлса, янги касб ўргатиш, педагогик (тарбиявий) ишлар, нафақат бемор, балки уларнинг қариндошлари билан ҳам руҳий даволаш ишларини олиб бориш киради. Руҳий касалхоналарда ўзоқ даволанган беморларни қайтадан ижтимоий ҳаётга кайтариш, яшашга ўргатиш, ишларга ўргатиш, одамларга муомала қилишга ўргатиш катта аҳамиятга эга. Бу бир гуруҳ одамлар ёки оила аъзолари билан муносабатда бўлиш йўқи билан амалга оширилади. Асосий мақсадга эришиш учун даволаш, жисмоний тарбия ишларига эътибор бериш — маданий тадбирлар ўтказиш даволашда ёрдамчи омиллар ҳисобланади.

Реабилитациянинг иккиламчи босқичи асосан касб-ҳунаринн алмаштириш билан тарбияланади. Бу босличда биологик даволаш ва беморни қувватлантириб туриш, ёки касаллик бир оз зўрайганда руҳий таъсир қилувчи дорилар беришдан иборат бўлади.

Реабилитациянинг учинчи боскичи — реабилитациянинг асл маъносига тўғри келади. Бу беморни индивидуал ва жамиятдаги қадрини: атрофдаги ҳақиқатга, яъни касал бўлгунга қадар бўлган ҳолатини ҳуқуқий тиклашдир. Бу масалани ечишнинг асосий омили ижтимоий тадбирлардир. Биринчи ўринда атрофдагиларнинг, оила аъзоларининг беморларга тўғри муносабатда бўлишини уюштириш керак. Бу босқичда клуб

ишлари ҳам яхши ёрдам беради, иш билан чалғиш турли томошалар билан қўшиб олиб борилади. Бу босқичда реабилитация шифо-хонадан ташқи шароитларда (уй меҳнати, даволовчи-меҳнат устахоналарида, саноат корхоналарининг ижтимоий цехларида ва одатдаги саноат корхоналарининг ўзида) олиб борилади.

Реабилитациянинг мақсади маълум ҳолатларда ўзгариб бориши мумкин, бу ҳолат қандай бемор билан иш олиб борилаётганига боғлиқ.

Тиббий омилларга боғлаб реабилитациянинг имкониятларини ҳисобга олиш керак бўлади (жинси, ёши, касалликнинг клиник алоҳидаликлари), муҳит ва шахс боғликлиги (қизиқиши йўналишлари, оила бор ёки йўқлиги, тарбия, ишларга хоҳиш сармоя билан таъминлашганлигини) ва ҳоказолар.

Турли руҳий хасталиклар — шизофрения, тутқаноқ, олигофрения, невроз, алкоголизм ва бошқаларда реабилитация ўзига хос хусусиятларга эга. Масалан, олигофренияда руҳий ижтимоий омилларга эътибор қилинади ва улар орасида тиббий педагогик ва меҳнат билан таъсир қилиш етакчи аҳамиятга эгадир.

Туғма ақли заифликда, эртанги тутқаноқларда, ақлсизлик билан кечадиган турида адаптация қилиш, яъни беморни муҳитга мослаштириш ҳақида гап кетса тўғри бўлади, мослашувчанлигини қайта тиклаш мақсадга мувофиқ эмасдир. Неврозли беморларнинг реабилитация режаси шундай тузилиши лозимки, биринчи навбатда касалликни камситиш ёки ошиқча баҳолашдан сақланиш лозимдир (Б. Д. Карвасарский, 1980).

Алкоголизмга учраган беморларда реабилитацияда жамоат олдида бўлишига эътибор бериш керак.

Реабилитациянинг аниқ максадлари кўпгина омиллар билан боғлик бўлиб, турлича бўлиши мумкин. Мақсад соддароқ бўлганда, масалан, шифохонада ёки уй шароитларида касалга парваришни камайтиришга қаратилган бўлиши (ёш улғайиши билан боғлик бўлган эс пасайишда, шизофрениянинг охириги босқичларида) мумкин. Бошқа ҳолатларда реабилитациянинг мақсади жиддий, бемор касбини ўзгартириш, унга мос иш топиш, хаётга мослаштириш ва ҳ.қ бўлиши мумкин. Ниҳоят, агар касалликни қайтариш қатъий бўлгани ҳолда максад ўзининг аввалги ишига қайтаришга ёки укишини давом эттиришга қаратилган бўлмоғи лозим.

Диспансерлар тарқибида ижтимоий ёрдам ва ҳуқуқий хоналар мавжуд бўлиб, у ерда юридик маълумотли мутахассислар ишлайдилар. Ҳуқуқий хона ходимлари касалларнинг ишлари бўйича судларда ҳимоя қиладилар. Юқорида кўрсатилган реабилитация ва реадаптация хизматларидан ташқари, диспансер уларни вақтинчалик ишга яроқсизлигини текшириб аниқлаб беради, ҳарбий ва суд руҳий экспертизасини ўтказади, хавфли руҳий беморларни жамоатга зарари тегишининг олдини олиш чораларини ишлаб чиқади, тумандаги барча умумтиббий

муассасаларга маслаҳат ёрдамини беради.

Тез руҳий (амбулатор) ёрдамни ташқил этиш. Руҳий касалларда кўпинча паидо бўлувчи турлича шаклдаги руҳий-ҳаракат қўзғолишлар (онгнинг ўзгариши билан кузатиладиган руҳият ўзгаришлари, депрессиялар, айниқса ўз жонига касд қилиш билан кузатиладиган тутқаноқ ҳолати, руҳияти ўзгаришга мойилларда эффектив портлаш ва бошқалар) руҳий шифокорнинг тез ердамига муҳтож бўлади. Шундай ҳолатларда руҳий ёрдамни диспансернинг навбатчи шифокори, йирик шаҳарларда мутахассислашган тез ёрдам бригадаларини чақириш билан амалга оширилади.

Касалликнинг ҳисоби ва қайта тиклашни руҳий асаб диспансерларининг ташкилий-услуб хоналари амалга оширади. Уларнинг вазифасига руҳий касалларни аниқлаш, кузатиш ва даволаш, руҳий касалларни ҳисобга олиб бориш ва қайта тиклаш, ҳозирги замон фан ютуқларини руҳият амалиётига татбиқ этиш, руҳий гигиена ва руҳий профилактика ишларини олиб бориш киради. Бундан ташқари, руҳий-асаб диспансерлари аҳолига асаб-неврологик ёрдам кўрсатишни муҳокама қилади, руҳий хизматни янада ривожлантириш режаларини тузади. Ташкилий илмий-амалий конференциялар ўтказади, руҳий хизмат тўғрисида умумий ҳисоботлар тўзади ва сўровномаларга жавоб беради.

Туман психиатри беморлар орасида руҳий профилактика ишларини олиб боради, руҳий касалларни аниқлайди, уларни доимо кузатиб боради, даволайди, руҳий беморларнинг жамоага хавфли ҳаракатларининг олдини олувчи чора-тадбирларини ишлаб чиқади. Барча руҳий беморлар ҳисобга олинади ва тузалса ёки тумандан бошқа ёкка кўчиб кетса диспансер психиатр-шифокорлар томонндан ҳисобдан чиқарилади.

Шифохонадан ташқари ёрдам қишлоқ жойларда шаҳар туманларида бўлгани каби усулларда олиб борилади. Агар шифокор-психиатр булмаса беморларни қишлоқ участка шифокори кузатади. Беморларнинг услубий бошқарилиши ёки уларга маслаҳатлар вилоят руҳий-асаб диспансери томонидан олиб борилади.

Стационар руҳий ёрдам

Руҳий беморларни стационарда даволаш учун асосий муассаса руҳий шифохонадир. Бундан ташқари, руҳий беморларга стационар ёрдам руҳий-асаб диспансерларида кўрсатилади. У ерга беморларни ташхис қуйиш ва аниқлаш мақсадларида ҳамда руҳий беморликнинг бошланғич шакллари ва чегара ҳолатларидаги беморлар ётқизилади.

Руҳий шифохона

Руҳий шифохона руҳий беморларни стационар даволовчи асосий даволаш муассасасидир. Шифохона қўйидаги: беморларни қабул қилувчи

қабул қилиш бўлими ва турли йўналишдаги даволаш бўлимларидан иборатдир. Беморларни бўлимларга тўғри тақсимлаш муҳим аҳамиятга эгадир. Руҳий ёрдам беморларнинг турларига боғлик бўлади. Турли руҳий касалликлар бир хил шароит ва даволаш ҳолатларида сақланувчи аралаш бўлимлар билан биргаликда мўтахассислашган: соматик, юқумли, қариялар, болалар, чегара ҳолатлари, судпсихиатрия, реабилитацион (кундузга ва тунги стационарлар, даволовчи меҳнат устахоналари), шаҳардан ташқаридаги ва бошқа бўлимлар мавжуддир. Бундан ташқари, руҳий ёрдам сўнгги вақтларда ташқил этилган умумий соматик шифохоналарнинг руҳий неврологик бўлимларида . Бу бўлимларда асосан чегара ҳолатларидаги, енгил ёки бошланиш босқичидаги руҳий беморлар даволанадилар. Ҳар бир руҳий диспансерлардаги руҳий стационарлар, умумий соматик шифохонадаги руҳий касаллар бўлимларининг ўзига бириктирилган хизмат қўрсатиш туманлари бўлади ва шу туманлардан беморлар шу стационарларга йўқланади. Бундай беморларнинг маълум бир ҳудудларга булиниши беморларни даволашда давомийликни таьминлайди. Бир қатор руҳий шифохоналарда ва бўлимларда иш олиб бориш очиқ эшиклар тизими каби, яьни руҳий беморларнинг аҳволи умум соматик шифохоналарнинг ҳолатлари билан тенглаштирилади.

Тиклаш давоси ўтказиш учун руҳий шифохоналарда даволаш-меҳнат устахоналари мавжуддир. Даволаш-меҳнат устахоналаридаги асосий вазифа, беморлиги туфайли йўқотган ёки сақланиб қолган ишлаш кобилияти ни тиклашдан иборатдир. Реабилитация жараёнида беморлар иш жараёнида соддароқ ишдан мураккаброгига ўтказиб борилади. Устахоналарда одатда қоғоз махсулотлари, дурадгорчилик, тикиш-бичиш, турл-и деталларни йиғиш, тугмачи "цехи, асбоб-ускуна цехи, болаларнинг арча уйинчоғини ясовчи цехлар мавжуддир.

Меҳнат билан даволаш руҳий беморларга меҳнат қилиш ва касб адаптациисини вужудга келтиради. Беморларнинг меҳнатига ҳақ тўланади. Беморлар бу уста-хоналардан ишни уйига ҳам олиб кетиши мумкин. Уста-хонанинг ўзида ишловчилар учун бепул овқат ва дори-дармонлар билан даволаш ташқил этилади. Даволаш меҳнат устахоналари вазифасига шифохона бўлимларининг ичида ҳам меҳнат билан даволанишни ташқил этиш киради. Меҳнатнинг тури ва ҳар бир бемор учун даволовчи шифокор ёки меҳнат билан даволовчи махсус шифокор томонидан белгиланади. Руҳий шифохоналарда беморларни ҳар томонлама тскшнриш учун барча шароитлар мавжуддир. Бу эса аниқ ташхис қўйиш учун ва унинг ҳолатини тўғри баҳолаш учун керакли шароитни вужудга келтиради. Бунинг учун турлича тажрибагоҳлар (клиник-биохимиявий, функционал диагностика, электро-энцефалография, рентген кабинети, терапевт, невропатолог, кўз шифокори, жарроҳ гинеколог, стоматолог, психолог, гипнотерапия) махсус кабинетлари мавжуддир. Бўлимларда даволаш тадбирларини ўтказиш хоналари, дориларни таксимлаш хоналари, махсус даволаш усул-ларини ўтказувчи хоналар (инсулин билан даволаш, ЭСТ, уйқу билан даволаш, руҳий даво, гипноз билан даволаш, сексопатологик) мавжуддир. Бундан

ташкари, гипнотерапия (ванна, душ) ва меҳнат билан даволаш устахоналари бордир.

Бўлим ичидаги кабинетлардан ташқари, умумий шифохонанинг турли бўлимлари: физиотерапия, гидротерапия бўлимлари, уқалаш хоналари мавжуддир.

Чегара ҳолатларидаги (неврозлар, психопатиялар, реактив ҳолат) беморлар даволанадиган бўлимларда кун тартиби ва режаси умум соматик шифохонасининг бўлимлариникидан фарқ қилмайди. Бўлимда дам олиш хоналари ва беморларнинг қариндошлари билан суҳбат қилиш имкони бор хоналар ҳамда маданий машғулотлар хонаси, кутубхона, зангори экран, радио эшитиш хоналари, ҳар бир бўлимда спорт майдончаси бор, сайр қилиш учун богғ бордир. Бўлимларда турли расмларнимг бўлиши, гилам ёки полослар ва жиҳозларнинг бўлиши катта аҳамиятга эга. Болалар бўлимларида уйинчоқлар, болалар майдончалари, ўқув ва нутқини тўғрилаш хоналари бўлади.

Руҳий касалларни стационар даволаш учун руҳий-асаб диспансерлари ёки поликлиникаларнинг руҳий шифокори ёки махсус руҳий шифокорлар жамоаси томонидан олиб борилади.

Шифохонага йўқлаш беморни ёки уларнинг қариндошлари розилигига қараб бўлади. Агар бемор ижтимоий хавфли бўлса шифохонага бемор қариндош-уруғларининг розилигисиз — шифокорлар комиссияси тавсияси билан юбориш мумкин. Хукуқни бўзган руҳий беморларни, суд уларни ўзини билмайдиган ҳолатда деб ҳукм чиқарса, суд уларни мажбурий даволаш учун йўқлайди. Тез ётқизишга мажбур бўлган беморларни, жамоат учун хавфли бўлган касаллар биринчи кун давомида хайъат шифокори томоиидан қараб чиқилади, унга лозим бўлган даво ва тартиб касаллик тарихномасига ёзиб қўйилади.

Шифохонадан чиқариш бўлим бошлиғининг розилиги билан даволовчи шифокор томонидан амалга оширилади. Кетувчи беморга касаллик тарихномасидан кўчирма эпикриз (хулоса) ёзилиши жоиздир. Унда касалликнинг кечиши, даволаниш даври, қандай даво утказилганлиги, кейинги даволаш тадбирлари, иш бўйича тавсиялар ёзилган бўлади. Бемор турадиган жойидаги руҳий асаб диспансерига бу тарихномадан кўчирма юборилади. Бу билан давомийлик (руҳий диспансерга бу тарихномадан кўчирма юборилади) ёрдам нуқтаи назари амалга оширилади.

Руҳий ёрдамнинг энг мухим қисмларидан бири ижтимоий таъминот вазирлиги қарамоғидаги руҳий-мажруҳ беморлар интернатидир. Бундай масканларга даволанишга муҳтож туғма руҳий беморлар ва ҳеч кими йўқ руҳий беморлар олинади.

НАРКОЛОГИК ЁРДАМ:

1975 йилдан бошлаб умумий руҳий ёрдам системасидан наркологик ёрдам ажратилди.

Шифохонадан ташқари наркологик ёрдам мўтахассислашган дисиансерда ўтказилади. Диспансер вазифасига алкоголизм, наркомания, токсикоманияга мубтало бўлаётгандарни аниқлаш ва алкоголик бўлиб қолган беморларни ҳисобга олиш, бу хасталикларни даволаш ва олдини олиш ҳамда уларга ижтимоий ёрдам бериш масалалари киради. Диспансер саноат корхоналарида, му-ассасаларда, ётоқхоналарда, мактабларда, МПТУЮ ва бошқа жойларда профилактика ишларини олиб боради. Наркологик диспансерлардаги нарколог шифокор хизмат қилиш зонасида даволаш-профилактика ишларини олиб боради. Наркологик хизмат фаолиятининг ташкилий услубий фаолиятини таҳлил қилади, аҳолига наркологик ёрдам чора-тадбирларини ишлаб чиқади, янгича иш шакли ва усулларипи ўрганади. Йирик саноат корхоналарида, қурилиш ташкилотларида наркологик кабинетлар ва фельдшерлик наркологик пунктлари мавжуддир. Улар психиатр-нарколог раҳбарлиги остида иш юритадилар.

Стационар наркологик ёрдам, наркологик шифохоналарда (бу йирик шаҳарлардагина бўлади), наркологик диспансерларнинг ва руҳий шифохоналарнинг стационар бўлимларида олиб борилади. Баъзи бир наркологик диспансерларда кундузги стационарлар ва тунги профилак-торийлар ташкил этилгандир. Сурункали алкоголизм, наркоманларни, токсикоманларни шифохонага ёткизиб даволаш зарурдир. Наркодиспансерларда биринчи ва қайта тушувчилар учун алоҳида бўлимлар ва алкоголли психоз ҳолатлари учун алоҳида шароит ҳам мавжуддир. Алкоголизм дардига мубтало бўлганларни мажбурий равишда даволаш — меҳнат профилакторийсига ётқизиш мумкин. Даволаш фойда бермаса, алкоголизм қайталаниб турса, бўлар мажбурий даволашга кўрсатмалар ҳисобланади. Даволаш муддати 2 йилгача. Бемор муваффақиятли даволангач, ўзини намунали тутиб юрса ва ижтимоий меҳнатда ўзини кўрсатса, ўша шифокорлар комиссияси қарор қилиб муддатидан аввал мажбурий даволашдан озод қилиниши мумкин.

Наркологик диспансерларда ва шифохоналарда ёрдамчи бўлимлар, клиник ва биохимиявий тажрибагоҳлар, функционал ташхис хонаси, рентген хонаси, физиотерапия хоиаси, терапевт, невропатолог, окулист, психолог, гипнотерапия хоналари ва мастлик даражасини аниқлаш хоналари мавжуддир.

Шифохонадан ташқари, руҳий ёрдам умумий поликлиника ёрдами билан яқин алоқада ишлайди. Шу мақсадда умумий лоликлиникада психиатр-терапевт хонаси очишга қарор қилинди. Бу эса умумий ва руҳий ёрдам касалларини мослаштиришга ёрдам беради.

Психиатрик ва наркологик ёрдамни ташкиллаштириш мавзуси буйича тест саволлари

1. Психиатрик стационарга ётқизиш учун к´рсатмалар:

агрессияга мойил б´лмаган маниакал •·олат
овкатдан захарланиш васвасаси, овкатдан бош тортиш
неврозлар
тугма акл заифлик
*императив галлюцинациялар
кататоник ступор

2. Кайси касалликларда овкатдан бош тортиш кузатилади:

*анорексия
депрессив синдром
кататоник ступор
маниакал синдром
гебефреник синдром
псевдодеменция

3. Куйидаги холатларнинг кайси бирида социал хавфли ва суицидал хулк кузатилади:

деменция
патологик аффект
кунгли бушлик
*ажитирланган депрессия
апатико-абулик холат
*дисфория хуружи

4. Шошилинч госпитализация учун к´рсатмалардан бири:

*ажитирланган депрессия
психорганиқ синдром
*ктатоник қўзғалиш
обсесив синдром
апатико абулик синдром
олигофрения имбециллик даражасида

5. қуйидаги ҳолатларнинг қайси бирида жамоат учун хавфли ва суицидал хулқ-атвор юзага келиши мумкин :

*дисфория хуружи
патологик мастлик
классик (тормозланган) депрессия
кўнгилбўшлик
*ажитирланган депрессия

6-БОБ

РУҲИЙ КАСАЛЛАР ЭКСПЕРТИЗАСИ

I. Адлия-руҳий касалликлар экспертизаси

Тиббий экспертизалар орасида энг керакли ва қийин тармоқ — бу руҳий касалликлар экспертизасидир. Жамики давлатлар қонунчилигида руҳий касалларнинг жамиятдаги ўрни, фукаролик ҳуқуқлари, жиноий жавобгарликлари ва гувоҳлик қоидаларининг меъёрлари берилган.

«Қадрсизлик» деган тушунча руҳий касалларнинг жамиятдаги ўрнини аниқлаб берадиган асосии юридик т-шунчадир.

Қонунда руҳий касалларга тааллуқли бўлган фуқаролар иши бўйича қатор махсус кўрсатмалар бор. Бу уларнинг қобилиятсизлигини, маълум кишиларнинг улар учун гувоҳлик томонидан жавобгарликларини ва ҳоказо томонларини кўрсатади. Руҳий касаллар томонидан жиноят содир этилганда асосии ва муҳим масала уларни жиноий жавобгарликка тортиш ёки тортмасликдир. Бунда содир этилган жиноят ва таҳлил қилинаётган пайтдаги аҳволи ҳисобга олинади.

Демак, ақл қочганликнинг икки ўлчови бор. Биринчиси тиббий-сурункали руҳий касалликлар, вақтинчалик руҳий фаолиятининг бузилишлари борлар учун. Иккинчиси юридик-касаллик ҳолатида ўзи содир этган жиноят ҳақида ҳисоб бермаслик учун.

Бу моддага тўғри келадиган сурункали руҳий касалликлар қаторига маълум белгили касалликлар, масалан, шизофрения, кучайиб борувчи паралич, тутқаноқ ва ҳоказо киради. Руҳий фаолиятнинг вақтинчалик бузилишларига сумерик ҳолат, ҳар хил патодогик аффектларни киритиш мумкии. Бироқ санаб ўтилган бирор-бир бузилишлар уларнинг ақли қочганлигини аниқлаб бериш учун етарли эмас. Фақат бемор ҳолати шундай юқори даражада бўлиши керакки, бунда у содир этилган жиноят ҳақида ҳисоб бермаслиги керак. Қачонки суд олдида айбланувчининг ақли қочган пайтда жиноят қилганлиги ҳақида савол қўйилар экан ҳар қандай вазиятда ҳам суд адлия-руҳий касаллик экспертизасини олишга мажбур.

Адлия-руҳий касаллик экспертизасининг вазифалари қўйидагилар:

1. Жиноий жавобгарликка тортилаётган қўлга олинган шахснинг ҳолатини аниқлаш ва қилиниши керак бўлган тиббий тадбирлар ҳақида хулоса.

2. Топшириқни бажармаётган даврдаги руҳий бўзилишлар белгилари топилганда шахснинг руҳий ҳолатини аниқлаш ва ушбу шахс устидан

ўтказилиши керак бўлган тиббий тадбирлар ҳақида хулоса.

3. Талаб қилинган пайтда жабрланувчи ва гувоҳларнинг руҳий ҳолатини аниқлаш.

4. Суд фуқаролик жараёнида, агар шахснинг руҳий саломатлигига шубҳа туғилса қобилиятсизлиги ҳақида хулоса.

Адлия-руҳий касаллик эксперти фақат олий тиббий маълумотга эга бўлган шифокор-психиатр мутахассиси бўлиши мумкин.

Амалиётда ҳар кандай холатда ҳам экспертиза қидирув органлари ёки суднинг таклифи билан амалга оширилади.

Текширилаётган шахснинг ҳолатига қараб экспертиза касалхона ёки амбулатория, судда, изқувар иштирокида ўтказилади. Руҳий саломатлиги, ақли қочганлиги ёки қобилиятсизлиги ҳақидаги адлия-руҳий касаллик хулосаси ҳал қилинаётган иш материаллари, гувоҳлик ҳужжатлари ва руҳий текширувлар ўрганилгандан кейин берилади.

Адлия-руҳий касалликлар экспертизаси маълумотлари уч қисмдан иборат бўлган далолатнома (акт) кўринишида тўлдирилади.

Биринчи — кириш: унда экспертиза ўтказилган жой ва вақт, эксперт ҳайъатининг таркиби, текширувчининг паспорт маълумотлари, ишнинг қисқа мазмуни ва ким томонидан экспертга (олингани) юборилганлиги курсатилади.

Иккиичи — констатация — текширув: бунда текширувчининг экспертиза вақтидаги руҳий, неврологик, жисмоний ҳолатлари ва лаборатория маълумотлари кўрсатилади.

Учинчи—хулоса: бунда унинг руҳий ҳолатига баҳо берилиб, касаллик аниқланса ташхис қўйилади. Бундан ташқари, бу қисмда экспертиза олдига қўйилган барча вазифаларга жавоб ҳам шу ерда берилиши керак.

Далолатномага барча ҳайъат аъзолари қўл қўйишлари керак агар далолатноманинг бирор қисми билан келишилмаса ўз фикрини ёзма бериши мумкин.

Бу хил тиббий тадбирларга қўйидагилар киради:

1) умумий психоневрологик ва руҳий касалликлар шифохонасида мажбурий даволаш;
2) умумий ҳолатларда психоневрологик касалхоналарда даволаш;
3) махсус руҳий касалликлар муассасаларида мажбурий даволаш;
4) қариндош-уруғларига ёки ҳомийларига топшириш ва шифокор назоратига олиш.

Барча тадбирлар унинг жамиятга бўлган хавфига қараб белгиланади. Мажбурий даволанишга юборилган ҳар қандай бемор ҳар 6 ойда

саломатлигини текширтириб туриши керак.

Мажбурий даво даволаш муассасасининг кўрсатмасига биноан суд томонидан тўхтатилади. Бунда албатта эксперт комиссияси хулосаси бўлиши керак.

Юқоридаги суд олиб бораётган ишларни прокуратура ўз назоратига олади.

II. Меҳнат экспертизаси

Амалиётда меҳнатга яроқсизлик икки асосий кўриниши билан фарқланади: вақтинчалик ва турғун (ўзок вақтли). Бу хил бўлиниш амалиётда катта аҳамиятга эга бўлса-да, лекин улар нисбий ҳарактерда, яъни вақти-вақти билан бири иккинчисига айланиб туради.

Ишга яроқсизлик вақтинчалик ёки қисман бўлиши мумкин.

Бемор касаллиги туфайли ишдан у ёки бу муддатга озод этилса, бу тўлиқ ишга яроксизлик дейилади. Буни даволовчи шифокор белгилайди. Агар узоқ вақтга зарурат бўлса, ВКК белгилайди. Агар бемор белгиланган ишни тўлиқ бажаролмай бошқа ишга вақтинча ўтказидса, бу вақтинчалик ишга яроқсизлик дейилади.

Меҳнат кобилиятининг турғун бузилиши эса саломатлигига путур етганда ёки касаллиги сурункали шаклга утса ва вақти-вақти билан хуружлаб турса юзага келади.

Амалиётда меҳнат кобилиятининг турғун бузилишининг икки кўриниши фарқланади: 1) меҳнат қобилиятининг тўлик йўқолиши, 2) тўлиқсиз меҳнат қобилияти. Бўларнинг ҳар иккиси ҳам ногиронликка олиб боради.

Ногиронликнинг уч гуруҳи фарқланади: I гуруҳ меҳнат қобилиятини тўлиқ йўқотган ва доимий ёрдамга ва назоратга муҳтож. II гуруҳ бирор касб мехнатига нисбатан меҳнат қобилиятини тўлик йўқотган, оддий ишлаб чикариш шароитида иш бажаролмайдиган. III гуруҳ оддий ишлаб чиқариш шароитида ўз касбини тизимли бажаролмайдиган, лекин қолган меҳнат қобилиятини енгил ишларга сарф эта оладиган.

Махсус мактаб ва курслар уларни меҳнат фаолиятига тайёрлаб беради. Ногиронлар уйи, кооперациялари, артеллари оддий ишлаб чиқариш шароитида ишлай олмайдиганларга ёрдамлашади.

Тўлиқсиз меҳнат қобилиятига эга бўлган шахсларнинг ҳам махсус гуруҳлари бўлади. Шу гуруҳларга меҳнат кобилияти пасайган сурункали касаллиги бўлган беморлар (ногирон эмас) киради. Бўлар ишлаб чиқариш шароити ўзгарган ёки бошқа ишга ўтказилган бўлишлари керак. Бироқ улар ногиронлик пенсиясига кирмайдилар ва уларнинг саломатлиги экспертизада кўрса-тилади. Уларга ишнинг турини шифокор маслаҳати комиссияси (ВКК) аниқлаб беради.

Юқорида санаб ўтилган барча меҳнатга яроқсиз турлари ва шакллари бирор руҳий касалликлар муассасаларида экспертиза орқали тасдикланади. Ногиронлик гуруҳлари эса тиббий-меҳнат экспертиза ҳайъати хулосасига биноан ижтимоий таъминот бўлимларида аниқланади. 60 ёшдан ошган эркак ва 55 ёшдан ошган аёл ногиронлар ҳамда меҳнатга яроқсизликнинг турғун шак-лидагилар (ақлсизлар, шол бўлиб қолганлар) учун ногиронлик гуруҳлари доимий муддатга белгиланади.

Руҳий касаллик тез ўзгарувчан бўлади. Шунинг учун экспертиза беморнинг ногиронлигини, касаллигини, иш шароитини, яшаш муҳитини чуқур ўрганади.

Агар бемор бирор руҳий бузилиш билан доимий ёрдамга муҳтож бўлса, I гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

Оғир шизофрения билан оғриётган I гуруҳ ногирони қайта текширувда аҳволи яхшиланган аниқланса, II ёки III гуруҳ ногиронлигига ўтказилади.

Ўз вақтида даволанса кучайиб борувчи фалаж ташхиси қўйилган шахс ҳам ишга кайтиши ёки ногиронлик гуруҳи ўзгартирилиши мумкин. Бироқ мия атероеклерози бўлган бемор ҳеч қачон бошқа ишга ўтказилмайди, чунки уларнинг ўрганиши қийин.

Мия-суяк жароҳатидан кейин руҳий бузилиш билан асоратланганларга ҳам вақтинчалик ногиронлик белгиланади.

Ногиронлик гуруҳларига ажратишда агар шубҳа туғилса албатта ижтимоии аҳволи ҳисобга олинади. Қолаверса, ҳамма руҳий бузилишларда ҳам меҳнат қобилияти тўлиқ йўқолмайди. Шунинг учун бўларда вақтинчалик меҳнат қобилияти йўқолишини унутмаслик керак. Шундай бузилишларга неврозлар, ҳар хил реактив ҳолатлар ёки асаб сиетемаларининг жароҳатланиши ки-ради.

Агар экспертиза бундай ҳолларда беморни меҳнат ва дам олишни ташқил этишга даъват қила олса, бу унинг катта ютуғи бўлади.

III Ҳарбий-руҳий касаллик экспертизаси

Бу экспертиза армияга юбориладиганларни текширадиган ҳарбий комиссариатдаги, ҳарбий билим юртларидаги ва шунингдек гарнизон ва госпиталлардаги ҳайъатларга кирадиган шифокор-психиатрлар томонидан тузилади.

Ҳарбий-руҳий касаллик экспертизаси мавжуд ҳужжатлар асосида тўғри ва аниқ олиб борилиши керак.

Ҳар бир шахснинг соғлиги баҳоланаётганда ундаги мавжуд касалликлар ёки етишмовчиликлар, унинг характери ва даражаси, армияга чақирилгунча бўлган меҳнат қобилияти ёки армиядаги даври ўрганилади.

Ўзини соғлом ёки носоғ ҳисоблашидан қатъий назар умумии тиббий кўрикдан ўтишга мажбурдир. Шундан кейин ундаги субъектив шикоятлар, лаборатория маълумотларига ҳам қаралиб, унинг соғлигига баҳо берилади.

Армияга чақирилаётган шахс томонидан кўрсатилган ҳар қандай сўровнома ва материаллар уни армиядан озод қилишга етарли эмас.

Агар текширув ўтказаетган шифокор соғлигини баҳолаётганда қийналиб қолса, у бирор даволаш муассасасига мурожаат этади. Бунда аниқ муддати кўрсатилади. Даволаш муассасаларининг ва мутахассис шифокорнинг билдирган фикрлари армияга чақирилувчилар комиссияси учун ҳал қилиш овозига эга эмас, балки йигитнинг ҳарбий хизматга яроқли ёки яроқсизлигини аниқлашда материал ҳисобланади, холос.

ҚАЙТА КЎРИБ ЧИҚИШ БЎЙИЧА КАСАЛЛИК, ЖАРОҲАТ ВА ЎЛИМ САБАБЛАРИНИ ХАЛҚАРО СТАТИК ТАСНИФИ (КЎЧИРМА)

ПСИХИК БУЗИЛИШЛАР

I. ПСИХОЗЛАР (290—299)

Бош миянинг органик шикастланиши натижасида келиб чиқадиган пеихотик бузилишлар (290—294).

290. Сенилли ва пресенил органик руҳий ҳолатлар.

290.0 Сенилли деменция, оддий типи.

290.1 Пресенил деменция.

290.11 Сенил деменциянинг эрта варианти.

290.12 Бош миянинг ўчоқли атрофиясидаги деменция.

Альпреймер касаллигидаги деменция Пик касаллигидаги деменция

290.2 Депрессив ёки параноид типдаги сенил деменция.

290.3 Ўткир чалкашиш ҳолатлари билан асоратланган сенил деменция.

290.4 Атеросклеротик ақлнинг камлиги.

290.8 Сенил ва пресенил органиқ руҳий ҳолатларнинг бошқа турлари.

291. Алкоголли (металкоголли) психозлар.

291.0 Оқ алаҳлаш.

Алкоголли деменция

291.1 Типик (классик) алкоголли делирий.

291.2 Абортив алкоголли делирий.

291.3 291.1 Алкоголли энцефалопатиялар.

291.11 Корсаковнинг алкоголли психози.

291.12 Гайс-Верникенинг алкоголли энцефалопатияси.

291.2. Алкоголли ақли камликнинг бошқа шакллари.

291.3 Бошқа алкоголли галлюцинозлар.

291.31 Ўткир алкоголли галлюциноз.

291.32 Уртача ўткир алкоголли галлюциноз.

291.33 Сурункали алкоголли галлюциноз.

291.4 Патологик мастлик.

291.5 Рашкдан алкоголли алаҳлаш.

291.8 Бошқа алкоголли психозлар.

292. Гиёҳ ва бошқа воситаларни кўп истеъмол қилиш туфайли келиб чиқадиган заҳарланиш ҳолатлари.

293. Органик касалликлар туфайли келиб чиқадиган ўтиб кетувчи психотик ҳолатлар.

293. Ўткир ўтиб кетувчи психотик ҳолатлар.

293.1 Энцефалит ва менингоэнцефалит оқибатида.

293.2 Менингит оқибатида.

293.3 Захм оқибатида.

293.4 Бош мия жароҳатлари оқибатида.

293.5 293.05Эпилепсия оқибатида.

293.1 Уртача ўткир ўтиб кетувчи психотик ҳолат.

294 Органик касалликлар оқибатида келиб чиқувчи бошқа (сурункали) психотик ҳолатлар.

294.0 Корсаков синдроми (алкоголсиз).

Бошқа психозлар (295—299)

295. Шизофреник психоз.

295.0 Оддий типи.

295.1 Гебефреник типи.

295.2 Кататоник типи.

295.3 Параноид типи, 295

295.4 Ўткир шизофреник эпизод.

295.5 Латент (суст кечувчи, кам прогрессив) шизофрения.

295.51 Неврозсимон ва психопатсимон симптоматикали.

295.52 Суст кечувчи оддий шизофрения.

295.53 Суст кечувчи параноид шизофрения.

195.6 Қолдиқли шизофрения.

295.54 Латент шизофрения.

295.7 Шизоаффектив тип.

295.71 Декуррент шизофрениядаги ўткир психозлар.

295.73 Декуррент шизофрениядаги ремиссиялар.

295.8 Шизофрениянинг бошқа шакллари.

296. Аффектив психозлар.

296.0 Маниакал-депрессив психознинг маниакал типи.

296.1 Маниакал-депрессив психознинг депрессии типи.

296.13 Инволюцион меланхолия.

296.18 Циклотимия.

297 Параноид ҳолатлар.

297.1 Паранойя.

297.2 Парафрения.

297.21 Инволюцион параноид.

297.3 Индуцирланган психоз.

298 Бошқа ноорганик психозлар.

298.0 Реактив депрессив психоз.

298.1 Ўткир реактив қўзғалиш.

298.2 Реактив чалкашлик.

298.3 Ўткир параноид реакция.

298.4 Психоген параноид психоз.

298..81 Психомотор кўзғалиш фонида кечувчи истерик психоз.

298.82. Психомотор тормозланиш фонида кечувчи истерик психоз.

298.83 Ступор шаклдаги аффектив-карахтлик реакцияси.

298.9 Симптоматик ва бошқа аниманмаган психозлар.

298.91 Интоксикация оқибатида.

298.92 Системали инфекциялар билан асоратланган.

298.93 Бошқа соматик касалликлар оқибатида.

298.94 Туғувчи аёллардаги туғруқ билан боғлиқ психозлар.

298.95 Климакс сабабли.

298. 96 Инволюция сабабли.

299. Болалик ёшига хос психозлар.

П. ПСИХОТИК ХАРАКТЕРГА ЭГА БЎЛМАГАН НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАР, ПСИХОПАТИЯЛАР ВА БОШҚА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

(300—311, 314—315)

300. Невротик бузилишлар.

300.0 Қўркув (ваҳима) неврози.

300.1 Истероневротик бузилишлар ва Гензер синдроми.

300.11 Истерик невроз.

300.12 Ганзернинг истерик синдроми.

300.2 Невротик фобиялар.

300.2 Шилқимлик неврози.

300.4 Депрессив невроз.

300.5 Неврастения.

300.6 Невротик деперсонализация синдроми.

300.6 Ипохондрик невроз.

300.7 Бошқа невротик бузилишлар.

300.8 Аниқланмаган невротик ва экзоген этиологияли неврозсимон ҳоллар.

300.92 Интоксикация сабабли неврозсимон ҳолатлар.

300.93 Системали инфекция сабабли.

300.94 Соматик инфекцион бўлмаган касалликлар сабабли

300.95 Модда алмашинуви, ўсиш, овқатланишнинг бузилиши сабабли.

300.96 Климакс сабабли.

300.97 Инволюция сабабли.

301 Шахснинг бузил и ши.

301.0 Параноид типдаги шахс бузилиши.

301.1 Аффектив типдаги шахс бузилиши.

301.2 Шизоид типдаги шахс бузилиши.

301.3 Қўзғалувчи типдаги шахс бузилиши.

301.4 Ананкастик типдаги шахс бузилиши.

301.5 Истерик типдаги шахс бузилиши.

301.6 Астеник типдаги шахс бузилиши.

301.7 Ҳиссий ўтмаслик типидаги шахс бузилиши.

301.8 Шахс бузилишининг бошқа турлари.

301.81 Турғунмас типдаги шахс бузилиши.

301.82 Мозаик полиморф психопатия.

301.83 Парциал дисгормонал психик инфантилизм.

301.89 Шахс бузилиши ва психопатияиинг бошқа турлари.

301.9 Аниқланмаган типдаги шахс бузилишлари ва

экзоген этиологияли психопатсимон ҳолатлар.

301.92 Интоксикация сабабли психопатсимон ҳолатлар.

301.93 Системали инфекция сабабли.

301.94 Модда алмашинуви, ўсиш ва овқатланишнинг бузилиши сабабли.

301.95 Бошқа соматик бузилишлар сабабли.

301.96 Климакс сабабли.

301.97 Инволюция сабабли.

301.98 Бошқа сабабларга кўра.

302 Жинсий айниш ва бузилишлар

302.0 Гомосексуализм

302.1 Ҳайвонлар билан алокада бўлиш.

302.2 Педофилия.

302.3 Трансвестизм.

302.4 Эксгибиционизм.

302.4 Трансексуализм.

302.5 Психосексуал индивидуалликнинг бузилиши.

302.6 Фригидлик ва импотенция.

302.7 Бошқа жинсий айниш ва бузилишлар.

303. Сурункали ичқиликбозлик (алкоголизм).

303.1 Сурункали алкоголизм I босқичи.

303.2 Сурункали алкоголизм II босқичи.

303.3 Сурункали алкоголизм III босқичи.

303.4 Дипсомания.

304. Гиёҳвандлик ва заҳарвандлиқ

304.0 Опиумли алкалоид, унинг ҳосилалари ҳамда синтетик анальгетикларни истеъмол қилиш сабабли гиёҳвандли

304.1 Опий.

304.2 Омиопон, морфин гидрохлорид.

304.3 Кодеин, кодеин фосфат.

304.4 Этил морфин гидрохлорид (дионин).

304.5 Промедол.

304.6 304.07 Бошқалар.

304.1 Наркотиклар гуруҳига кирувчи седатив, гипиотик, тинчлантирувчи воситалар истеъмол қилиш сабабли гиёҳвандлик

304.11 Ноксирон.

304.17 Бошқалар.

304.2 Кокаинни кўп истеъмол қилиш гиёҳ-вандлиги.

304.3 Наша препаратлари: канпас, наша, марихуана, гашишларни кўп истеъмол қилиш гиёхвандлиги.

304.4 Наркотиклар гуруҳига кирувчи психотроп препаратларни кўп истеъмол қилиш гиёҳвандлиги.

304.47 Наркотикларга кирувчи психотроп препаратлар. Амфеталин гуруҳи. Фепметразин (грацидин, дезапимон) Метилфанидат (меридил, риталин, центедрин).

304.5 Наркотиклар гуруҳига кирувчи галлюциноген препаратларни кўп истеъмол қилиш гиёҳвандлиги.

304.57 Наркотиклар гуруҳига кирувчи галлюциноген препаратлар, ЛСД ва унинг ҳосилалари.

Псилацибин.

Мескалин.

304.7 Морфин типидаги ва бошқа наркотиклирни бирга истеъмол қилиш гиёҳвандлиги.

Токсикомания.

304.0.Наркотикларга кирмайдиган синтетик анальгетиклар токсикоманияси.,

304.0 Наркотикларга кирмайдиган гипнотиқ седатив ва тинчлантирувчи препаратларни кўп қабул қилиш токсикоманияси.

304.6 Бошқалар.

304.8 Наркотиклар гуруҳига кирмайдиган бир неча гуруҳ воситалар комбинациясидан келиб чиқувчи токсикомания.

305 Гиёҳвандлик ва токсикомания ҳолларисиз доривор препарат ва воситаларни кўп истеъмол қилиш.

305.0 Алкоголни кўп истеъмол қилиш.

305.1 Тамакини кўп истеъмол қилиш.

305.2 Калнабисни кўп истеъмол қилиш

305.3 Галлюциногенларни кўп истеъмол қилиш.

305.4 Барбитурат ва транквилизаторларни кўп истеъмол қилиш.

305.5 Морфин типидаги воситаларни кўп истеъмол қилиш.

305.6 Хонаки типдаги воститаларни кўп истеъмол қилиш.

305.7 Амфетамин типидаги воситаларни кўп истеъмол қилиш.

305.8 Антидепрессантларни кўп истеъмол қилиш.

305.9 Бошқалар.

306 Психоген этиологияли физиологик функцияларнинг бузилиши.

306.0 Суяк-мушак системаси: психоген қийшиқ бўйин.

305.0 Нафас олиш органлари: ҳаво етишмовчилик ҳисси:

Психоген ҳиқичоқ тутиши.

Гипервентиляция.

Психоген йўтал.

Эснашлик.

306.2 Юрак-қон томир тизимида:

нейроциркулятор дистония.

вегето томирлар дистонияси.

нейтроциркулятор астения.

психоген юрак-томир бузилишлари

306.3 Терида. Психоген қичима

306.4 Ошқозон-ичак йўқлари:

аэрофагия.

даврий психоген қусиш.

306.5 Сийдик ажратиш ва жинсий тизимда:психоген дисменорея.

306.6 Эндокрин системада.

306.7 Сезги аъзоларида.

306.8 Бошқалар.

307. Бошқа тизимларда таснифланмайдиган симптом ва синдромлар.

307.0 Дудуқланиш ва тутилиб қолиш.

307.1 Нерв (руҳий) анорексия.

307.2 307.2. Бирор аъзонинг учиши

307.3 Стереотип такрорланувчи ҳаракатлар

307.4 Уйқунинг махсус бузилиши

гипосомния

гиперсомния

уйқусизлик

уйқу ритмининг инверсияси ноорганик сабабли.

кечки ваҳималар.

кечки қўрқув.

сомнамбулизм.

307.5 Овқат қабул қилиш бузилишининг аниқланмаган турлари: овқат қабул қилишнинг бузилиши кичик ёшдаги болаларда иштаҳанинг йуқолиши кўп еб юбориш (бўлимия) айниган иштаҳа

307.6 Энурез

307.7 Энкопрез

307.8 Психалгия:

- психоген бош оғриғи,
- психоген елка оғриғи

308 Стрессга ўткир реакциялар.

308.0 Ҳиссиёт бузилишларининг кучли ривожланиши билан.

308.1 Онг бузилишининг кучли ривожланиши билан кечувчи.

308.2 Психомотор бузилишларнинг кучли ривожланиши билан кечувчи.

308.3 Бошқа нопсихотик бузилишлар (стрессга ўткир реакция доирасида).

308.4 Аралаш нопсихотик бузилишлар (стрессга ўткир реакция доирасида).

309 Адаптацион (мослашув) реакциялари.

309.0 Қисқа муддатли депрессив реакция.

309.1 Чўзилган депрессив реакция.

309.2 Бошқа хиссиётлар бузилишининг кучлилиги билан.

309.3 Ўзини тутиш бузилмшининг кучлилиги билан.

309.3 Эмоция ва ҳулк-аворнинг аралаш бузилиши билан.

309.8 Бошқалар.

310. Бош миянинг органик шикастланиши аеосида келиб чиқадиган психотик ва психотик бўлмаган бузилишлар.

310.0 Пешона бўлаги синдроми.

310.1 Шахс ва билиш хусусиятининг бошқа типдаги бузилиши.

310.2 Постконтузион синдром.

310.3 310.8 Бошқалар.

311. Бошқа бўлимларда таснифланмайдиган депрессив бузилишлар.

311.1 Эндоген этиологияли нопсихотик депресеив бузилишлар.

Никобланган депрессия.

311.8 Бош мия органик касалликлари туфайли келиб чиқадиган нопеихотик депресеив бузилишлар.

314. Болалик ёшидаги гиперкинетик синдром.

315. Ривожланишнинг специфик тўхташи.

III. АҚЛИЙ ЗАИФЛИК (317—319)

317. Енгил ақли заифлик.

318. Оғирлик даражаси бўйича аниқланган бошқа ақли заифлиқ

318.0 Сует ақли заифлик.

318.1 Сезиларли ақли заифлик.

318.2 Чуқур ами заифлик.

310 Оғирлик даражаси бўйича аниқланмаган ақли заифлик.

РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ТАСНИФИ

Даражаси бўйича
Этиологияси (сабаби) бўйича
Кечиши бўйича

Даражаси бўйича

- Психотик (психозлар) бузилишлар – руҳиятнинг қўпол (дезинтеграцияси) бузилиши, руҳия реакцияларнинг ноадекватлиги билан характерланади. Васваса, галюцинациялар, психомотор қўзғалишлар психоз аломатлари хисобланади.
- Психотик бўлмаган (невротик, неврозсимон, психопатсимон) – бу функционал, қайтар бузилишлар бўлиб бунда рухий реакциялар ҳақиқатга мазмун бўйича мос бўлиб, аммо кучи ва частотаси бўйича мос келмайди.
- Ақли пастлик ҳолатлари (олигофрения, деменция)

Этиологияси (сабаби) бўйича

- Эндоген – хромосом к-к наслий касаллик ёки касалликка наслий мойилликлар, уларнинг патогенези ички, генетик механизмларга боғлиқ бўлган ноаниқ этиологияли рухий хасталиклардир.
  Буларга шизофрения киради
- Экзоген – бу касалликларда этиологик омил ташқи муҳитдан таъсир қилади ва организм билан ўзаро таъсиридан унинг зарарланишига олиб келади.
- Психоген – бунда сабаб омил бўлиб микросоциал (конфликт) зиддият, турли куч ва давомийликдаги рухий шикастланишлар хисобланади.
- Соматоген (симптоматик) – бунда рухий касаллик сабаби соматик касаллик хисобланади. Соматик касаллик организм ички мухитини ўзгартиради ва бу мухит мия учун патоген бўлиб унинг турли хил бузилишларига олиб келади.
- Дизонтогениялар (олигофрения ва психопатиялар) – бузулиш онтогенез жараёнида шаклланади.

Кечиши бўйича

- **Узлуксиз**
- **Хуружсимон**
  - *Рецидивланувчи (қайталанувчи)*
  - *Рекуррент*
  - *Хуружсимон – прогрaдиент*

- **Узлуксиз** кечишида касаллик доимо мавжуд бўлади:
  - *Прогрaдиент* (зўрайиб борувчи),
  - *Стационар* (стабил, динамикасиз),
  - *Регредиент* (секин-аста енгиллашиши ва рухий саломатликнинг тикланиши билан);

- **Хуружсимон**

  - *Фазали* кечиши – рухий касаллик хуружлари тўлиқ рухий соғлик даврлари билан алмашиниб туради.

  Биполяр психотик бузилишлар.
  - *Рецидивли* (қайталанувчи) кечиши – асосий симптоматика ва ўтказилаётган терапия фонида даврий равишда хуружлар пайдо бўлиб, улар қўшимча симптомлар қўшилиши билан кечади.

  Алкогол галюцинози.
  - *Рекуррент* кечиши – даврий пайдо бўлаётган, кўринарли психопатологик хуружларнинг – ремиссиялар, яъни вақтинча аҳволининг тўлиқ яхшиланиш даврлари билан кечиши.

  Шизофрениядаги рекуррент хуружлар.
  - *Хуружсимон - прогрaдиент* (*узлуксиз*) – касаллик хуружлари ремиссиялар билан алмашиб туради, аммо касаллик тўхтовсиз ривожланади.

  Шизофрениянинг хуружсимон – узлуксиз кечиш тури.

Кечиши бўйича

- **Ремиссия** – сурункали касаллик белгиларининг спонтан ёки даволаш натижасида вақтинча сустлашиши ёки йўқолишидир.
- **Рецидив** – касаллик белгиларининг ремиссиядан кейин пайдо бўлиши.

КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҲАЛҚАРО ТАСНИФИ (МКБ -9)

1-гурух. Бош миянинг органик шикастланиши ҳамда бошқа сабаблар туфайли юзага келган психозлар (шизофреник, аффектив ва бошқалар).
2-гурух. Невротик бузилишлар, шахс бузилишлари, наркомания ва токсикоманиялар, ривожланишнинг ўзига хос орқада қолишлари ва бошқалар.
3-гурух. Турли даражадаги ақл заифлик шакллари.

КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҲАЛҚАРО ТАСНИФИ (МКБ -10)

1) Органик рухий бузилишлар
2) Психоактив воситалар истеъмоли билан боғлиқ рухий бузилишлар
3) Шизофрения, шизотипик ва васвасали бузилишлар
4) Кайфият бузилишлари
5) Стрессга боғлиқ невротик бузилишлар ва соматофори бузилишлар
6) Хулқ атвор бузилишлари
7) Шахс бузилишлари
8) Ақлий заифлик
9) Рухий ривожланишнинг бузилишлари
10) Болалик ва ўсмирлик даврида бошланадиган эмоционал ва хулқ-атвор бузилишлари

1) Органик рухий бузилишлар.

Бу бузилишларнинг ривожланиши бош миядаги морфологик бузилишлар билан боғлиқ: кекса ёшдаги деменсия(ақли заилик, БМЖ асорати, мия томирлари атеросклерози.

2) Психоактив воситалар истемоли билан боғлиқ рухий бузилишлар.

Алкогол, опиоидлар, кокаин, галюциногенлар, учувчан эритувчилар, тинчлантирувчи ёки ухлатувчи дори воситалар, тамаки ва бошқа психофаол моддалар истеъмол қилиш оқибатидаги бузулишлар. Бузулишлар яққоллиги қамрови жуда кенг(ўткир захарланишдан тортиб ақлий заифликкача) бўлиши мумкин.

3) Шизофрения, шизотипик ва васвас бузилишлар.

Бу гурухга шизофрения қаторида унга ҳам клиник, ҳам ирсий яқин бўлган, нисбатан яхшироқ кечадиган бузилишлар киради.

4) Кайфият бузилишлари.

Оғирлиги ва кечиши турлича бўлган маниакал ва депрессив бузилишлар

5) Стрессга боғлиқ невротик бузилишлар ва саматоформ бузилишлар.

Бу гурухга анъанавий невротик бузилишлар (билан бирга) қаторида стрессга бўлган ўткир реакция, травмадан кейинги стрессли бузулишлар(ТКСБ), адаптация бузилишлари хам киради.

Саматоформ(тана касалликларисимон) бузилишлар қаторига танадаги бузулишларнинг субектив белгилари билан кечувчи, аммо объектив текширув усуллари ёрдамида текширганда ўзгариш кузатилмайдиган турли туман бузулишлар киради.

6) ахлоқ бузилишлари (физиологик бузилишлар ва физик омиллар билан боғлиқ бўлган).

Ўз ичига овқатланиш бузилишлари (асаб анорекцияси ва асаб булемияси), уйқу ва жинсий функция (агар улар қайсидир бошқа касаллик билан боғлиқ бўлса), туғруқдан сўнгги рухий бузилишлар ва қарамлик чақирмайдиган воситаларга ружу қўйиш.

7) Етук шахс бузилишлари ва катталарда хулқ атвор бузилишлари.

Феъл-атворнинг турғун хусусиятлари – улар кучли намоён бўлганида адекват ўзини тутиш ва ижтимоий фаолият кўрсатишига тўсқинлик қилади.

Хулқ-атвор бузилишларига одатлар ва (влечение) хоҳиш бузилишлари (агар улар бошқа рухий касалликдан келиб чиқмаган бўлса), ҳамда жинсий (первизия) ҳулқ-атвор бузилишлари киради.

8) Ақлий қолоқлик

Туғма ёки эрта ёшда шаклланган турғун психик етилмаганлик ҳолати (аввало тафаккур –интеллект тарафдан).

9) Рухий ривожланиш бузилишлари

Эрта ёшда шаклланадиган, турли хил махсус кўникмалар(нутқ, ўқиш, ҳисоб ва ҳ.к)нинг бузулиши ёки шахснинг ақлий қолоқлик билан боғлиқ бўлмаган бузилишлари киради.

10) Болалик ва ўсмирлик даврида бошланадиган эмоционал ва ҳулқ-атвор бузилишлари.

Буларга болалик даврига хос хулқ-атвор ва эмоционал бузилишлар ҳамда (тикоз) харакат бузилишларининг баъзи турлари, дудуқланиш, энурез киради.

11) Аниқлик киритилмаган рухий бузулишлар

Бунга 1) -10) пунктларга кирмайдиган рухий бузулишлар киради

МКБ ТАСНИФИНИНГ БОШ ТАМОИЛИ

Бутун дунёда рухий беморлар билан амалий ишлашдаги эхтиёжларни илмий текширишлар талаблари ва умуман соғлиқни сақлаш тизими талабларини эътиборга олган ҳолда қондириш.

Қарор қилинди:

1. Бир неча мамлакатларда ишлаётган ва шу билан бирга айни пайтгача уларнинг нозологик қайси гурухга мансублиги аниқланмаган ташхис категорияларини киритиш (аралаш ҳавотирли-депрессив бузулишлар, қисқа вақтли рекуррент депрессив эпизодлар, неврастения)
2. Ривожланаётган малакатларда тез-тез кузатиладиган ўткир психотик бузулишлар таснифи бўлимларини сезиларли даражада кенайтириш.
3. Иштимоий функцияларни ташхисий тамоил сифатида ишлатишдан йироқлашиш. Нормал иштимоий функциялар турли иштимоий-маданий жамиятларда турлича бўлганлиги учун.
4. Нисбатан яқин орада кўрсатиб (айтиб) ўтилган холатларни аккомодацияси учун хизмат қиладиган ва келажакда соғлиқни сақлаш тизими томонидан катта қизиқиш чақириши мумкин бўлган категорияларни қўшиш. (енгил когнитив бузилишлар.)
5. Клиник қўлланмаларда тамоилларни амалий психиатрларга тушунарли атамаларни қўллаган холда шакллантириш.

Баъзи синдромларни тушунтиришда ишлатилган «одатда» ёки «жуда тез-тез» каби сўзлар клиницистлар томонидан таснифни ишлатишда қийинчиликлар туғдирган

МКБ- 9ва МКБ-10 орасидаги фарқлар

Фарқи
МКБ -10 – бу МКБ-9 нинг мантиқий давоми.
МКБ-10 тузулиш структураси асосида синдроматик тамойил қўйилган
МКБ-9 4та блок , 3 белгили рубрикалардан иборат
МКБ-10 11та блок 3 белгили рубрикалар
Блоклар, рубрикалар, подрубрикаларга кенг изох берилган
Фарқи

- Бир қатор рубрикалар учун 4 белгили даражада қўшимча градиациялар назарда тутилган, у етакчи симптом ёки синдромни, кечиш типи ва ш.к. ларни ажратишга имкон беради

- Ҳулқ атвор бузулишлари кенг ва батафсилроқ кўрсатилган
- Глоссарий турли мактабларнинг психиатрлари томонидан ишлатиладиган тушунча-атамали аппаратини яқинлаштиришга қулай шароитлар яратади
- Ташҳисларнинг асосий қисми соғлиқни сақлаш тизимининг махсуслаштирилган махаллий психиатрик (наркологик) иншоотларда аниқлаштириш киритишни талаб этади
- Турли мамлакатлар мутаҳасислари учун мураккаб эмас, ва уни қўллаб диагностик асослашларда консенсусга эришиш мумкин
- МКБ-10 нинг клиник тавсифи ва ташхисий қўлланмалари 22 тилга таржима қилинган

МКБ- 10 даги янгиликлар

1. Алкогол ва бошқа моддаларни суистеъмол қилиш каби бузилишларни категоризациялаш усули ўзгарган
3- белгили кодни суистеъмол қилинадиган модда учун, 4- белги бу моддани суистеъмол қилиш туфайли келиб чиққан синдромни англатиш учун ишлатилади

2. Шизофреник бузиулишларга кирувчи кодлар гурухига қўшимчалар киритилди
(Шизотипик бузилишлар ва шизофрениядан кейинги депрессия, ўткир психотик бузулишлар гурухи ажратиб чиқарилган, “шизофрения” терминини турли типда кечувчи ва унга таъсир қилувчи сабабларга (генетик, физик, иштимоий ва маданий) боғлиқ равишда якунланувчи синдром сифатида қабул қилиш таклиф қилинган

3. Физиологик дисфункция ва гормонал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ҳулқ атвор синдромлари бирлаштирилган ва оқилонароқ ташқил қилинган. Бу гурух бузулишлар таснифи улар ҳақидаги янги маълумотларга, ҳамда соматик касалхоналар ва интоксикацион психиатриянинг ўсиб бораётган эхтиёжларига мослаб кенгайтирилган.

4. Ўз ичига агрессив бузилишларни олувчи категориялар ўзгарган.
Депрессив бузулишларнинг таснифа қайта гурухланган ва депрессия, мания, биполяр бузулишларни қамровчи категориялар турғун аффектив бузулишларга киритилган. Рекуррент қисқа вақтли депрессив бузулишни ва

аралаш ҳавотирли-депрессив бузулишларни кодлаш учун янги категориялар қўшилган.

5. Неврастения ташхиси махсус кодга эга

6. Маданий-спецефик бузулишлар – бошқа маданиятларга кўра бир маданиятда пайдо бўладиган холатларни ёритиш учун ишлатиладиган атама.

7. Шахс бузулишлари гурухига янги категориялар қўшилган (азарт ўйинларга патологик мойиллик)

8. Таснифнинг болалардаги рухий бузулишлар киритилган қисмларига кўплаб ўзгартиришлар киритилган, бу эса бу бузулишлар ҳақидаги билимлар тез ривожланаётганлигини билдиради.

Иш қобилияти бузулиши, пасайиши ва ижтимоий етишмовчиликнинг ҳалқаро таснифи (МКБ ва ICD)

Касаллик ва бузулишлар 3 даражага бўлинган ва босқичма-босқич ривожланиб кучайиб боради: “функционал бузулишлар”дан “иш қобилиятининг пасайиши”га, ва “ижтимоий етишмовчиликка”

Фаолият этиш, ҳаёт фаолияти ва соғлиқни чекланишининг Ҳалқаро таснифи (МКФ-ICF)

- Касаллик ёки бузилишларга негатив нуқтаи назардан, чекланишлар ва қобилиятлар йуқлиги томонидан қаралмайди.
- Ўз олдига рухий хаста одамнинг жамият ҳаётидаги иштирокини баҳолашни вазифа қилиб қўяди.
- Бузилишлар шу одамнинг ҳаётини шакллантирувчи омиллардан бири деб қаралади. Шунинг учун “Организм функциялари ва тузилмаси” индивидум фаоллиги ва ... ларга бўлинган

МКФ-(ICF) ва МКБ (ICD) орасидаги фарқлар:

- МКБ (Б-ҳасталик) ва МКФ (ф-функция) қўлланилишида аниқ фарқланади.
- МКБда “функционал бузилишлар” бир йўналишда, бир томонга қаралган стрелка кўринишида “ижтимоий етишмовчилик” томонга ортиб боради.
- ХФТ да объектнинг соғлиқ даражаси қуйидагиларга боғлиқ ҳолда шаклланади:
  Унинг соғлиғи ҳолатидан гувоҳлик берувчи жисмоний имкониятлари ва уни ўраб турган ижтимоий фон.

Руҳий бузилишларнинг ХФТ-(ICF) бўйича баҳолаш.

Шуни таъкидлаш керакки, ҳатто руҳий ҳасталикнинг белгиларини йўқотгандан кейин ва асосий касалликдан тузалгандан кейин ҳам касаллик асорати сифатида, ёки касалхона ҳаёти туфайли келиб чиққан янги бузилишлар каби баъзи бузилишлар қолиши мумкин.

- Мисол учун, агар руҳий ҳасталикни ICF тамойили бўйича баҳоласак, унда “шизофрения” касаллиги концепцияси фаолиятнинг чекланиши, “шахслараро муносабатлардан қўрқув туфайли гуруҳий фаолиятда қатнаша олмаслиги” кўринишида қаралади. Бироқ беморнинг фаоллик даражаси ташқи муҳит билан алоқада, даволашнинг таъсири ва атрофдагиларнинг далдаси туфайли ўзгаради.

Руҳий бузилишларнинг ХФТ-(ICF) бўйича баҳолаш.

- Ногиронларнинг жамият ҳаётида иштироки учун тенг шароит ва имкониятлар яратиш ва уларнинг бузилиш даражаларини аниқ баҳолаш мақсади кўзланади. Айниқса руҳий бузилишлари бўлган шахслар атрофдагилар учун тушунарсиз бўлган қалб оғриғини ҳис этишади.
  Кўпинча руҳий симптомлар бўлганлиги туфайли беморнинг соғлом функцияларига эътибор берилмайди.
  Ҳамма эътибор рухий ҳасталикнинг ташқи тарафдан намоён бўлаётган белгиларига қаратилаётганда беморнинг ижтимоий қобилиятларига баҳо бериш осон эмас.
- Бу шунингдек маълум вақт талаб қилади.

- Пациентлар жамият фаолиятида иштирок этиш эркинлигидан фақат рухиятидаги муаммолари туфайли жудо бўлишади.
  Уларга индивидуал фаолият юритиш имкониятини ва жамият ҳаётида иштирокини таъминлаш зарур.

Халкаро Касалликлар Таснифи- 9 (МКБ – 9) ва Халкаро Касалликлар таснифи – 10 (МКБ- 10)

МКБ 9		МКБ 10	
301.96	Климакс сабабли келиб чиккан ихопатсимон холатлар	F07.07	Бошка касаллик окибатидакелиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
301.97	Инволюция сабабли келиб чиккан психопатсимон холатлар	F07.07	Бошка касаллик окибатидакелиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
301.98	Бошка сабаблар натижасида келиб чиккан психопатсимон холатлар	F07.07	Бошка касаллик окибатидакелиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
301.99	Номаълум сабаблар натижасида келиб чиккан психопатсимон холатлар	F07.09	Ноаник касаллик окибатидакелиб чиккан узини тутиш ва шахсият бузилишлари
302.00	Гомосексуализм	F66.x0	Сексуал ривожланиш ва ориентация, гомосексуал тип (туртинчи белги оркали аниклаш лозим) натижасида узини тутиши ва психологик бузилишлар
302.01	Скотоложество	F65.8	Сексуал ривожланишни бошка бузилишлари
302.20	Педофилия	F65.4	Педофилия
302.30	Эксгибиционизм	F65.2	Эксгибиционизм
302.50	Транссексуализм	F64.0	Транссексуализм
302.60	Психосексуал индивидуалликни бузилиши	F64.1	Икки ролли трансвестизм
302.70	Фригидлик ва импотенция	F52.0 F52.2	Жинсий майлни йуклиги ёки йуколиши Жинсий реакцияни йуклиги
302.80	Бошка жинсий бузилишлар	F52.8	Органик бузилиш ёки касаллик билан боглик булмаган, бошка жинсий дисфункциялар
302.90	Аниклаштирилмаган жинсий бузилишлар	F52.9	Органик бузилиш ёки касаллик билан боглик булмаган, аниклаштирилмаган жинсий дисфункциялар
303.10	Сурункали алкоголизм 1-стадияси	F10.2x1	Алкоголга карамлик синдромини бошлангич

		(биринчи) стадияси
303.20	Сурункали алкоголизм 2-стадияси	F10.2x2 Алкоголга карамлик синдромини урта (иккинчи) стадияси
303.30	Сурункали алкоголизм 3-стадияси	F10.2x3 Алкоголга карамлик синдромини охирги (учинчи) стадияси
303.40	Дипсомания	F10.8 Алкоголь окибатида келиб чиккан бошка психик бузилишлар
303.90	Сурункали алкоголизмнинг бошка куринишлари	F10.8 Алкоголь окибатида келиб чиккан бошка психик бузилишлар
304.01	Опий кабул килиш билан кечувчи наркомания	F11.- Опиоидлар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар
304.02	Омнопон, морфин, морфин гидрохлорид кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.03	Кодеин, кодеин фосфат кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.04	Дионин кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.05	Промедол кабул килиш билан кечувчи наркомания	
304.07	Бошка опиумли наркоманиялар	
304.08	Синтетик анальгетиклар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	
304.09	Бошка аниклаштирилмаган синтетик анальгетиклар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	
304.11	Ноксирон кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	F13.-Н Седатив ва ухлатувчи д.в кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания.
304.17	Бошка гипнотик, седатив ва тинчлантирувчи д.в кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар	
304.18	Барбитуратлар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар.	F13.-Т Седатив ва ухлатувчи д.в кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания.
304.19	Бошка гипноик ва тинчлантирувчи воситалар кабул килиш билан кечувчи токсикоманиялар.	
304.20	Кокаинли наркомания	F14.- Кокаин кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар
304.30	Гашишли наркомания	F12.- Каннобиоидлар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар
304.47	Психотроп препаратлар кабул килиш билан кечувчи наркомания	F13.-Н Седатив ва ухлатувчи д.в кабул килиш окибатида келиб

		чиккан психик бузилишлар, наркомания.
304.48	Психотроп препаратлар кабул килиш билан кечувчи токсикомания	F13.-Т Седатив ва ухлатувчи д.в кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания.
304.49	Бошка аниклаштирилмаган психостимуляторлар кабул килиш билан кечувчи токсикомания	F15.-Т Бошка стимуляторлар, шу жумладан кофеин кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.57	Галлюциногенлар кабул килиш билан кечувчи наркомания	F16.-Н Галлюциногенлар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.58	Галлюциногенлар кабул килиш окибатида келиб чиккан дорили токсикомания	F16.-Т Галлюциногенлар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания.
304.59	Галлюциногенлар кабул килиш билан кечувчи токсикомания	
304.67	Бошка наркотик моддалар кабул килиш билан кечувчи наркомания	F16.-Т Галлюциногенлар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.68	Бошка моддалар кабул килиш окибатида келиб чиккан дорили токсикомания	F19.-Т Наркотиклар билан кушимча бошка психоактив моддалар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.69	Бошка моддалар кабул килиш билан кечувчи токсикомания	
304.70	Морфин типидаги моддалар кабул килиш билан кечувчи полинаркомания	F19.-Н Наркотиклар билан кушимча бошка психоактив моддалар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.86	Канопли препаратлари ва морфин каторидан булмаган бошка наркотиклар кабул килиш билан кечувчи полинаркомания	
304.87	Морфин ва канопли каторидан булмаган икки ва ундан куп моддалар кабул килиш билан кечувчи полинаркомания	
304.88	Дорили политоксикомания	F19.-Т Наркотиклар билан кушимча бошка психоактив моддалар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.89	Бошка токсикоманиялар	
304.97	Аниклаштирилмаган наркомания	F19.-Н Наркотиклар билан кушимча бошка психоактив моддалар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, наркомания
304.98	Аниклаштирилмаган дорили токсикомания	F19.-Т Наркотиклар билан кушимча бошка психоактив моддалар кабул килиш окибатида келиб чиккан психик бузилишлар, токсикомания
304.99	Аниклаштирилмаган токсикомания	
305.00	Алкоголни куп истеъмол килиш	F10.1 Алкоголь истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.10	Тамакини куп истеъмол килиш	F17.1 Тамаки истеъмол килиш ва унинг зарарли

		асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.20	Каннабис махсулотларини куп истеъмол килиш	F12.1 Каннабис истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.31	**ЛСД** куп истеъмол килиш	F16.1 Галлюциногенлар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.39	Бошка галлюциногенларни куп истеъмол килиш	F16.1 Галлюциногенлар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.40	Барбитуратлар ва транквилизаторларни куп истеъмол килиш	F13.1 Седатив ва ухлатувчи д.в ни истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.50	Морфин типидаги моддаларни куп истеъмол килиш	F11.1 Опиоидлар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.60	Кокаинни куп истеъмол килиш	F14.1 Кокаин истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.70	Амфетаминларни куп истеъмол килиш	F15.1 Хар хил стимуляторлар, шу жумладанкофеин истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.80	Антидепрессантларни куп истеъмол килиш	F19.1 Наркотиклар ва бошка психоактив моддалар истеъмол килиш ва унинг зарарли асоратлари натижасида келиб чиккан психик бузилишлар
305.90	Бошка, аралаш ва аниклаштирилмаган микдордан ортик истеъмол килиш	
306.00	Суяк-мушак тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38 Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.10	Нафас олиш тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.33 Нафас олиш органлари соматоформ дисфункцияси
306.20	Юрак кон-томир тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.30 Юрак кон-томир органлари соматоформ дисфункцияси
306.30	Тери копламлари тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38 Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.40	Овкат хазм килиш тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.31 Овкат хазм килиш органлари соматоформ дисфункцияси
306.50	Сийдик ажратиш ва жинсий органлар тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.34 Сийдик ажратиш ва жинсий органлари соматоформ дисфункцияси
306.60	Эндокрин тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38 Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси

306.70	Сезги органлари тизими физиологик функциясини бузилиши	F45.38	Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.80	Орган ва тизимларнинг, психоген этиологияли бошка физиологик бузилишлари	F45.38	Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
306.90	Орган ва тизимларнинг, психоген этиологияли аниклаштирилмаган физиологик бузилишлари	F45.38	Бошка органлар ва тизимлар соматоформ дисфункцияси
307.01	Логоневроз	F98.5	Дудукланиш
307.02	Неврозсимон дудукланиш	F98.5	Дудукланиш
307.09	Ноаник сабабли дудукланиш	F98.5	Дудукланиш
307.10	Асабга боглик анорексия	F50.0	Асабга боглик анорексия
307.20	Тик	F95-	Тикоз бузилиш
307.30	БДУ стереотипияси		
307.40	Уйку бузилиши	F51-	Ноорганик табиатли уйку бузилиши
307.50	Аникланмаган ва бошка овкатланиш бузилишлари	F50.8	Бошка овкатланиш бузилишлари
307.60	Энурез	F98.0	Ноорганик энурез
307.70	Энкогрез	F98.1	Ноорганик энкогрез
307.80	Психалгия	F45.4	Сурункали соматоформ огрикли бузилиш
307.90	Аникланмаган ва бошка специфик симптом ва синдромлар		
308.00	Эмоционал бузилишлар устунлиги билан стрессга нисбатан уткир реакция	F43.0	Стрессга нисбатан уткир реакция
308.10	Хуш бузилиши устунлиги билан стрессга нисбатан уткир реакция		
308.20	Психомотор бузилишлар устунлиги билан стрессга нисбатан уткир реакция		
308.30	Стрессга нисбатан уткир реакция доирасидаги бошка нопсихотик бузилишлар		
308.40	Стрессга нисбатан уткир реакция доирасидаги аралаш нопсихотик бузилишлар		
308.90	Стрессга нисбатан уткир реакция доирасидаги аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар		
309.00	Киска вактли депрессив реакция	F43.20	Адаптация бузилиши, киска вактли депрессив реакция
309.10	Чузилган депрессив реакция	F43.21	Адаптация бузилиши, чузилган депрессив реакция
309.20	Хиссиёт бузилиши устунлиги билан кечувчи адаптацион реакция	F43.23	Адаптация бузилиши, хиссиёт бузилиши устунлиги билан
309.30	Узини тутиш бузилиши устунлиги билан	F43.24	Адаптация бузилиши, узини тутиш бузилиши

	кечувчи адаптацион реакция		устунлиги билан
309.40	Аралаш, узини тутиш ва хиссиёт бузилиши билан кечувчи адаптацион реакция	F43.25	Адаптация бузилиши, хиссиёт ва узини тутишни аралаш бузилиши
309.80	Адаптация бузилишининг бошка турлари	F43.28	Адаптация бузилиши, бошка специфик симптомлар
309.90	Аниклаштирилмаган адаптация бузилишлари	F43.9	Аниклаштирилмаган, огир стрессга реакция
310.01	Бош мия жарохати окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.00	Бош мия жарохати окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.02	Бош мия усмаси окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.03	Бош мия усмаси окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.03	Бош мия атрофик касалликлари окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.07	Бошка касалликлар окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.08	Бошка касалликлар окибатидаги «пешона кисми» синдроми		
310.09	Аникланмаган касаллик окибатидаги «пешона кисми» синдроми	F07.09	Аникланмаган касаллик окибатида шахсиятнинг органик бузилиши
310.11	Энцефалит окибатида шахсиятни узгариш	F07.16	Бошка вирус ва бактериал инфекцияга боглик постэнцефалитик синдром
310.12	Менингит окибатида шахсиятни узгариш	F07.06	Бошка вирус ва бактериал инфекцияга боглик органик бузилишлар
310.13	Эпилепсия окибатида шахсиятни узгариш	F07.02	Эпилепсия боглик шахсиятнинг органик бузилишлари
310.14	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида шахсиятни узгариши	F07.01	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида шахсиятни органик бузилиши
310.15	Бош мия кон-томирлари бошка касалликлари окибатида шахсиятни узгариши		
310.16	МНС дегенератив касалликлари окибатида шахсиятни узгариш	F07.07	Бошка касалликлар билан боглик шахсиятни органик бузилиши
310.18	Бош мияни бошка касалликлари окибатида шахсиятни узгариш		
310.19	Бош мияни аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида шахсиятни узгариш	F07.09	Аниклаштирилмаган касаллик билан боглик шахсиятни органик бузилиши
310.20	Постконтузион синдром	F07.2	Постконтузион синдром
310.81	Энцефалит окибатида бошка нопсихотик бузилишлар	F06.816	Вирус ва бактериал инфекцияга боглик бошка нопсихотик бузилишлар
310.82	Менингит окибатида бошка нопсихотик бузилишлар		
310.83	Эпилепсия окибатида бошка нопсихотик бузилишлар	F06.812	Эпилепсияга боглик бошка нопсихотик бузилишлар
310.84	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида нопсихотик бузилишлар	F06.811	Бош мия кон томирлари касалликлари окибатида бошка нопсихотик бузилишлар

310.85	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида бошка нопсихотик бузилишлар	
310.86	МНС дегенератив касалликлар окибатида нопсихотик бузилишлар	F06.817 Бошка касалликлар окибатида бошка нопсихотик бузилишлар
310.88	Бош мияни бошка органик касалликлари окибатида нопсихотик бузилишлар	
310.89	Аниклаштирилмаган бош мия органик касалликлари окибатида нопсихотик бузилишлар	F06.819 Аниклаштирилмаган касалликлар окибатида нопсихотик бузилишлар
310.91	Энцефалит окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.926 Аниклаштирилмаган вирус ва бактериал инфекцияга боглик аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.92	Менингит окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	
310.93	Эпилепсия окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.922 Эпилепсияга боглик аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.94	Бош мия кон-томирлари атеросклерози окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.921 Бош мия кон-томирлари касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.95	Бош мия кон-томирлари бошка касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	
310.96	МНС дегенератив касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.927 Бошка касалликлар билан боглик аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.97	Бош мия жарохати окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.920 Бош мия жарохати окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.98	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.927 Бошка касалликлар билан боглик аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
310.99	Бош мия аниклаштирилмаган касалликлар окибатида аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар	F06.929 Аниклаштирилмаган касалликлар билан боглик аниклаштирилмаган нопсихотик бузилишлар
311.10	Эндоген этиологияли нопсихотик депрессив бузилишлар	F31.3 Биполяр аффектив бузилиш, енгил кечувчи депрессия эпизодлари
		F31.4 Бошка аффектив бузилиш, психотик симптомларсиз огир кечувчи депрессия эпизодлари
		F32.0 Енгил депрессия эпизодлари
		F32.1 Суст депрессия эпизодлари
		F32.2 Психотик симптомларсиз огир кечувчи депрессия эпизодлари

		F33.0 Енгил бошкичдаги эпизод билан кечувчи реккуррент депрессив бузилиш
		F33.1 Суст бошкичдаги эпизод билан кечувчи реккуррент депрессив бузилиш
		F33.2 Психотик симптомларсиз, огир бошкичдаги эпизод билан кечувчи реккуррент депрессив бузилиш
311.20	Интоксикация натижасида нопсихотик депрессв бузилишлар	F06.367 Бошка касалликлар окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар
311.30	Тизилм инфекция натижасида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.40	Ирфекцион касалликлар натижасида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.50	Модда алмашинуви бузилиши натижасида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.60	Климокс натижасида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.70	Инволюция натижасида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.81	Энцефалит окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	F06.367 Бошка бактериал ва вирусли инфекция билан боглик булган нопсихотик депрессв бузилишлар
311.82	Менингит окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.83	Бош мия кон томирлари атеросклерози окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	F06.361 Бош мия кон томир касалликларига боглик нопсихотик депрессв бузилишлар
311.84	Бош мия кон томирлари бошка касалликлари окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.85	Бош мия атрофик касалликлари окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	F06.367 Бошка касалликлар окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар
311.88	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	
311.89	Бош мия аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	F06.369 Аниклаштирилмаган касалликлар окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар
311.90	Бошка ноаник сабаблар окибатида нопсихотик депрессв бузилишлар	
314.00	Активлик ва диккатни оддий бузилишлари	F90.0 Активлик ва диккат бузилишлари
314.10	Ривожланишдан оркада колишни гиперкинетик синдроми	F90.8 Бошка гиперкинетик бузилишлар
314.20	Узини тутишни гиперкинетик бузилишлар	F90.1 Узини тутишни гиперкинетик бузилишлар
314.80	Болалик ёшидаги бошка гиперкинетик	F90.8 Бошка гиперкинетик бузилишлар

	синдроми	
314.90	Болалик ёшидаги гиперкинетик синдромини аниклаштирилмаган формалари	F90.9 Аниклаштирилмаган гиперкинетик бузилишлар
315.00	Укиш куникмасини ривожлинишини специфик оркада колиши	F81.0 Укиш куникмасини специфик бузилишлари
315.10	Санаш куникмасини ривожлинишини специфик оркада колиши	F81.2 Санаш куникмасини специфик бузилишлари
315.20	Мактаб куникмаларини ривожлинишини специфик оркада колиши	F81.8 Мактаб куникмаларини бошка специфик бузилишлари
315.30	Гапириш ривожланишини бузилиши	F80.- Гапириш ривожланишини специфик бузилишлари
315.40	Мотор ривожланишини специфик оркада колиши	F82 Харакатланиш функциясини ривожланишини специфик бузилишлари
315.50	Ривожланишни аралаш бузилиши	F83 Аралаш специфик бузилишлари
315.60	Интелектуал ривожланишни бузилиши	F84.- Умумий ривожланишини бузилишлари
315.80	Ривожланишдан оркада колишни бошка специфик бузилишлари	F88 Психологик ривожланишни бошка бузилишлари
315.90	Ривожланишдан оркада колишни аниклаштирилмаган специфик бузилишлари	F89 Психологик ривожланишни аниклаштирилмаган бузилишлари
317.01	Инфекция ва интоксикациядан кейинги дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги енгил акли пастлик
317.02	Травмадан кейинги дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги енгил акли пастлик
317.03	Хромасом бузилишларга боглик дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик енгил акли пастлик
317.04	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик енгил акли пастлик
317.08	Бошка сабабларга боглик дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
317.09	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
317.11	Инфекциядан кейинги яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги енгил акли пастлик
317.12	Травмадан кейинги яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги енгил акли пастлик
317.13	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик енгил акли пастлик
317.14	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик енгил акли пастлик

317.18	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
317.19	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланмаган дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
317.21	Инфекциядан кейинги урта огирликдаги дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги енгил акли пастлик
317.22	Травмадан кейинги урта огирликдаги дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги енгил акли пастлик
317.23	Хромасом бузилишлардан кейинги урта огирликдаги дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик енгил акли пастлик
317.24	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик урта огирликдаги дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик енгил акли пастлик
317.28	Бошка сабабларга боглик урта огирликдаги дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
317.29	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик урта огирликдаги дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
317.31	Инфекциядан кейинги яккол ривожланган дебиллик	F70.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги енгил акли пастлик
317.32	Травмадан кейинги яккол ривожланган дебиллик	F70.x2 Травмадан кейинги енгил акли пастлик
317.33	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланган дебиллик	F70.x4 Хромасом касалликларга боглик енгил акли пастлик
317.34	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланган дебиллик	F70.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик енгил акли пастлик
317.38	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланган дебиллик	F70.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
317.39	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланган дебиллик	F70.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик енгил акли пастлик
318.01	Инфекциядан кейинги яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги суст акли пастлик
318.02	Травмадан кейинги яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x2 Травмадан кейинги суст акли пастлик
318.03	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x4 Хромасом касалликларга боглик суст акли пастлик
318.04	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик суст акли пастлик
318.08	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик суст акли пастлик

318.09	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланмаган имбециллик	F71.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик суст акли пастлик
318.11	Инфекциядан кейинги яккол ривожланган имбециллик	F72.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги огир акли пастлик
318.12	Травмадан кейинги яккол ривожланган имбециллик	F72.x2 Травмадан кейинги суст акли пастлик
318.13	Хромасом бузилишлардан кейинги яккол ривожланган имбециллик	F72.x4 Хромасом касалликларга боглик огир акли пастлик
318.14	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик яккол ривожланган имбециллик	F72.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик огир акли пастлик
318.18	Бошка сабабларга боглик яккол ривожланган имбециллик	F72.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик огир акли пастлик
318.19	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик яккол ривожланган имбециллик	F72.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик огир акли пастлик
318.21	Инфекциядан кейинги идиотия	F73.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги чукур акли пастлик
318.22	Травмадан кейинги идиотия	F73.x2 Травмадан кейинги чукур акли пастлик
318.23	Хромасом бузилишлардан кейинги идиотия	F73.x4 Хромасом касалликларга боглик чукур акли пастлик
318.24	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик идиотия	F73.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик чукур акли пастлик
318.28	Бошка сабабларга боглик идиотия	F73.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик чукур акли пастлик
318.29	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик идиотия	F73.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик чукур акли пастлик
319.10	Инфекциядан кейинги аникланмаган акли заифлик	F79.x1 Инфекция ва интоксикациядан кейинги аниклаштирилмаган акли пастлик
319.20	Травмадан кейинги аникланмаган акли заифлик	F79.x2 Травмадан кейинги аниклаштирилмаган акли пастлик
319.30	Хромасом бузилишлардан кейинги аникланмаган акли заифлик	F79.x4 Хромасом касалликларга боглик чукур акли пастлик
319.40	Муддатдан олдинги тугрук билан боглик аникланмаган акли заифлик	F79.x7 Муддатдан олдинги тугрук билан боглик аниклаштирилмаган акли пастлик
319.80	Бошка сабабларга боглик аникланмаган акли заифлик	F79.x8 Бошка ноаник сабаблар билан боглик аниклаштирилмаган акли пастлик

319.90	Аниклаштирилмаган сабалар билан боглик аникланмаган акли заифлик	F79.x9 Аниклаштирилмаган сабаблар билан боглик аниклаштирилмаган акли пастлик
290.29	Карилик психози **БДУ**	F03.4 Аниклаштирилмаган сенил психоз
290.30	Карилик акли заифлиги	F05.0 Деменция фонида келиб чикувчи делирий
290.41	Психозсиз атеросклеротик акли заифлик	F01 Кон томир деменцияси: F01.00 Кушимча симптомларсиз уткир бошланувчи кон томирли деменция F01.10 Кушимча симптомларсиз мульти инфаркт деменцияси F01.20 Кушимча симптомларсиз субкортикал томирли деменцияси F01.30 Кушимча симптомларсиз аралаш пустлок ва пустлок ости томирли деменцияси F01.80 Кушимча симптомларсиз бошка томирли деменциялар F01.90 Кушимча симптомларсиз аниклаштирилмаган томирли деменция
290.42	Депрессия билан атеросклеротик акли заифлик	F01.x3 Бошка сипмтомлар, депрессив симптом устунлиги билан томирли деменциянинг хамма тури (F01.0-F01.9)
290.43	Галлюцинатор васваса бузилишлари билан атеросклеротик акли заифлик	F01.x(1,2,4) Бошка сипмтомлар, васваса симптом устунлиги (бешинчи белги-1), галлюцинатор симптом устунлиги (бешинчи белги-2), аралаш симптом лар устунлиги (бешинчи белги-4) билан томирли деменциянинг хамма тури (F01.0-F01.9)
290.44	Чалкашлик белгилари билан атеросклеротик акли заифлик	F05.0 Деменция фонида келиб чикувчи делирий
290.49	Бошка аниклаштирилмаган психоз билан атеросклеротик акли заифлик	F01.x(1,2,4) Бошка сипмтомлар, васваса симптом устунлиги (бешинчи белги-1), галлюцинатор симптом устунлиги (бешинчи белги-2), аралаш симптом лар устунлиги (бешинчи белги-4) билан томирли деменциянинг хамма тури (F01.0-F01.9)
290.90	Аниклаштирилмаган, сенил ва пресенил органик психитик холатлар	F03.3 Аниклаштирилмаган пресенил психоз F03.4 Аниклаштирилмаган сенил психоз
291.01	Типик алкоголли делирий	F10.40 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати «классик» делирий билан
291.02	Абортив алкоголли делирий	F10.45 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати абортив делирий билан
291.08	Бошка алкоголли делирий	F10.48 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати бошка делирий билан
291.09	Аниклаштирилмаган алкоголли делирий	F10.49 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш

		холати аниклаштирилмаган делирий билан
291.11	Алкоголли Корсаков психози	F10.6 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чикган амнепстик синдром
291.12	Алкоголли Гайе-Вернике энцефалопатияси	F10.4 Алкогол истемол килиш натижасида тухтатиш холати, делирий билан
291.20	Алкоголли акли заифликнинг бошка формалари	F10.73 Алкогол истемол килиш натижасида деменция холати
291.31	Уткир алкоголли галлюциноз	F10.52 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чикган галлюцинатор сипмтом устунлиги билан психотик бузилишлар
291.32	Уткир ости алкоголли галлюциноз	
291.33	Сурункали алкоголли галлюциноз	
291.39	Аниклаштирилмаган ва бошка алкоголли галлюциноз	
291.40	Патологик мастлик	F10.07 Патологик мастлик
291.51	Уткир алкоголли параноид	F10.51 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чиккан васваса сипмтоми устунлиги билан психотик бузилишлар
291.52	Сурункали алкоголли параноид	
291.59	Бошка алкоголли параноид	
291.80	Бошка алкоголли психозлар	F10.81 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чиккан бошка психотик бузилишлар
291.90	Аниклаштирилмаган алкоголли психозлар	F10.91 Алкогол истемол килиш натижасида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик бузилишлар
292.07	Наркоманиядаги делирий	F1x.03H Делирий билан кечувчи уткир интоксикация (х-кабул килинган модда)
292.08	Дорили токсикоманиядаги делирий	F1x.03T Делирий билан кечувчи уткир интоксикация (х-кабул килинган модда)
292.09	Бошка токсикоманиядаги делирий	
292.17	Наркоманиядаги параноидли ва\ёки галлюцинатор холатлар	F1x.51H Васваса устунлиги билан психик бузилиш F1x.51H Галлюцинатор устунлиги билан психик бузилиш (х-кабул килинган модда)
292.18	Дорили токсикоманиядаги параноидли ва\ёки галлюцинатор холатлар	F1x.51H Васваса устунлиги билан психик бузилиш F1x.51H Галлюцинатор устунлиги билан психик бузилиш (х-кабул килинган модда)
292.19	Бошка токсикоманиялардаги параноидли ва\ёки галлюцинатор холатлар	F1x.51H Васваса устунлиги билан психик бузилиш F1x.51H Галлюцинатор устунлиги билан психик бузилиш (х-кабул килинган модда)
292.28	Дорили токсикоманиядаги патологик психотик реакция	F1x.5T Психотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.29	Бошка токсикоманиялардаги патологик психотик реакция	F1x.5TПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.87	Наркоманиядаги бошка интоксикацион психозлар	F1x.5HПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)

292.88	Дорили токсикоманиядаги бошка интоксикацион психозлар	F1x.5ТПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.89	Бошка токсикоманиялардаги бошка интоксикацион психозлар	F1x.5НПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.97	Наркоманиядаги аниклаштирилмаган интоксикацион психозлар	
292.98	Дорили токсикоманиядаги аниклаштирилмаган интоксикацион психозлар	F1x.5ТПсихотик бузилишлар (х-кабул килинган модда)
292.99	Бошка токсикоманиялардаги аниклаштирилмаган интоксикацион психозлар	
293.01	Энцефалит окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.02	Менингит окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.03	Захм окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.05 Захм натижасида органик галлюциноз F06.15 Захм натижасида органик кататоник бузилиш F06.25 Захм натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.715 Захм натижасида бошка психотик бузилиш
293.04	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.00 Бош мия жарохати натижасида органик галлюциноз F06.10 Бош мия жарохати натижасида органик кататоник бузилиш F06.20 Бош мия жарохати натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.710 Бош мия жарохати натижасида бошка психотик

		бузилиш
293.05	Эпилепсия окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.02 Эпилепсия натижасида органик галлюциноз F06.12 Эпилепсия натижасида органик кататоник бузилиш F06.22 Эпилепсия натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.712 Эпилепсия натижасида бошка психотик бузилиш
293.08	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.07 Бошка касалликлар натижасида органик галлюциноз F06. 07 Бошка касалликлар органик кататоник бузилиш F06.207 Бошка касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7107 Бошка касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
293.09	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.09 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик галлюциноз F06. 09 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик кататоник бузилиш F06.209 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7109 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
293.11	Энцефалит окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.12	Менингит окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.06 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик галлюциноз F06.16 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик кататоник бузилиш F06.26 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.716 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида бошка психотик бузилиш
293.13	Захм окибатида келиб чиккан уткир органик психоз	F06.05 Захм натижасида органик галлюциноз F06.15 Захм натижасида органик кататоник бузилиш

		F06.25 Захм натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.715 Захм натижасида бошка психотик бузилиш
293.14	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.00 Бош мия жарохати натижасида органик галлюциноз F06.10 Бош мия жарохати натижасида органик кататоник бузилиш F06.20 Бош мия жарохати натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.710 Бош мия жарохати натижасида бошка психотик бузилиш
293.15	Эпилепсия окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.02 Эпилепсия натижасида органик галлюциноз F06.12 Эпилепсия натижасида органик кататоник бузилиш F06.22 Эпилепсия натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.712 Эпилепсия натижасида бошка психотик бузилиш
293.18	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.07 Бошка касалликлар натижасида органик галлюциноз F06. 07 Бошка касалликлар органик кататоник бузилиш F06.207 Бошка касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7107 Бошка касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
293.19	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан уткир ости психоз	F06.09 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик галлюциноз F06. 09 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик кататоник бузилиш F06.209 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик васваса (шизофренсимон) бузилиш F06.7109 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида бошка психотик бузилиш
294.09	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан Корсаков синдроми	F04.9 Аниклаштирилмаган касалликлар натижасида органик амнестик синдром
294.11	Энцефалит окибатида келиб чиккан акли заифлик	F02. 8x6 Вирусли ва бактериал нейроинфекция натижасида деменция (МКБ-10-G04-Энцефалит кодли булимда аниклаштирилади)
294.12	Захм окибатида келиб чиккан акли заифлик	F02. 8x5 Нейросифилис натижасида деменция (МКБ-10-А52.1- Нейросифилис кодли булимда аниклаштирилади)
294.13	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан	F02. 8x0 Бош мия жарохати натижасида деменция (МКБ-

	акли заифлик	10-S06- Бош мия жарохати кодли булимда аниклаштирилади)
294.14	Эпилепсия окибатида келиб чиккан акли заифлик	F02. 8x2 Эпилепсия натижасида деменция (МКБ-10-G40-Эпилепсия кодли булимда аниклаштирилади)
294.18	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан акли заифлик	F02. 8x7 Бошка аниклаштирилмаган касаллик натижасида деменция
294.19	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан	F02. 8x9 Аниклаштирилмаган касаллик натижасида деменция
294.81	Энцефалит окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.816 Энцефалит окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-G04-Энцефалит кодли булимда аниклаштирилади)
294.82	Захм окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.815 Нейросифилис окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-A52.1-Нейросифилис кодли булимда аниклаштирилади)
294.83	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.810 Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-S06- Бош мия жарохати кодли булимда аниклаштирилади)
294.84	Эпилепсия окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.812 Эпилепсия окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар (МКБ-10-G40- Эпилепсия кодли булимда аниклаштирилади)
294.88	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.817 Бошка бош миянинг зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар
249.89	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар	F06.819 Бош миянинг аниклаштирилмаган зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик окибатида келиб чиккан бошка психотик холатлар
294.91	Энцефалит окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.916 Энцефалит окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар (МКБ-10-G04-Энцефалит кодли булимда аниклаштирилади)
294.92	Захм окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.915 Нейросифилис окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар (МКБ-10-A52.1- Нейросифилис кодли булимда аниклаштирилади)
294.93	Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.910 Бош мия жарохати окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар (МКБ-10-S06- Бош мия жарохати кодли булимда аниклаштирилади)
294.94	Эпилепсия окибатида келиб чиккан	F06.912 Эпилепсия окибатида келиб чиккан

	аниклаштирилмаган психотик холатлар		аниклаштирилмаган психотик холатлар (МКБ-10-G40- Эпилепсия кодли булимда аниклаштирилади)
294.98	Бош мия бошка органик касалликлари окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.917	Бошка бош миянинг зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар
294.99	Бош миянинг аниклаштирилмаган органик касалликлари окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар	F06.919	Бош миянинг аниклаштирилмаган зарарланиши, ёки дисфункцияси, ёки физик касаллик окибатида келиб чиккан аниклаштирилмаган психотик холатлар
295.00	Оддий шизофрения	F20.6	Оддий шизофрения
295.10	Гебефреник шизофрения	F20.1	Гебефреник шизофрения
295.21	Ёмон сифатли шизофрениянинг варианти сифатидаги васваса билан кататония	F20.20	Узлуксиз кечувчи, кататоник шизофрения
295.22	Ёмон сифатли шизофрениянинг варианти сифатидаги люицид кататония	F20.21	Кучайиб борувчи дефект билан эпизодик кечувчи, кататоник шизофрения

Тошкент Тиббиёт Академияси психиатрия кафедраси

Касаллик тарихи варақаси тузилиши:

1. Умумий маълумотлар.

1) Фамилияси, исми, отасининг исми.

2) Туғилган йили.

3) Оилавий аҳволи.

4) Миллати.

5) Касби

6) Яшаш жойи.

6) Да волаш муассасасига келган кўпи.

2. Текшириш ўтказилган вақтдаги шикоятлари.

3. Оилавий аҳволи.

Беморнинг ота-онаси, қариндошлари ҳақидаги маълумотлар: ота-онасинииг ёши, касби, улар орасидаги фарқ, турмуш қўрган йиллари, болалари, улик туғилганлари, тушиб қолганлари.

Оилада ёки қариндошлари орасидаги асаб ва руҳий касалликлар, шунингдек шизофрения, тутқаноқ, ақли пастлик, сурункали ичувчи, гиёҳвандлик, ўз-ўзини ўлдириш, уларнинг таснифлари. Иложи бўлса шажара тўзинг!

4. Беморнинг ўзи ҳақида (шахсий анамнез). Оилада нечанчи фарзанд ҳисобланади. Онада ҳомиладорликнинг кечиши ва туғилиши, беморнинг шу кунгача бўлган ҳаёти:

1) гўдаклик (чақалоқлик) ва мактаб ёшигача бўлган давр.:

Ўтириш, туриш, юриш, югуришини ўз вақтида бажарганми? Ёшлигида бўлиб ўтган касалликлар (қизамиқ скарлатина, бўғма, уйқучанлик, тунги қўрқиш, тунда юриш, с и й и б қўйиш, тутқаноқ, сиқилиш, бош оғриғи).

2) Мактаб ёши ва усмирлик ҳаёти.

Нсча баҳога ўқиган, у н и н г ҳулқи, мактабга, бирор фанга муносабати, кўриш, эшитиш ва сезиш аъзоларига боғлиқ бўлган хотираси.

Қандай тарбияланган? (қаттиққўл, юмшоқ очиқ-кўнгил). Оилавий муҳит. Ўртоқлари ва қариндошлари билан бўлган муносабати. Уйдан кетиб қолган вақтлари. Мактаб сшида бемор асаб системасига оғирроқ таъсир (жисмоний ҳаракат, органик касалликлар, қўрқиш) бўлганми?

3) Балоғат ёши.

Меҳнат фаолияти (меҳнат қобилияти, танлаган касби ва унга бўлган муносабати, мўтахассислиги бўйича ишлаяптими, ўқияптими? Армия сафидаги хизмати (қачон, қаерда, қанча, касал бўлганми?)

Жамоат ишларига бўлган қизиқишлари, ҳаётдаги ўрни. Ташқи таъсирларга сезувчанлиги қандай? Одамларга бўлган муносабати. Ўз ташвишларини бошқалар билан ўртоқлашадими? Одамларга бўлган ишонувчанлиги. Қандай машғулотларга қизиқади, маърўза қилишни, чиқишлар уюштиришни ҳамда бадиий ҳаваскорлик тўгаракларига қатнашишни ёқтирадими? Қийин-чиликларни қандай енгади. Мақсадига бўлган интилишлари (юқори, ўртача, умумаи йўқ).

Муаммоларни қийинчиликларсиз енгади ёки иккиланиш аломатлари бўлади. Истаги ва интилишларини керак пайтида яшира олади. Уришиш, қичқириш, йиғлаш, гапга қулоқ солмаслик хуружлари бўладими?

Бир муҳитдан бошқасига қандай мослашади? Масалан, касалликдан сўнг иш бошлаши (тез, секин, қийинчилик билан). Кайфияти (доимий, ўзгарувчаи, тез ўрганувчан) ўзгаришларига таъсир қиладиган сабаб ва уларга қарши курашиши.

Балоғат ёшига ёки климактерик даврга ўтиш бемор ҳарактерини ўзгартирадими? Гиёҳвандлик ва спиртли ичимликларга бўлган муносабати. Чекадими ва қанча?

Оилавий ва жинсий ҳаёти.

Жинсий ҳаётининг ўзига хослиги (эрта ёки кеч бошланиши, интенсивлиги, жинсий совуқлик, гиперсексуаллик, қоникмаслиқ онанизм, жинсий жиноят)? Менструация, аборт, туғишлар, бола тушиб қолишлар.

Менструация даври руҳий ҳолатига таъсир қиладими?

Эри (хотини), ота-онаси, болалари билан ўзаро муносабати. Асаб системасини сусайтирадиган омиллар (контузия, мия чайқалиши, жароҳат, умумий касалликлар, руҳий касалликлар), бўлар усмирлигида кузатилган (ёки йўқ).

4) Бемор касаллиги тарихи.

Касаллик бошланган кун, руҳий касалликнинг дастлабки белгилари. Касалликнинг қўққисдан ёки секинлик билан бошланиши, сабаблари (инфекция, заҳарланиш, чарчаш, руҳий ёки жисмоний жароҳатлар).

Шифохонага келгунга қадар юзага келган асаб-руҳий симптомлари. Касаллик кечиши (оғриқ симптомларининг кучайиши, вақтинчалик яхшиланиши). Илгари даволанганми (қачон, қаерда, нимага).

5) Беморнинг ҳозирги аҳволи.

1. Соматик аҳволи (клиниканинг терапия бўлимларида қабул қилинган текшириш усулида).

2. Асаб системаси (неврологиядан амалий машғулотларда қабул қилинган услубда). Кўриш, эшитиш, мувозанат сезгилари. Кўз симлтомлари: қорачиқнинг ёруғликни сезиши, конвергенция, аккомодация. Бош мия асаб толалари, ҳаракати, ҳаракатчан, кам ҳаракатчан, мувозанати.

Рефлекса ар: пай, тери, бўғим. Дермографизм, сезувчанлиги, оғриқ, тактил, чуқур, мускул. Нутқ бузилишлари, фонация, артикуляция, дудуқланиш, афазия.

3. Руҳий ҳолати. Беморнинг умумий табиати ва хатти-ҳаракатлари. Ташки кўриниши: самимий, фарқсиз, қўпол, ўзини катта олиш.

6) Онги.

Вақтни, тўрган жойни, ўзини, атрофдагиларни ва воқеа-ҳодисаларни сезишқобилияти. Онг бузилиши синдромлари (сопор, кома, делирий ҳолати, аменция).

1) Идрок (ҳис этиш).

Ихтиёрсиз идрок (иллюзия, галлюцинация, псевдогаллюцинация, сенестопатия), психосенсор бузилишлар, деперсонализация ва дереализация. Идрок бузилишларига беморнинг муносабати.

2) Фикрлаш.

Фикрлашнинг ўзига хослиги (ассоциация бузилишлари, кечиши), тезлашган, мутлоқ тўхтаган фикрлаш, аутизм, ўта қимматли ғоялар, стереотипия.

Уй босишидан қўрқиш, ишонмаслик, ҳаракатсизлик, назоратсиз, охири йўк хаёллар, тасаввурлар.

Васваса ҳолати. Васваса турлари, уларни системалаштириш, турғунлаштириш. Ихтиёрсиз идрок билан васвасага ўхшаш хаёл ўртасидаги боғликлик.

3) Хотира ва интеллект.

Ўтиб кетган ва яқин вақтлардаги воқеа-ходисаларнинг хотирада сақланиши. Мактабда, касбга оид ҳамда ижтимоий-сиёсий воқеаларнинг хотираларда сақланиши. Эслаб колишнинг бузилиши.

Гипомнезия, амнезия, ретроград ва антеград амнезия, конфабуляция. Сўз бойлиги ва тасаввури. Билимнинг маълумот даражасига ва фикрлаш қобилиятига боғлиқлиги. Туғма ва ҳаёт давомида орттирилган ақлпастлик.

4) Ҳиссиёт олами.

Кайфияти: тўғри, тетик, хафа, ачинарли, айёр, тез ўзгарувчан, фарқсиз, хурсанд, кўтаринки, эйфорик, маниакал. Кайфият турғунлиги: кучсиз ҳиссиёт, тургун бўлмаган хиссиёт, ҳиссий кўполлик, парадоксал ҳиссиёт.

5) Эркинлик ва ҳаракатчанлиги.

Қизиқишлари (уйинга, бошқаришга, меҳнатга, ўқишга ва суҳбатлашишга). Қизиқишларнинг турғунлиги ва ҳажми, жинсий ҳаётга бўлган қизиқишлари, овқатга муносабати, ўз-ўзини ўлдириш, гиёҳвандлик. Тутуруқсиз жинсий алоқалар. Болаларга хос одатлар, девоналик, жимиб қолиш, ступор, негативизм, гапга чечанлик, ҳаракатчанлик.

6) Тажрибагоҳ маълумотлари.

Сийдиқ, қон, орқа мия суюқлиги ва бошқа текширишлар хулосаси. Биохимиявий, серологик, электрофизиологки ва бошқа кузатишлар маълумотлари.

7) Клиник ташхисини асослаш.

Анамнез маълумотлари, тиббий кузатишлар ва асбоблар билан текшириш хулосалари умумлаштирилади. Асосий психопатологи к синдром аниқланади.

8) Қиёсий ташхис.

Ушбу касаллик этиологияси ва патогенези.

Касаллик тарихи маълумотларига асосланиб мумкин бўлган этиологияни ва патогенез факторларини кўрсатинг. Патофизиологик механизмини тулалигича ёзинг. Агар касаллик аниқ патологоанатомик кўринишга эга булса, уни таснифлаб беринг.

9) Давоси.

Бу ерда касаллик этиологияси ва патогенезиии ҳисобга олган ҳолда даволаш услубини кўрсатинг.

10) Кундалик.

11) Меҳнат, ҳарбий ва суд экспертизалари.

12) Прогноз (келажакдаги ҳолати ҳақидаги фикр).

13) Эпикриз (хулоса).

Анамнез ва клиник кўринишлари умумлаштирилади. Психопатологик ҳолати динамикаси кўрсатилади хэмда бемор олган муолажа, унга берилган меҳнат ҳақидаги таклифлар қисқа баён этилади.

2 – ҚИСМ

9 - Б О Б

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Ўткир юкумли касалликлардаги руҳий бузилишлар

Ҳар хил юқумли касалликлар руҳий ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин. Инфскцион касалликларда руҳий ўзгаришларнинг бир гуруҳи—симптоматик инфекцион психозлар асосан умумий юқумли касалликларда пайдо бўлади. Бу руҳий ўзгаришлар у ёки бу инфекциои кассаллик аломати ҳиеобланади. Юқумли касалликларда учрайдиган психозларнинг иккинчи гуруҳига менингит, энцефалит, менинго-энцефалит ва лептоменингитлар (арахноидитлар) киради. Бу ҳолатларда марказий нерв тизимининг инфекцияси вирус ёки микроб билан бевосита заҳарланиш оқибатида пайдо бўлади.

Юкумли касалликлардаги руҳий бўзилишлар турли-туманлиги билан ажралиб туради. Ушбу юқумли йнфекциялар марказий пери тизимига қаттиқ таъсир қилиб, мияда ўткир руҳий бузилишларпи — психозларникелтириб чиқаради. Инфекция мияни заҳарлаганда, «интракраниал инфекция» деб номланган касаллик вужудга келади. Инфекция психозлари асосида онг бузилиши синдромлари: галлюциноз, астеник ва кар-соқов синдромлари каби экзогеи турдаги реакцияларга кирадиган ҳар хил психопатологик жараёнлар намоён бўлади.

УМУМИЙ ВА ИНТРАКРАНИАЛ ИНФЕКНИЯЛИ ПСИХОЗЛАР

1. Делирий, аменция, ташқи оламдан узилиш, тутқаноқсимон (ўзгаришлар) қўзғалишлар, онейроид каби синдромлар билан ўтадиган транзитор психозлар шаклида;

2. Галлюциноз, галлюцинатор-параноид ҳолати, апатик ступор, конфабулез каби онгнинг бузилишисиз кечадиган чўзилиб кетгаи психозлар

шаклида;

3. Корсаков, психоорганик синдромлар билан тавсифланадиган марказий нерв тизими органик зарарланиши белгилари билан ўтадиган руҳий бузилишларнинг қайтмас шаклида намоён бўлади.

Транзитор психозлар деб номланадиган касалдикнипг турлари ўзидан кейин асорат қолдирмайди ва ўтиб кетади.

Делирий — айниқса болалар ва ёшлар орасида учрайдиган, организмга тушган инфекцията марказий нерв тизими сезгирлигининг энг кенгайган туридир. Инфекцион делирийда бемор онгсиз, ташқи оламга фарқсиз бўлиб, шунинг асосида қўрқув, кузатув тафаккури, кўрув-иллюзор ва галлюцинатор ташвишланиш юзага келади. Делирий кечга томон кучайиб кетади. Беморлар ёнғин, бузилишлар, ўлим, бахтсиз ҳодисалар саҳнасини кўрадилар. Юриш-туриши ва нутқи галлюцинатор васвасалар остида бузилади ва айниқса қатор органларида оғрик сезади. Беморда иккиланиш белгиси симптоми, яъни унинг ёнида доим ўз акси юргандек сезилади.

Делирий бир неча кундан кейин ўтиб кетади, бироқ ўтган кунларининг маълум қисми ёдида қолади. Баъзи ҳолларда делирий оғир ўтиши ва ўлим билан тугаши мумкин.

Аменция — бу тез-тез учраб турадиган, инфекция таъсирида юзага келадиган ташқи оламга муносабатнинг ва шахснинг бузилиши билан ўтадиган онгнинг чуқур туманлашишидир. Асосан бу оғир соматик ҳолатларда юзага келадиган жараёндир. Бунда онгнинг бўзилиши, қўққисдан пайдо бўладиган психомотор қўзғалишлар, галлюцинациялар, боғлиқсиз майллар ва ўзини йўқотиб қўйиш ҳоллари бўлиши мумкин. Бемор тартибсиз, мақсадсиз ҳаракатлар қилиши, узоқларга қочиб кетгиси, деразадан ўзини ташлагиси келади. Бу хил беморларни назорат остига олмоқ жоиздир. Улар овқат емайдилар ва натижада тез озиб кетадилар. Баъзан клиник манзарасидаги аменция делирий билан алмашиниб туриши мумкин.

Инфекцион психозлар астения билан алмашиниб туриши натижасида бемор кўп йиғлайдиган, бўшашган, товуш в а ёруғликка чидамсиз бўлиб қолади.

Чўзилиб кетган психозлар. Қатор умумий юқумли касалликлар ёмон вазиятларда чўзилиб кетиши ёки сурупкалн кечишга айланиб қолиши мумкин. Бу хил беморларда иамоён бўладиган руҳий бузилишлар, касаллик бошиданоқ оралиқ синдромлар билан ўтади. Юқорида айтиб ўтилганидек психознинг бу шакли ҳам қайтар жараёндир. Улар узоқ астениялар билан тугайди. Бу психозлар клиник манзараси ҳам ўзгарувчандир. Муносабат васвасаси, заҳарланиш ҳамда депрессии васваса ҳолати, ўзини улуғлаш тафаккури, сергаплик кайфи чоғлик яъни маниакал-эйфорик

ҳолат билан алмашинади. Кейинчалик кузатув, ипохондрик васвасалари, галлюцинация билан алишиш пайдо бўлади. Конфабуляция бу шаклда ҳам учрайди. Бу шаклдаги барча психопатологик бузилишлар сезгирлиги пасайган астеник синдромлар ҳамда депрессив-ипохондрик бузилишлари билан биргаликда кечади.

Қайтмас руҳий бузилишлар бу хил патологии жараёнлар асосида Корсаков ва психопатологии синдромлари клиник маизараси билам юзага чиқадиган асоратлар бош миянинг органик зарарланиши билан ифодаланади. Булар қайтмас табиатга эга бўлиб, бош миянинг зарарланиши билан борадиган умумий ёки интракраниал инфекциялардир.

Қатор юкумли касалликлар ташхисида маълум аҳамият касб этган руҳий бузилишлар ўзига хос томонларга эга. Баъзи юқумли касалликларда руҳий бузилишлар кўпроқ масалан тошмали тифда, безгак касаллигида, баъзиларида камроқ ёки умуман бўлмайди. Мисол тариқасида безгак ва бошқа қатор юкумли касалликлардаги руҳий бузилишларни кслтирамиз.

Бу касалликнинг оғир шаклларидан бири тропик бсзгакдир. Плазмодиум. фалцифорум билан чақириладиган касаллик мия зарарланишини кўрсатадиган қатор аломатлар билан боради. Бундай ҳолларда касаллик безгакнинг церебрал шаклига киритилади. Бундай руҳий бузилишлар доим бўлади, бироқ неврологик аломатлар доим бўлмаслиги мумкин. Церебрал безгакнинг коматоз ва апоплектик турлари жуда хавфлидир.

Онгнинг бузилиши секин-аста ёки жуда тез юзага чиқади, яъни тамоман соғлом одам кўққисдан хушидан кетиб қолади. Баъзан бу хил ҳолларда қуёш уриши ёки инфарқт ҳақида фикр юритилади. Бундан ташкари, бемор иссиғи доим ҳам кўтарилавермайди. Улар бир неча соат ичида ўлишлари мумкин. Кўпроқ коматоз ҳолатида бемор иссиғи чиқиши, боши оғриши, бўшашиши, мускулларида оғриқ иштахасининг йўқолиши ёки фақат қаттиқ бош оғриши мумкин. Кома кўпроқ делирийдан кейин, баъзан эса тутқаноқ ҳуружидан кейин пайдо бўлади. Церебрал безгак кўринишларидан бири тиришиш синдромларидир. Бу касалликни ташхислашда энса мускулининг қотиш белгилари асосий бўлиб ҳисобланади. Клиник манзараси кўз мускулларининг фалажлиги, моноплегия, гемиплегия, ҳаракат координациясининг (уйғунлиги) бузилиши, гиперкинез ва бош мия суяги нервлари зарарланиш аломатлари билаи тўлдирилади.

Коматоз шақлининг оқибати анча мураккабдир. Бундан ташқари, церебрал безгакда аменция ҳам келиб чиқиши мумкин. Безгак психозлари бир неча кун ва ҳатто ҳафталаб давом этади.

Скарлатинадаги руҳий бузилишлар таснифи касаллик шакллари ва кечишига боғлиқ. Касаллик енгил шақлининг иккинчи куниёқ уйқучанлиқ бушашганликк, ёмон кайфият кабиларни ўз ичига олган астеник аломатлар келиб чиқади. Болаларда учрайдиган ўрта ва оғир

шаклларининг 3-4- кунларида эса ташки оламдан ўзилиб қолиш ҳам қўшилади. Беморлар саволларга қийналиб тушунишади ва қисқа танаффусдан сўнг жавоб бера олмайдилар. Тез ўқилган гапларни эслаб қолмайдилар ва тез чарчаб қоладилар. Скарлатинанинг оғир шаклларида делирий ва онейроид кўринишлардаги психозлар келиб чиқади. Бунда, психоз тез-тез кайфиятнинг ўзгариши билан борадиган тўлқинсимон кечадиган бўлади. Камқувват, тез-тез оғриб турадиган касалманд болаларда скарлатинанинг атипик шақли 4—5 ҳафтада юзага келади. Клиник манзарасида вақти-вақти билан кучайиб турувчи галлюцинация билан онейроид психозлар кўпроқ учрайди. Галлюцинация фантазия табиатида бўлиб, бемор фаолиятсиз бўлади ва психоз астеник ҳолат билан тугайди. Болаларда астеник бузилишлар скарлатинадан кейин невротик реакцияларнинг ҳосил бўлишида алоҳида ўрин тутади. Скарлатинанинг заҳарланиши, тошмали шакллари бош миянинг энцефалит ва менингит кўринишидаги, органик заҳарланишдаги каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Бундай ҳолатларда тутқаноқсимон синд-ромлар, хотиранинг пасайиши, бемор шахсиятида ўзгаришларни кузатиш мумкин. Мия шишиши билан борадиган скарлатинанинг заҳарланиш шақлида кома юз бериши мумкин. Тошмали шакли эса касалликнинг 3—5 хафтасида гемиплсгия ва мия қон томирларининг эмболияси билан асоратланиши мумкин. Кўпинча скарлатинадаги руҳий бузилишлар охири яхшилик билан туга йди.

Инфекшюп руҳий бузилишлар бош мия органик касалликлари билан қиёсланади.

Сарамасда (рожа) руҳий бузилишлар кам учайди. Бўлар ҳам ўткир, яъни транзитор ва чўзилган, қайтмас психозларга бўлинади. Руҳий бузилишлар клиник манзараси инфекциянинг кечиш жараёни, умумий соматик ва маҳаллий кўринишлар даражаси ҳамда йирингли инфекция жойлашган ўрнига боғлиқ.

Касалликнинг ўткир кечишида абортив кўринишдаги транзитор психозлар кузатилади. Сарамасниг чўзилган кечишида аментив ҳолат юзага келади. Ву синдром қисқа вақтли эйфория билан гиперманиакал ҳолатдан кейин содир бўлади. Чўзилган кечишида онг бузилишига боғлиқ бўлмаган психозлар кузатилади.

Сарамасда оралиқ психопатологик синдромлардан астено-депрессия, астено-ипохондрик, гипоманиакал ҳолатлар учрайди, флегмоналарда келиб чиқиши мумкин бўлган оғир кечишда кататоформ ҳолат бўлади.

Сарамаснинг оқибати яхшилик билан тугайди. Инфекцион психозларнинг сарамас турида шизофрения, маниакал-депрессив психозлар билан қисёланади.

ТОШМАЛИ ТИФ

Касалликнинг бошланишида астеник кўринишлар, ҳолсизлик, апатия, баъзан эса депрессия кузатилади. Бу даврда камдан-кам ҳолларда делириоз синдром (инициал делирий) келиб чиқади. Кўпчилик беморларда юқори ҳарорат остида руҳий ўзгаришлар кузатилади. Ўткир ҳаракат қўзғалувчанлиги яққол сезги, кўрув, баъзан эшиув галлюцинациялари билан тавсифланади. Му-раккаб галлюцинатор кечинмалар эса саҳнасимон манзара билан тавсифланади. Беморлар тасаввуридаги душманларидан қутулиш учун қочишга, деразалардан сакрашга, ўзига тан жарохати етказишга ҳаракат қиладилар.

Кўпинча ипохондрик васвасалар тифда танада ҳар хил сезгилар билан кечади. Тошмали тифда В. А. Беляровский таъбирича «шахснинг иккиланиш васвасаси» (бред двойника) кузатилади. Бунда беморнинг ҳаёдида, ўрнида яна кимдир ётгандек туюлади. Ўша кимдир бемор билан боғланган ёки шахсан ўзидек туюлади. Ваьзида танасида янги қисмлар пайдо бўлгандек туюлади ва бу яиги қисмлар ёқимсиз ва оғриқли сезгига эга бўлади. Бу касалликда вестибуляр бузилиш кузатилади ва ҳаракат, тушиш ва учиш сезгилари юз беради. Юқори ҳарорат кўтарилиши даврида онгнинг чуқур бузилиши натижасида ўсиб борувчи адинамия олиб келади. Постинфекцион астения фонида ҳарорат тушгандан сўнг баъзида резидуал васваса кузатилади. Бу даврда 1—2 ҳафта давом этувчи экспансив конфабулятор синдром келиб чиқади: беморлар ўзларини ҳамма нарсага кодирдек, жасорат кўрсаттандек, катта бойлик эгаси деб ҳисоблайдилар. Бу ҳолатга улар танқид билан қарайдилар, лекин ўзларининг касал эканликларини эслашади. Баъзи беморларда тўзалиш даврида бирданига делирий ёки аментив ҳолат, баъзида менингиал кўринишлар, бульбар аломатлар, дизартрия ва фонациянинг бузилиши кузатилади. Бу кўринишлар комага ва ўлимга олиб келади.

ҚОРИН ТИФИ ВА ПАРАТИФЛАР

Бошланғич даврида беморларда сўлғинлик, иштирок-сизлик, тормозланиш кузатилади. Баъзида ҳарорат кўтарилгунча инициал делирий

маниакал кўзғалиш типи билан кечади. Бундай беморга ташхисни руҳий «касакликлар шифохонасида» қўйилади. Қорин тифининг бу шакли жуда оғир кечади, баъзан улим билан тугайди. Ўткир даврида иситмали делирий кузатилади. Бу аментив ҳолат ҳисобланади.

Тўзалиш даврида баъзида резидуал васваса, кўпинча эса постинфекцион ҳолсизликнииг оғир формалари ривожланади. Худди тошмали тиф сингари беморлар мадорсиз, қўзғалувчан бўлади. Баъзан эйфория, амнестик синдром кузатилади.

Кайталама тиф — бу инфекциои касаллик ўта юқори хуруж билан, баъзида маниакал кўринишли делирийни келтириб чиқаради. Яққол руҳий ўзгаришлар сезилмайди.

БОТКИН КАСАЛЛИГИ

Бу касаллик кўплаб руҳий бузилишнинг астено-адинамик синдроми типидаги ўзгаришлар: мадорсизлик, таъсирчанлик, кўзғалувчанлик билан намоён бўлади. Коматоз ҳолатдаги ўткир дистрофияда кўзғалувчанлик, усиб борувчи апатия, сўлғинлик, уйқучанлик ва қулоқ битиши кузатилади.

ГРИПП

Грипп вирусининг нейротроплигига ва касалликнинг эпидемик тарқалишига қарамасдан яққол руҳий бўзилишлар сезилмайди. Грипп касаллигида астеник симптомлар: мадорсизлиқ, адинамия, бош оғриғи, кўзғалунчанлик хосдир. Баъзида бу белгиларга уйқунинг ва тетикликнинг бузилиши (баъзида кундўзги уйқучанлик) ёки сутканинг ҳамма вақтида уйқучанлик қўшилади.

Бу аломатлар (симптомлар) 1—2 ҳафтада йуқолиб кетади. Камдан-кам ҳолларда руҳий бузилишлар, айниқса постинфекцион даврда яққол ва ранг-баранг бўлади. Астеник кўринишларга ҳиссий бузилишлар кушилади. Кайфиятнинг умумий фони депрессив ҳолга ўтади, бунда ғамгинлик, қўркув, ваҳима, суицидал фикрлар пайдо бўлади. Бошқа ҳолатларда кайфиятнинг умумий фони маниакал ҳолатга яқин бўлади. Яна аментив ҳолатлар: бирданига ҳаракат кўзғалиши билан, доимий бўлмаган эшитув ва кўриш галлюцинациялари билан, яққол деперсонализация ва дереализация синдромлари билан кечади. Бу ўткир эпизодлар 2—3 кун давом этади. Узоқ давом этувчи (бир неча ойгача) психозлар бўлиши мумкин. Улар астения фонида келиб чиқувчи чўзилган аментив ҳолат ёки кўз ёшли депрессия кўринишлари билан ҳарактерланади. Грипп билан оғриган беморларда шизофренияга хос манзарани кузатиш мумкин. Агар гриппозли геморрагик энцефалит бўлса, руҳий бузилишларда онгнинг хираланиши маҳсулотсиз симптоматика билан ёки қўркув, кўрув ва эшитув галлюцинациялари билан кечади.

Охирги йилларда грипнинг токсик формали асоратларига диэнцефал синдромнинг турли шаклларини киритиш мумкин. Диэнцефал соҳадаги қон томирлар утказувчанлигининг ошиши токсинлар ва вируслар учун яхши шароит яратади.

Кўпинча бу синдромнинг вегетатив — томир формаси келиб чиқади.

Давоси. Инфекцион психозларда биринчи ўринда асосий касалликни даволаш керак. Кейин дезинтоксикацион (зарарсизлантириш), седатив терапия, нейролептиклар (аминазин, нозепам, галоперидол), ноотронлар (ноотропил, аминалон, пирацетам) ишлатилади.

ОРТТИРИЛГАН ИММУНИТЕТ ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС)

ОИТС — ўзига хос касаллик бўлганлиги учун биология ва тиббиёт мўтахассислари қатори психиатрлар ҳам ўрганиши керак бўлади. ОИТС да кузатнладиган руҳий бузилишлар турли-тумандир. Маълумки, ОИТС вируси марказий нерв тизими ҳужайраларини зарарлайди. Шунинг учун руҳий бузилишлар пайдо бўлиши билан кўп ўтмай беморда иммунитет пасайиб кетади. Уларда ОИТС га хос ҳарорат кўтарилиши, тунлари терлаш, диарея ва лимфоаденопатия юзага чиқади.

ОИТС да руҳий бузилишлар келиб чиқишинint асосий сабабларидан бири беморнинг сиқилишидир. Бунда қўзғалувчанлик, ипохондрик сиқилиш, депрессия, қисқа вақтли реактив психозлар, параноид шизофремияга оид психозлар кузатилади.

Шуни унутмаслик керакки, кўпинча депрессия ОИТС нинг биринчи синдроми бўлиши мумкин. Қўзғалувчанлик қўрқув, анорексия ва уйқусизлик билан боради. Шунингдек, беморда мураккаб психопатологик белгилар келиб чиқадики, шизофренияга ўхшаш ўткир, параноид ва депрессив психозлар ҳамда турғун гипоманиакал ва маниакал ҳолатлар каби қатор эндоген касалликлар билан киссий ташхислаш керак бўлади.

Бунда васваса майлн, галлюцинация, параноид, вербигерация ва бошқа симптомлар кузатилади.

Шу хил руҳий ҳолат ойлаб давом этади, кейин миянинг зарарланишига ҳамда деменцияга ўтади. Агар беморнинг яқинларидан бири ОИТСдан вафот этгни бўлса, бемор ўз-ўзини ўлдиришга ҳаракат қилиб кўради.

Бу касалликда невротик депрессия нисбатан кам учрайди. Депрессия натижасида ёки мустақил равишда беморда обсессив-комульсив бузилишлар тавсифлидир. Бу бузилишлар беморни кўп соатлаб ўз танасида тошмалар ахтариши, ўлим ҳақида ўйлаши, касаллик юқиши мумкин бўлган жинсий алоқа ҳақида ўйлаши каби ҳолатларга олиб келади. Шуни ҳам ҳисобга олиш керакки, ОИТС нинг психопатологик симптомлари

ракнинг терминал босқичидаги беморда кузатиладиган белгиларга жуда ўхшаб кетади.

Бу даволанмайдиган оғир касалликлар шароитида психопатологик ўзгаришларнинг универсаллигини текширувчига эслатиб ўтади.

Касалликнинг ўтиб боришига қараб 40% ҳолларда бош мия органик зарарланиши симптомлари, 80% ҳолларда оператив йўл билан диффуз энцефалопатияси тасдиқланади.

Бундай ҳолларда беморларнинг диққати аста-секин пасаяди ва бўлиб ўтган воқеани тез унутади. Бир неча ҳафта ичида беморда ақл пастлик, онг бузилишлари, мутизм, сийдик-нажасни тўта олмаслик ва кома юзага чиқади. Компьютер томографияда ҳар 10—13% ҳолларда церебрал атрофия аниқланади.

Шундай қилиб, ОИТС мураккаб, кам ўрганилган ва ҳозирча давосиз касалликдир. Бунда жуда кўп аъзо ва тизимлар ўз фаолиятини бажармай қўяди. Айниқса, марказий нерв тизимидаги ўзгаришлар неврологик ва руҳий бузилишларга олиб келадики, натижада беморни ижтимоий-меҳнат ва руҳий дезадаптацияга олиб келади.

СУРУНКАЛИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Ревматизм — бод касаллиги. Ревматизмда юзага келадиган нерв-руҳий бузилишлар клиникаси кўпидаги синдром ва психопатологик ўзгаришлардан ташкил топади. Синдромлар ревматмзмнинг эрта ва анча енгил кечувчи шаклига хос бўлса, психонагологик ўзгаришлар эса ревматизмнинг кечки даврида, бош мияда морфологик ўзгаришлар аниқлангаидан кейингина юзага келади.

Касалликиинг эрта даври учун неврозга ўхшаш ҳолат хосдир. Бунда ҳолсизлик, тушкунлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Ундан ташқари, жуда юқори қўзғалувчанлик, таъсирчанлик, йиғлоқилик каби белгилар кузатилади. Мана шу ҳолат кўпинча болаларда ҳаракатнинг тартибсизлиги, ноаниқлиги ва уларнинг чалғиши билан қўшилиб келади. Кўпинча уйқу бузилади, уйқу юзаки ва қисқа бўлиб қолади. Бемор тутуруқсиз, тартибсиз тушлар кўриб чиқади. Баъзан ухлашдан олдин иллюзияга ўхшаш ёлғон сезгиларни хис қилиш юз беради. Кўпинча «тана тузилишини», атроф муҳитни қабул қилиш бузилади, ундан ташқари вестибуляр бузилишлар юзага келади. Қўрқувлар юзага келади. Баъзан бу қўрқувлар ҳеч кандай аҳамиятга эга бўлмаса-да, баъзан беморнинг соғлигига, ҳатто ҳаётига хавф солади.

Кўпчилик касалларда бундай ҳолатлар анча яхши кечади, лекин бемор аҳволининг яхшиланиши турғун бўлмаслиги мумкин. Агар яна инфекция қўшилса ёки тушса, унинг таъсирида беморнинг аҳволи тезда ёмонлашади.

Ревматизмнинг ҳамма даври ва шаклларида ўткир психозлар билан қўйидаги депрессив, ступор ва аментив —делириозли синдромлар бирга келади. Бу ҳолатлар учун қўзғолишнинг ступор билан алмашиши, соматик ўзгаришлар жадаллиги билан психозларнинг ўткирлиги орасида аниқ боғлиқликнинг йўқлиги, ундан ташкари, у н и н г узоқ давом этмаслиги (бир йилгача) ва кўпинча касалликнинг яхши тугаши кабилар хосдир.

Ревматизмда турли хил эпилепсияга ўхшаш ҳолатлар, яъни кичик талваса, катта тутқаноқ ва ҳатто эпилептик статус ҳам бўлиши мумкин.

Ревматик энцефалит сурункали равишда прогредиент кечиш билан, даврий ремиссия, шахснинг аста-секин органик типда ўзгариши, хотиранинг пасайиши ва интеллект (ақлнинг) ўзгариши билан тавсифланади. Ревматик энцефалитда кўпинча галлюцинатор-параноид синдром юзага келади. Ундан ташқари, психосенсор бузилишлар билан ташки оламни ва ўз танасини идрок қилишнинг бузилиши ҳам тавсифлидир.

Сурункали равматик психозлар ўз ривожланишининг маълум бир босқичларида шизофрения билан бирмунча ўхшашлик томонларга эга. Бундай ҳолатларда ташхис қўйиш учун анамнез соматик ва лаборатория текшириш натижалари, касалликнинг ўзига хос кечиши, шизофренияга хос ҳиссий оламда ва фикрлашда ўзгаришларнинг йўқлиги ва органик жараёнларга хос тафаккурнинг бузилиши каби белгилар асосий ролни уйнайди.

Касалликнинг ҳам ўткир, ҳам сурункали даврларида доим бош мия ва марказий нерв тизимида патологоанатомик ўзгаришлар учрайди. Ёш болаларда яллиғланишнинг инфильтратив таркиблиги, катта ёшдагиларда эса пролифератив таркиблиги устунлик қилади. Бош миядаги ял-лиғланиш тугунчалари ревматизмда юрак мушакларидан топилган Ашофф гранулемалари билан бир хилдир.

Баъзан касаллик кайталанувчи психоз типида депрессив-ипохондрик галлюцинатор ёки кататоник хуруж билан бир неча ой давом этиши мумкин. Юзага келган ремиссия ҳолати янги қайталаниш билан алмашинади. Агар касаллик кучайиб борса, тезда у ёки бу даражадаги нуқсон ҳосил бўлади, ҳатто маълум даражада эсипастликка олиб келади.

Б**руцеллёз.** Бу инфекция кучли нейротроп хусусиятга эга бўлиб, ўзок вақт ремиссия ва қайталаниш билан кечиши тавсифлидир. Ноаниқ нохуш сезги, тез чарчаш, таъсирланувчан бўлиб қолиш, тушкун кайфият касалликнинг биринчи аломатлари ҳисобланади.

Психозлар инфекциянинг дастлабки давридаёқ пайдо бўлиши мумкин. Кўпинча делириоз ва аментив ҳолатлар, баъзан эса апатия ва қулоқ битиши кузатилади. Абсанс типидаги ҳуружлар ўзига хос ҳисобланади. Унга тилнинг, қўлнинг оқариши, нутқнинг йўқолиши характерлидир. Кўпинча образли тушсимон безовталаниш пайдо бўлади.

Бруцеллёзли психозлар соматик аломатлар асосида юзага келади (ремнттирик қалтираш, жигар ва талоқнинг катталашиши, бўғим ва мускўлларнинг шикастланиши ва бошқалар). Лекин алоҳида соматик ва руҳий бузилишлар ўртасида қонуний боғланишлар йўқ. Кўпинча руҳий ўзгаришлар кучли ёки кучсиз даражада ривожланган неврологик аломатлар билан бирга келади (менингеал кўринишлар, пирамидал белгилар, гиперкинезлар). Бу эса бруцеллёзни менингит, энцефалит ёки менинго-энцефалитдан фарқлашга имкон беради.

Ревматизм ва бруцеллёзда асосий касалликни даволаш билан бирга рухий бузилишларни ҳам даволаш керак. Бунинг учун психотроп воситалардан фойдаланиш зарур. Қайси воситани, дори моддани танлаб олиш ва уни ишлатиш дозалари синдром ва белгилариинг табиатига қараб белгиланади.

БОШ МИЯ ВА УНИНГ ПАРДАЛАРИ ИНФЕКЦИЯ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАНДА ЮЗ БЕРАДИГАН БУЗИЛИШЛАР

Кутуриш. Бу касаллик одатдан ташкари жуда оғир кечиши ва кўпинча улим билан тугаши туфайли нерв тизимини шикастловчи инфекциялар орасида алоҳида ўрин эгаллайди. Қутуришнинг яширин даври 2—10 ҳафта давом этади. Баъзан касаллик кечроқ, яъни кутўрган ҳайвон тишлагандан бир йил кейин ривожланиши мумкин. Касалликнинг кечишида уч давр ажратилади: продромал, қўзғалиш ва фалажлик даврлари.

Продромал давр тана ҳароратининг сал кўтарилиши, терлаш, тишланган жойда оғриқ, бош оғриши, тушкун кайфият, қўрқув, бесаранжомлик ва ташқи таъсиротларга юқори сезгирлик каби белгилар билан кечади.

Қўзғолиш даври тана ҳароратининг янада юқори кўтарилиши ва қутуришга жуда хос аломатлар — гидрофобия ва аэрофобия билан тавсифланади. Сув ичишга бўлган ўриниш ҳиқилдоқ ҳалқум ва қизилўнгач мушакларининг қаттиқ спазмига олиб келади. Бир пайтнинг ўзида ҳансираш, кўкариш, нафас қисиш хуружлари, оғизнинг қуриб қолиши, кучли чанқаш юз беради. Кейинчалик беморнинг сув ютишга кучи қолмайди, у ваҳима, қўрқув билан сувдан қочади. Суюқликнинг бирор бир тури ютқун мушакларининг оғриқли титрашига— сиқилишига олиб келади. Бундай ҳуружлар бошқа таъсирловчилар — совуқ ҳаво оқими, ёрқин ёруғлик, каттиқ, кучли товушлар билан ҳам чакирилиши мумкин. Касалликниг бу

даврида онгнинг хиралашиши типидаги руҳий бузилишлзр юз беради. Асосан аниқ галлюцинациялар билан васвасалар, делирий, кучли аффектив қўзғолишлар кузатилади, бемор ўзини ва кийимларини тишлайди, ўзига жароҳат етказиши ва атрофдаги киши-ларга ташланиб қолиши мумкин. Касалликнинг кейинги даврида руҳий ўзгаришлар, кўзгғлиш ва мушакларнинг спазми фалажлар (асосан оёқ фалажи) ва гапириш (нутқ)нинг бузилиши билан алмашади. Беморлар типчланади, қалтирашлар йуқолиб, кийналмай сув ичади. Мана шундай «қаҳрли тинчланиш» (Н. М. Кроль) ўлим хабарчиси ҳисобланади. Улим 3—4 кундан кейин юрак етишмовчилиги бслгиларининг кучайиб бориши билан юз беради. Баъзан жадал даволаш тадбирлари ёрдамида бемор умрини бир меча кунга чўзиш мумкин.

Бош мия бўлимларида яллиғланиш аломатлари кўринади— бош мия ва унинг пардаларида кучли гиперемия, геморрагиялар; бош мия тўқимасининг емирилиши, глиал ҳужайраларнинг пролиферацмяси куилади, бу эса кўпипча қутуриш тугунчалари ҳосил бўлишига олиб келади. Нерв ҳужайраларида, асосан аммон шохларида топиладиган Нигре таначалари ташхис жиҳатидан катта аҳамиятга эга.

Касалликни «ёлғон қутуриш»— психоген истерик синдромдан фарқлаш лозим. Бу синдром қутурганлик эҳтимоли бор хайвон тишлаган одамларда ривожланиши мумкин.

Касалликни даволаш натижа бермайди. Асосий эътибор касалликнинг олдими олишга каратилади. Бунинг учун пастер эмлашларини иложи борича эрта бошлаш керак. Асосий профилактика тадбирларидан яна бири уй ҳайвонларини озода, тартибли сақлаш (қутўрган ҳайвон ва итларни йўқотиш) ва кенг санитария-оқартув ишларини олиб боришдан иборатдир.

Менингит. Менингит бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи менингит бевосита мия пардаларининг инфекция билан зарарланиши туфайли келиб чиқади. Иккиламчи менингит эса ўчоқли ёки умумий инфекцион касалликларда инфекциянинг лимфоген ва гематоген йўқ билан бош мия пардаларига тушиши туфайли келиб чиқади. Бирламчи менингитга Вексельман менингококки чақирган церебрал менингит, ўткир лимфоцитар хориоменингит, Коксаки ва ECHO вируслари чақирган ўткир менингитлар киради.

Иккиламчи менингитлар сабаби бўйича (стафилакоккли, стрентококкли) ва бирламчи инфекцион жараённинг жойлашган ўрни бўйича фарқланади (отоген менингитлар).

Патогенези ҳар хил бўлишига қарамасдан менингитда юзага келадигаи руҳий бузилишларга меиингиал аломатлар мажмуаси хосдир. Бу аломатлар мажмуаси доимо қаттиқ бош оғриши, овқат ейишга боғлик бўлмаган қусишлар, гиперкератоз кўринишлар, неврологик аломатлардан (энса мушакларининг таранглашуви, Брудзинский аломатлари) ташкил топади. Неврологик ҳолатда яллиғланиш жараёнининг бош мия тўқимасига

ва чаноқ-бош мия нервларига ўтиши билан маҳаллий зарарланиш белгилари ҳам юзага келади. Уларга бош мия нервларининг жароҳатланиши, вестибуляр ўзгаришлар, Жексон эпилептик кўринишлари, нутқнинг бузилиши, геми-ва момопарезлар, сезгининг бузилишлари мисол бўла олади. Менингитда орқа мия суюқлиги босими ортади, ҳужайра элементларининг сони кескин ошади (плеоцитоз); оқсил микдори ошади, альбумин-глобулин коэффициенти камаяди. Агар орқа мия суюклиги типиклигича қолиб, плеоцитоз лимфоцитлар ҳисобига юз берса, серозли менингит дейилади. Йирингли менингитда орқа мия суюқлиги хира, унда полинуклеарлар кўпчиликни ташқил қилади.

Руҳий бузилишлар даражаси менингитнинг этиологияси ва кечиш даражасига богликдир. Жуда оғир, тез кечувчи жараёнлар (асосан йирингли менингитлар) онгнинг чуқур бузилишлари, яъни сопор ва кома билан кечади; бирмунча кенгил кечишда қулоқ битиши ҳолати кузатилади. Баъзи касалларда кучли ҳаракат кўзғолишлари, васваса, галлюцинациялар юз бериб, бу ҳолат тезда руҳиятнинг тушиб кетиши, ҳолсизлик ва адинамия билан алмашиниши мумкин.

Даволаш. Юқори дозаларда сульфаниламид препаратларини ва антибиотикларни қўллаш эпидемик цереброспинал ва иккиламчи йирингли менингитлар прогнозини бирмунча яхшилайди. Замонавий ва тўғри даволаш туфайли бош миянинг турғун органик жароҳатланиш белгилари, шуиингдек беморнинг жисмоний ва ақлий жиҳатдан ривожланишидан орқада қолиши кам учрамокда. Бирламчи серозли вирусли менингитда носпецифик даволаш (бир неча марта орқа мия суюқлигини пункция қилиш, вена қон томирига уротропин юбориш, дегидратациои терапия) бемор аҳволини яхшилашга ёрдам беради. Онгнинг кучли даражада бузилишлари жуда кам учрайди.

Менингитнинг оғир асоратларидан бири — бош миянинг сурункали сув билан тўлиб қолишидир (водянка головного воз га).

Сил менингити. Касаллик асосан руҳий беморларда учраб, ички аъзолар силининг асорати ҳисобланади. Касалликнинг продромал даври (5—2J кун) ўзига хос кечади. Унга бош оғриши, вегетатив бузилишлар, руҳий ўзгаришлар хосдир. Касалликнинг бошида тана ҳарорати субфебрил бўлиб, кейинчалик 38—40°С даражагача кўтарилади; бош оғриши кучаяди, қусиш, менингиал симптомлар пайдо бўлади; орқа мия суюқлиги ўзгариши мумкин (унимг босими ошади, фибрин толалари ва сил таёқчалари топилади).

Руҳий бузилишлар продромал давридаёқ пайдо бўлади: ҳолсизлиқ тез чарчаш, таъсирчанлик, уйқунинг бузилиши кузатилади. Агар даволаш эрта бошланса, руҳий бузилишлар асосан кайфиятнинг ўзгариши, яъни юқори қўзғалувчанлик ва депрессия ҳолатлари билан чегараланиб қолиши мумкин. Лекин кўпинча онгнинг қулоқ битиши типидаги бузилишлари учрайди. Бунда беморларда ҳолсизлиқ хеч нарсага қизиқмаслик, адинамия, бир саволни қайта-қайта такрорлагандан сўнг бир хил жуда қийин жавоб бериш каби белгилар кузатилади. Кейинчалик онг бузилишлари онейроид

ўзгаришли табиатга ва фантастик қўрқув галлюцинациялари билан бирга келувчи ҳолатга ўтиши мумкин. Улар қўркув, қандайдир оғирлик ва ҳаракат қўзғалишлари билан бирга кечади. Ундан ташқари, тентакликка хос доимий хушчақчақлиқ импульсив ҳаракатлар, хуружлар каби ҳолатлар кузатилади. Кома ҳолати ўлимга олиб келиши мумкин.

Тўзалиш даврида эслашнинг қийинлашуви билан турғун бўлмаган амнестик синдром, умумий астения белгилари, тез чарчаш, ҳиссий беқарорлик, йиғлаш каби белгилар ҳам пайдо бўлади.

Даволаш. Стрептомицин ва бошқа силга қарши дори препаратларини қўлланиш клиникаси ва унинг оқибатини кескин даражада ўзгартириб юборди. Агар бу препаратлар билан даволанмаганда касаллик 3—4 хафтага бориб улим билан тугарди. Ўз вақтида даволаш бутунлай соғайишга олиб келади.

Сил менингити билан касалланган баъзи болаларда кейинчалик бош мия органик жароҳати белгилари на руҳий ривожланишдан ортда қолиши кузатилади.

БИРЛАМЧИ ЭНЦЕФАЛИТЛАРДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Бирламчи энцефалитлар бош мия тўқимасининг жароҳати туфайли аста-секин ривожланиб борувчи ўзгаришлар билан бирга кечади. Бунда ўткир инфекциялардан фарқ қилиб, биринчи ўринга умумий носпецифик реакциялар чиқмайди, аксинча, касалликиинг клиникаси инфекциянинг ўзининг хусусиятларига ва унинг бош мияга танлаб таъсир қилишига боғлик бўлади. Бу касаллик-лар гуруҳида Экономо типидаги эпидемик энцефалитни ва мавсумий вирусли энцефалитлар — канали ва чивинли энцефалитларни кўриб чиқилади.

Эпидемик энцефалитлар. Эпидемик энцефалит пандемияси вақтида (1916—1922) касалликнинг бутун куриниши, унинг айрим икир-чикирларигача Австрия олими Экономо ва унга боғлик бўлмаган ҳолда Россияда Я.М. Раймист ва А. М. Гаймановичлар томопидан ёзил**ган.**

Касаллик қўзғатувчиси ҳалигача аниқланмаган. Касалликнинг кўпинча гриппдан кейин бошланиши сабабли унинг келиб чиқишида грипп вируси асосий ролни ўйнайди деган фикр бор эди. Лекин кейинчалик бу назария исботланмаган. Ҳозирги пайтда эпидемик энцефалитнинг қўзғатувчиси деб фильтрланувчи номаълум вирус ҳисобланади. У ҳаво йўқи орқали организмга тушади. Ҳозирги пайтда бу касалликнинг эпидемик тарқалиши кузатилммйди. Лекин спорадик ҳолда касалланиш ҳозир ҳам учрайди.

Патологик анатомияси. Касаллик марказий асаб тизими яллиғланиши билам кечиб, у асосан лимфоцитар инфильтрат ва мезоглиянинг

пролиферацияси билан тавсифламади. Бу ўзгаришлар асосан экстрапирамид тизимининг турли даражаларида жойлашади: тарғил танада, қора субстанцияда, қизил ядрода. Яллиғланиш жараёни ҳатто унинг сурункали даврида ҳам ўзлуксиз давом этади (паркинсонизм). Бош мия экстрапирамид тизимида яллиғланиш билан бирга дистрофик ўзгаришлар ҳам аниқланади. Қора субстанция ҳҳжайраларида пигмент камайиб, бу ҳужайралар ўлади. Натижада қора субстанция ўз рангини йўқотади.

Касалликниг кечишида икки давр — ўткир (инициал) ва сурункали даврлар ажратилади. Ўткир — инициал давр клиникаси жуда хилма-хил. Бунда касаллик жуда тез, ўткир ва у кучли бошланиши мумкин. Ва, аксинча, касаллик баьзида ҳеч қандай клиник манзарасиз, алоҳида бир кўринишларсиз ҳам бошланиши мумкин. Мана шундай ҳолларда ташхис жуда кечикиб, касаллик сурункали эпидемик энцефалитга ўтгандан сўнг қуйилади. Бу прогнозни ва даволаш жараёнини қийинлаштириб юборади.

Касалликниг ўткир бошланишида тана ҳарорати 37,5—37,8°, ҳатто ундан ҳам юқори бўлиши мумкин, бундан ташқари, ҳолсизлик, қувватсизлик, бош оғриши, уйқучанлик ҳам кузатилади. Касалликниг бу даврида неврологик симптомлардан кўзни ҳаракатлантирувчи нерв бузилиши: диплопия, аккомодациянинг ўзгариши, птоз, конвергенциянинг етишмаслиги хосдир. Яна юз нервининг парези ва анизорефлексия ҳам пайдо бўлади. Кечаси кучаювчи гиперкинезлар — тремор, атетозлар, хореясимон ҳаракатлар юзага келиши мумкин.

Эпидемик энцефалит ўткир даврининг асосий ва доимий аломатларидан бири — уйқунинг бузилиши ҳисобланади. Унинг бошқача номи «летаргик энцефалит» деб номланади. Бу аломат ўзоқ вақтгача касалликнинг бошланғич белгиси бўлиб қолиши мумкин. Баъзида дастлаб уйқунинг кунлик тартиби — формуласи ўзгаради. Беморлар кундўзи ухлаб, кечаси умуман ухлашмайди. Беморлар соатлаб чарчамасдан, уйқуга эхтиёж сезмасдан кўзларини катта очган ҳолда ётадилар. Болалар ва ўсмирларда тунги уйқусизлик кўпинча умумий безовталик билан кечади. Беморлар маъносиз, бир хил — стереотип ҳаракатлар қилади: бир хил сўз ёки гапларни қайта-қайта такрорлайди. Умумий ҳаракат безовталиги доимий енгиб бўлмас уйқу ҳолати билан алмашади. Бу вақтда беморлар ҳар кандай ҳолатда — ўтирган, турган, ҳатто юриб кетаётганларида ҳам ухлаб қоладилар. Бундай уйқучанлик (летаргия) бир нсча кундан бир неча ойгача, ҳатто йиллар давом этиши мумкин.

Кўпинча вестибуляр — бош айланиши, юришда ҳадиксираш ва вегетатив— терлаш, вазомотор ўйинлар, саливация—сўлак ажралишининг кучайиши, полидипсия бузилишлари ҳам кузатилади.

Касалликнинг ўткир давридаги руҳий ўзгаришлар бошқа ўткир инфекциялардаги симптоматик психозларни эслатади. Бунда энг кўп делирий ҳолати кузатилади. Бу ҳолатда онгнинг хиралашуви кузатилади, атрофдаги нарсаларни нотўғри тасаввур қилиш, гиперкинезларнинг кучайиши,

кўрув галлюцинациялари ҳосдир (мусситирловчи делирий). Онгнинг янада чуқуррок бузилишларида қўқув аффекти, юришга уриниш (ёки қочишга ўриниш), кўрув галлюцинация-ларининг кучайиши кузатилади.

Бу ҳолатда агар тремор бўлса, оқ алаҳлашни эслатади. Баъзан делирийдан сўнг апатик ёки апатико-абулик ҳолат юзага келади: бемор жуда ҳолсиз, апатик (бефарқ), атрофдаги нарсаларга қизиқиши йўқолади. Янада оғир ҳолларда касбга оид васвасалар ривожланади, бемор автоматик равишда беихтиёр ҳаракатлар қилади, гинеркииезлар кучаяди, конфабуляция пайдо бўлади.

Касалликнинг ўткир даврида яна руҳий ўзгаришлардан бири — бу кайфиятнинг бузилишидир. Кайфиятнинг ўзгариши депрессив типда кечиб, беморда ҳеч нарсага қизиқмаслик, кам ҳаракат қилиш, ўз-ўзини ўлдириш хаёллари кузатилади. Ундан ташқари, гипоманиакал ва натижасиз кўзғолишлар юз бериши мумкин.

Инициал даври 2—3 хафтадан 2—3 ойгача давом этади. Бир паитиинг ўзида ўткир давр тўхташи билан руҳий бузилишлар ҳам йўқолади. Лекин бошқа ҳамма инфекцияларга хос, ўзок вақт давомида инфекциядан сўнгги астения ҳолати вужудга келади. Постинфекцион астепияга холсизлик, тез чарчаш, хотиранинг пасайиши, таъсирчанлик, йиғдоқилик, кўнгил бўшлиги каби белгилар киради. Ўткир даврда бемор ўзоқ йиллар давомида худди бутунлай соғайиб кетгандай юради. Кейин сурункали даври бошланади. Лекин, баъзида ўткир даври бевосита тўғридан-тўғри сурункали даврга ўтиб кетади. Баъзан ўткир давр билинмасдан кечиши мумкин ва касаллик сурункали давр аломатлари билан юзага чиқади.

Сурункали давр клиникаси. Сурункали давр клиникаси жуда хилма-хил неврологик ва психопатологик аломатлар билан ажралиб туради. Неврологик бузилишлар кўзни ҳаракатлантирувчи мушаклар ҳаракати ўзгаришларида ўз аксини топади: конвергенция парезлари, диплопиялар, кўзнинг куч билан очилиши кабилар пайдо бўлади. Вегетатив бузилишлар аниқ юзага чиқади: кучли сўлак ажралиши, кўп терлаш, терининг мойли бўлиб колиши, вазомотор бузилишлар юзага келади. Кўпинча моддалар алмашинуви бузилади: беморлар жуда тез ориқлаб ёки тез семириб кетишн мумкин. Ундан ташқари, сув, туз ва углеводлар алмашинуви ҳам бузилади.

Эпидемик энцефалитнинг сурункали даври учун **паркинсонизм синдроми** ўта даражада тавсифлидир (ригид-акинетик синдром). Бундай касалларнинг ташқи кўриниши ўзига хосдир: юзи ялтирайди, ёгли ва ниқоб-симондир. Мимикаси йўк Бемор бирор нарсадан хафа ёки хурсанд бўлиши мумкин, лекин мимикаси бу ҳис-ҳаяжонни юзида акс эттирмайди, юзи котиб қолганга ухшайди. Ҳаракатлари секин ва бир хилда (брадикинезия). Бемор бирор бир ҳолатда соатлаб ўзгармасдан туради. Беморнинг юриши ҳаддан ташқари типик: бемор секин, майда қадам ташлаб, оёғини тиззадан сал букиб юради. Қўлларнинг ўзаро бир-бирига мутаносиб ҳаракати бўлмайди. Нигоҳи бир нуқтага каратилган, йўналган бўлади.

Агонист ва антагонист мушакларнииг номўтаносиб қисқариши, таранглашиши туфайли ҳаракат қилмокчи бўлганида бемор олдинга, орқага ва ён томонга йиқилиши мумкин; пропульсия, ретропульсия, латеропульсия кузатилади. «Титили ғилдирак» номини олган феномен типик бўлиб, унда пассив ҳаракат мушаклар гипертониясининг ортишига олиб келади. Гапириш секинлашади, бир хил тонда, ҳис-ҳаяжоисиз; баъзан беморлар ярим сўзни айтиб, паўзадан сўнг гапини давом эттиради. Айрим ҳолларда бир хил гап ёки ҳаракатни тўхтовсиз қайтаради.

Орқа мия суюқлигида канд, оқсил, глобулин микдори сезиларсиз даражада ошади, баъзан ҳужайра элементлари — лимфоцит ва плазмоцитлар сони ошиб кетади.

Сурункали даврнинг психопатологик бузилишлари жуда хилма-хил ва у катта ёшдагилар ва болаларда бир хил кечмайди. Энг аввало руҳий фаолликнинг бирданига тушиб кетиши кузатилади. Бу беморнинг жуда тез чарчаши, ҳолдан тойиши билан тушунтирилади, бу ҳолат ҳамма руҳий жараёнларнинг — фикрлаш, диққат фаоллиги, аффективлик кучининг суеайишига олиб келади. Бундай беморлар ҳаддан ташқари секин юради, оғир ва танбалдир. Улар диққатни жамлаш ва тезлаштиришга қодир эмаелар. Уларнинг диққат қилиши мустақил эмас. Фикрлаш сусайган, секин бир хил бўлиб, баъзан беморнинг идроки ҳисобига фикрлаш зуўриққан ҳолда кучайиши мумкин. Фикрлашнинг бузилишига қарамасдан эпидемик энцефалитда эси пастлик кучли даражада ривожланмайди. Одатда билимлар йиғиндиси, хотира, ақл-ҳуши ўзгармайди, лекин тормозланиш жараёнларининг кучайиб кетиши оқибатида уларни аниқлаш анча қийинчилик туғдиради. Бу даврнинг ўзига хос психопатологик кўриниши бўлиб шилқим, тутуриқсиз ҳаракатлар ҳисобланади — ўз-ўзидан кулиш, йиғлаш ва ҳисоб-китоб қилишдир. Бу ҳаракатлар бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин.

Эпидемик энцефалитнинг нотипик вариаитларида неврологик симптоматикалар ва айнан паркинсонизм тез ва аниқ даражада юзага чиқмасдан, балки руҳий ҳолатлардан кейин, кечроқ юзага чиқиши мумкин. Касалликнинг бу шаклларини ўрганиш ва ёзиб қолдиришда бизнинг психиатрларимиз катта ҳисса қўшдилар. Ўзоқ йиллар давомида касалликнинг бу шакллари аниқланмасдан ва нотўғри ташхис қуйиб келинган. Уларга қўйидагилар киради:

Галлюцинатор-параноид шаклида кўриш орқали ҳис қилишнинг бузилишлари — иллюзиялар, галлюцинациялар ҳамда гиппалогик галлюцинациялар юз беради. Баъзан улар таъқиб, таъсир, зарар етказиш ва ўз-ўзига муносабат васвасалари билан кўшилиб келади. Булар билан уйқусимон онейроид ҳолат ўртасида аниқ боғликлик кузатилади. Кўпинча бу ҳолатлар, ҳаяжонлар туш куришга ўхшаб кетади. Шизофрения касалларидан фарқ қилиб, бундай касаллар пассив равишда ўз васвасалари ҳақида гапириб берадилар; пароксизмда бўлмаганларида

васвасаларига танқид кўзи билан қарайдилар.

Психосенсор шақлида дастлаб алданувчи, ёлғон сезгилар пайдо бўлиб, кейинчалик неврологик ва паркинсонизм белгилари кўринади. Бунда дереализация, деперсонализация, эшитув, кўрув иллюзиялари, вестибуляр ўзгаришлар — бош айланиши, юришда ўзига ишонмаслик пайдо бўлади.

Прогнози. Сўнгги йилларгача оқибати ёмон деб ҳисоблаб келинган. Паркинсонизмнинг ривожланиши, тез берилувчанлик ва руҳий адинамия беморни иложсиз, ёрдамсиз ҳолатга ва охир оқибатда эса маразм ҳолида ўлишга олиб келади. Сурункали даврида ўлим (клиник ўлиш)20—30% гача, ўткир даврида эса ундан ҳам юқори эди. Кейинги йилларда фармакотерапиянинг ютуқлари ва паркинсонизмни жарроҳлик йўқи билан даволаш туфайли прогноз анча яхшиланди.

Қиёсий ташхиси. Неврологик симптомлар яхши ривожланган бўлса, қиёсий ташхис қўйиш қийин эмас. Паркинсоник синдром билан кататоник синдром ўртасида маълум бир ўхшашлик бор. Бу эпидемик энцефалит билан шизофрениянинг кататоник шақли ўртасида қиёсий ташхис ўтказишни талаб қилади. Эпидемик энцефалит билан шизофрениянинг кататоник шақли фақат ташқи тарафдан қўйидаги белгилари билан бир-бирига ўхшайди.

Улар қўйидагилардир: васвасанинг, галлюцинация ва негативизмниинг йўқлиги, бемор билан коитактда бўла олиш, касалнинг ўз аҳволига танқидий баҳо бера олиши ва неврологик аломатлариипг мавжудлигидир. Эпидемик энцефалитда юзага келадиган васваса, галлюцинация, психопатологик аломатлар, зўриққан ва шилким ҳара-катларни (тутуриқсиз) шизофрениянинг галлюцинатор параноид ва неврозсимон шакллари билан адаштириб юбориш мумкин. Эпидемик энцефалитда аутизм, фикрлашнинг бўлиниши, паралогизм — ҳиссиётнинг шизофреник ўзгариши, негативизм бўлмайди.

Усмирлик давридаги касалликни қиёсий ташхис қилиш жуда қийин. чунки бунда биринчи ўринга ҳарактернинг руҳий патологик ўзгариши билан тентаклик аломатлари чиқади. Ўзига хос анамнез ва неврологик симптомаларнинг йўқлиги жараёидаи кейинги дефект деган хулосага олиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда ташхис қилиш текширув асосида қўйилади. Бўларнинг ичида биринчи ўринга фикрлашнинг бўлиниши чиқмайди. Балки фақат шизофреник стереотип ва вербигерацияга хос белгилар — тез чарчаш, бир хил тонлик юзага чиқади.

Бошқа органик касалликлардан (менингитлардан, менинго-энцефалит шикастлар ва бош мия ўсмасидан) эпидемик энцефалит касалликнинг ўткир даври ва неврологик аломатлар (экстрацирамидал, кўзни ҳаракатлантирувчи, вегетатив, уйқунинг бузилиш аломатлари) мавжудлиги билан фарқ қилади.

Даволаш. Касалликнинг ўткир даврида даволаш асосан иситмани туширувчи. дезинтоксикацион терапия ва иккиламчи инфскциянинг

олдини олиш мақсадида антибиотикларни қўдлашдан иборат.

Касалликнинг сурункали даврини даволаш учун жуда кўп хилма-хил даволаш воситаларидан фойдаланилмокда. Уларнинг кўпчилиги паркинсонизмни даволашда ёрдам беради. Уларга аргон, депоркин, бенодрин, кенадреин, мератран, мильтоун ва бошқалар киради, улар кам заҳарли бўлгани учун уларни йиллаб ишлатиш мумкин. Кўпгина беморларга бундай даволаш сезиларли енгиллик беради. Уларнинг камчилиги шундаки, улар фақат аломатларгагина таъсир қилади. Агар дори воситалари беморга берилмаса, касаллик белгилари яна юзага чиқаверади. Кейинги йилларда паркинсонизм жарроҳлик йўқи билан даводанмокда — хемопаллидоктомия.

Эпидемик энцефалитнинг психотик шаклларида нейролептик воситалар қўлланилади. Бу воситаларни анти-паркинсоник препаратлар билан қўшиб бериш яхши натижа беради, яьни руҳий ўзгаришлар интенсивлиги камайиб, ҳатто йуқолиб кетиши мумкин. Агар нейролептикларни ўзок вақт қабул қилинса, паркинсон синдромига ўхшаш белгилар юзага келиши мумкин.

Касалликнинг психосенсор шақлида психосеиеор, вестибуляр ва вегетатив бузилишлар аниқ юзага чиқса, мебедра препарати яхши натижа беради. У кунига 150— 250 мг дан 8—12 хафта давомида қабул қилинади.

КАНАЛИ (МАВСУМИЙ, БАҲОР-ЁЗГИ) ЭНЦЕФАЛИТ

Касаллик одатда май ойининг биринчи ярмидан бошлаб аниқланади (бу пайтда кана личинкадан етук шаклигача усади).

Патологик анатомипси. Канали энцефалит бош мия тўқимасининг яллиғланиши дистрофик ўзгариши билан ҳарактерлаиади. Ўзгаришлар тарқалган — диффўз бўлиб, бутун бош мия, кўпроқ орқа миянинг буйин-елка калинлашган қисми зарарланади. Асосан олдинги шохнинг мотор ҳужайралари зарарланади, ўлади. Бу жараён кучли ривожланган яллиғланиш реакцияси билан бориб, натижада лимфоцитар инфильтрат ва яллиғланиш тугун-чалари ҳосил бўлади. Дистрофик ва яллиғланиш жараёнлари касалликнинг сурункали даврида ҳам сунмайди. Уларни марказий асаб тизимининг ҳамма даражаларида учратиш мумкин.

Клиник манзараси. Касаллик даврида руҳий бузилишлар неврологик симптомлардан олдин, улар билан бир вақтда ва касалликнинг сурункали даврида юзага чиқиши мумкин. Касалликнинг ўткир даврида онг бўзилиши асосан қулоқ битиши кўринишида, қисман эса сопор ёки кома кўринишида бўлади. Беморда тана ҳарорати кўтарилади, аниқ менингиал аломатлар, бош оғриши, оёқ ва қўл мушакларининг хасталамиши билан бир қаторда қўрқув, бсзовталик, баъзан эйфория ва делирий ҳолати кузатилади. Касалликнинг оғир шақлида делирий аментив ҳолатга ўтиб кетиши

мумкин. Ярим ўткир даврда эса субфебрил ҳарорат, парезлар, мушаклар атрофияси фонида галлюцинатор-параноид, психосенсор маниакал синдром, аментив синдромлар билан бирга шизофренияга ўхшаш ҳолатлар кузатилади. Инфекциядан сўнгги астения ҳолати ўзоқ вақт сақланади.

Касалликнинг сурункали прогредиент кечиши органиқ кўринишидаги эси настликка, маразм билан кечувчи Кожевников эпилепсиясига ва охир оқибатда ўлимга олиб келади.

Даволаш. Реконвалесцентлар ва гипериммун ҳайвонлар зардоби, шунингдек симптоматик препаратлар ишлатилади.

Профилактикаси. Профилактика мақсадида махсус эмлаш ўтказилади: кана ва қўғирчокларини етилиш даврида йўқотиш керак; тайгада махсус мосланган кийим кийиш зарур. Репеллентлар—каналарни қўрқитувчи, ҳайдовчи воситалардан фойдаланиш керак.

ЯПОН ЭНЦЕФАЛИТИ (ЧИВИНЛИ ЁКИ ЁЗГИ)

Касаллик чивиннинг баъзи турлари орқали ташилади, юқтирилади. Касалликнинг тарқалиши уларнинг учиш даврига боғлиқ. Бу касаллик Японияда, Маньжурия, шунингдек Узоқ Шаркда учрайди.

Патологик анатомияси. Бош мия тўқимасининг шиши, гиперемияси ва микрогеморрагиялари билан тавсифланади. Патологик ўзгариш диффўз бўлиб, кўпроқ ўрта мия, пўстлоқ ости ҳосилалари, таламо-гипоталамик зона, алоҳида ҳолларда эса вароли кўприги ва ўзунчок мия шикастланади. Бош мия пўстлоғида бу жараёнлар ҳар хил интенсивликка эга: масалан, пешона соҳасида бошқа соҳаларга нисбатан кучли жараён кетади (шикастланиш жараёни).

Клиник манзараси. Касаллик шиддатли, тез ўтади. Касалликнинг ўткир даврида тана ҳароратининг баландлиги, менингит, менинго-энцефалитлар билан бирга онг бузилишлари, ҳаракат қўзғолишлари ва мушаклар гипертонияси кузатилади. Мушаклар гипертонияси тезда гемипарезлар, мушаклар қувватсизлиги, атонияси билан алмашади. Инфекциядан кейинги астеник ҳолат ўзоқ сақланади.

Касалликнинг сурункали даврида фалажлар ва эси пастлик каби қолдиқ ҳолатлар юзага келади. Уларнинг фонида касаллик кайталаниши ва шизофренияга ўхшаш аломатлар пайдо бўлиши мумкин.

Касалликнинг 50% ва ундан кўпроғи ўлим билан тугайди.

Даволаш. Махсус терапия реконвалесцент ва гипериммун ҳайвонлар зардобини ишлатишдан иборат. Симптоматик терапия юрак-қон томир фаолиятини яхшилашдан, қўзғолишларни тугатишдан (аминазин) ва гемипарезларга қарши курашишдан иборат. Даволаш қанча эрта бошланса,

шунча яхши натижа беради. Профилактикаси чивинларга қарши курашиш ва жойларни махсус ишлашдан иборат.

БОШ МИЯ ЗАХМИ ВА ЎСИБ БОРУВЧИ ФАЛАЖЛИКДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Бош миянинг захмдан шикастланиши туфайли 2 та ҳар хил касаллик келиб чиқиши мумкин.

1) мия захми,

2) ўсиб борувчи фалажлик.

Ҳозирги давр руҳий касалликлари клиникасида бу касалликлар кам учрайди, чунки, биринчидан, ҳозирги пайтда захмга қарши кураш яхши йўқга қўйилган. Иккинчидан, ҳозирги замон даволаш усуллари натижасида бош миянинг захмдан зарарланиши камайиб кетган. Бир хил этиологик келиб чиқишга эга бўлган бу иккита ҳар хил касаллик бир-биридан клиникаси ва прогнозига кўра тубдан фарқ қилади. Бош миянинг захм натижасида шикастланиши захмдан даволанмаган ва даволаш охиригача олиб борилмаган кишиларда учрайди.

Бу патологиянинг юзага чиқишида қўйидаги қўшимча омиллар ҳам катнашади: шикастланишлар (травмалар), заҳарланишлар (интоксикациялар), жумладан сурункали ичкиликбозлик оғир соматик касалликлар ва бошқалар. Захм касаллигининг тарихи оқиш спирохе-таларнинг ва инсон организмининг ўзгаришларга қарши курашининг ҳамда мослашганлигининг яққол мисоли бўла олади.

Спирохета суяк емирувчи микроорганизмдан, бутун ички аъзолар ҳамда асаб тизимининг ишини бўзувчи ашаддий душманга айланади.

Бош мия захми нейро захмнинг илк шакли бўлиб, оқиш спирохетадан зарарлангандан кейин 5—7 йил ўтгач юзага чиқади. Бош миянинг эрга шикастланиш ҳоллари ҳам кузатилади.

Бу касалликда биринчи навбатда бош мия қон томирлари, бош мия қобиқлари шикастланади, камроқ ҳолларда мия моддасида гумма ҳосил бўлади. Бош мия қобиқларининг шикастланиши менингит ҳамда менинго-энцефалит касалликларига олиб келади.

Бош мия қон томирларидаги патологик жараён юмшаш ўчоғи ҳосил бўлишига ёки қон томирлар ёрилиши ҳамда қон қўйилишига олиб келади.

Бош мия захмида руҳий бузилишлардан ташқари, неврологик ва соматик бузилишлар ҳам кузатилади.

Неврологик симптомлар полиморф бўлади ва қўйида-гиларни ўз ичига олади:

1) умумий мия аломатлари—бош айланиши, бош оғриғи, кўнгил айниши, кусиш;

2) ўчоқли аломатлар—агнозия, апраксия, афазия, анизокория, лаб бурмаларининг силлиқланиши, птоз, эшитишнинг сусайиши, Аргайл—Робертсон синдроми ва бошқалар.

Соматик бузилишларга бир қатор ички аъзоларнинг (юрак, аорта, жигар, буйраклар ва бошқалар) захм натижасида шикастланишлари киради.

Руҳий бузилишлар неврозсимои бузилишлар билан тавсифланади, (тез чарчаш, қўзғалувчанлик, диққат-эътиборнинг пасайиши, агриппия ва бошқалар), ареактив (дистония, дисфория, эйфория), ҳиссий бўшанглик ва тафаккур бузилишлари (хотиранинг пасайиши, парциал ақли пастлик) билам камдам-кам ҳолларда васваса ва галлюцинациялар кузатилади.

Бош мия захми, қаерда бирламчи захм билан зарарланиш белгилари ривожланган бўлса, ўша жойда ривожланади ва бундан олдин нейрозахм ривожланган бўлиши шарт эмас.

Бош мия захмининг кеч ривожланиши бош мия нервлари шикастланишидан бошланади, кейин қон томирлари орқали мия асосига ўтади ва ички аъзоларни (аорта, юрак) шикастлайди.

Бош мия захмидаги бош оғриғи яллиғланиш ёки қон томирлар шикастланиши натижасида эмас, балки токсикоз сабабли келиб чиқади. Бош мия захмининг ҳамма турлари учун ўчоқлилик, клиник белгиларининг ҳар хиллиги, кечишинипг нотекислиги, баъзан тўлқинсимон, баъзан тез-тез оғирлашиш ва енгидлашиш юзага чиқиши хосдир. Мия пўстлоғининг сустлашуви тормозланиш жараёнларининг сусайишига олиб келади. Шунинг учун неврозсимон ва психопатсимон кўринишлар доимий бўлиб қолиши мумкин. Шундай қилиб, бош мия захмининг қўйидаги клиник турлари фарманади

Менингиал тури. Патологик жараён менингит ёки менингоэнцефалит кўринишида ўткир, ўртача ўткир ёки сурункали кўринишда кечиши мумкин. Ўткир даврида кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниши, ҳароратнинг кўтарилиши (юқори даражаларгача) кузатилади. Щу ҳолатда типик менингиал белгилар (энса мушакларининг ригидлиги Керниг симптоми, Брудзинский симптоми ва бошқалар) ни аниқлаш мумкин. Бўлардан ташқари, қулоқ битиши, алаҳлаш, қўрқув, кўзғалувчанлик, делирий ва эпилептик қалтирашларни кузатиш мумкин. Сурункали кечишда аломатлар редуцирланган, яширин бўлади. Беморларни озгина бош оғриғи безовта қилади, улар кўзғалувчан, эзилган, аффектив реакцияларга мойил бўлади. Қорачиқ бузилишлари кузатилади. Вассерман реакцияси мия суюқлигида мусбат бўлади, қонда бу реакция манфий бўлиши ҳам мумкин. Мия суюқлигида енгил лейкоцитоз ва оқсиллар (глобулинлар) микдори ошган бўлади. Қолге реакцияси конда сифилитик чандиқ борлигини кўрсатади.

Апоплексияга ўхшаган тури. Бош мия захмининг типик қон томир кўринишига киради. Бу турдаги патологиянинг асосида мия қон томирлари интимасининг сифилитик шикастланиши ётади. У ўз навбатида қон томирларнинг окклюзиясига (берқилишига) ёки қон томири деворининг ёрилишига ва қон қўйилишига олиб келади. Касалликнинг клиник кўриниши кичик ёки катта қон томирларининг шикастланишига ҳамда бу жараён натижасида келиб чиққан ўчоқли бузилишлар сонига ва жойлашишига боғлиқю Беморлар аҳволида неврологик бузилишлар (гемипарезлар, бош мия нервларининг бузилишлари, апраксия, афазия ва бошқалар) устун туради, Бош мия захмида инсультлар ўрта ёшдагиларда (35—45) учрайди, бир неча марта қайтарилади ва касалликнинг бошланғич даврларида юзага чиқади.

Тез-тез учраб турадиган инсультлар (апоплексиялар) тезда тикланиши билан мия захмини гипертоник спазм, тромбоз ва геморрагиялардан фарқлашда муҳим аҳамиятга эгадир.

Бироқ қайталанувчи инсультларда ўчоқли нозологик симптоматика турғунлашиб ва қайтмас бўлиб қолади. Инсультлар онгнинг хиралашиши, эпилептик тутқаноқлар билан биргаликда кузатилади. Касалликнинг ривожланиб бориши билан парциал онг ақли пастлик ҳам кучайиб боради. Тафаккурнинг заифлашуви хотиранинг ўсиб борувчи сусайиши билан кечади, бунда асосан яқинда бўлиб ўтган воқеаларни эслаш қийинлашади. Тафаккурнинг ва хотиранинг дағал бузилишларига қарамасдан беморларда ўз аҳволига танқидий муносабат сақланади.

Эпилепсиясимон тури. Қалтираш, тутқаноқ ривожланиши билан тавсифланади. Захмнинг бу кўриниши менингоэнцефалит, гумма, эндоартритлар сабабли ривожланиши мумкин. Қалтироқ тутқаноқлари билан биргаликда кайфиятнинг дисфория кўринишида бузилиши, парциал ақли пастликнинг ҳам кучайиб бориши муҳим аҳамиятга эгадир. Неврологик аломатлар эпилептик ўчоқнинг жойлашишига қараб турлича бўлади.

Гуммоз тури. Клиник кўриниши гумманинг катталигига ва жойлашишига боғлик бўлади. Кўплаб майда гуммалар ҳосил бўлишида психо-органик синдром ривожланади. Катта гуммалар бош мия босимининг ошишига ва кўз тубининг ўзгаришига олиб келади.

Галлюцинатор- параноид тури. Касалликнинг бу турининг клиник кўринишида неврологик аломатлар билан бир қаторда васваса ҳамда галлюцинациялар бўлади. Галлюцинациялар асосан эшитиш галлюцинациялари (Плеут галлюцинози), кам ҳолларда кўриш галлюцинациялари кўринишида бўлади. Беморнинг уларга муносабати баъзида танқидий бўлади. Одатда улар турғун бўлади ва кам мавзулиги билан фарқланади. Васваса ғоялар (кўпинча таъкиб васвасаси) фабуласи оддийлиги билан тавсифланади ва беморнинг атрофдагилари билан боғлиқ Эшитиш галлюцинациялари, таъкиб васвасаси, таъсир васвасаси, ўғрилик, рашк васвасалари, баъзида ўзини жиннича тутиши мия захмини шизофренияга

ўхшаш қилиб қўяди. Захм бошқа ҳар кандай инфекция каби пўстлоқнинг фаол тормозланишини бузади. Табиий ҳамда сунъий рефлексларни сусайтиради, тормозланишнинг гипноид фазасига олиб келади ва ўзгаришлар захм ҳамда шизофрениянинг ўхшашлигини келтириб чиқаради. Бироқ бош мия захмида шизофренияга хос типик ўзгаришлар: аутизм, негативлик, эмоционал бўшлик кузатилмайди. Мия захмида эса шизофренияга хос бўлмаган хотира бузилишлари, санашнинг бузилиши, қўзғалувчанлиқ баъзида қисман ўз касаллигига танқид кузатилади. Захмнинг шизофрениясимон тўрининг асосида токсик энцефалопатия на майда қон томирлар эндоартрити ётади.

Захм сохта фалажи

Полиморф аломатлар асосан неврологик бузилишлар билан тавсифланади. Бой психопатологик аломатлар билан биргаликда кузатилади. Беморлар тўсатдан, баъзида ўз-ўзидан бефарқ, тутуруқсиз бўлиб коладилар, бемаъни қилиқ қилиши, эйфория, танқидининг камайиши ва ўзини ғаройиб тутиши, шунингдек, баъзида буюклик васвасаси бўлиши ўсиб борувчи фалажликка шубҳа қилишга асос бўлади. Кўпинча беморларнинг кайфияти ўзгариб туради, баъзи беморларда депрессия ҳамда ноҳуш ипохондрик васваса устун туради.

Ривожланаётган ақли пастлик хотиранинг дағал бузилишлари кўринишида юзага чиқади. Хотиранинг бу бузилишлари атроф муҳитда мўлжал қилишнинг бузилиши даражасигача етади. Бу бузилиш ўз навбатида конфабуляция ва псевдореминесценциялар билан биргаликда кузатилади. Ўсиб борувчи фалажликдан фарқли равишда ёлғон фалажликда руҳий фаолият бузилишларининг нотекислиги кузатилади. Хотиранинг дағал бузилишларида бемор бирор нарса орқали хотирани сақлайди, ўз касаллигини буйнига олиши узоқ муддатгача сақланади, бу ҳолатларнинг кузатилиши ўсиб борувчи фалажликка хос бўлган, чуқур ақли пастлик ҳақида гапиришга йўқ куймайди.

Яхши ривожланган неврологик симпатоматика, беморнинг гапириши ва дастхатининг ўзгариши усиб борувчи фалажлик билан касалланган беморларга хос бўлиб, ёлғон фалажликда кузатилмайди ва инкубацион даври жуда қисқа бўлади.

Усиб борувчи фалажликда яхши натижа бермайдиган махсус да волаш усули кўп ҳолларда ёлғон фалажлик аломатларини тўлиқ йўқотади.

Туғма захm

Туғма захмнинг проградиент ва проградиент бўлмаган (деструктив ва дистрофик захм) турлари фарқланади.

Прогрaдиент турида ривожланиш нуқсоилари билан бир қаторда (Гетчинсоп учлиги, эгарсимон бурун, минорасимон калла суяги), олигофрения (имбецил) белгилари кузатилади. Шунингдек қалтираш тутқаноқлари ҳамда ҳар хил неврологик белгилар ҳам кузатилади.

Прогредиент турида вақт ўтиши билан олигофрения белгилари кучаяди, уларга неврологик ва руҳий бузилишлар ҳам қўшилади. Буларга эпилепсиясимон тутқаноқлар, инсультлар, фалажлар ва онг бузилишлари киради.

Туғма захмнинг морфологик асосини махсус менингоэнцефалитлар, эндоартритлар, гуммалар ташқил қилади.

Бош мия захмининг серологик ташхиси Вассерман, Закс—Георгиев, Кан ва бошқа реакцияларнинг қон ва мия суюқлигида доимий мусбат бўлмаслиги сабабли қийинлашади. Бу реакциялар баьзида кескин мусбат, баъзида эса манфий ҳам бўлиши мумкин. Ланге реакцияси ҳамма вақт ҳам специфик бўла олмайди.

Даволаш. Мия захмини антибиотиклар ва захмга қарши махсус дорилар ёрдамида даволанади. Антибиотиклардан кўпинча пенициллин ўртача 14 млн бирликда қўлланилади. Махсус препаратлардан висмут ҳосилалари: бийохинол мушаклар орасига 2 мл дан кунора, курсга 50 мл белги-ланади. Бисмоверол курсга 20 мл мушаклар орасига 1 мл дан кунора. Йод препаратлари ҳам қўлланиши мумкин. Пенициллин билан даволашда руҳий ҳолат ўртача 3—4 хафтадан кейин яхшиланади.

Усиб борувчи фалажлик

Ўсиб борувчи фалажлик бу сифилитик менингоэнцефалит бўлиб, тез оғирлашиб борувчи руҳият ва шахсиятнинг тотал парчаланишидир. Бунда ҳар хил (психотик) руҳий бузилишлар, маълум бир неврологик ўзгаришлар ва қон ҳамда мия суюқлиғининг махсус серологик ўзгаришлари кузатилади. Даволанмаган ўсиб борувчи фалажлик 2—5 йил давомида маразм ва ўлимга олиб келиши мумкин. Ўсиб борувчи фалажлик уни биринчи марта 1822 йилда алоҳида руҳий касаллик сифатида ажратган француз психиатри Бейл номи билан аталади. Ҳозирги вақтда бу касаллик жуда кам учрайди. Мия захмининг ўсиб борувчи фалажликка ўтиши мумкин бўлишига қарамасдан у жуда кам учрайди.

Агар захм терининг камроқ ўзгаришлари билан кечса ва беморлар етарлича даволанмаса, 7—15 йилдан кейин улар кўринишидан соғлом бўлишига қарамасдан усиб борувчи фалажлик ривожланади. Ўсиб борувчи фалажликнинг сифилитик этиологияси ҳам клиник, хам лаборатория усуллари билан тасдиқланган.

Япон тадқиқотчиси Ногухи (1913) ўсиб борувчи фалажлик билан касалланган беморларнинг миясидан оқиш трепонемаларни топган. Бироқ бу касалликнинг натогенези ҳали аниқланмаган. Захм билан касалланган беморларнинг фақат 5 фоизи ўсиб борувчи фалажлик билан касалланади.

Захмнинг бундай кечиши билан боғланган омиллар ҳақида ҳар хил фикрлар мавжуд. Масалан, наслдан-наслга ўтиши, қўшимча зарарли таъсирлар (алкоголизм, бош мия жароҳатлари ва бошқалар), трепонеманинг алоҳида нервларни шикастлайдиган штаммларининг бўлиши, етарлича даволанмаслик ва, аксинча, ўта интенсив даволаш ва бошқалар. Бироқ бўларнинг ҳеч бири ҳали тўлиқ тасдиқламмаган. Ўсиб борувчи фалажликнинг кечишида қўйидаги даврлар фарқланади:

1) бошланғич даври (неврастеник даври),
2) гуллаш даври (стадия расцвета),
3) касалликнинг оқибати даври.

Касалликнинг бошланғич даври ўта қўзғалувчанлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг сусайиши, бош оғриқлари ва уйқунинг бузилиши кўринишидаги псевдоневрастеник аломатлар билан тавсифланади. Касалликнинг бошланишидан бу белгилар беморнинг ўзини аҳлоқий нотўғри тутиши, умумий қабул қилинган хиссий меъёрлардан четлаши каби шахс ўзгаришлари билан кузатилади. Беморлар ўз-ўзига танқид билан қарашининг камайиши натижасида атрофдагилар билан муомала қилиши, уялувчанлиги ва олдин хос бўлган одамийлигини йўқотади. Беморлар кераксиз нарсаларни ҳарид қилади, сексуал томондан тормозланган бўлиб қолади. Мана шу босқичнинг ўзида уларнинг интеллектуал ожизлиги кузатилади. Неврологик ҳолатида эса Аргайл—Робертсон синдромининг мусбатлиги аниқланади.

Касалликнинг гуллаш даврида тафаккурнинг сусайиши ва шахсият ўзгаришлари янада дағалроқ ва яққолроқ бўлиб қолади. Беморлар учун хотиранинг ёрқин бўзилишлари, ўз аҳволига баҳо бериш хусусиятларининг йўқлиги тавсифлидир.

Беморларнинг ўзини тутишида қўполлик, боғланганлиқ сексуал тормозланганлик кабилар устун туради. Уларнинг кайфияти кўтарилган (эйфория), ёрқин эмоционал лабиллик ҳолатида бўладилар, камроқ ҳолларда депрессив кайфият бўлади. Ўсиб борувчи фалажликнинг баъзи турларида ўзини катта тутиш васваса ғояси кузатилади, камроқ ҳолларда таъкиб васвасаси ва ипохондрик васваса кузатилади. Аста-секин диффўз, тотал ҳарактерга эга бўлган ақли пастлик ошиб боради.

Бу босқичда неврологик текшириш ўтказилганда Аргайл — Робертсон симптоми мусбат бўлади, миоз, мидриаз, анизокория, скандирлашган гапириш, бурунлаб бурмаларининг асимметрияси, юзнинг салқиганлиги, тилнинг қийшайганлиги, риполалия, логалия, дастхатининг бузилиши, аграматизмлар ҳам кузатилади. Бўлардан ташқари, пай ва ахилл рефлексларининг ҳам бўлмаслиги ҳарактерлидир. Бу босқичда соматик ўзгаришлар аорта шикастланиши (60—80% ҳолларда) ҳамда жигар ва ўпка шикастланишлари кўринишида бўлади.

Гуллаш босқичида у ёки бу психопатологик синдромларнинг уступ туришига қараб ўсиб борувчи фалажликнинг ҳар хил турлари фарқ қилинади. Улар паралитик деменция ривожланишининг босқичлари ҳисобланади:

1. Демент ёки оддий тури.
2. Эйфорик тури.
3. Экспансив тури.
4. Депрессив тури.
5. Циркуляр тури.
6. Галлюцинатор-параноид тури.
8. Атипик турлари:

а) табопаралич:

б) Лиссауер фалажлиги.

I. Демент тури (40—60% учрайди) апатия, ланждик, яхши руҳият фонида тотал ақли пастликнинг ўсиб бориши билан тавсифланади. Беморлар секин-аста атрофдагилар билан алоқасини йўқотади, ланж, фаолиятсиз бўлиб қолади, ўзига-ўзи хизмат қилиш куникмаларими йўқотади.

II. Эйфорик тури (20—30%) яхши эйфорик тотал деменция билан тавеифланади, уларда ўзини катта тутиш васвасалари кузатилади.

III. Экспансив, маниакал ёки классик тури (10—20%). Яхши кайфиятли, эйфорик, баъзида эса дағаллик билан алмашиб туриши билан тавсифланади. Улар учун ўзини катта тутиш ва бойлик васвасалари хосдир. Беморларнинг ўзини тутиши уларнинг фикрича умуман тўғри келмайди. Касалликнинг бошланғич даврларидан ўз касаллигига танқид бўлмайди, ақли пастлик ошиб боради.

IV. Депрессив тури, деменция фонида ривожланадиган ҳар хил даражадаги депрессив синдром борлиги билан тавсифланади. Котар васвасагача бўлган депрессив-васваса ғоялари бўлиши мумкин. Паралитик депрессия ҳолатида кўпинча қўрқувли қўзғалувчанлик юзага келади ва беморлар ўзларини ўлдиришга, суицидал ҳаракатларга ўринадилар.

V. Циркуляр тури жуда кам учрайди. Ўсиб борувчи деменция фонида депрессив ва маниакал синдромларнинг алмашиниб туриши билан тавсифланади.

VI. Галлюцинатор-параноид тури (2—3%).

Эшитиш галлюцинациялари, псевдогаллюцинациялар, еистемалашган таъкиб, таъсир васвасалари бўлиши билан тавсифланади. Кататоник турдаги қўзғалиш ёки ступор кузатилиши мумкии.

VII. Тутқаноқли тури—эпилепсиясимон қалтирашлар тутқаноғи, паралитик инсультлар билан биргаликда учрайди.

VIII. Атипик турлари.

Табопаралич—кучайиб борувчи фалажлик белгилари ғоз юриш (орқа мия сухтаси) белгилари билан биргаликда учрайди.

Лиссауер фалажлиги касалликнинг эрта даврларида ўчоқли неврологик белгилар бўлиши билан характерланади.

Кечиш табиатига қараб кучайиб борувчи фалажликнинг стационар ва амитирланган турлари фарқланади.

1. Стационар тури—ўзок кечувчи (10 йил ва ундан ортиқ) дement туридир.

2. Амитирланган тури кам учрайди, ёмон сифатли кечиши, ўсиб борувчи психомотор қўзғалиш бўлиши, ўткир васваса ва бир неча ойдан кейин беморнинг ўлими билан тугаши билан тавсифланади. Касаллик бошланаётганидан бир неча ҳафтадан кейин ўлимга олиб келса галопирлашган тури дейилади.

Ювенил кучайиб борувчи фалажлик туғма ёки ёшлик пайтида орттирилган захм натижасида келиб чиқади. У кўпинча болаларда 10—15 ёшида бошланади, узоқ муддат (6—10 йил) давом этади ва дement тури кўрилишида кечади. Ўз вақтида бошлалган даволаш чоралари беморнинг хаётини сақлаб қолади, бироқ улар кейинги интеллектуал ривожланишини йўқотади.

Касалликнинг оқибати даври манифестациядан 2—5 йилдан кейин ривожланади. Улиг учун руҳий фаолиятнинг тўлиқ емирилиши, трофиканинг ва модда алмашинувининг оғир бузилишлари, турғун фалажликлар хосдир. Ўлим инфекция қўшилиши натижасида организмнинг ареактивлиги сабабли юз беради.

Лаборатория текширишлари. Касалликнинг гуллаши даврида қон ва орқа мия суюқлигида Вассерман реакцияси, оқиш трепонемаларни иммобилизация қилиш реакцияси ва иммуно-флюоресценция реакциялари мусбат бўлади. Мия суюқлигида ҳужайралар сонининг ортиши (плеоцитоз) ҳарактерлидир. Глобулин реакциялари мусбат бўлади мия суюқлигидаги оқсилларнинг умумий микдори меъёрдан 2—3 баробар ошган бўлади.

Коллоид реакциялари (Лани реакцияси) орқа мия суюқлигида тавсифли 1-пробиркада максимал тушадиган паралитик эгри чизиқни кўрсатади.

Фарқловчи ташхис. Бошланғич клиник белгиларига қараб кучайиб борувчи фалажликни аниқлаш катта амалий аҳамиятга эга. Чунки бош мияда яллиғланиш жараёни натижасида келиб чиққан ўзгаришлар сабабли юзага келадиган руҳий бузилишлар даволаш натижасида кузатилиши мумкин. Кучайиб борувчи фалажликни мия захмининг қон томир туридан фарқлашда қийинчиликлар келиб чиқиши мумкин. Кўп ҳолларда мия ярим шарларининг пешона бўлагининг усмаларидан фарқлашда ҳам қийинчиликлар содир бўлиши мумкин. Қариларда сенил ёки қон томир деменциясидан фарқлашда қийинчиликлар туғилади. Бундай ҳолларда орқа мия суюқлигини текшириш, неврологик ҳолат ва касаллик кечишининг ўзига хослиги ташхис қуйишга ёрдам беради.

Даволаш. Ҳозирги пайтда зурайиб борувчи фалажликни даволашда антибиотиклардан фойдаланиш даволаш усулининг энг яхши тури ҳисобланади.

Бир курс даволашга 12 дан 20 млн гача пенициллин қўлланилади. Шундай даволашдан 6—8 курс ўтказилади. Курслар ораеидаги танаффус 15—60 кунгача бўлиши керак.

Баъзан пенициллинотерапия билан биргаликда пиротерапия (маляротерапия—безгак билан касалланган беморнинг қони мушаклар орасига юборилади) қўлланилади. Бунда бемор тана ҳароратининг кўтарилиши оқиш трепонеманинг яшаш шароитини бузади, улар фақат 37° да яшай олади.

Безгакнинг 8—12 тутқаноғидан кейин безгакка қарши даволаш ўтказиш керак, кейинги курсида пенициллинотерапия давом эттирилади.

Прогнози. Зўрайиб борувчи фалажликни даволашда антибиотикларни қўллаш касалликнинг прогнозини яхшилади. Амалиёт шуни кўрсатадики, 20% беморларда яхши даволаш натижаси олинади, улар ўзларининг олдинги фаолиятига кайтадилар. 40% беморларда даволаш кам натижа беради, бунга сабаб уларда тафаккур —хотира бузилишлари яққол ривожланган бўлади. Беморлар ўз-ўзларига хизмат қилишлари мумкин. 40% ҳолларда даволаш жуда кам натижа беради, турғун ижтимоий-маиший мослашмаслик юзага келади.

10-БОБ

ЗАҲАРЛАНИШ (ИНТОКСИКАЦИОН) ПСИХОЗЛАРИ

Заҳарланиш психозлари ҳар хил заҳарли моддалардан ўткир ёки сурункали заҳарланиш натижасида келиб чиқади. Бундай заҳарли моддалар жуда ҳам кўп, бунда уларнинг кўпчилиги организмга кичик дозада ёки бир марта юборилганда ҳеч қандай зарар етказмайди, бироқ катта дозада ёки ўзоқ вақт давомида қўлланилганда оғир оқибатларга олиб бориши мумкин.

Кейинги вақтларда заҳарли моддаларни қўллаш одат тусига кириб бормокда. Алкогол ана шундай энг кўп тарқалган моддалардан биридир.

Заҳарланиш психозлари, шунингдек касбга хос (тетраэтилқўрғошин, антифриз, симоб, маргимуш, фосфорорганик ва бошқа бирикмалар) заҳарланиш заминида ҳам ривожланиши мумкин. Даволаш туфайли пайдо бўладиган заҳарланиш психозлари атропин, акрихин, барбитуратлар ва баъзи психотомиметик воситалардан келиб чиқиши мумкин. Психиатрлар амалиётда кўпроқ сурункали заҳарланиш оқибатларига дуч келадилар.

Кўпчилик кимёвий моддалар заҳарли хоссаларга эга бўлганлиги учун улар келтириб чиқарган заҳарланиш руҳий бузилишларнинг умумий хусусиятларини, уларнинг ўзига хос томонларини ўрганиш билан аниқланади.

Бонгефферning таълимотига мувофиқ ҳамма экзоген психозлар, шунингдек заҳарланиш психозлари ҳам, инфекцион психозлар ҳам психотик реакциянинг табиатига қараб эмас, балки фақат уларни келтириб чиқарган этиологик омилларнинг хусусиятларига қараб бир-биридан фарқ қилади. Бироқ Крепелин инфекцион психозларнинг заҳарланиш психозларидан етакчи психотик синдромининг табиати ва структураси билан фарқ қилишига аҳамият берган. Инфекцион делирий онгнинг қаттиқ бузилиши, лекин галлюцинатор кечинмалар системасига сиғмайдиган ўзуқ-юлуқ кечинмалар билан боради, заҳарланиш делирийси эса онгнинг унча бузилмаслиги ва бемор ўрганиб қолган мавзудаги тасаввурий галлюцинациялар билан кечади. Заҳарланиш психозларига қўйидаги касалликларни киритиш мумкин:

Сурункали алкоголизм ёки давомли алкоголизм.

1. Алкогол психозлари. Бунга ўз навбатида:

а) алкогол делирийси— оқ алаҳлаш,

б) ўткир алкогол галлюцинацияси,

в) сурункали-алкогол галлюцинацияси,

г) алкогол параноиди

д) Корсаков психози.

е) Гейл-Вернике энцсфалонатияси.

3. Наркоманиялар (гиёҳвандлик).

4. Токсикомания.

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизмга ижтимоий маънода— спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш ҳамда бунинг оқибатида шахснинг юриш-туриши, меҳнат фаолияти, турмуши бузилишига олиб келадиган ҳолат деб қараш мумкин.

Алкоголизмга тиббиёт нуқтаи назаридан қараладиган бўлса, бу — спиртли ичимликларни суиистъемол қилиш натижасида алкоголга руҳий ва жисмоний қарамлик ҳолатига тушиш билан, алкогол ичишга енгиб бўлмас даражада истак бўлиши билан кечадиган касалликдир.

Алкоголизм ривожланиш ва кечиш даврида маълум динамикага эга ва бир қатор босқичларга бўлинади:

1-босқич— бошланғич босқич ёки неврастеник боскич.

2-босқич — барқ уриш ёки наркоманиқ босқич.

3-босқич — сўнгги ёки энцефалопатик босқич.

Биринчи босқич

1- босқичнинг асосий аломати алкоголга толерантликнинг, яъни чидамлиликнинг аста-секин, ўзлуксиз ошиб бориши ҳисобланади. Алкоголни ўзоқ вақт давомида тез-тез ичиб туриш одамда заҳарланишнинг белгиларисиз алкоголнинг каттагина дозаларини ичиш қобилиятини пайдо қилади. Маиший манфаатпарастликдаги алкоголдан заҳарланишга хос бўлган ҳимоя кучи рефлексининг йўқолиши алкоголизмнинг биринчи босқичи бошланганлигидан далолат беради. Организмнинг алкоголга аста-секин ўрганиши натижасида спиртли ичимлик аввалги ичганида беморга кераклича мастлик ҳолатини, эйфорияни бермайди, шунинг учун бемор аквалгита қараганда кўпроқ алкогол истеъмол қилишга ҳаракат қилади. Бундан ташқари, беморда ичкилик ичиш маросимларидан аввал жонланиш, ҳаяжонга тушиш, кайфиятнинг кўтарилиши ва бу маросимларга бўлган ҳар кандай тўсиқларни олиб ташлаш каби хатти-ҳаракатлар кузатилади. Олдинда тўрган ичкилик ичиш ҳақидаги хаёллар беморни хизмат

мажбуриятларидан ва кундалик ишларидан чалғитади. Бу аломат алкогол истеъмол қилишдан олдин ҳосил бўлгани учун бирламчи ёки руҳий қарамлик (ружу қуйиш) аломати деб юритилиши мумкин. Алкоголнинг бошланғич босқичида бемор аста-секин ички сабаблар ҳукми остида бўлиб қолади. Натижада алкоголга интилиш миядан кетмайдиган истак сифатидаги майлга айланиб қолади.

Бу истакни ҳамиша ҳам енгиб бўлмай қолади, унда ўз-ўзини идора қилиш кобилияти йўқолади. У ичилаётган алкоголнинг микдорини назорат қила олмай қолади, бунинг натижасида жуда қаттиқ маст бўлиб қолгунича ичаверади. Мастлик ҳолатидаги бундай ичқиликка инти-лишнинг кучайиши, ёки ружу қўйилиши икқиламчи интилиш, ёки мает ҳолдаги ружу қуйиш деб юритилади.

Ичқиликбозликнинг эртаси куни бемор мастлик ҳолатидаги хатти-ҳаракатларининг баъзи қисмларини хотирлай олмайди, яъни перфорацион амнезия белгилари ёки алкогол полимисести деб юритиладиган аломат пайдо бўлади.

Алкоголизмнинг биринчи босқичи I йилдан тортиб бир неча йилларгача (4—6 йилгача) чўзилиши мумкин ва ҳар бир алоҳида ҳолда беморнинг ёшига, шахс хусусиятларига, феъл-атворига, маиший ичқиликбозлик даврининг давомийлигига боғлиқ бўлади,

Иккинчи - ўрта босқич

Бу босқич учун алкогол токсикоманияси аломатларининг тўлиқ ривожланиши тавсифлидир. Иккинчи босқич 50 фоиздан ортиқ беморларда 26—36 ёшлар орасида ривожланади. Алкоголизмнинг иккинчи босқичига утиш алкогол абстинент синдромининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Биринчи босқич аломатлари йуқолиб кетмайди, улар кучайиши ёки кўриниши ўзгариши мумкин. Биринчи босқичдан иккичисига ўтиш аста-секин бўлади. Бу босқичда алкоголга толерантликнинг янада ошиши кузатилади, у энт баланд даражага етади. Алкогол истеъмол қилиши бутунлай ички сабабларга боғлик бўлиб қолади, бемор ичкилиндан ўзини тия олмай қолади. Психологик енгиб булмайдиган истак билан бир қаторда алкоголга жисмоний ружу қўйиш пайдо бўлади. Алкогол метаболизмнинг муҳим таркибий қисми бўлиб қолади, бу ичкилик ичишни тўхтатиб қўйилганда юзага чиқади. Бунда абстинент синдром ёки алкогол очлиги синдроми ҳосил бўлади. Бу соматовегетатив, неврологик ва психик аломатлардан ташқил топган аломатлар мажмуи деб ҳам юритилади. Бу синдромни беморлар газак қилиш — бош оғриғига ичиш йўқи билан кайтаришлари мумкин. Бу синдром қўйидаги аломатлар билан намоён бўлади. Умумий тремор, айниқса қўлларни олға ўзатилганда бармоқлар, тил, қовоқларнинг титраши, беҳоллиқ терлаш, кўнгил айниши, ич қотиши, иштаҳа йўқлиги, бош оғриши, гипнологик галлюцинациялар, ваҳимали тушлар кўриш, уйқусизлик кузатилади. Умумий эмоционал ваҳима, маъюслик, тушкунлик, ўз айбини ҳис этиш ташкил этади. Муносабат, васваса

ғоялари бўлиши мумкин. Абстинент синдромининг оғир ҳолларида бемор кечаси деярли ухламайди, кўзини юмиб ётганда ҳам шаклсиз майда нарсаларни, баъзан кўркинчли башараларни, фантастик маҳлуқларни кўради. Психосенсор бузилишлар — чуқурликка тушиб кетаётгандай бўлиши мумкин. Баъзи оғир ҳолларда патологик рефлекслар, галлюцинозлар ва ҳатто тутқаноқлар кузатилиши мумкин.

Баён этилган абстинент синдроми бевосита оқ алаҳлаш ҳолатига ўтиши мумкин, делирий гуё абстиненциядан келиб чиқади. Оғир абстинент синдроми бор беморни касалхонага ётқизиш ва катъий назорат қилиш зарур, чунки ваҳима, ўз айбини ҳис қилиш, муносабат ғоялари беморнинг ўз-ўзини ўлдиришгача олиб бориши мумкин. Бемор энди алкоголни психологик интилишдан кўра кўпроқ унга жисмоний ружу қилиши туфайли ичишга мажбур бўлади. Бемор кайф қилиши ёки мастлик ҳолатида бўлиши учун эмас, абстинент ҳолати бошланиб қолишидан қўрққан ҳолда ва аҳволини енгиллаштириш учун ҳар соатда такрор-такрор ва оз-оздан ичкилик қабул қилиши зарур бўлиб қолади. Бемор тўхтовсиз, кунлаб маст ҳолатида бўлади, мастлик эса тез-тез амнестик шаклга айланади. Беморларда руҳий тубанлашиш руй беради, ижтимоий ўсиш тўхтайди, жумладан хизмат поғонасида орқага кайтиш кузатилади, қизиқишлари йўқолади, ижодий фаоллик сусаяди ва бутунлаи йўқолади. Таъсирчан бўлиб қолади, салга ёмон таъсирга берилади. Аста-секин оилага, меҳнатга қизиқиш сусаяди. Яқин одамларнинг панд-насиҳатлари, ишда интизомий танбеҳ берилиши, врачларнинг кўрсатмалари ўзоққа бормайди. Беморлар ўзларига нисбатан танқидий фикр юритмайдилар, ичкиликка берилганликларини қандайдир ташқи сабабларга: дўстлар билан учрашишга, дўстларни кузатишга, ҳавонинг совуқлигига, чарчоқликка, хотин билан уришишга, ишдаги кўнгилсизликка, қувончли воқеалар, ичкилик билан ўтадиган маросимлар ва бошқаларга боғлаб ўзларини оқлашга ўринадилар. Ҳарактерда одатда мақтанчоклик, ўринсиз қўпол ҳазил қилиш каби ўзгаришлар пайдо бўлади. Интеллектнинг пасайиши ўз ҳулқига танқидий муносабатнинг пасайиши билан намоён бўлади. Бу беҳаёлик, беандишалик, ўринсиз қилиқлар қилиш билан юзага чиқади. Бу алкогол юмори деб аталади. Хотиранинг яққол сусайганлигини кузатиш мумкин. Юқорида баён этилган руҳии ўзгаришларни алкогол деградацияси деб аталади.

Учинчи — сўнгги босқич

Алкоголизмнинг учинчи босқичга ўтиши ривожланиб бораётган токсик энцефалопатия билан боғлиқ бўлган янги аломатларнинг ҳосил бўлиши билан руй беради. Бу босқичнинг энг тавсифли аломати алкоголга бўлган толерантликнинг пасайишидир. Бу аломат наркоманияларда учрамайди. Алкоголга тоқат қила олмаслик (интолерантлик) айниқса узлуксиз ичиш жараёнида яққол би-линади. Узлуксиз ичишнинг кундан-кунга оша бориши шунга олиб борадики, 5—7-куни бемор деярли бутунлаи спиртли ичимликларни ичмай қўяди ва шу билан узлуксиз ичиш тўхтайди.

Қатор ҳолларда илгариги дозани кўтара олмаслик узлуксиз ичишнинг биринчи кунларидаёқ сезилиши мумкин. Ўзлуксиз ичиш даврий табиат кашф этади. Ўзлуксиз ичишнинг охирги кунларида бемор фақат абстинент синдромини енгиллаштиришни кўзда тутади, лекин интолерантлик сабабли, ўзини оғир наркотик масталиккача олиб боради. Даврий ёки узлуксиз ичиш бемор жисмоний аҳволининг оғирлашиши, юрак уришининг сусайиши, диспептик бузилишлар билан тугайди.

Шахс даражасининг сусайиши яна ҳам қуйи даражаларга, ҳатто органик эси пастликкача етади.

Соматик бузилишлар жуда ҳам турли-туман бўлиб, сурункали гастритлар, меъда яраси касалликлари, панкреатитлар, жигар циррозлари, миокардиодистрофиялар, нафас йўллари касалликлари ва бошқалар учрайди.

Оддий мастлик. Оддий мастлик организмга алкогол кирганда юзага келадиган, этил спиртидан ўткир заҳарланишдир. Алкогол — умум ҳужайравий заҳар сифатида сўрилиб, марказий нерв тизимига таъсир этади. Шунинг натижасида олий нерв фаолияти ишдан чиқади.

Дастлаб тўхташ жараёни зарарлангани учун қўзғалиш жараёни устиворлик қилса, бора-бора унинг ўзи ҳам фаолият кўрсатмай қўяди.

Клиник кўриниши. Маст одам сергап, хушчақчақ, танқидсиз ва бўлар-бўлмасга ҳам куладиган, ўз мувозанатини йўқотган ҳолатда бўлади. Спиртли ичимликдан оз микдорда ичганда, гуё куч-қуввати кўпайгандек туюлади, лекин уларнинг руҳи, меҳнат қобилияти тушиб кетади. Биринчи ўринда кузатиладиган бузилишларга моторика — тўғри ва аниқ мувозанатнинг бузилишлари, жинсий майлнинг сусайиши, сезгининг тез ишдан чиқиши киради. Бу ҳолатда улар тез ўзгариб (бир кулса, бир йиғлайди) туради. Бу ўзгаришлар: тахикардия, гипергидроз, вазомотор реакциялар (қизариш, оқариш), баъзан кўнгил айниши ва қусиш каби қатор соматик бузилишлар билан боради. Агар яна устига-устак алкогол ичса мастликнинг оғир шакли, ҳатто юрак фаолиятини издан чиқарадиган наркотик ҳолат келиб чиқиши мумкин. Мастликнинг оғирлик даражаси ёки давомийлиги нафақат ичиладиган алкогол микдорига, балки организм чидамлигига ҳам боғлиқ. Марказий нерв тузилмаси етишмовчилиги бор кимсаларда мастликнинг оғир шакли ўтади. Мастлик беморнинг клиник кўринишлари, нафас чиқараётган ҳаводаги ва қон таркибидаги алкоголга қараб таҳлил қилинади. Мастлик ҳолатида конунни бузган шахс қандай оғир ҳолатда бўлсин айбдор саналади.

Патологик мастлиқ Ичқиликдан кейин юзага келадиган эси кирарли-чиқарли ҳолат кўринишидаги қисқа муддатли ўткир психозга патологик мастлик дейилади. Бундай номланишнинг нотўғри томони шундаки, бу мастликда ҳам оддий мастлик каби клиник манзара кузатилади. Бироқ фарқли томонлари ҳам йўқ эмас. Онгнинг бўзилиши қўққисдан юза га келади. Бундан ташқари, унинг пайдо бўлиши ичилган алкогол микдорига боғлиқ эмас. Мастнинг ҳаракатларида ҳам қўполлик, ваҳшийлик ва кўзғалувчанликни кузатиш мумкин. Бўларда ҳам бошқа эс-хушнинг пасайиш

ҳолатларидаги сингари ҳар хил васваса турлари, эшитув ва кўрув галлюцинациялари ва ташқи оламдан ўзилиш рўй беради. Баъзиларда мастликнинг умумий белгилари қатори тутқаноққа ўхшаш қўзғолиш, бошқаларда эса уйлаб хавотирланадиган васвасалар кузатилади. Бундай ҳолатлар шахсни нафақат оғир жароҳат, балки ўлимга ҳам олиб бориши мумкин. Патологик мастлик бор-йуғи бир неча соат давом этиб, шахсда уйқуга кетиш билан тугалланади. Бўлиб утганларни шахс умуман эслай олмаслиги ёки маълум қисмларини эслаши мумкин. Патологик мастлик кўпроқ чарчаганда, мажбурий уйқусизликда, очликда, илгари бош суяги жароҳатланганларда ва соматик касали бор беморларда учрайди.

Агар бундай ҳолатларда бирор ножўя ҳаракат қилса, улар айбсиз ҳисобланади.

Алкогол галлюцинози

Алкогол психозининг бу тури ҳам ўзоқ давом этаётган сурункали алкоголизмдан келиб чиқади. Бу оқ алаҳлашга қараганда камроқ учрайди. Клиник манзарасида галлюцинатор ваевасага ўхшаш эшитув галлюцинацияси кузатилади. Онгини, мувозанатини йўқотмаган соматик бузилишлар ҳам учрайди. Бемор уни жарималаш учун режалашаётган ҳаракатларида айб топаётган, устидан кулаётган жуда кўп «овозлар»ни эшитади. Уларнинг аҳволи оқ алаҳлашга қараганда анча енгил.

Касаллик давомийлиги I—3 ҳафта, бирок бир неча йиллаб эшитув галлюцинацияси билан азоблайдиган сурункали шаклига ҳам ўтиши мумкин. Бундай ҳолларда бемор «овозларга» ўрганиб қолади ва дўхтирга ҳазил тариқасида гапириб беради.

Давоси. Алкогол галлюцинозининг ўткир ва сурункали шаклларида аминазин, стелазин ва галоперидол каби дорилар берилади.

Корсаков психози

Бу касаллик 1887 йили С. С. Корсаков томонидан алкоголнинг полиневритик психози сифатида ёзилган. Касаллик полиневрит кўринишлари билан борадиган Корсаков амнестик синдроми шаклидаги руҳий бузилишлар билан тавсифланади. Клиник манзарасида хотиранинг бузилиши

биринчи ўринга чиқади. Эслаб қолиш ва эслаш қобилияти бутунлай ишдан чиқади. Бемор атрофидаги воқеаларни тушуниб етса-да, тез унутиб қўяди. Бунинг асосий сабаби мувозанатнинг бузилишидир. Бемор қандай қилиб, қачон, қайси куни касалхонага келганини, ҳатто нима еганини ҳам эслай олмайди.

Касаллик бошида беморнииг кайфияти талабчан, қўрқувчан, кейинроқ эса апатия, бўшашган ва интеллекти пасайган бўлади. Корсаков психозига яна полиневрит тавсифлидир, лекин ифодаланиш даражаси ҳар хил бўлади.

Корсаков психози кўп йиллардан бери спиртли ичимлик ичадиган 50—60 ёшли кишилар орасида кўпрок учрайди. Кўпинча касаллик секин-аста ривожланиб боради, баъзан эса оқ алаҳлашдан кейин келиб чиқиши ҳам мумкин. Касаллик кечиши сурункали, кўп йилликдир. Агар бемор ичкиликни ташласа, аста-секин аҳволи яхшиланиши мумкин, бироқ хотиранинг пастлиги, бўшашганлиги ва фаолиятнинг йўқлиги сақланиб қолади. Агар яна ичишда давом этса, аҳволи ёмонлашиб бораверади. Шуни унутмаслик керакки, Корсаков психози билан Корсаков синдроми (инфекция, заҳарланиш, жароҳат, мия ўсмаси касалликларида учрайди) бир-биридан кескин фарқ қилади.

Давоси. Полиневритни даволаш керак. Дорилардан: В1 ва никотин кислота тайинланади.

Алкогол псевдопараличи (сохта фалажлиги)

Бу гуруҳ кам учрайди. Бу хил беморларда интеллект пасайган, хотира йуқолган ва васваса ҳамда кайфи-чоғлик билан псевдопаралич синдромлари юзага чиқади.

Руҳий бузилишлар билан бир қаторда нутқнинг ва пай рефлексларининг бузилиши кузатилади.

Қатор муаллифларнинг ёзишича, алкогол псевдопараличи Корсаков фалажлигининг фаол кўринишидир. Бунда ошиб борувчи фалажликдан фарқли ўларок серологик реакция манфийдир.

Гайне-вернике псевдоэнцефалити

Касаллик оқ алаҳлашдан кейин уйқучанлиқ толиққанлик, эшитишиинг пасайиши каби белгилар билан юзага чиқади. Руҳий бузилишлар билан бир қаторда атаксия ва кўз соққасини ҳаракатлантирувчи нерв фалажини кўриш мумкин. Касаллик кўпинча ўлим билан тугайди. Кейинги вақтларда Корсаков психози, псевдопаралич ва Гайне-Вернике псевдоэнцефалити алкогол энцефалопатияси деган бир гурухга киритилади. Бўларнинг патогенезида ўхшаш томонлари бўлиб, барчаси учун сурункали алкогол заҳарланишини келтириб чиқарадиган В ва РР витаминларнинг етишмовчилиги хос. Даволаш учун тиамин ва никотин кислотасининг юқори дозалари ишлатилади.

Алкоголдан рашк васвасаси

Бу касалликда сурункали алкоголнинг ўрнини аста-секин рашк васвасаси эгаллайди. Дастлаб рашк ҳақидаги ғоялар мастлик ҳолида яхшилик асосида бўлса, кейинроқ доимий ва ёмонлик асосида бўлади. Бемор умр йўқдошини кузата бошлайди ва ундаги арзимас ўзгаришларга ҳам ёмон кўз билан қарайди. Айбини буйнига қўйиш учун уради. Беморни гўё хотини заҳарлаб, бошқа биров билан қочиб кетадигандек туюлаверади.

Агар бемор ичқиликни ташласа, аҳволи яхшилана бошлайди.

Бундай беморлар нейролептик (аминазин, стелазин) дорилар билан даволанади.

Алкогол психози билан оғриётгаи беморлар айбдор саналмайди ва даволанишга юборилади.

Олдини олиш. Сурункали алкоголизмниинг олдини олиш учун аҳоли ўртасида алкоголнинг зарари ҳақида антиалкогол ташвиқотини олиб бориш керак. Шунингдек спиртли ичимликлар чиқаришни чеклаш керак бўлади. Беморларни ўз вақтида аниқлаб даволамоқ зарур.

Оқ алаҳлаш (алкогол делирийси)

Оқ алаҳлаш касаллиги сурункали алкоголизм оқибатида вужудга келадиган оғир касаллик бўлиб, клиник кўриниши руҳий, неврологик ва соматик ўзгаришлар билан кечади. Оқ алаҳлаш бир неча йил давомида ривожланиб дастлабки белгилари алкоголизмнинг ўрта босқичида моддалар алмашинувининг бузилиши ва унга таъсири натижасида вужудга келади. Алкогол истеъмол қилишни кеекин тўхтатишга сабабчи омиллар (ўпка яллиғланиши, юкумли касалликлар) қўшилиши оқ алаҳлаш касаллиги вужудга келишида муҳим омил ҳисобланади. Организмда алкогол микдорининг камайиши абстинент синдромини вужудга келтириб, аста-секин соматик ва неврологик белгилар қўшилиши касалликнинг дастлабки белгилари ҳисобланади. Уйқусизлик ва аста-секин кўрув ва эшитув иллюзиялари (алаҳлаш), саҳна галлюцинациялари қўшилади ва беморда қўрқув кучаяди. Касалликнинг бошланиш чоғида Липпман аломати муҳим аҳамият касб этади. Беморнинг кўз соққаси босилганда қандайдир образлар (қиёфалар) ифодаланса, масалан, беморга ташланаётган ит образи кўринса, бунда қўрқув, саросима ҳолати кузатилади. Галлюцинациялар пайдо бўлиши билан беморда ҳиссиёт ўзгаришлари кучли намоён бўла бошлайди. Беморнинг юзида жонланиш пайдо бўлиб, бу ҳолат галлюцинацияга мос ҳолатни намоён қилади. Васваса ғоялари вужудга келади.

Онгининг бузилиши сабабли бемор макон ва замонни тўғри идрок қила олмайди, бемор вокзал ёки иш жойидаман деб ўйлайди, атрофидагиларни ҳам касбдоши деб ҳисоблайди, ўзини ўтган кун, ҳафта, ой, йилларда юргандай ҳис қилади. Ўз шахси ҳақидаги тасаввурлари

бузилмайди, лекин ўзига нисбатан танқидий қараши йўқолади. Галлюцинацияларга мос равишда турли ҳаракатлар қилади (қаёққадир югуришга, ўзини нималардандир ҳимоя қилишга интилади). Бу вақтда бемор атрофдагиларга хавфли бўлиб, турли жиноятлар содир қилиши мумкин. Психоз ҳолати ўртача 3—4 кун давом этади. Психопатологик симптомларнинг сусайиши ва беморнинг соғайишидан дарак берувчи ҳолат уйқу ҳисобланади (табиий ва препаратлар ёрдамида). Ўзоқ вақт давом этган уйқудан сўнг беморда психоз ҳолати сусаяди ва ўз шахсига нисбатан таиқидий муносабат пайдо бўла бошлайди. Алаҳлашнинг кучайиши натижасида бемордаги ҳаракат кўзғалишлари тўшакда чегараланиб, тактил галлюцинациялар пайдо бўлади. Баданидан турли ҳашаротларни олиб ташлаш, оғзидан соч толаларини олиб ташлаш каби ҳаракатлар пайдо бўлади. Касаллик давом этиши натижасида аста-секии сопор ва кома ҳолатига ўтиши кузатилиб, ўлим билан тугаши мумкип.

Агар соғайиш кузатилса, бир неча кундан сўнг алаҳлаш абортив (суеайган) ҳолатда такрорланиши мумкин. Беморда руҳий ўзгаришлардан ташқари, неврологик аломатлар, соматик аломатлар (асосан қон томир тизими патологияси, терида айниқса юзда гиперемия, тахикардия, тана ҳарорати 39° га кўтарилади) кузатилади. Паренхиматоз аъзолар — жигар, буйрак фаолиятининг бузилишлари руй беради. Асоратлари гепатит, зотилжам, панкреатит ва ҳоказолар.

Этиологияси ва патогенези. Этиологияси ва патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Алкогол маҳсулотлари таъсиридаги заҳарланиш устивор омил ҳисобланади. Натижада мия тўқималари органик ўзгаришларга учрайди ва қўшимча омиллар таъсирида (жароҳат, юқумли касалликлар) алкогол делирийсини вужудга келтиради. Айниқса жигар фаолиятининг бузилиши (дезинтоксикацион, оқсил, ёғ ва пигмент алмашинуви) касаллик ривожланиши учун асос ҳисобланади. Жигар ферменти алкогол дегидроксидаза фаоллигининг сусайиши ацетальдегид йиғилишига сабаб бўлади. Бу ҳолат умумий моддалар алмашинувининг бузилиши, тўсиқ фаолиятининг бузилиши, гипо- ва авитаминоз вужудга келиши оқибатида алкогол психози ри-вожланади. Бош миядаги патоморфологик ўзгаришлар сурункали энцефалит ва ўткир қон томир ўзгаришлари (қон томирлар утказувчанлигининг ошиши ёки қон томир некрози) натижасида нейронларнинг иккиламчи дистрофиясига ва некротик ўзгаришларга олиб келади.

Таққослаш ташхиси ўтказиш асосан алкогол галлюцинози ва бошқа интоксикациялар, ўткир жароҳат психозлари, ўткир ва сурункали панкреатит, психозлар билан олиб борилади.

Ўткир алкогол токсикозидан асосий фарқли томони макон ва замондаги мўлжални нотўғри таҳлил қилиши, тасаввур галлюцинацияларининг бўлишидир. Ўткир алкогол токсикозида онг равшан бўлиб, вербал галлюцинациялар кузатилиб, соматовегетатив белгилар йўқлиги билан тавсифланади.

Алкоголсиз ва юқумли касаллик психозида касаллик белгилари қон анализлари, серологик реакциялар асосида фарманади. Жароҳат делириози эса вегетатив ва вестибуляр бузилишлар билан кечиб, узоқ вақт давом этади.

Даволаш. Алоҳида ва мажмуавий даволаш услублари бор.

L. Дезинтоксикацион.

2. Витаминотерапия.

3. Антипсихотик.

4. Дегидратацион.

5. Десенсибилизацион.

6. Симптоматик юрак-қон томирлар тизими фаолиятини кучайтириш.

7. Гемодиализ, гемосорбция.

Алкоголизм мавзусига оид тест саволлари

1. Алкогол делирийсига хос:

*кўрув галлюцинациялар
фиксацион амнезия
психомотор кузгалиш
*парейдолиялар
шилқим гоялар
эйфория

3. Сурункали алкоголизмнинг биринчи босқичига хос :

компульсив майл, жисмоний буйсуниш
мастлик формасининг ´згариши
*қайт қилиш рефлексининг йуколиши билан
ичишни «запой»ли характердалиги
обсессив майл
талваса синдроми

4. Алкогол делирийси учун хос:

ёркин диний мазмундаги галлюцинациялар
*кечки вактдаги ок-кора рангдаги микро-зоопсиялар
*кечинмаларига нисбатан тулик амнезия
алкогол абстиненцияси фонида пайдо булиши
интеркуррент касаллик фонида
псевдогаллюцинациялар ва ўз шахсига дезориентировка

5. Корсаков психози учун хос:

жинсий майл бузилишлари ва деменция
идрок бузилишлари ва интеллект пасайиши
тафаккур бузилишлари ва артралгия
спиртли ичимликка нисбатан толерантликни узгариши
*хотира бузилишлари
*полиневропатия

7. Алкоголизм медикаментоз терапиясига киради:

шартли рефлектор
дезинтоксикацион
атропинокоматоз
*сенсибилизацияловчи
инсулинокоматоз
антиконвульсив

8. Алкоголизмга хос:

прогредиентсиз кечиши
*алкоголга патологик майл
*абстинент синдромни булиши
*соматик бузилишлар
псевдогаллюцинация
амбулатор автоматизм

9. Сурункали алкоголизмнинг биринчи босқичига хос:

компульсив майл, жисмоний буйсуниш
мастлик формасининг ´згариши
қайт қилиш рефлексининг й´қолиши билан
алкогол энцефалопатиялари
обсессив майл
толерантликнинг ўсиб бориши
миқдорий назоратнинг й´қолиши

11. Алкоголизмни даволашда қандай препарат клетчатгача имплантация килинади:

*эспераль
трихопол
фурадонин
радотер
амбрифит
фуразолидон

12. Алкогол делирийси учрайди:

* алкоголизмнинг II босқичида
патологик мастликда
´ткир алкогол интоксикациясида
абстиненция ва ўткир йўлдош касаллик фонида
маиший ичкиликбозликда

алкоголизмнинг I босқичида

13. Алкогол абстинент синдромига хос :

кайфият ва уйқу бузилиши
*астеник бузилишлар
*вазомотор-вегетатив бузилишлар
иллюзиялар ва галлюцинациялар
диспептик бузилишлар
эйфория

14. ±айси препарат алкоголга сенсибилизация чакиради?

эметин
*тетурам
трихопол
апоморфин
фуразолидон
Антабус

15. Сурункали алкоголизмнинг I босқичи учун хос :

ру·•ий қарамлик
жисмоний қарамлик
*химоя рефлексларининг й´қолиши
толерантликнинг ортиши
миқдорий назоратнинг й´қолиши
Гайе-Вернике энцефалопатияси

16. Сурункали алкоголизмни даволашда қайси метод қ´лланилади:

психотерапия
симптоматик даволаш
инсулинотерапия
*шартли рефлектор терапия
атропин коматоз терапияси
*сенсибилизация

17. Корсаков психози учун хос :

*конфабуляция ва псевдореминисценция
*фиксацион амнезия

ғаллюцинациялар
ретроград амнезия
актив ва пассив негативизм эхо-симптомлар билан биргаликда
*полиневритлар

18. ´ткир алкоголдан за·арланишни даволаш:

дезинтоксикацион терапия
уйқу дорилари
рауш-наркози
нафас аналептиклари
кам миқдорда алкогол бериш
психодизлептиклар
тиосульфат натрий, унитиол

19. Алкогол ғаллюцинозида тавсия этилади

сиднокарб
ғалоперидол
тизерцин
циклодол
этаперазин
реланиум
мелипрамин

20. Алкоголизмнинг I босқичи белгиларига киради:

абстинент синдроми
толерантликнинг ортиши
қайт қилиш рефлекси й´қолади
миқдорий назоратнинг й´қолиши
патологик мойиллик
алкогол ғаллюцинози

21. Алкоголизмнинг II босқичига хос:

абстинент синдроми
* жисмоний ва ру•·ий қарамлик
максимал толерантлик
толерантликнинг пасаиши
сурункали алкогол психозлари
Корсаков психози

22. Алкогол психозларига киради:

Пик касаллиги
*оқ ала·лаш
сурункали галлюциноз
Арджил-Робертсон синдроми
*рашк васвасаси
Ганзер синдроми
* Корсаков психози

23. °ткир алкогол галлюцинозига хос:

со·та галлюцинациялар
шилқим ¶оялар
*чин эшитув галлюцинациялар
онг бузилиши
амнезия
ориентировканинг сақланганлиги

24. Корсаков психозига хос :

маконга ориентирни й´қотиш
конфабуляция
рухий автоматизмлар
онг бузилиши
* полиневрит
* фиксацион амнезия

25. Алкогол абстинент синдромига хос :

*вегетатив бузилишлар
карахтлик
*бош айланиши ва о¶риши
эйфория
ич бузилиши
юрак уриб кетиши

26. Алкоголга сенсибилизация чақирувчи дори

амитриптилин
аминазин

галоперидол
эсперал
трифтазин
антабус

27. Алкогол делириясига хос :

* галлюцинациялар
дезориентировка
конфабуляциялар
уйқу бузилиши
к´рқув безовталик
ўз шахсига ориентировканинг йўқолиши

28. Алкогол абстинент синдроми характерланади:

иллюзия ва галлюцинациялар билан
*вазомотор вегетатив бузилишлар билан
астеник бузилишлар билан
диспептик бузилишлар билан
уйқу ва кайфият бузилиши билан
фиксацион амнезия билан

29. Сурункали алкоголизмнинг соматик асоратларига киради:

жигарнинг ё¶ дистрофияси
кардиопатия
полиартрит
гастрит
* жигар циррози
* алкогол псевдофалажлиги

30. Алкоголизмнинг 2 босқичига хос :

алкогол ақл пастлиги
*жисмоний тобъелик
мастликнинг ´згарган турларининг пайдо б´лиши
компульсив майлнинг пайдо б´лиши
толерантликнинг пасайиши
толерантликнинг ортиши
45 Алкогол психозида ёрдам бериш тури:

1 психиатрия стационарида
2 бир марта ёрдам к´рсатиш
3 диспансерга кунда қатнаш
4 *наркология стационарида
5 уйда даволаш
6 амбулатор ёрдам

46 Алкоголдан оддий маст б´лишнинг ´згарган шаклларга киради:

1 депрессив аффект билан кечадиган мастлик
2 эксплозивлик билан кечадиган мастлик
3 истерик белгилар билан кечадиган мастлик
4 эйфорияли
5 параноид синдром билан кечадиган мастлик
6 психомотор тормозланиш ва релаксация

47 Алкогол психозлари турларига киради:

1 парафрения
2 *галлюциноз
3 делирий
4 кататония
5 *уткир рашк васвасаси
6 параноид

48 Этил спиртига хос:

1 гипнотик хусусият
2 гипертимия
3 кучли психотик таъсир
4 *эйфория •·олатини чақириш учун ичишга б´лган талаб
5 *алкогол абстинент синдромининг пайдо б´лиши ва шаклланиши
6 ноотроп хусусият

49 Шартли-рефлектор терапияда қайси препарат қ´лланилади?

1 апоморфин
2 *тетурам (антабус)
3 клофелин
4 трихопол
5 эметин
6 эспераль

50 Алкоголизмга сенсибилизация чақирмайдиган препарат:

1 трихопол
2 тетурам

3 пирроксан
4 тиосульфат натрий
5 эспераль
6 фуразолидон

51 Алкоголизмнинг иккинчи босқичида буладиган асосий ·ҳлар:

1 *абстиненция
2 қайт қилиш химоя рефлексининг й´қолиши
3 палимсестлар
4 псевдозапой
5 ру•·ий қарамлик
6 чинакам запой

52 Алкоголизмни даволаш усулларига киради:

1 витаминотерапия
2 дезинтоксикацион
3 электртутқаноқ муолажа
4 психотерапия
5 инсулинокоматоз турапия
6 *шартли-рефлектор

53 Наркоман деб хисоблаш учун керак б´лган шартларга киради:

1 характернинг бўртирилганлиги
2 васваса ғоялари бўлиши
3 наркотик қабул қилишдан сақлана олмаслик
4 абстинент к´ринишлар
5 наркотикка чидаб б´лмас майл
6 толерантликнинг ортиши

54 Наркоманиянинг дезинтоксикацион терапиясида қ´лланилади:

1 преднизолон
2 гемодез
3 тиосульфат натрий
4 инсулин
5 реомакродекс
6 нейролептиклар

55 Наркоманияни чақирадиган модда:

1 гашиш
2 морфин, опий препаратлари
3 транквилизаторлар

4 уйқу дорилари
5 бензин
6 кокаин

56 Наркоманиянинг этиологик омилига киради:

1 аутоинтоксикация
2 ижтимоий омил
3 жинс
4 психологик омил
5 ирсият
6 биологик омил

57 Наркоманиянинг умумий характеристикасига киради:

1 ру•·ий ва жисмоний қарамлик
2 эйфория
3 толерантликнинг ´сиши
4 амнезия
5 чидаб б´лмас майл
6 психопродуктив симптоматика

58 Токсикоманияга киради:

1 этаминал натрий қабул қилиш
2 циклодол
3 фенабарбитал қабул қилиш
4 кокаиномания
5 кофеин қабул қилиш
6 наша

59 Алкогол психозлар алкоголизмнинг қайси босқичига хос:

1 алкоголизмнинг I босқичига
2 алкоголизмнинг II босқичига
3 алкоголизмнинг III босқичига
4 маиший ичкиликбозликка
5 хумор синдромига

60 Опиат гиёҳвандлиги абстинент синдроми таркибидаги бузилиши:

1 гипостезия
2 тумог, ютал

3 сенестопатия
4 парестезия
5 ичи кетиши (понос)

61 Алкогол галлюцинозда қуйдаги галлюцинациялар кўпроқ учрайди:

1 чин вербал
2 чин кўрув
3 томоқ ва бурундаги
4 кўрув саҳнасимон
5 тактил

62 Ўткир алкогол интоксикациясига хос:

1 онг тухташи /карахтлик,/
2 кома
3 онгнинг делириоз бузилиши
4 иллюзиялар
5 галлюципациялар

63 Абстиненнт синдроми шаклланади

1 алкоголизмнинг II босқичида
2 хаотик ичганда
3 маиший ичкиликбозликда
4 Наркоманияда
5 алкоголизмнинг I босқичида

64 Наркотик мастлиги учун кўпрок хос бўлган хиссиет бузилиши:

1 эйфория
2 гипертимия
3 апатия
4 депрессия
5 дисфория
6 Липман симтоми
7 ганзер симптоми
8 Ашафенбург симптоми
9 амнезия симптоми
10 эйфория симптоми

65 Алкоголизмни даволашда гипносуггестив терапия қўлланилади

1 даволашнинг 3 босқичида

2 маиший ичкиликбозликда
3 даволашнинг 2 босқичида
4 запой даврида
5 эпизодик ичкиликбозлида

66 Алкоголда мастликни аниқлаш:

1 *Мохова-Шинкаренко синов
2 электроэнцефалография
3 клиник текшириш
4 Ланге реакцияси
5 Вассерман реакцияси

67 Алкоголизм қуйидагига киради:

1 касалликнинг алохида турига
2 наркоманияга
3 экзоген касалга
4 зарарли одатларга
5 эндоген касаллика

68 Алкоголизмли бемор дераза орқасидан нотаниш одамларнинг "овозини" эшитияпти.ва куряпти Симптом:

1 *эшитув галлюцинация
2 *курув галлюцинация
3 таъқиб васвасаси
4 рашк васвасаси
5 Корсаков психози

72 Оқ алаҳлаш қандай холатларда кузатилади:
1 *алкоголизм
2 аналша истемоли
3 шизофрения
4 маниакал депрессив психоз
5 климактерик психоз

Алкоголизм

9. Тез ёрдам билан кабул булимига бемор олиб келинган. Контактга киришмайди. Кимлар биландир гаплашади. Тусатдан туриб, ойнанинг решоткасига караб отилди, уни олиб туширишгандан сунг чангларини артигандек булди. Сукиниб кетди, вакт ва маконга нисбатан ориентировкаси бузилган, шахсига нисбатан ориентировкаси сакланган. Уйдагиларни айтишига караганда охирги 2 хафта мобайнида факат спиртли ичимлик ичган, 3 кундан бери ичмаяпти.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Инфекцион касалликлар, бош мия травмалари, интоксикация	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкоголи делирий	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикнинг биохимик анализи	10	8-10	2-7	0-2
4.	Иллюзия ва сахнасимон галлюцинация, шахсга ориетир сакланган. Вакт ва маконга нисбатан бузилган	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш	25	20-25	5-19	0-4

Алкоголизм

10. Бемор П 37 ёш. Жаррохлик булимига пичок жарохатидан сунг келиб тушган.20 йил мобайнида спиртли ичимлик кабул килган. Операциядан сунг 4 кунида ухламаган, атрофдагиларни танимайди, хотинини уйнаши билан биргаликда кидирмокда, галлюцинациялар кузатиляпти, айтишича уз уйида утирибди, психоматор кузгалишда ойнадан узини ташлаб юборди.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Шизофрения, инфексион касалликлар, алкоголизм	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкогол делирийси	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-катамнестичек, қон ва пешобнинг биохимичек тахлили, патопсихологик текширув, экспресс - тестлар	10	8-10	2-7	0-2
4.	Васваса, галюцинациялар,	15	10-15	4-9	0-4
5.	Психиатрик касалхонага стационар даволашга юбориш	25	20-25	5-19	0-4

Алкоголизм

11. Бемор К. 42 ёш. Жаррох булиб ишлайди. Ёшлигида бош мия жарохати олган. Охирги пайтларда жуда куп операциялар утказди, кечкурун огир операция утказдива 150 гр. коньяк ичиб олди. Ухлашга ётди.20 дакикадан сунг туриб хозиргина операция килган бемор олдига бориб уни буга бошлади.хамкасбларига нисбатан агрессив харакатлар кила бошлади ва ухлаб колди. Эрталаб килган ишларини эслай олмади.

. Дастлабки ташхис

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни характеристикасини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш?

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Патологик мастлик	25	20-25	5-19	0-4
2.	Психопатия, бош миянинг органик касалликлари, соматик кучсизланган беморларда алкогол истеъмолининг оқибатлари	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-анамнестик текширув, ЭЭГ, RO-графия, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикнинг биохимик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Канча микдорда ичишидан катъий назар кучли мастлик белгилари тусатдан пайдо булади. Атрофдагилар билан контакт йуколади.	15	10-15	4-9	0-4
5.	Фиксация. Нейролептиклар,	25	20-25	5-19	0-4

	транквлизаторлар				

Алкоголизм

12. Бемор Н.41 ёш. 15 йил мобайнида спиртли ичимликлар истеъмол килади. Ичкиликдан сунг холсизлик, хавотир, шовкинлар пайдо булди, ойна ортида кушниларнинг «овози»ни эшитмокда, улар куркитмокда, хакорат килмокда, алкаголик деб аташмокда. Бемор ойна ва эшикларни ёпиб олиб ишга чикмади. Макон ва вактга мулжалини йукотмаган.

.синдромал ташхис

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромнинг барча симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси?

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Алкогол галлюцинози	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкоголизм, наркомания, интоксикация	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ,RO-графия, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдик биохмик тахлили	10	8-10	2-7	0-2
4.	Эшитув галлюцинацияси, шархловчи ва айбловчи, ориентир сакланган.	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига даволанишга жунатиш	25	20-25	5-19	0-4

Алкоголизм

8. Бемор Ш.61 ёш, бир неча йиллар мобайнида спиртли ичимликлар кабул килган, икки маротаба «ок алахлаш» кузатилган, охирги йилларда вино истеъмол килади, кичик дозалардан кайфи ошиб колади, зурга юради, «оёклари юрмайди».Неврология булимигаётказилаган. Келагнда: сана, кун, йил, ойни билмайди, даволовчи врачнинг исмини билмайди, уз палатасини топа олмайди, уз уйимдаман деб хисоблайди, айтишича уз устахонасида эрталаб булган.

.синдромал ташхис

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси.

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Корсаков психози	25	20-25	5-19	0-4
2.	Сурункали алкоголизм, бош мия органик касалликлари, интоксикациялар	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикнинг биохимик текширув, соматоневрологик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Фиксацион ва ретроград амнезия, амнестик дезориентировка, парамнезия, полинейропатия фонида ривожланади	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига	25	20-25	5-19	0-4

	жунатиш				

Алкоголизм

1.Бемор К. 27 ёш. Юз-жаг жаррохлигига автохалокатдан сунг келиб тушди. Бир неча йиллар давомида спиртли ичимликлар истеъмол килган. Операциядан сунг 3 кунида ухламаган, атрофдагиларни танимайди, галлюцинациялар кузатилмокда, уз уйимдаман деб хисоблайди, психомотор кузгалишда ойнадан узини ташлаб юборди.

.Синдромал ташхис қўйинг

.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.Асосий текшириш усуллари

.Бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Алкогол делирийси	25	20-25	5-19	0-4
2.	Алкоголизм, токсикомания, наркомания	25	20-25	5-19	0-4
3.	Клинико анамнестик, патопсихологик, соматоневрологик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Чин галлюцинациялар, жойга ва трофдагиларга дезориентация, ўз шахсига ориентировка сақланган, психомотор қўзғалиш, қўркув аффекти	25	20-25	5-19	0-4
5.	Рухий касалликлар шифохонасига				

	госпитализация	15	10-15	4-9	0-4

7-БОБ

ГИЁҲВАНДЛИК ВА ТОКСИКОМАНИЯ

Гиёҳвандлик ва токсикомания руҳий фаол моддаларни, шу жумладан наркотик моддаларни суиистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган сурункали заҳарланишдир. Беморлар шундай моддаларни истеъмол қилишга ҳуруж қўйганлиги, шу моддаларга руҳий ва жисмоний қарам бўлиб қолганлиги, нейротропик моддаларга толерантлиги кучайиб бориши натижасида улар микдорини аста-секин кўпайтириб бориши, шу билан бирга руҳий касалланиш туфайли шахснинг инқирозга учрашига олиб борувчи хусусиятлари билан тавсифланади.

Гиёҳвандлик ва токсикомания асосида руҳий фаол моддаларнинг нейрокимёвий жараёнига таъсир қилиши натижасида руҳий ва жисмоний қарамликни юзага келтирадиган патогенетик механизм ётади. Шу билан бирга бу касалликлар орасида клиник ва юридик-ҳуқуқий нуқтаи назардан маълум тафовутлар бор.

Гиёҳвандликка наркотик моддалар жумласига кирувчи дорилар ёки бошқа моддаларни суиистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган касалликлар киради. Токсикомания — наркотик моддалар руйхатига кирмайдиган доривор моддаларни суиистеъмол қилишдан юзага келадиган касалликдир.

Лекин шундай моддаларни ҳаддан ташкари кўп истеъмол қилинса, унда бу моддалар ҳам наркотик дорилар ва касалликлар рўйҳатига киритилади, уларни суиистеъмол қилинса, гиёҳвандлик деб аталади.

Гиёҳвандликнинг клиник кўринишлари

Гиёҳванд моддаларни истеъмол килиш куп йиллардан маълум. Опий Хиндистондан Шаркий Жанубий Осиёга кириб келди.Европа давлатларида хам аста секин опий пайдо була бошлади.

Наркотик модда сифатида опий Ирок,Покистон,Хиндистон,Миср ва Осиё мамлакатларида айникса кенг таркалди. Олдинига опий ва унинг препаратлари тинчлантирувчи таъсири борлигидан жуда кам микдорда факат тиббиётда ишлатилиб келинди. Сунгра уни суистеъмол килиш натижасида аста-секин наркомания пайдо була бошлади. Гиёҳвандлик эпидемияси Европа мамлакатларида 50-нчи йилларнинг охири 60-нчи йилларнинг бошларида, Осиё мамлакатларидан анча йиллар олдин бошланган. 80 йилларга келиб захарли токсик моддаларни суистеъмол килиш кенг таркалган. Хар бир Минтакага хос гиёхванд модда истеъмол килинган.

Урта Осиёда,Козогистонда,Кавказда,Жанубий Украинада,Узок Шаркда-ёввойи кукнор ва каноп усимликлари куп усган.Шу сабабли бу жойларда гашиш ва сунъий опий (героин), препаратларини истеъмол килиш ривожланган.Айрим мамлакатлар ахолиси хар кунги истеъмоли
кофе. кокаин булганлиги учун бу минтака ахолиси, ёшлари кофеин,какоин суистеъмол килган. Охирги йиллардан бошлаб Марказий Осиё мамлакатларида гиёхванд моддалардан асосан героин таркалиши купайиб борди. Бунинг окибатида гиёхванд моддаларни инъекция йули билан кабул килиш купайди.
Бу хавфли касаллик СПИД(ВИЧ) инфекциясини таркалишига сабаб булди. Гиёхвандлик ва токсикоманияни таркалганлиги унча аник булмаса хам дунёда наркотик моддаларни кабул килувчиларнинг сони ошиб бораяпти. Россияда наркоманларнинг сони 269 мингдан ортик булса Узбекистон Республикасида 20 мингдан куп шахслар наркотик моддалар

кабул киладилар.(Даракчи14.03.2002й).

Гиёхвандлик, яъни наркомания дейилганда наркотик моддаларни сурункасига истеъмол килиш, унга мойил булиб колиш, наркотик модда булмаганда эса огир рухий, жисмоний, маънавий узгаришлар, ижтимоий тушкунлик билан кузатиладиган касаллик.

Гиёхвандлик ва токсикоманиянинг келиб чикишида ижтимоий (нотугри тарбия, теварак-атрофнинг таъсири, оиладаги салбий келишмовчиликлар), шахснинг конституционал омиллари, психологик холатлар (кизикувчанликдажрибага, кайф-сафога интилиш, кийинчиликдан кочиш), наркотик талаб килувчи соматик касалликлар, мухим ахамият касб этади.

Хозирги текширувчилар шуни тасдиклайдики, организмда бирорта хужайра тукимаси йукки гиёхванд модда унга токсик таъсир курсатмаса. У оксил,углевод,ёг синтезига катнашади,фермент метаболизмини бузади,тукима ядросининг митохондриясига таъсир килади, мембраналар утказувчанлигини бузади, нерв импульсларини утказувчанлигини узгартиради ва бузади,

Гиёҳвандликнинг айрим турларининг клиник кўринишлари, уларнинг ривожланиши аввало шу моддалар ва уларни суиистеъмол қилишдан келиб чиқадиган касалликлар билан боғлиқ. Аммо уларнинг умумий ало-матлари борки, гиёҳвандликнинг барча турлари ана шу асосда бирлашади.

Наркотикларни истеъмол қилгандан сўнг, қоидага кура, гиёҳвандликнинг барча турларида кузатиладиган умумий аломатлар билан тавсифланадиган наркотик сархушлик ҳолати юзага келади.

Наркотик сархушликнинг клиник кўриниши юқори кайфият (баъзида беғамлик, хаёлпарастлик), кўп кулиш, телбалик, диққат чалғиши, фикрлаш қобилиятининг тезлашуви, ҳаракатнинг тезлашуви ёки унга қарама-қарши ланжлик, ҳаракат мувофиқлигининг бузилиши, қадам ташлашнинг ўзгарувчанлиги билан намоён бўлади. Баъзида баджахллик, жиззакилик тажовўзкорлик кузатилади. Тери қопламининг қизариши ёки рангпарлиги, кўзнинг хиралашуви ва уларнинг кенгайиши кузатилиши мумкин. Гиёҳвандлик ва тосикоманияга хос тана реак-тивлигининг ўзгаришидан юзага келадиган, доривор ва бошқа моддаларга бўлган руҳий ва жисмоний қарамлик, толерантликнинг ўзгариши умумий аломатлар асосида ётади.

Руҳий қарамлик — наркотик таъсир ёки руҳий келишмовчилик ҳолатини йўқотиш мақсадида моддаларни истеъмол қилишга интилишдир. Гиёҳвандлик моддаларини истеъмол қилишга интилишнинг ривожланиш тезлигига кўп омиллар сабаб бўлади. Бу омилларнинг асосийси моддаларнинг наркогенлик хоссаси ҳисобланади. Энг кучли наркотик хусусиятга — кокаин, ундан камроқ — наша ва МНС ишини кучайтирувчи моддалар эга бўлади.

Жисмоний қарамлик — жисмоний ва руҳий ўзгаришлар кўринишида юзага келадиган наркотик моддаларни сурункали истеъмол қилиш натижасидаги дардчил ҳолатдир. Бу ҳолат моддаларни истеъмол қилмагандан ёки уларни антагонистларини истеъмол қилишдан юзага келади. Бу ҳолат наркотик моддаларнинг навбатдаги микдорини бериш билан бартараф этилади.

Телерантликнинг ўзгариши — олдинги психофармакологик таъсирни юзага келтириш учун наркотик моддаларни янада кўпроқ микдори талаб қилиниши натижасида наркотик моддаларга кўникишдир.

Гиёҳвандлар тиббиёт соҳасида қўлланиладиган наркотик моддалар микдоридан 5—10 марта ортиқ микдорда истеъмол қиладилар.

Гиёхванд моддаларни истеъмол килгандан сунг, коидага кура, гиёхвандликнинг барча турларида кузатиладиган умумий аломатлар билан тавсифланадиган наркотик сархушлик холати юзага келади.

Наркотик сархушликнинг клиник куриниши юкори кайфият (баъзида бегамлик, хаёлпарастлик), куп кулиш, телбалик, диккат чалгиши, фикрлаш кобилиятининг тезлашуви ёки унга карама карши ланжлик, харакат мувофиклигининг бузилиши, кадам ташлашнинг узгарувчанлиги билан намоён булади. Баъзида баджахллик , жиззакилик, тажовузкорлик кузатилади. Тери копламининг кизариши **ёки** рангпарлиги, кузнинг хиралашуви ва уларнинг кенгайиши кузатилиши мумкин, Гиёхвандлик ва токсикоманияга хос тана реактивлигининг узгаришидан юзага келадиган, доривор ва бошка моддаларга булган рухий ва жисмоний карамлик, толирантликнинг узгариши умумий аломатлар асосида ётади,

1)-боскич - наркотик моддага рухий мойиллик (обсессия) пайдо булиши химоя жараёнларининг йуколиши, наркотик моддаларга чидамлиликнинг ошиши, уларнинг физиологик таъсири сакланган холда мунтазам кабул килиниши билан ифодаланади. (1-бошлангич боскич, адаптация боскичи хам дейиш мумкин). 2)-боскич - бу боскич абстиненция (хумор синдроми), наркотик моддага енгиб булмас даражадаги хирс куйиш, унга булган чидамлиликнинг юкори даражага етиши, наркотик моддалар таъсирининг узгариши (купинча кузгапувчанликка олиб келувчи таъсири), шахс узгаришларининг пайдо булиши билан кузатилади. (2-боскич сурункали боскич. жисмоний карамлик юзага келишини тугалланиши хам дейилади).

3)-боскич - бунга наркотик моддаларга чидамлилик пасаяди, уларнинг таъсири факат «тетиклаштириш» даражасига етиши, шунинг учун беморларда наркотик моддаларсиз «яшай олмаслик», хусусиятларининг пайдо булиши кузатилади. Бундан ташкари хумор синдроми огирлашиб, чузилиб бориши , рухий, соматик, огир ижтимоий окибатлар келиб чикиши билан ифодаланади. (3-боскич охирги боскич хам дейилади).

Гиёхвандликдаги абстиненциянинг хар бир турида узига хос хусусиятларига эга булади. Бу хусусиятлар асосида улар дифференциал ташхис килинади. Одатда бу жуда

огир азоб берувчи рухий ва жисмоний узгаришлардир. Гиёхвандликнинг бошлангич боскичларида шахснинг узгаришлари кузатилади.

Гиёхвандлик ва токсикоманияни куйидаги турлари маълум:

1) Наша истеъмол килувчи бангилар (нашавандлар)
2) Кукнор (опий группаси) истеъмол килувчи бангилар (кукнор, морфинизм, героизм): опий , промедол, кодеин.
3) Кокаин кабул килувчи бангилик (кокаиномания,чефиризм)
4) Уйку келтирувчи наркотик моддалар истеъмол килувчи бангилик (барбитуромания). Буларга фенобарбитал (амитал), нембутал,хлоралгидрат, барбитал натрий кабилар киради:
5) Амфетамин истеъмол килувчи наркомания: (фенамин,фенатин,эфидрин).
6) Галлюцинацияга сабаб буладиган моддалар истеъмол наркоманияси: (лизерген кислотаси ва бошкалар).
7) Эфедрон наркоманияси.
8) Икки ёки ундан ортик наркотик модда истеъмол киладиган бангилик полинаркомания.
9) Психофармакология моддаларни истеъмол этиш билан утадиган токсикомания (транквилизаторлар, антидепрессантлар, юмшок нейтролептиклар),
10)Рухий холатни тетиклаштирувчи модддалар истеъмоли билан. утадиган токсикомания (центидрин,кофеин).
11)Циклодолни суистеъмол килиш натижасида токсикомания (циклодол, паркопан,артан,ромпаркин).
12)Корхоналарда ва турмушда ишлатиладиган кимёвий моддаларни хидлаш туфайли келиб

чикадиган токсикоманиялар (бензин, буёк ва лак эритувчилар). 13) Никотиномания (тамаки, нос**Опий (афюн) гиёҳвандлиги**

Афъюнмандлик-афъюн ва унинг бирикмалари (морфин, промедол, героин, опий, кодеин, кодтерпин ва бошкалар) тери остига, томирга, ичиш ёки чекиш пайтида хаво оркали организмга юборилади.

Афъюнни бир марта кабул килган кишида кутаринки кайфият, рохатбахш «тинчлик» сезгиси, ижобий мазмунга эга булган узгарувчан тасаввур ва тушсимон хом хаёлларнинг пайдо булиши кузатилади.Фикрлаш сузлаш ва баъзида харакатлар тезлашади. Ташки таъсиротнинг кучи сусаяди ёки йуколади. Наркотик моддаларнинг доимий кабул килиш , юкорида курсатилган кутаринки кайфият холати афъюнга хирс куйишга, тез орада рухий ва жисмоний карамликка олиб келади.Опийнинг кимиёвий хосиласи-героин булиб,героинли гиёхвандликка кишилар 1-2 маротаба инъекция килганларидаёк урганиб,унга тобе булиб коладилар.Инъекциядан сунг танага ёкимли иссиклик югуради, кул ва оёклар огирлашади, бушанглик пайдо булиб 2-3 минутлик тинчлик пайдо булади.Кайфият кутарилиб,жуда ёкимли уйкуга сабаб булади.Бу холат 8 соат давом этади. Гиехванд героинни тез-тез кабул кила бошлайди.Организмни сурункали захарлай бошлайди. Гиёхванд терисининг ранги корамтир ерсимон булади.1-ой давомида рухий карамлик шаклланади.Эйфория холати 4 соатга кискаради,толерантлик ортиб боради ва 1,5-2 ой мобайнида жисмоний карамлик ривожланади.

Афъюнмандлик касаллигининг кечишида афъюнга чидамлиликнинг ошиши, уни стеъмол килиш бирданига тухтатиб куйишганда хуморнинг пайдо булиши асосий уринни эгаллайди. Хумор холати 15-20 соатдан сунг беморнинг тез-тез эснаши, йутал пайдо булиши, кузи ёшланиши, юрак уриши ва нафас олишнинг тезлашиб кетиши, титрокнинг пайдо булиши,
бадан- увишиши, куз корачигини кенгайиб кетиши, оёк-кул мушакларининг тортишиши, ич суриши билан тавсифланади. Бемор хумор тутган пайтда жуда тажанг, кузгалувчан, жахлдор булиб афъюнга чексиз мойиллик сезади ва бу борада конун бузарликка хам кул уриши мумкин.

Касаллик окибатида 2-4 кундан кейин беморларнинг ахволи аста-секин огирлашади, унинг умумий куполлашуви, дунёкарашининг торайиши кузатилади. Бундан ташкари, бемор ички аъзоларининг фаолияти хам бузилади. Афъюнманд кишининг ташки куриниши хам узиги хос булиб тери каватининг нихоятда куриб кетиши ва корайиб, ерсимон рангга кириши. Юзларида пайдо булиши.Бадан терисининг корайиб кетиши, куз корачигининг торайиб кетиши, вегетатив бузилишларнинг мавжудлиги билан тавсифланади.

Опийнинг ҳосиласи морфин ҳисобланиб, у оғриқсизлантиришда ишлатилади. Морфин, промедол ёки героин тери остига ва томирга юборилади, опий ичилади ва томирга юборилади ёки чекиш пайтида ҳаво орқали киради. Беморларда фикрлаш, сўзлаш тезлашади. Хаёл суриш, роҳатланиш, вақтихушлик кўринишидаги кайфиятнинг кўтарилиши юз беради. Баъзида ҳаракатлари тезлашуви мумкин. Лекин бу ҳолатнинг маълум мақсади бўлмайди. Наркотик моддаларнинг керакли микдорини олиш учун қилинган йўналиш бундан истисно. Моддаларни доимий истеъмол қилиш тез орада руҳий ва жисмоний қарамликка олиб келади. Наркотик истеъмол қилиш барча истаклардан устун туради.

Морфинга бўлган толерантлик жуда тез ҳосил бўлади, бир неча ҳафтадаёқ биринчи микдордан анча кўпроқ модда истеъмол қилишга ўрганиб қолинади.

Беморларда морфин каби опий хосилаларини сурункали истеъмол қилиш натижасида ўз ишига, атрофдагиларга қизиқиш йўқолади, қизиқиш доираси кескин тораяди. Беморлар кўпол, ҳудбин бўлиб коладилар. Уларнинг ҳулқи асоциал бўлиб қолади. Беморлар барча ишга қодир бўлиб қоладилар, ҳатто наркотик моддалар топиш ҳаракатида хеч

нарсадан кайтмайдилар.

Абстинент синдром — аввалига кучсизланиш, кўз ёшланиши, корачиқнинг торайиши ва титраш билан тавсифланади. Маълум вақтдан сўнг(15—20 соат) титраш, қорачиқнинг кенгайиши кузатилади. Беморда тумов, аксириш, йўталиш, кўз ёшланиши ва терлаш кузатилади. Ичак ҳаракати тезлашади. Опий гиёхвандлигидаги абстиненциянинг руҳий қўриниши безовгаланиш, кучли тарқоқ оғриқ юрак уриши ва нафас олиш тезлашуви, артериал босим кўтарилиши билан тавсифланади.

Кейинрок (2—3 кундан кейин) кўрсатилган аломатлар кучайиб, уларга мушак оғриқлари, кучли уйқусизлик қўшилади. Бемор танасида, асосан (бўғимларида), белда, қориннинг пастки қисмида кучли оғрик сезади. Бу симптомлар 3—4 кундан сўнг жуда кучаяди. Беморнинг аҳволи оғирлашади, иштаҳаси йўқолади, қайт қилиши, ич кетиши кузатилади. 4—5 кунлардан сўнг бу аломатлар йўқолади. Лекин 1—2 ой ичида баъзи-баъзида бўғимлардаги оғриклар, уйқусизлик безовта қилиб туради.

Наша моддаларини истеъмол қилишдан келиб чиқадиган гиёҳвандлик

Наркотик моддаларнинг ушбу гурухига нашанинг турли навларидан олинадиган сакичсимон моддалар- марихуанна, анаша, банг, хусус, харас киритилади. Наша таркибидаги ароматик альдегид каннабинол бошлангич таъсир кучига эгадир. Наша чайнаб, чекиб, ичимлик шаклида кабул килинади. Наша чекилганда эйфория, борликни ранго ранг кабул килиш, фикрлашнинг тезлашиши, хирсий хусусиятларнинг кучайиши пайдо булади. Бундан ташкари, психосенсор узгаришлар, иллюзиялар (кичик арик худди катта дарёга ухшаб, секин овозлар гумбирлашдек, шовкиндек туюлиши), деперсонализациялар (уз тана аъзолари инкор этиш), учрайди. Мастликнинг кечки даврларида фикрлашнинг богланмаганлиги, бачканалик, кулгили холатлар, ташналик, локайдлик билан тугайди. Нашага урганиб колиш секин ривожланади. Хуморлик холати юмшокрок булиб, соматовегетатив узгаришлар ва бехоллик, депрессия,дисфория истерия холатлари билан намоён булади. Наша хаддан ташкари куп кабул килинганда психозлар (хушнинг намошшомсимон, делириоз бузилиши, эпилепсияга ухшаган тутканоклар, бехушлик) пайдо булади.

Беморларда уткир хумор психозлари - делирий, намошшомсимон хуш узгариши, куркинч, безовталик билан кечадиган ва чузилган эндоформ психозлар учрайди. Нашавандликдаги шахс узгариши психопатсимон холатлар, маиший бузиклик ва акл идрокнинг камайиши шаклида кузатилади.

Наша — канопнинг турли навларидан олинган модда. Уни чекиш ёки ичиш йўқи билан истеъмол қилинади. Канопнинг руҳий фаол хоссага эга бўлиши ундаги каннобиноидларга боғлиқ Наша билан угкир заҳарланишнинг клиник кўриниши — ҳушдан кетиш кўринишидаги онгнинг ўзгариши, телбанома ҳулқли, бесабаб кулувчи, ассоциациянинг тезлашуви ва шу каби белгилардир.

Каноп моддаларини доимий истеъмол қилишдан камгаплик камкувватлик ва шахснинг инқирозга учраши кучаяди, шахс ўз хусусиятларини йўқотади.

Бемор терисининг кизариши ёки рангпарлиқ шох парданинг конга тулиши, терлаш, сулак окинш кузатилади. ўаша билан сурункали заҳарланишнинг сунгги боскичи ;ўриниши шизофренияга ухшаш бўлади. .

Кокаин наркоманияси.

Кокаин-Жанубий Америкада усадиган кока номли усимлик баргидан тайёрланиб, алколоидлар туркумидаги модда хисобланади. Бангилар кокаинни истеъмол килганларида, уларда фикрлаш кобилиятининг кучайиши, сергаплик, харакатчанлик билан утадиган эйфория холати кузатилади. Окибат натижада уларда дармонсизлик, жахлдорлик, мушаклар бушаш уви ва титрок холатлари аникланади.Касалликнинг биринчи йилларидаёк беморларда курслик,узбилармонлик,майдагаплик,жахлдорлик, узига карамаслик холатлари билан кечадиган чукур шахс узгаришлари ривожланади.Агар кокаин суринкасига истеъмол килинса психозлар келиб чикади.

БАРБИТУРОМАНИЯ.

Барбитуромания (уйку келтирувчи моддалар истеъмоли наркоманияси). Купинча алкоголизм, афъюн наркоманиясига учраган беморларда ёки куп вакт уйкусизликдан кийналаётган кишиларда учрайди. Охирги купсатилган холатдаги шахсларда барбитуратларнинг уйку келтирувчи микдори купайиб боради, бу эса эйфория холатига олиб келади. Ана шу эйфория холати беморларни барбитуратларга ургатиб куяди.

Касалликнинг ривожланиши бошка наркоманиялардаги каби, хумор холатлари огир кечиб, кучли астения, уйкусизлик, хавотирланиш мушаклар учиши, ич кетиш холатлари билан ифодаланади. Хуморнинг 4-5 кунларида беморларда тутканоклар, хумор психозлари (делирий,галлюциноз) кузатилиши мумкин.

Касалликнинг ривожланиши бошка наркоманиялардаги каби барбитуратлар узок вакт истеъмол этилганда беморларда сурункали эйфория, жахлдорлик,дисфория, паришонхотирлик, 4-5 йилдан сунг органик деменция, хотира ва акл-идрокнинг сусайиши билан неврологик узгаришлар (талаффуз бузилиши, титрок, мувозанат йуколиши) кузатилади.

Рухий холатни кузгатувчанлик моддалар истеъмоли **н а р к о м а н и я с и .**

(Амфетаминлар-фенамин,фенатин, эфидрин). Бу моддалар кабул килганда кучга тулиш, жушкинланиш, харакатлар кучайиши билан утадиган эйфория пайдо булади.

Хумор узок уйкусизлик, уз-узини айблаш билан утадиган депрессия холати, суикасд килиш каби узгаришлар билан ифодаланади.Купинча хушнинг бузилиши, кузгалувчанлик билан утадиган психозлар, баъзан эса таъкиб ва муносабат васвасалари, эшитиш, куриш ва сезиш галлюцинациялари каби узгаришлар кузатилади.

Галлюциногенлар келтириб чикарувчи моддалар **истеъмоли** н**аркома**н**иялари.**

(лизергин кислотаси ва бошкалар). Бу моддаларга тез урганиб колади. Беморларда депрессия маниакал холат, делирий, галлюцинатор-васвасали ва деперсонализация холатлари кузатилади.

Токсикоманияни клиник куриниши. Токсикомания-наркотик моддалар руйхатига кирмаган табиий ва сунъий захарловчи моддаларни истеъмол килиш натижасида юз берадиган вактинчалик ёки сурункали захарланиш холати. Токсикоманияни келтириб чикарувчи моддаларнинг асосийси психотроп моддалардир. Транквилизаторлар, паркинсонизмда кулланиладиган моддалар, антидепрессантлар, рухий холатни тетиклаштирувчи дорилар (центедрин, кофеин), корхоналарда ва саноатда ишлатиладиган кимевий моддаларни хидлаш натижасида токсикоманияни уткир ва сурункали захарланиш белгилари намоён булади. Токсикоманияни уткир захарланишда 4 та боскич фаркланади:

1) эйфория
2) онгнинг узгариши
3) галлюцинация
4) холатдан чикиш боскичлари.

Сурункали захарланишда психоорганик синдром белгилари намоён булади.

Токсикоманияларда хам худди наркоманиялардаги сингари шу моддаларга мойиллик ва чидамлиликнинг ошиши, хумор холатининг пайдо булиши кузатилади.

Психофармакологик моддаларни истеъмол **этиш билан утадиган токсикоманиялар.**

Беморлар уз холатларини яхшиловчи хар кандай психофармакологик моддаларга урганиб колишлари мумкин.

Бу холат купинча психотроп (транквилизаторлар, антидепрессантлар-депрессияга карши дорилар) моддалар билан узок даволашда еки психопатик шахсларда, неврозларда рухий касалликлардаги ипохондрик холатдаги беморларда кузатилади.

Хозирги вактгача психофармакологик моддаларга мойиллик белгилари хакида умумий фикрлар йук. Лекин купгина тажрибалар шуни курсатадики, «юмшок» нейролептикларга жисмоний мойиллик ривожланганда бош огриши, бехушлик холатлари, юрак уриши тезлашиши, титрок босиши, эпилепсиясимон тутканоклар, психоз холатлари кузатилади.

Купинча бензодиазепам туркумидаги психотроп моддаларга (хлордиазепоксид, диазепам, нозепам, нитрозепам, лоразепам, тазепам) хам мойиллик булиши мумкин. Шу моддалар узок вакт истеъмол этилганда уларга чидамлилик ошади, хумор (куркув, уйкусизлик, безовталик, куп терлаш, титрок) холатлари пайдо булади, бу эса жисмоний мойиллик, вегетатив узгаришлар холида антидепрессантлар суистеъмол килган пайтда хам кузатилади.

Психофармакологик моддаларни сурункали истеъмол этишда токсикоманияларга хос шахс узгаришлари аста-секин ривожланиб боради. Бу шахс узгаришлари бефарклик, мужмаллик, узини гута билмаслик, жахлдорлик кайфиятнинг узгарувчанлиги, кизикишлари факат даволашга каратилганлиги билан кузатилади.

Рухий холатни тетиклаштирувчи моддалар **истеъмоли** билан утадиган токсикоманиялар

Бу холдаги токсикоманиялар наркотик моддалар руйхатига киритилмаган мия фаолиятини тетиклаштирувчи моддалар (центидрин, кофеин, ацифин, сиднокарб, синднофен ва бошкалар). суистеъмол килганда вужудга келади. Бу моддалар кабул килганда тетиклашиш, кучга тулиш, енгилланиш каби холатлар пайдо булади. Бу холат оз вактдан сунг бушашишлик, тушкунлик, бош огриги, бадан какшаши билан тугалланади. Беморлар ана шу моддаларни такрор кабул килишга мажбур буладилар, бу эса токсикоманияга олиб келади. Тетиклаштирувчи моддаларга урганиб колиш, купинча психопатик (уз-узига ишонмаган, иккиланувчи, купинча уйкучанликка, тез чарчашга берилган) шахсларда

учрайди. Беморлар бу моддаларни истеъмол килишни бирдан тухтатганда хуш бузилиши (делирий) ва кузгалиш холатлари пайдо булиши, бундан ташкари, васвасавий, галлюцинатор-васвасавий психозлар, кориш, эшитиш, сезиш галлюцинациялар булиб, онда-сонда гипомания, экстаз холатлари кузатилиши мумкин.

Бу токсикомания жуда аччик чой анчадан бери ичиб юрилганда вужудга келади Касалликка олиб келадиган модда чойдаги кофеин алкалоидларидир.

Циклодолни суистеъмол килиш натижасидаги токсикомания

Паркинсонизмга карши ишлатиладиган дори-дармонлар (циклодол, артан, ромпаркин, паркопан) оз-оздан эмас, 2-4 марта купрок дозада кабул килинганда эйфория мастлик ёки галлюцинацияларга сабаб булиши каби холатлар юзага келади. Бу моддалар истеъмоли микдори ошиб кетганда куркинчли аник куриш галлюцинациялари (ургимчаклар,майда хайвонлар,кунгизлар) билан кечадиган делирийлар ёки овоз эшитиш галлюцинациялари кузатилади. Бундан ташкари, уткир сезиш, таъкиб, муносабат, таъсир этиш васвасалари кузгалувчанлик билан утадиган психозлар келиб чикиши мумкин.

Орадан 1-1,5 йил утгач касалликнинг сурункали даври бошланади. Чидамлилик 30-40 таблеткага етади. Хумор холати кул ва тана титраши, мушакларда огрик, тортишиш, бугимларда ва умуртка погонасида огрик пайдо булиши, юрак уришининг бузилиши, хавфсираш, куркиш тарикасида кузатилади.

Касалликнинг кечки даврида рухий ва жисмоний мойиллик огирлашиб, органик турдаги акл камайиши кузатилади.

Корхоналарда ва турмушда ишлатиладиган кимёвий моддаларни хидлаш туфайли келиб чикадиган токсикомания.

Бу туркумдаги моддалар бензин, буёк ва лак эритувчилари, дог кеткизувчи моддалар, кимёвий елимлар хисобланади. Улар асосан огиздан, бурун оркали хидлаш йули билан нафасга олинади. Уткир захарланишда (мастликда) эйфория холати пайдо булиб, у ранг баранг, сахнасимон, фантастик мазмунли галлюцинациялар билан ифодаланади. Беморларда шахс хусусиятларининг узгариши, нотугри хатти-харакатлар пайдо була бошлайди

Улар бу моддаларни 2-3 кун истеъмол этмасалар, юрак уриши, кон босими бузилади, кул титраши, ковок учиши, тана шишуви пайдо булади, безовталик, ташвишланиш, 5-7 кунга бориб депрессия, апатия, бушашиш, астения учрайди.

Касаллик ривожланганда беморларда шахс узгаришлари курина бошлайди. Улар аффектив узгарувчанлик, дисфориялар, газабланиш, багритошлик, хужумкорлик, акл-идрокнинг чукур узгаришлари кузатилади. Беморлар тез орада ишга яроксиз булиб коладилар, саёк юрадилар, конунбузар ишлар киладилар.

Гиёхвандликнинг диагностикаси.

Гиёхвандликнинг диагностикаси бир оз кийин булиб бунга беморларнинг гиёхванд моддаларни кабул килишини яшириши сабаб булади.Гиёхвандлик диагностикасида куйидаги аник критерийларга алохида эътибор бериш зарур: кариндошларнинг маълумотлари,яъни беморнинг у ёки бу турдаги гиёхванд моддасини истеъмол килаётганини улардан аниклаб олиш,бемор танасида инъекциядан кейинги доглар,чандиклар ёки абцесслар борлиги,беморни ёпик жойда саклаганда гиёхванд модда кабул килишга имконият булмаганда хуморлик синдромининг пайдо булиши, гиёхванд моддаларни сурункасига истеъмол килиш натижасида ички аъзолардаги ва асаб тизимидаги узгаришлар. Сулак, кон ва сийдикда гиёхванд модцалар ва уларнинг метаболитларининг топилиши.

Опийли гиёхвандликда кондаги АЛТ ва липидлар микдори ошади, фосфолипидлар микдори камаяди. Барбитуроманияда ГГТ(глутамилтрансфераза),АЛТ микдори ошади. Учувчи органик моддалар токсикоманиясида конда креатинфосфокиназа пайдо булади.

Гиёхванд моддалар кабулини аниклашнинг экспресс-тест усули хам булиб,уни уй шароитида хам гиёхванд деб гумонсираётган одамда куллаб аникласа булади.Бунга асосан махсус тайёрланган когозни гиёхванд сийдигига 5 сония тушурамиз.5 дакикадан сунг когозга эътибор каратамиз,агар 2-та кизил-кунгир чизик пайдо булса хаммаси жойида гиёхванд мода йук,агар 1-та чизик пайдо булса сийдикда гиёхванд модда бор. Когозда чизик пайдо булмаса тест нотугри утказилган булади

Гиёхвандлик диагностикасида бемордаги баъзи белгилар, холатлар ва хатти-харакатлар хам катта ахамият касб этади. Буларга куйидагилар киради: хаво иссишига карамай узун енгли кийим кийиш, кул панжасининг шиши, тишларининг корайиши ва саргайиши, синиши, сузлашувининг галатилиги, алкогол хиди келмай туриб сархушлик холати булиши, харакат секинлашуви, таъсирчанлик, тажанглик, уйдан нарсалар ва пулларнинг йуколиши.

Гиёхвандликнинг асоратлари

ГИктисодий асоратлар: катта пул сарфланиши, барча даромадларнинг йуколиши, уйдаги буюмларни сотиб йукотиши,ишдан хайдалиши,одамлардан карз олиши, оиласидан ажралиши.

2. Ижтимоий-сиёсий асоратлар: давлатга карши окимларга, диний экстремизмга,

террористик окимларга кушилиб кетиши.

3. Юридик асоратлари: жиноий ишлар содир килади,угрилик,боскинчилик,одам улдириш, терроричилик ва бошка жиноятлар.

4.Тиббий асоратлар: гиёхванд моддалар бутун организмга ва марказий нерв системасига,рухиятга таъсир курсатиб, чукур даражадаги шахс узгаришларига олиб келади. Гиёхванд моддаларни инъекция йули ва бошка йуллар билан кабул килиниши гиёхвандларда жинсий майлнинг бузилишига сабаб булади, ОИТС билан касалланиш даражаси ортади. Маълумотларга кура ОИТС касаллигига чалинганларнинг 80 % дан купини гиёхвандлар ташкил килади. Шу сабабли хам гиёхвандлик ва ОИТС 21-аср вабоси хисобланади

Гиёҳвандлик ва токсикоманияни даволаш ва олдини олиш

Гиёхвандликни даволаш принциплари..

1. Аноним (яширинча)
2. Ихтиерий
3. Мажбурий

Касаллик 3 боскичда даволанади:
1) Дастлабки боскич -дезинтоксикация, умумий мустахкамлаш ва тетиклаштириш усуллари Наркотик модда кабули тухтатилиши Билан олиб борилади.
2) Асосий боскич-наркотик моддаларга Карши каратилган самарали усулларни куллаш
3)
3) Тутиб

Пироксан транквлизаторлар, хавотирли депрессияга карши дорилар (тазепам,нозепам,амитриптилин).
Наркотик хумор холатида пироген таъсирига эга булган дори сульфозин 2-3 кунга 1 марта, пирогенал, безовталик,уйкусизлик,кузгалувчанлик кузатилганда 2,5%-2-4 мл аминазин, 2,5%-2-4мл тизерцин,0,5%-1-2 мл галоперидол, 1%-2-4мл димедрол ва бошка дори-дармонлар кулланилади.Детоксикация максадида физиологик эритмада В ва С гурухдаги . витаминлар,тиосульфат натрий,баральгин, панангин, лазикс юборамиз.
Уйкуни яхшилаш максадида реланиум+тизерцин+кордиамин мушак орасига килинади.
Гиёхванд моддага нисбатан патологик мойилликни йукотиш учун нейролептиклар:модитен-депо,галоперидол-деканоат куллаймиз. Опиатлар билан уткир захарланганда уларнинг антогонистлари налорфин ёки налтрексон 0,5%-3-5 мл вена ичига юборамиз.

Кушимча ёрдамчи даволаш воситалари: электро уйку,психотерапия, оёкларини иссик сувда ушлаб туриш, массаж кабилар куллаш мумкин.

Гиёхвандлик билан касалланган беморлар даволанаётган вактда ишга лаёкатсизлик варакаси берилади, бошка пайтда иш кобилияти сакланган булади. Харбий хизматга лаёкатсиз хисобланади.

Наркомания мавзусига оид тест саволлари

1. Опийли наркоманияда абстинент синдромига хос:

куз ёшланиши, ринорея
огиз куриши, ич котиши
иштаха кучайиши, полидипсия
анализаторларнинг таъсир бусагасини ортиши
кунгил айниш, кайд килиш, мушакларда огрик
ич кетиши, куп терлаш

31 Опий гуру·ига кирадиган препарат:

1 омнопон
2 дроперидол

3 морфий
4 промедол
5 фентанил
6 каннабинол

32 Наркоманиянинг асосий белгиларига киради:

1 абстинент синдроми
2 ру·•ий ва жисмоний қарамлик
3 онг т´хташи синдроми
4 Ганзер синдроми
5 наркотик моддага толерантликнинг ´згариши
6 интоксикациянинг клиник куринишининг ´згариши

33 Морфий абстиненцияси белгиларига киради:

1 эйфория
2 эснаш, аксириш, бурун кичиши
3 мушакларда, б´¶имларда кучли о¶рик
4 куз қорачигининг кенгайиши, тремор
5 миоз, ич қотиши, гипотермия
6 куз ёши оқиши, сулак оқиши, к´п терлаш

34 Токсикомания чақирадиган дорилар:

1 антидепрессантлар
2 ноотроплар
3 нейролептиклар
4 психостимуляторлар
5 транквилизаторлар
6 дисульфирам тутувчи дори воситалар

35 Наркотик моддаларга киради:

1 барбитуратлар
2 кодеин
3 наша
4 опий
5 транквилизатор
6 нейролептиклар

36 Наркоманияга алокаси б´лган симптом:

1 мутизм
2 толерантликнинг усиши
3 абстинент синдроми
4 каталепсия
5 соматопсихик бузилишлар
6 шахс деградацияси
7

37 Кайси препаратни бемор суистемол қилганда,токсикомания диагнози куйилади:

1 наша
2 кокаин
3 органик эритувчилар
4 транквилизаторлар
5 кодеин
6 барбитурантлар
7

38 Гашишизмга қандай бузилиш хос :

Корсаков синдроми
1 макропсия
2 ёркин, ранг-баранг иллюзиялар ва галлюцинациялар
3 дереализация
4 шахс деградацияси

5 кучли оғриқлар билан ўтувчи жисмоний қарамлик

39 Наркоманиянинг асосий белгиларига киради:

1 рухий ва жисмоний қарамлик
2 интоксикациянинг клиник к´ринишининг ´згариши
3 наркотик моддага чидамлиликнинг ´згариши
4 онг й´қолиши синдроми
5 абстинент синдроми
6 кататоник синдом

40 Наркоманияга киради:

1 жисмоний қарамлик
2 ру•·ий қарамлик
3 интеллектуал-мнестик сусайиш
4 Ясперс триадаси
5 реактивликнинг ´згариши
6 толерантликнинг ´згариши

41 Гашиш психозларида кузатилади:

1 кататоник ступор
2 галлюцинациялар
3 аффектив бузилишлар
4 гиперестезия, дисморфопсия
5 Кандинский-Клерамбо синдроми

42 Опийдан маст бўлишга қуйидагилар хос:

1 гипотимия
2 реалликдан узоқлашиш
3 гипертимия
4 қўзғалувчанлик, хиссий лабиллик
5 миоз
6 Амнезия

43 Кайси модда наркомания диагнозини тасдиклайди

1 аминазин
2 кофеин
3 кокаин
4 псилоцибин
5 героин
6 гашиш

44 Опиум наркоманиясидаги абстинент синдром учун хос:

1 к´з ёши оқиши, ринорея, диарея ва к´п терлаш, қусиш
2 о¶из қуриши, кабзият, бал¶амли й´тал
3 иштаха ортиши, полидипсия, диарея
4 эснаш, мушак ва суякларда оғриқлар, мушаклар тиришиши
5 к´нгил айниши, қусиш, мушакларда о¶риқлар

45 Алкогол психозида ёрдам бериш тури:

7 психиатрия стационарида
8 бир марта ёрдам к´рсатиш
9 диспансерга кунда қатнаш
10 наркология стационарида
11 уйда даволаш
12 амбулатор ёрдам

46 Алкоголдан оддий маст б´лишнинг ´згарган шаклларга киради:

7 депрессив аффект билан кечадиган мастлик
8 эксплозивлик билан кечадиган мастлик
9 истерик белгилар билан кечадиган мастлик
10 эйфорияли

11 параноид синдром билан кечадиган мастлик
12 психомотор тормозланиш ва релаксация

47 Алкогол психозлари турларига киради:

7 парафрения
8 галлюциноз
9 делирий
10 кататония
11 уткир рашк васвасаси
12 параноид

48 Этил спиртига хос:

7 гипнотик хусусият
8 гипертимия
9 кучли психотик таъсир
10 эйфория ••олатини чақириш учун ичишга б´лган талаб
11 алкогол абстинент синдромининг пайдо б´лиши ва шаклланиши
12 ноотроп хусусият

49 Шартли-рефлектор терапияда қайси препарат қ´лланилади?

7 апоморфин
8 тетурам (антабус)
9 клофелин
10 трихопол
11 эметин
12 эспераль

50 Алкоголизмга сенсибилизация чақирмайдиган препарат:

7 трихопол
8 тетурам
9 пирроксан
10 тиосульфат натрий
11 эспераль
12 фуразолидон

51 Алкоголизмнинг иккинчи босқичида буладиган асосий ·ҳлар:

7 абстиненция
8 қайт қилиш химоя рефлексининг й´қолиши
9 палимсестлар
10 псевдозапой
11 ру••ий қарамлик
12 чинакам запой

52 Алкоголизмни даволаш усулларига киради:

7 витаминотерапия
8 дезинтоксикацион
9 электртутқаноқ муолажа
10 психотерапия
11 инсулинокоматоз турапия
12 шартли-рефлектор

53 Наркоман деб хисоблаш учун керак б´лган шартларга киради:

7 характернинг бўртирилганлиги
8 васваса ғоялари бўлиши
9 наркотик қабул қилишдан сақлана олмаслик
10 абстинент к´ринишлар
11 наркотикка чидаб б´лмас майл
12 толерантликнинг ортиши

54 Наркоманиянинг дезинтоксикацион терапиясида қ´лланилади:

7 преднизолон
8 гемодез
9 тиосульфат натрий

10 инсулин
11 реомакродекс
12 нейролептиклар

55 Наркоманияни чақирадиган модда:

7 гашиш
8 морфин, опий препаратлари
9 транквилизаторлар
10 уйқу дорилари
11 бензин
12 кокаин

56 Наркоманиянинг этиологик омилига киради:

7 аутоинтоксикация
8 ижтимоий омил
9 жинс
10 психологик омил
11 ирсият
12 биологик омил

57 Наркоманиянинг умумий характеристикасига киради:

7 ру•·ий ва жисмоний қарамлик
8 эйфория
9 толерантликнинг ´сиши
10 амнезия
11 чидаб б´лмас майл
12 психопродуктив симптоматика

58 Токсикоманияга киради:

7 этаминал натрий қабул қилиш
8 циклодол
9 фенабарбитал қабул қилиш
10 кокаиномания
11 кофеин қабул қилиш
12 наша

59 Алкогол психозлар алкоголизмнинг қайси босқичига хос:

6 алкоголизмнинг I босқичига
7 алкоголизмнинг II босқичига
8 алкоголизмнинг III босқичига
9 маиший ичкиликбозликка
10 хумор синдромига

60 Опиат гиёҳвандлиги абстинент синдроми таркибидаги бузилиши:

6 гипостезия
7 тумог, ютал
8 сенестопатия
9 парестезия
10 ичи кетиши (понос)

61 Алкогол галлюцинозда қуйдаги галлюцинациялар кўпроқ учрайди:

6 чин вербал
7 чин кўрув
8 томоқ ва бурундаги
9 кўрув саҳнасимон
10 тактил

62 Ўткир алкогол интоксикациясига хос:

6 онг тухташи /карахтлик,/
7 кома
8 онгнинг делириоз бузилиши
9 иллюзиялар
10 галлюципациялар

63 Абстиненнт синдроми шаклланади

6 алкоголизмнинг II босқичида
7 хаотик ичганда
8 маиший ичкиликбозликда
9 Наркоманияда
10 алкоголизмнинг I босқичида

64 Наркотик мастлиги учун кўпрок хос бўлган хиссиет бузилиши:

11 эйфория
12 гипертимия
13 апатия
14 депрессия
15 дисфория
16 Липман симтоми
17 ганзер симптоми
18 Ашафенбург симптоми
19 амнезия симптоми
20 эйфория симптоми

65 Алкоголизмни даволашда гипносуггестив терапия қўлланилади

6 даволашнинг 3 босқичида
7 маиший ичкиликбозликда
8 даволашнинг 2 босқичида
9 запой даврида
10 эпизодик ичкиликбозлида

66 Алкоголда мастликни аниқлаш:

6 Мохова-Шинкаренко синов
7 электроэнцефалография
8 клиник текшириш
9 Ланге реакцияси
10 Вассерман реакцияси

67 Алкоголизм қуйидагига киради:

6 касалликнинг алохида турига
7 наркоманияга
8 экзоген касалга
9 зарарли одатларга
10 эндоген касаллика

68 Алкоголизмли бемор дераза орқасидан нотаниш одамларнинг "овозини" эшитияпти.ва куряпти Симптом:

6 эшитув галлюцинация
7 курув галлюцинация
8 таъқиб васвасаси
9 рашк васвасаси
10 Корсаков психози

69 Алкоголда мастликни аниқлаш:

1 Мохова-Шинкаренко синов
2 электроэнцефалография
3 клиник текшириш
4 Ланге реакцияси

5 Вассерман реакцияси

70 Алкоголизм қуйидагига киради:

1 касалликнинг алохида турига
2 наркоманияга
3 экзоген касалга
4 зарарли одатларга
5 эндоген касаллика

71 Алкоголизмли бемор дераза орқасидан нотаниш одамларнинг "овозини" эшитияпти.ва куряпти Симптом:

1 эшитув галлюцинация
2 курув галлюцинация
3 таъқиб васвасаси
4 рашк васвасаси
5 Корсаков психози

72 Оқ алаҳлаш қандай холатларда кузатилади:

6 алкоголизм
7 аналша истемоли
8 шизофрения
9 маниакал депрессив психоз
10 климактерик психоз

Наркомания

1. Бемор Д. 17 ёш, охирги пайтларда писмик, алдокчи булиб колди ва жуда озиб кетган. Уйга кеч келади, наркотиклар истеъмол килиши маълум булди. Тусатдан кечга якин ранги окарган, тер босиб кетган, аксиради, диарея, бугинларда кучли огрик кузатилмокда.

.Синдромал ташхис
.Бу синдром кайси касалликларда учрайди
.асосий ва қўшимча текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси

Жавоблар

1. Абстинент синдроми
2. Героинли наркомания,кокаинли наркомания,токсикомания
3. Клинико анамнестик текширув, кон ва сийдик тахлили
4. Артралгия,сулак окиши,куз еш окиши, диарея, тумов
5. Наркологик стационарга госпитализация

Наркомания

2 Бемор Д.16 ёш. Охирги ойлар мобайнида камгап, алдокчи, хаддан ташкари озиб кетган, узига оро бермайдиган булиб колган. Уйга кеч келади. Дугонаси наркотик сотишда айибламокда. Тусатдан кечкурун холсизлик хис этди, тер окиб туша бошлади, акса, диарея, оёкларда каттик огрик кузатилди.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш
Жавоблар

1. Наркомания, алкоголизм, токсикомания
2. Абстинент синдром
3. кон ва пешобнинг биохимик анализи, патопсихологик текширувлар,экспресс тестлар
4. 24-48 соат ичида чуккига чикади, хавотир. Кузгалувчанлик, сенестопатия, уйкусизлик, куз ёш окиши, тана хароратининг кутарилиши, тахикардия, КБ кутарилиши, кунгил айниш, кусиш, диарея, ошкозонда спазм, озиб кетиш, корачик кенгайган.
5. Наркологик касалхонага йулланма

З

8-БОБ

ДОРИВОР ОВҚАТ ВА САНОАТ МАҲСУЛОТЛАРИ ТАЪСИРИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН РУҲИЙ ЎЗГАРИШЛАР

Сўнгги йилларда доришунослик, кимё, саноат ишлаб чиқариши ривожланишининг кучайиши натижасида баъ-зи моддалардан заҳарланиш ва руҳий ўзгаришларнинг келиб чиқишини ўрганиш жуда муҳим.

Заҳарланишдаги руҳий ўзгаришлар алоҳида кўринишга эга булмай, балки неврологик ва соматик ўзгаришлар билан бирга юз беради. Кўпинча бундай моддаларни қонда, сийдикда ва мия суюклигида топиш мумкин. Заҳарли моддаларнинг доимий таъсири натижасида танаминг шу заҳарга таъсири кучаяди ва кам микдори таъсир қилганда вужудга келадиган патологик реакция шу модданинг ўзи бўлмаса ҳам давом этади.

Бир марта кўп микдордаги моддадан заҳарланишда онгнинг демирил ўзгариши кузатилади. Бу ҳолат атропин, тетраэтил қўрғошин, бензин каби моддалардан заҳарланишда кузатилади.

Гипоксия келтириб чиқарувчи моддалар билан кучли заҳарданганда карахтлик-кома юзага келади.

Ис гази, анилин, антифриз, қўрғошин, симоб, радиоактив моддалардан заҳарланишда мнестико-интеллектуал ўзгаришлар кузатилади. Кўпинча шизофренияга ўхшаш кататоник, гебефрен ва маниакал симптомлар ҳам кузатилади.

Руҳий ҳолатга тегишли бўлмаган астеник, невротик, депрессив ва ипохондрик синдромлар ҳам кузатилади.

Заҳарланиш оқибатида юзага келган психозларни даволаш асосан заҳар таъсирини йўқотиш ва унга қарши усулларни қўллаш, патогенетик даволаш усуллари билан олиб борилади. Заҳарланиш оқибатида баъзи дориларга таъсирчанлик кучаяди, шунинг учун дориларни эҳтиётлик билан ишлатиш зарур.

Даволашда яна заҳарларнинг антидотлари, таъсирчанликка қарши моддалар ҳам қўлланилади. Инсулинни оз микдорда қўллаш мумкин.

Заҳарланишда 1 г гача микдорда унитиол ичирилади ёки 5% ли эритмадан 10 мл микдорда бир неча кун мушакларга юборилади.

Симоб каби моддалардан заҳарланганда физиологик эритма, қон, плазма юборилиши мумкин. Юрак ва нафас олиш доим назорат остида бўлиши зарур. Даволаш махсус бўлимларда олиб борилади.

Заҳарланишнинг олдини олиш учун доимий санитария назорати ўтказиш, заҳарланишни дастлабки босқичларидаёқ, аниқлаш, организмга заҳар таъсирини камайтиришдан иборат.

Кашандалик

Тарихий маълумотлар. Христофор Колумб ва унинг ҳамроҳлари Овруполиклардан биринчи бўлиб тамаки барги билан танишдилар. Ҳиндулар баргини найчасимон қилиб ўраб чекадиган бу ўсимлик Тобако деган провинцияда ўсарди, шунинг учун унга «табак» деб ном беришган. XV аср охирида тамаки Колумб томонидан Оврупога олиб келииди. XVI асрнинг охирига келиб тамаки чекиш Рарбий Оврупонинг жуда кўп мамлакатларига тарқалди. Лекин кўп ўтмай тамакига бўлган ҳавас унга қарши ҳаракат билан алмашинади, чунки жуда кўп заҳарланиш ва ҳатто ўлим ҳоллари кузатилди. Шунга қарамай, никотин XX асрнинг энг кўп тарқалган наркотигидир.

Тарқалиши. Умуман олганда 60% эркаклар, 20% аёллар, яъни ер юзи аҳолисининг 40% кашандалардир. Сигарета Хитойда энг кўп чекилади, кейин, АҚШ, собиқ СССР таркибига кирувчи мамлакатлар, Япония, Бразилия, Германия, Буюк Британия, Италия, Франция туради.

Этиологияси ва патогенези. Тамаки тутуни таркибига 7000 га яқин моддалар киради. Шулар ичида энг зарарли ва заҳарлиси никотиндир. Қушлар учун никотинда ҳўлланган таёқчани унинг тумшуғига яқинлаштириш, қуёнлар учун 1/4 томчи, одам учун 2—3 томчи ўлим дозаси бўлиб ҳисобланади. Тамаки тутуни таркибида шунингдек яна 40 дан ортиқ типик канцерогенлар ва 12 хил рак ривожланишига шароит яратувчи моддалар мавжуд. Тамаки тутунида радиоактив қўрғошин, висмут, калий, ярим емирилиш даври 138 кунга тенг бўлган радиоактив полоний сақланади. Аниқланишича, кашандаларда чекмайдиганларга нисбатан 45 ёшдан 64 ёшгача сийдик пуфаги раки 3 марта, ҳиқилдоқ раки 6 марта, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати раки 10 марта, қизилўнгач раки 11 марта, ўпка раки 12—14 марта кўп учраркан. Сурункали тамаки интоксикацияси таъсирида эндокрин безлар фаолияти бузилади, бу эса импотенция, бепуштлик, қандли диабет ва бошқа эндокрин касалликларга олиб келади. Кислород танқис бўлган, никотин ва бошқа тамаки заҳарлари билан туйинган қон томирлар сиқилишига, бу эса ўз навбатида атеросклероз, ЮИК (ИБС), миокард инфарқти, облитсрацияловчи эндартериитларга олиб келиши мумкин. Тамаки тутунининг токсик компонентлари мия пўстлоғи цитоархитектоникасига ўта зарарли таъсир кўрсатади ва бунинг натижасида хотира ва тафаккур пасайиши юзага келади.

Никотин эмбрионнинг ҳали етарлича ривожланмаган гематоэнцефалик тўсиғи орқали бемалол ўта олади. Она-ҳомила тизими орқали юз берган тамаки интоксикацияси ташқи кўздан кечиришда кўзга яққол ташланади: бош миянинг шиши, қон кўплиги ва кўкимтирлиги. Микроскопик текширувда эса нерв ва глиал ҳужайраларнинг кўплаб нобуд бўлганини куриш мумкин. Шунинг учун ҳам чекунчи оналарнинг фарзандлари ёш жиҳатидан жисмоний ва ақлий ривожланишдан орқада қолишади. Чекишга ўрганиш имконияти 14, 17, 19 ёшларга келиб ошади ва 25 ёшларда камаяди.

Чекишга ўрганиш сабаблари қўйидагича: ўртоқларининг таъсири — 16,8%, қизиқувчанлик — 13,2%, катталарга тқлид қилиш — 16,7%. Шундан фақат 20% киши чекишнинг зарари тўғрисида хабардор. Шундай қилиб, чекиш кўпгина одамларнинг кундалик ҳаётига кириб келади ва уларнинг мустаҳкам ҳаёт талабига айланади. Бу далилга оддий шартли рефлекс деб қараш мумкин эмас. Бу жуда мураккаб хулқ-атвор ва руҳий-ижтимоий ҳодисадир.

Клиник манзараси. Дастлаб чеқилганда тамаки нохуш сезгиларни чақиради, бу томоқ қичишиши, кўнгил айниши, кайт қилиш ва бошқалар, лекин чекиш давом эттирилаверса, бу нохуш ҳислар ўтиб кетади. Кашандаларда бора-бора никотин синдроми вужудга келади. Никотин синдромининг бошланиши деб, чекишдан келиб чиқадиган нохуш ҳисларнинг йўқолишини ҳисоблаш керак.

Никотин синдроми шартли равишда 3 та босқичга бўлинади:

— бошланғич босқичи: мунтазам тавсифга эга, кишини чекишга тортаверади ва борган сари кўп микдорда тамаки чекилади. Чекиш иш қобилиятини ошираётгандек, яхшилаётгандеқ ўзини яхши ҳис қилаётгандек туйғулар пайдо қилади. Шундай қилиб, руҳий қарамлик ривожланади. Жисмоний қарамлик юз бермайди. Никотинга толерантлик ошиб боради. Соматиқ неврологик ва руҳий ўзгаришлар йўқ. Босқичнинг давомийлиги 3—5 йил.

— сурункали босқичи: толерантлик жуда баланд бўлиб, чеқиладиган сигарета микдори кунига 20—40 тани ташқил қилади. Чекиш шилқим фикр тавсифига эга бўлиб қолади. Жисмоний майл элементлари эрталабки йўтал, дискомфортлик ҳисси доимий чекиш истагида намоён бўлади. Соматик ўзгаришлар — бу бронхит, гастрит, юрак соҳасида нохуш ҳислар, қон босимининг ўзгарувчанлигидир. Неврозсимон аломатлар—енгил, тезда ўтиб кетадиган бўлиб, нохуш сезгилар, «бошда оғирлик», уйқу бузилиши, тез жахл чиқиши, иш кобилиятининг пасайиши билан намоён бўлади.

Босқичининг давомийлиги 5 йилдан 15—20 йилгача.

— сўнгги босқич: никотинга нисбатан толерантлик тушиб кетади, никотиннинг юқори дозалари дискомфорт ҳолат юзага келтиради. Руҳий майл деярли йўқ. Чекиш автоматик равишда содир бўлади. Жисмоний майл унчалик чуқур бўлмаган абстиненция кўринишида: бошда оғирлиқ ҳиссий, кучли бош оғриғи, иштаҳа пасайиши, вегетатив дискомфорт ҳолати бўлади. Оч қорингa чекиш ҳоҳиши пайдо бўлади ва кашанда тунлари уйғонади. Мунтазам равишда юрак ва қон томир фаолиятининг ўзгаришлари, рак ва рак олди ҳодатлари кузатилади. Шунингек ривожланган неврастения кўзга ташланади.

Даволаш. Чемасликка ўргатиш амбўлатор шароитда, қатъий чекишни ташлаш ҳоҳиши бўлганда олиб борилади. Кашандалик босқичидан келиб чиққан ҳолда ҳар томонлама чоралар ўтказилади. Бу чора-тадбирлар қўйидагилардан иборат: психотерапия, нафрат уйғотиш билан даволаш (опоморфин инъекциялари ва бошқалар), ўрин босувчи терапия (лобелин эритмаси ва таблетка ҳолидаги табекс). Жуда ривожланган вегетатив ўзгаришларда транквилизаторлар, симптоматик терапия қўлланилади.

Чекишга қарши кураш мунтазам равишдаги санитария-оқартув ишларини, никотинга қарши ташвиқот ва тамакининг соғлиққа зарарли таъсирини тушунтиришни талаб қилади.

9-БОБ

БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Бош мия шикастланиши туфайли пайдо бўладиган руҳий бузилишлар полиморфлиги билан фарқ қилади. Мия шикастлангандан кейинроқ дарров ривожланадиган ўткир руҳий бузилишлар билан бир қаторда руҳий дун-ёқарашнинг узоқ вақт ўтгандан сўнг рўёбга чиқадиган бузилишлари маълум.

Шикастланиш натижасида руҳияти бузилган беморлар психоневрологик дисиансерлар ҳисобидаги беморларнинг тахминан 8%ини ва психоневрологик касалхоналарда даволанган беморларнинг 4% ини ташқил этади: Бошнинг механик шикастланишлари 12% ҳолларда кузатилади.

Калла скелетининг механик шикастланиши натижасида миянинг чайқалиши (commotio cerebri) ёки лат ейиши (contusio cerebri) пайдо бўлиши мумкин.

Нерв-руҳий бузилишларнинг манзаралари бош мия пўстлоғининг қайси соҳаси ва қай даражада зарарланишига боғлиқ бўлади.

Одатда калла скелетининг ёпиқ зарарланиши учун хос бўлган мия чайқалиши ва лат ейиши билан бир қаторда калла скелетининг ўтувчан жароҳатланиши натижасида мия моддасининг зарарланиши кузатилади. Бу калла скелетининг очиқ шикастланиши бўлиб, бунда мия эзилиши (компрессия), ёрилиб мия моддаси тушиб кетиши (мия чурраси) мумкин.

Бош мия шикастланишидан келиб чиқадиган ўткир психозлар

Бош мия шикастланишининг бевосита натижаси онгнинг сопор ёки кома кўринишидаги чуқур бузилиши ҳисобланади. Фақат камчиликни ташқил этадиган беморлардагина калла скелети шикастлангандан сўнг онг бузилиши дарров бошланмайди, балки бир неча минут, камроқ бир неча соатлардан кейин бошланади. Бундай ҳолларда албатта мия чайқалиши тўғрисида сўз юритиб бўлмайди. Тўғрироғи, бундай ҳодисалар кон қўйилишига олиб келадиган ўзига хос контузия билан изоҳланади. Команинг ва сопорнинг давомлилиги шикастланишнинг оғир-енгиллиги ва ундан кейин пайдо бўладиган ликвор динамикасининг бузилишлари даражасига қараб аниқланади.

Аксари мия чайқалишида ҳушдан кетиш даври минутлар билан ўлчанади, бироқ, коматоз ҳолатнинг бир неча соатлаб ва ҳатто кунлаб давом этиш ҳодисалари ҳам маълум. Бундай ҳолат қанчалик ўзоқ давом этса, миянинг оғир чайқалиши билан бир вақтда унинг кон-векситат ёки базал сатҳи юзасининг зарарланиши, яъни коммоциянинг контўзияга қўшилиб келгани тўғрисида маълумотлар шунчалик кўп бўлади. Коматоз ёки сопороз ҳолатнинг асосий аломатлари ташқи таъсиротларга ҳар турдаги рсакцияларнинг йўқлиги ёки жуда чегаралангани ҳисобланади. Кома мавжуд бўлганда чимчилаш ҳам, бирор нарса санчиш ҳам беморда жавоб реакциясини пайдо қилмайди. Агар бу сопор бўлса, оғриқ

таъсиротига жавобан сует ҳимоя-муҳофаза реакцияси пайдо бўлади.

Шикастланишдан келиб чиқадиган церебрал шок ҳолатидаги беморларнинг умумий кўриниши ўзига хосдир. Улар одатда мушаклари тўла бушашган (комадаги) ҳолатда ётадилар ёки (сопорда) мақсадсиз бетартиб ҳаракатлар қиладилар. Терининг ранги қочгани ва намлиги ҳам церебрал шокнинг тавсифли аломатлари ҳисобига киради. Бу ҳолатда пульс тез, минутига 120— 130 марта уради ёки, аксинча, секин — 40—50 марта уради. Бош миянинг енгил чайқалишида шок ҳолатидан чиқиш анча тез содир бўлади: бемор аввало ўз ҳолатининг одатдагича эмаслигини сезади, анқайган ҳолатда бўлади. Бунда беморлар қачон шикастланганликларини қисқа муддатга эслай олмайдилар (ретроград амнезия). Бу даврда беморлар ёқимсиз сезгиларни сезадилар, қулоқ шанғиллайди, бош айланади, кўнгил айнийди, нафас олиш қийинлашади. Жуда кўп ҳолларда ахволининг ёмон бўлишига қарамасдан шикастланган одамлар уйларига ёки шу яқиндаги тиббий муассасага етиб бора оладилар.

Анча оғир шикастланишда эс-ҳушнинг анча қаттиқ ва узоқ бузилиши кузатилади. Бу ҳолатдан чиқиш тез бўлмайди. Одатда беморлар узоқ вақтгача довдираш ҳолатида бўладилар ва уйқудан ҳали тўла уйғонмаган кишиларга ўхшайдилар; улар берилган саволларни дарров англамайдилар, битта жумлани ҳадеб такрорлайверадилар, инжиқ ва йиғлоқи бўлиб қоладилар. Бунда бемор 'бош оғришидан, бош айланишидан, қулоқ шанғиллаши ва бошнинг оғирлашишидан, кўнгил айнишидан шикоят қиладилар. Қатор ҳолларда бемор қусади. Объектив текширилганда вестибуляр бузилишлар, конвергенциянинг сустлиги, анизокория ва бошқа неврологик симптомлар аниқланади. Одатда беморларнинг ташқи таъсиротлар, тақиллаш, шовқин, ёруғ нур, оғрик таъсиротларига сезгир бўлиши қайд қилинади. Руҳиятда коматоз ҳолатдан чиқиш пайтида хотирасининг сустлиги, диққатнинг тезда чалғиши, фикр юритишнинг қийинлашиши, кайфиятнинг бесабаб бузилиб шўх эйфориядан ваҳима қилишгача ва ҳатто тушкунликкача ўтадиган ўзгаришлар қайд қилинади. Мия чайқалишига алоқадор бўлган бу барча ҳолатлар аста-секин босилади ва 2-хафтанинг охирига бориб бутунлай йуқолиб кетади. Бирок коматоз ҳолатдан чиқишнинг бошқача йўқи бўлиши ҳам мумкин. Баъзи ҳолларда довдираш (кома ёки сопор) ҳолати ўтиб кетиши биланоқ онгнинг делириоз ёки делириоз-онейрик аломатлари топилади. Беморлар атрофдагиларни танимайдилар, макон ва замонни мўлжал қила олмайдилар, ўз хатти-ҳаракатларини назорат эта олмайдилар. Бу бузилишларни ҳамиша делирийга ёки аменцияга тааллуқли дейиш осон бўлмайди, айни бир вақгнинг ўзида иккала синдромнинг ҳам белгилари кўрилади, чунки беморларда мўлжал қилишнинг бузилишидан ташқари, галлюцинациялар, кўпинча кўриш галлюцинациялари, ваҳима, кўрқиш пайдо бўлади, ҳаракат қўзғалиши ривожланади. Галлюцинатор кечинмаларнинг мазмуни аксари беморга энг яқин бўлган мавзуда: жанг майдони, касбга алоқадар бўлган воқеаларга ва бошқаларга даҳлдор бўлади. Делириоз ҳолатлар 2—3 кун давом этади, бирок шикастлангандан сўнг делирийнинг чўзилиб кетган ҳодисалари маълум (2 ҳафтагача).

Қатор ҳолларда шикастланишдан келиб чиқадиган ўткир психоз эс-ҳушнинг ўзига хос кирарли-чиқарли бўлиш аломатлари билан тавсифланади. Касаллик манзарасида жойда ва шахсларда мулжал

қилишнинг бузилиши, баъзан ҳужум ёки ҳимоя туридаги қўрқув ва бекордан-бекорга ваҳимага тушиш билан ҳаракат қўзғалишлари биринчи ўринга чиқади. Баъзан эс-хушнинг кирарли-чиқарли бўлиш ҳолати кўпинча бирор билинарли руҳий бузилишларсиз шикастланиш натижасидаги шокдан чиққан беморларда пайдо бўлади. Бунга имкон яратувчи қатор шароитлар, чунончи барвақт транспортда олиб бориш ёрдам беради. Мана шунинг учун ҳам калла скелетипинг очиқ ва ёпик шикастланишларида, агар шароит имкон берса, беморларни ҳеч бўлмаса 2—3 ҳафта мобайнида бир жойда олиб туриш керак. Бундан ташқари, оғир довдираш ҳолатлари, айниқса ўзига хос апатик ступор кузатилади. Беморлар бунда ҳаракатсиз бўладилар, уларнинг мушаклари бўшашган, нигоҳлари бепарво бўлади ва бирон нарсага тиқилиб қарамайдилар. Беморлар билан суҳбат кўрганда берилаётган саволларнинг улар онгига етиб бормаётгани, берилаётган маслаҳатларнинг қулоғига кирмаётгани, макон ва вақтда мўлжал қилишнинг кескин бузилганини билиб олса бўлади.

Калла скелети шикастланишида руҳиятнинг қаттиқ бузилишининг оғир турларидан бири жароҳатли Корсаков синдроми ҳисобланади, ё бўлмаса делириоз-аментив синдром ва довдираш синдроми билан алмашинади. Корсаков синдромининг типик аломатларига хотирлаш коби-лиятининг бузилиши, вақт ва маконда мўлжал қилишнинг бузилиши ҳамда идрок этишнинг очиқ алданиши киради. Одатда беморларда ретроград амнезия ҳам топилади, бироқ унинг даражаси ҳамиша ҳам шикастланишнинг оғир-енгиллигига мос келавермайди. Умуман олганда эса Корсаков синдроми ҳамиша ҳам миянинг оғир шикастланиб, зарарланишнинг натижаси ҳисобланади. Агар алкоголли Корсаков синдроми учун табиати ёрқин конфабуляциялар типик бўлса, унинг жароҳат негизида соҳа реминесценциялари, биринчи ўринга чиқади. Беморлар ҳеч қандай янги нарсани идрок этмайдилар, фақат вақтдаги хотираларни чалкаштирнб юборадилар. Кўпчилик ҳолларда Корсаков синдроми 3—4 ой давомида йуқолиб кетади, бироқ калла скелети очиқ шикастланиб, мия моддаси бутунлиги бузилганда амнестик бузилишлар анча узоқ вақтгача қолиши мумкин.

Шикастланишлардаги нерв-руҳий сферанинг ўткир бузилишларига уруш йилларида кўп учрайдиган сурдомутизм-гаранглик — гунгликни киритадилар. Патологияннг бу тўрини одатда ҳаво контузиясига боғланади. Бирок урушлар тажрибаси сурдомутизмнинг соф шикастланиш табиатига эга эканлигига шубҳа билан қарашга мажбур этади. Афтидан, бу психоген истерик реакциянинг шикастланишга қўшилиши бўлса керак. Бу реакциянинг бирор снаряднинг портлаш вақтига тўғри келиши, уми хаво контузиясининг натижаси деб қарашга ҳали асос бермайди. Ҳаво контузияси қўйидаги шикастланиш компонентларини: ҳаво зарб тўлқини, портлаш натижасида бир лаҳзада пайдо бўладиган хаво босимининг фарқи, таъсири, йиқилишда лат ейиш ва эмоционал таъсир (қўрқиш) омилини ўз ичига олади. Киши ҳамма вақт ҳам портлашда бу шикастларнинг омилларига дуч келмайди. Кўпинча бундай ҳолларда битта руҳий омил етакчи аҳамиятга эга бўлади.

Ўткир жароҳатли психозлар авж олганда уларни пайдо қилган шикастнинг табиатини ҳамиша ҳам аниқлаб бўлмайди. Контузияда ҳам коммоциядаги каби ўткир психик бузилишлар босқичида умумий мия

аломатлари биринчи ўринга чиқади. Бироқ клиник аломатлар ўткирлиги, психознинг ўузоқ давом этиши, коммоциялардан кўра контузияга хосдир. Етган шикастнинг табиати тўғрисидаги саволга беморлар психоген ҳолатдан чиқаётганида жавоб бериш осон бўлади, бу даврда одатда контузия учун хос бўлган миянинг ўчоқли зарарланишини кўрсатувчи бирор неврологик аломатлар юзага чиқади. Агар посткоммоцион психозлар астеник синдром билан тугаса, у ҳолда постконтузион психозлар оқибат натижаларининг жуда турли-туман бўлиши билан фарқ қилади. Масалан, асосан пешона бўлимлари зарарланганда апатик-абулик синдром кузатилади ёки, аксинча, ҳаракатчанликка, тентакликка, умумий тормоз бўшашишига, ҳаддан ортиқ интилиш билан эйфория ҳолати кузатилади. Бош миянинг асоеан мотор соҳаси зарарланиши билан контузия бўлганда зарарланган ўчоқнинг қарама-карши томонида тегишли мушак гуруҳларида таъсирланиш ёки бушашиш ҳодисалари пайдо бўлади. Тепа ва энса соҳаларининг зарарланишида психосенсор бузилишлар, гемианопсиялар, оптик агнозия кузатилади ва ҳоказо. Ўз-ўзидан маълумки, миянинг ўчоқли зарарланиши билан руй берган бирор мураккаб руҳий бузилиш тўғрисида гапирар эканмиз, функцияни муайян бир анатомик соҳага қушмаймиз. Гап бу ерда мия бирор соҳасининг жараёнга кўпроқ тортилиши тўғрисида кетмокда, бунда унинг ҳаммаси шикает етказувчи омил билан зарарланиши ҳисобга олинади.

Мия шикастланганидан сўнг ўзоқ вақт ўтгач кузатиладиган руҳий бузилишлар

Мия шикастланишининг узоқ вақт ўтгандан сўнг юзага келадиган оқибатларига травматик деменция ва кечки травматик психозлар киради.

Травматик церебростения. Жароҳатли церебростения аксари мия чайқалишини бошидан кечирган кишиларда кузатилади ва талай даражада неврастенияни эслатувчи клиник манзара билан тавсифланади. Травматик церебростения баъзан шикаст етган вақтдан анча узоқ вақт ўтгач ривожлангани маълум. Бироқ бу касаллик кўпинча ўткир шикастланишдан кейинги давр тугаши биланоқ юзага келади. Бу синдром аста-секин шикастланишдан кейин анча узоқ вақт ўтиши билан шаклланган ҳолларда, компенсатор имкониятларни бўзувчи қатор бошқа омилларнинг патогенетик иштирокини инкор этиб бўлмайди.

Тезда чарчаб қолишга ва озиб кетишга, зарур бўлганда қўшимча кучланишларга чидамсизлик, янги ҳаёт ва меҳнатга мослаша олмасликдан шикоят қилиш симптоматологияда етакчи ҳисобланади. Бундан ташқари, беморларнинг боши тинмай ёки ўқгин-ўқтин оғрийди, иш жараёнида, суҳбатлашганда, об-ҳаво ўзгарганда, автомашина ва трамвайда юрганда бош оғришини оддий ҳолат деб ҳисоблаш керак. Ниҳоят, беморларнинг ҳароратга, тақиллашга, шовқин ва бошқа ташқи таъсиротларга жуда сезгир бўлиши жароҳатли церебростениянинг муҳим аломати ҳисобланади. Неврологик текширишда одатда руйи-рост органик симптомлар кузатилмайди, одатда вегетатив иннервациянинг лабиллиги ва ҳатто бузилганлигини кўрсатувчи аломатлар диққатни ўзига жалб қилади. Беморлар салга қизариб кетадилар, ранглари ўчади, уларда терининг намлиги ёки қуриши, оғизда гиперсаливация ёки қуриш кузатилади.

Бунда, баъзан ташқи таъсиротларга адекват вегетатив реакцияларнинг бўлмаслиги кўрилади. Масалан, совукда одам терлайди, иссикда эса тери қуруқлашади.

Жароҳатли церебростения аломатлари, агар беморга ўз вақтида дам берилса ва зарур даволаш ўтказилса, сусаяди ва ҳатто бутунлай йуқолиб кетади. Бироқ ёмон шароитларда улар илгаридек салга янгидан пайдо бўлиши мумкин. Ликвординамик бузилишлар, клиник манзаранинг шаклланишиида эҳтимол муҳим аҳамиятга эга бўлса керак, шунинг учун дегидратацион даволаш, ликвор маҳсулотини камайтирувчи ва орқа мия босимини пасайтирувчи воситалар, шифобахш таъсир кўрсатади.

Асосий церебростеник синдром заминида қатор бошқа функционал ўзгаришдар пайдо бўлиши мумкин: ипохондрик фикрлар, тинмай қўрқиш, баъзи ҳодисаларда, аксинча, ланжлик, апатия пайдо бўлади. Баъзаи церебростения зўрайганда вестибуляр бузилишлар, уйқунинг бу-зилиши ва бошқалар биринчи ўринга чиқади. Бу жароҳатни церебростения кўринишининг келиб чиқишида фақат кишининг индивидуал хусусиятлари ва шикастланишидан олдинги табиати рол уйнамайди, балки бемор ҳаётининг шароити рол ўйнайди.

Кундалик клиник тажриба шуни кўрсатадики, психопатиянинг турларига, чунончи астеник ва истерик турларига мубтало бўлган одамларнинг амнезиядан уларнинг болалигида шикастлангани учрайди. Ўз-ўзидан тушунарлики, травматик омил таъсири остида ўзгарган марказии нерв тизимининг рсактивлиги, чунончи унинг салга бузиладиган бўлиб қолиши, ҳар хил кузатишларга чидамсизлиги психопатиянинг шаклланишига мойиллик туғдиради. Маълумки, жароҳатли церебростения билан оғриган болалар ўқишда ўзлаштира олмайдилар ва ўсишда тенгдошларидан орқада қоладилар. Болаларнинг ўз мукаммаллиги ҳақида ўйлаши баъзи ҳолларда уларни ғазаблантиради ва ҳулқнинг бузилишига олиб келади, бошқа ҳолларда эса ўзига ишончсизлигини кучайтириб, ҳаддан ортиқ тортинчоқ қилиб қўяди. Тарбиялаш шароити ёмон бўлганда жароҳатли церебростенияли болалар психопатик шахслар сафини тўлдирувчи асосий заҳира бўлиб қолади.

Жароҳатли энцефалопатия (церебропатия). Энцефалопатиянинг клиник манзараси жароҳатли церебростениянинг клиник манзарасига жуда ўхшаш. Бундай ҳодисаларда ҳам фақат кучли интенсивликда ички тормозланишнинг сусайиш аломатлари биринчи ўринга чиқади: ўзини тута билмаслик, серзардалик, жиззакилик, нерв тизимининг тезда чарчаши ва ҳолдан кетиши кўрилади. Одатда жароҳатли энцефалопатия илгари бошдан кечирилган мия контузияси ва яраланиши натижасида пайдо бўлади, марказий нерв тизимида ўчоқли симптомлар мавжуд бўлиши билан тавсифланади. Бу аломатлардан кўз ҳаракати иннервациясининг бузилиши, чунончи конвергенция парези, анизокория, юз асимметрияси, тилнинг ўрта чизикдан четга чиқиши анча баркарорлик билан кузатилади. Руй-рост билинадиган неврологик симптомлар билан бир қаторда вестибуляр аппаратнинг сустлиги (у калориметрик йўқ билан санаб кўрилганда ёки Баранов курсисида айлаитирилганида аниқланади), вегетатив иннервациянинг асимметрияси қайд қилиниши мумкин ва ҳоказо.

Жароҳатли энцефалопатиянинг тарқалган ҳар хил кўринишларидан бири жароҳат эпилепсияси

ҳисобланади. Бунда эпилепсиясимон тутқаноқлар мия пешона қисмининг мотор ва премотор зоналарининг фокал зарарланиши натижасида пайдо бўлади. Эпилепсиясимон тутқаноқларнинг табиати анчагина ўзгариб туради. Кичик ёки катта тутқаномар типидаги талвасали пароксизмал билан бир қаторда дисфория хуружлари ва эс-ҳушнинг кирарли-чиқарли ҳолатлари эпизодлари бўлиши мумкин. Қатор муаллифлар баён этган болалардаги ҳамда катталардаги органик типдаги даврий психозлар кўпинча миянинг жароҳатли зарарланишига алокадор бўлади.

Жароҳатли энцефалопатиянинг бошқа кўп тарқалган кўриниши унинг психосенсор тури ҳисобланади. Бунга вестибуляр бузилишлар осон пайдо бўладиган ҳодисалар ҳам киради. Бундай беморлар транспортда тез кетаётганда, кинода, гавда ҳолатини ўзгартирганда бош айланишидан доимо шикоят қиладилар. Бош айланишидан ташқари, кўпгина беморларда метаморфопсиялар ва гавда схемасининг бузилишини сезиш кўрилади. Ўзининг пайдо бўлишига кўра эпидемик энцсфалитнинг сурункали босқичини эслатадиган жароҳатли паркинсонизм ҳодисалари маълум. Бу турнинг клиник манзарасида амиостанизм бузилишлар билан бир қаторда хиралиқ зўрма-зўраки кулиш ва йиғлаш каби аломатлар кузатилади.

Жароҳатли энцефалопатия шахс психопатик тузил ишининг ривожланишига мойиллик туғдирадиган замин ҳисобланади. Атроф муҳитнинг шароити ёмон бўлганда психопатияга ўхшаш маълум ҳолат пайдо бўлади, серзардалик, ғазабланиш, қизиқишларнинг чегараланиб, жуда руй-рост эгоцентризмга етиш, аччиғланиш ва тажовўзкорлик унинг асосий аломатларига киради. Психо-патиянинг бу хилда ривожланиши кўпинча болаликда шикастланганда кўрилади.

Шикастланган шахсларнинг алкоголли ичимликларни кўп ичишга мойил бўлишини аллакачонлар сезишган. Бунинг сабаби, асосан ички тормозланиш механизмларининг бўшашиши ва шу туфайли ортиқча таъсирчанлик ва итоаткор бўлиб қолишдадир. Алкоголизмга мубтало бўлган бундай кишилар одамлар орасида бўлганда соғлом кишиларга қараганда алкоголни мунтазам ра-вишда ичишга тез ўрганадилар. Бунда уларнинг алкогол таъсирига жуда сезгир бўлишини ҳисобга олиш керак, улар алкоголни нисбатан катта бўлмаган микдорда ичганда ҳам маст бўлиб қоладилар. Бунда алкоголли деградацияниг таъсири травматик церебростения ва энцефалопатиянинг комаларини чуқурлаштиради ҳамда беморларни аксари ногирон қилиб куяди.

Жарохатли деменция. Мия зарарланишидан узоқ вақт ўтгандан сўнг юзага келадиган оқибатларининг энг оғир тури деменция ҳисобланади. Унинг ривожланиши ҳамиша ҳам бошдан кечирилган шикастларнинг оғирлигига алокадор бўлавермаиди, бирок кўпчилик, ҳолларда, шубхасиз, мия моддасинипг кенг кўламда зарарланишига боғлик бўлади. Жароҳатли деменциянинг клиник манзарасида беҳоллиқ дантасалик, локайдлик ёки, аксинча, сал нарсадан таъсирланиш, им-пульсивлик, жоҳиллик ҳолатлари юзага чиқади. Бунда хотиранинг баъзан Корсаков синдроми турида жуда рўйи-рост бузилиши кўп учрйди. Жараён зўрайгани сари ўз хатоларини тўғрилаш, шароитда тўғри мўлжал қилиш, уйлаб қарор қабул қилиш қобилияти бузилади. Жароҳатли деменция одатда, прогредиент билан кечадиган

касалликдир. Бироқ жароҳатли деменциянинг стационар турлари ҳам кузатилади.

Кечки жароҳатли психозлар. Жароҳатли церебростения ва энцефалопатия билан касалланган шахсларда асосан эпизодик ва кечки жароҳатли психозлар пайдо бўлади. Улар аксари онгнинг делириоз синдром типидаги бузилишларнинг эпизодлари кўринишида ўтади. Бироқ клиник манзараси билан циркуляр психозларни эслатувчи маниакал ва депрессив жароҳатлар мажмуаси ҳам бўлади. Эпизодик психозларнинг ажралиб турувчи хусусиятлари уларнинг қисқа муддатлилиги (1—2 кундан 2—3 хафтагача) ва бош миянинг органик зарарланиши аломатлари мавжуд бўлиши ҳисобланади.

Патологик анатомияси ва патогенези. Бош суяқиннг очиқ ва ёпиқ шикастланишларида патологик анатомия ва патогенетик механизмлар бир хил бўлмайди. Бош суягининг очиқ шикастланиши кўпинча мия моддасига яраловчи нарса (ўқ снаряд парчаси), шунингдек бош суяги парчаси кириши туфайли пайдо бўлади. Ёпиқ шикастланишларда эса бош суяклари зарарланмайди, бунда ё мия чайқалади ёки мия бош суягига урилади, шикастланишнинг ҳар иккала турида ҳам ўткир даврида умумий мия аломатлари кузатилади. Кейинчалик калла суягининг очиқ шикастланишида фақат мия моддасининг бевосита зарарланишига алоқадор ҳодисалар эмас, балки инфекцион табиатдаги асоратларга ҳам алокадор ҳодисалар юзага чиқади. Бош суяк қопқоғи бутунлигининг бузилиши инфекция учун йўқ очиб беради, бунинг натижасида, одатда йирингли менинго-энцефалитлар ривожланади. Бош суягининг коммоция ва контўзия типидаги ёпик шикастларидан асосан **III** мия қоринчаси зонасига зарар етади. **Ill** мия қоринчасининг кенгайганини, унинг деворларида нуткадек-нуқтадек геморрагиялар борлиги микроскопик аниқланади. Мия қаттиқ лат еган ҳолларда мия моддасига кўп қон қўйилиши мумкин. Гистологик текширишда, одатда қон томирларда рўйи рост ўзгаришлар кўрилади: капиллярлар ва прекапиллярлар спиралсимон ва пармасимон кўринишга киради, айрим жойларда томирлар конвалютаси топилади. Периваскуляр геморрагик айлана қон шаклли элементларининг инфильтрацияси билан, шунингдек мия моддасининг ич-ичида эритроцитлар бўлиши билан очиқ-ойдин юзага чиқади. Агар мия чайқалишида бу нуқтадек-нуқтадек геморрагиялар асосан III мия қоринчасининг деворида кузатилса, контузияларда эса энг кўп зарарланишга дучор бўлган соҳаларда кўп кузатилади. Кўпинча контузия вақтида миянинг конвекситет юзаси зарарланади, ана шу ерда асосан субарах-ноидал қон қўйилишлар содир бўлади. Бу томир бузилишлари бевосита шикастланиш орқасидан келадиган ўткир босқичга ҳосдир. Кейинчалик улар жойига келиб қолади ва мия ганглиоз элементларидаги бузилишлар, ҳужайраларнинг кучли шишиши, кариорексис ва плазмолизлар биринчи ўринга чиқади.

Бош суякнинг очиқ шикастланишларида нерв тўқи-маларининг механик бузилишлари ва қон қўйилишлари билан бир қаторда нерв ҳужайраларининг ва зарарланган атрофдаги ўчоқли толаларининг дегенерацияси, шунингдек мия шиши кузатилади. Юқорида айтиб ўтилганидек бунда яра инфицирланади ва йирингли менинго-энцефалит маизараси ривожланади.

Бош суякнинг ёпиқ шикастланишида кузатиладиган ўткир церебрал шокнинг патогенезида ликвор динамиканинг ўзгариши катта рол уйнайди. Ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатадики,

сильвий сув йўқи орқали III мия қоринчасига борадиган ташқи ликвор у ерда ликворнинг карши тўлқини билан тўқнашади. Бунинг натижасида, қоринча девори бир лаҳзада кенгайиб, шу жойда ётган муҳим вегетатив марказларни шикастлайди. Патофизиологик текширишлар шуни кўрсатадики, шикастланишдан кейинги биринчи даврда бош мия пустлоғида ёйилган қўриқловчи тормозланиш ҳодисаси юзага келади ва илгари ишланиб чиққан шартли рефлектор алоқалар йуқолиб кетади. Кейинчалик, бу ҳолат бартараф этилгандан сўнг шартли рефлектор фаолият тикланади, бироқ ички тормозланиш аломатларининг бушашиши кузатилади.

Мия моддасидаги жароҳат чандиғи мия атрофидаги нормал қисмларнинг доимий механик қўзғатувчиси ҳисобланади. Локал талваса тутқаноғи (Жексон эпилепсияси) асосида ётадиган қўзғалишнинг вақти-вақти билан юза га чиқиб туриши а на шунга боғликдир.

Даволаш ва профилактикаси. Жароҳатли бузилишнинг ўткир давридаги асосий тадбир беморларга камида уч ҳафта мобайнида тула ором бериш ҳисобланади. Бирор жойга элтадиган транспортдан фойдаланиш зарур, чунки йўлдаги ҳар қандай қўшимча кучланиш (силкиниш, туртки)лар ликвордииамик бузилишларнинг кучайишига имкон туғдириб, бош суяги ичида қон қўйилишига олиб келади ва ўткир шикастланиш психозини пайдо қилиши мумкин. Шикастланишдан сўнгги биринчи 30—40 минут ичида беморнинг бошига мўзли халта қўйиш ва ҳуқна ёрдамида ичакларни тозалаш зарур. Дори препаратларидан венага 40% ли уротропин эритмасини (5—10 мл дан) юбориб туриш керак. Томир кенгайтирувчи ва томир торайтирувчи воситалар магнезий сульфат, кальций хлорид, адреналинни ўткир даврда бериш тавсия этилмайди. Бу дориларни қўллашга зарурат туғилганда юрак воситаларини тайинлаш керак. Бош суягининг очиқ шикастланишида бемор доимо фақат жарроҳ кузатуви остида бўлиши керак.

Мия шикастланишидан узоқ вақт ўтгандан сўнгги оқибати бор беморларга қарашда уларни тўғри ишга жойлаштириш муҳим рол уйнайди. Мия шикастланишини бошидан кечирган шахсларнинг асосий хусусияти уларнинг қўшимча ва ҳаддан ортиқ кучланишларга ниҳоятда сезгир бўлишини юқорида айтиб ўтган эдик. Масалан, жароҳат церебростенияси бор одамни иссиқ цехдан олиб, бошқа совуқ цехга худди шундай ўтказилса бу касаллик зўрайишининг олдини олиши мумкинлиги қайд қилинган. Беморни вақтинча бир оз енгил ишга ўтказиш ва даволаш-профилактика таътилларини бериш жуда самарадор бўлади. Агар энцефалопатияси бор кишини гарчи вақтинча бўлса-да шовқин-суронли шароитдаги ишдан тинч ишга ўтказилса, касалликнинг бошлаииб келаётган зўрайишининг олдини олиш мумкин. Мия шикастланишининг узоқ оқибатлари бор шахсларга қатъий меҳнат, дам олиш ва овқатланиш режимили тайинлаш зарур. Беморлар ортиқча зўриқмасликлари, ишдан ташқари вақтда ишламасликлари, дам олишлари ва бўш вақтларидан тўғри фойдаланишлари лозим.

Врач беморларга қуёшда ортиқча исиб кетиш, хадеб чўмилавериш ва чарчаб қолгунча сайр қилишнинг зарар етказиши ҳақида айтиб қўйиши шарт. Тўғри, бу ерда ҳамма учун бир қолипда тавсия бериш мумкин эмас. Ҳар бир алоҳида ҳодисада врач миянинг шикастланиш даражасини ҳамда беморнинг

индивидуал хусусиятларини, чунончи унинг одатларини ҳисобга олиши керак. Эпилепсиясимон тутқаноғи бор беморларга чўмилишни, велосипед ҳайдашни ва жуда катта куч талаб қиладиган ҳар хил спорт ўйинларини уйнашни қатъий ман этиш керак. Шунингдек алкоголли ичимликлар ичиш, тамаки чекишни мутлақо ман этиш керак.

Церебростения зўрайганда амбулатория шароитида умум мустаҳкамловчи терапия курсини ўтказиш керак, масалан, глюкозани аскорбин кислота билан венага юбориш лозим. Уйқусизликни йўқотиш учун рўйи рост томир кенгайтириш хоссасига зга бўлмаган (барбамилдан фарқли ўлароқ, уни қўллаш ман этилади) люминал ва медиал каби препаратлардан фойдаланиш мумкин. Лю-минални валериана, рух билан бирга тайинлаб оҳиста юз берадиган уйқу пайдо қилиш мумкин. Травматик эпилепсиянинг баъзи ҳолларида, айниқса болаларда пневмоэнцефалография — мия қоринчасига ҳаво киритиш яхши терапевтик самара беради. Бунда шикастланишдан сўнг ҳосил бўлган чандиқлар узилади, бу орқа мия суюқлиги циркуляциясининг тикланишига олиб келади.

Калла ичи босими кўтарилишга алоқадор бўлган кучли бош оғрикларда орқа мияни пункция қилиш билан бир қаторда, ош тўзининг гипертоник эритмаларини, глюкоза, уротропинни венага юбориш фойдали. Бош оғриши бош суяк ичидаги босимнинг пасайишига алоқадор бўлган шундай ҳолларда физиологик эритмани тери остига юбориш йўқи билан яхши натижага эришиш мумкин. Жароҳатли церебростения ва энцефалопатиянинг зўрайишини даволашда сув муолажалари, чунончи, тунга 20—S минут давомида иссиқ ванналар буюриш мумкин. Электро муолажалардан Чербак усулидаги галваник ёқа, Бургиньон усулидаги бошни дарсонвализация ва йодли калий билан ионизация қилишни буюриш самарали.

Эпилептик тутқаноқлар билан кечадиган энцефалопатияда тутқаноққа карши даволаш тахминан эпилепсия давосида қабул қилинган усул билан ўтказилиши керак

1. Турли бош мия жарохатларида (инсульт, БМЖ) қуйидаги таффакур бузилишлари кузатилади:

   персеверациялар
   резонерлик
   вербигерация
   символизм
   аутиклик
2. Бош миянинг травматик зарарланиши клиникасида кузатилади:

   астеник синдром
   Ясперс триадаси
   Корсаков синдроми
   Ганзер синдроми
   тутқаноқ
3. Бош мия травмасининг узоклашган даври учун хос:

   коматоз холатлар
   неврозсимон синдром
   психопатсимон синдром
   постравматик делирий
   деменция
   кулок битиши

4.Бош мия органик касалларга хос бўлган онгнинг бузилиши:

намозшомсимон ҳолат
онейроид
аментив
карахтлик
делириоз

Бош мия шикастланишларида руҳий бузилишлар мавзуси буйича вазиятли масалалар

4. Бемор Н 38 ёш. 2 йил аввал бош мия жарохатини олган, бир неча кун хушсиз ётган, бош мия трепанацияси утказилган. Касалхонадан чикандан сунг паришонхотир булиб колган, хотираси пасайган, ишлай олмайди, амалий куникмалар йуколган,палапартиш, ориентирни йукотган, критикаси йук.

.синдромал ташхис
. Бу синдром кайси касалликларда учрайди
.асосий ва қўшимча текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси

Жавоблар

1. Психоорганик синдром
2. Бош мия органик касалликлари, нейросифилис
3. Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ, калла суяги R-графияси, ЭХО-ЭГ, ликворни текширув, патопсихологик текширув
4. Ташки ва ички мухитга мослашув бузилиши, аффектни тутиб тураолмаслик, хотиранинг бўлаётган воқеаларга фиксация(ушлаб қолиш) функсиясининг пасайиши, диккат, фикрлаш бузилиши.
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш

15-БОБ

СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Соматоген руҳий бузилишлар, фақат соматик касалликлар туфайли юзага чиққан аломатлар билан аниқланмасдан, балки эндоген, субъектив омиллар туфайли чақирилган аломатлар билан ҳам аниқланади. Шунинг учун патологик жараённинг кечиш тавсифи беморнинг шахсида, унинг шахсий ҳиссий кечинмаларида акс этади. Клиник кўринишларига кўра соматик касалликларда психоген ҳолатлар ҳар хил бўлади. Кўпинча улар кайфият бузилишлари, қоронғилиқ тормозланиш кўринишларида бўлади. Ўзоқ даволанишни эслаш, оиласидан ажралган ҳолда касалхонада узоқ ётишни уйлаш беморга салбий таъсир этади. Вақт ўтиши билан беморда ҳаракат ва тафаккур тормозланишлари юзага келиши мумкин. Жаҳлдорлиқ аффектив лабиллик пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун шифокор беморга унинг соғлигининг ҳозирги ҳолатини айтганда, тиббий хужжатларни берганда эҳтиёт бўлишлари керак.

Клиникаси. Симптоматик психозлар ўткир бошланиши ва ўзок давом этиши мумкин. Бунда онгнинг хиралашуви бўлмайди. Соматик касалликлар ривожланиши, яширин кечиб келаётган эндоген психозларнинг (шизофрения, маниакал депрессив психоз ва б.) хуружига ёки пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Соматик касалликларда депрессив параноид ҳолат юзага келиши мумкин. Кечалари делириоз белгилари бўлади. Депрессия фонида васвасалар пайдо бўлиши, касалнинг соматик аҳволининг ёмонлашганини билдиради. Оғир ҳолларида эшитиш галлюцинациялари, иллюзиялар ва ступор ҳолатлари қўшилиши мумкин. Кам ҳолларда Корсаков синдроми учрайди. Бу кўрсатилган психик бузилишлар ўткинчи бўлиб, булардан кейин хотира тўла тикланади. Руҳий бузилишлар, соматик касалликларнинг хусусиятига ва оғирлик даржасига боғлик. Ўткир юрак қон-томир етишмовчилигида аментив, делириоз ҳолатлар, қўрқинч, ваҳима, баъзида эйфория бўлади.

Миокард инфарқтининг дастлабки даврларида иллюзия, галлюцинация, аффектив бузилишлар, ўзига ва атрофдагиларга танқид йўқолиши бўлади. Баъзида маниакал ҳолат юзага келиб, бемор ҳатто ўзининг инфаркт бўлганлигини эсдан чикаради. Миокард инфарқти ри-вожланиши билан дереализация ва деперсонализация белгилари, муносабат ва ўз-ўзини айблаш васвасалари пайдо бўлади. Сурункали юрак қон-томир етишмовчиликларида ҳам психопатологик белгилар бўлиши мумкин. Стенокардияда хуруж вақтида аффектив бузилишлар, ваҳима, ўлимдан қўрқиш белгилари юзага келади. Касаллик қайталангандан кейин беморларда кардиофобик синдром доимий ҳолда ривожланиши мумкин.

Ревматизмнинг актив босқичи делириоз бузилишлар, ревматик гиперкинезлар, депрессив параноид ҳолатлар ва ваҳима билан кузатилиши мумкин. Делириоз бузилишлар онейроид компонентлар билан бирга келади. Юқори иситма фонида беморларга қуролли кишилар, душманлар, ҳар хил миллат одамлари, байрам парадлари кўринади. Товушлар, мусиқа овозлари, ҳар хил тилда қўшиқлар, шовқинлар эшитилади. Бу кечинмалар ваҳима билан ўтади. Ревматик гиперкинезлар ҳар хил даражада ривожланган хореоид ҳаракатлар кўринишида: юз, бўйин, елка камари мускўллари учишидан бошлаб то тўхтовсиз

давом этувчи ҳаракат қўзғалишларигача бўлади. Хореоид қўзғалишлар ташқи кўринишидан гебефреник синдромни эслатади. Лекин бу қўзғалишлар гебефреник синдром сингари умумий психомотор қўзғалишларга ўтмайди. Ўткир ревматизмда психик бузилишлар 2—3 ой давом этади ва соғайиш билан тамом бўлади. Иситма тушади. Қон кўрсаткичлари, ЭЧТ (СОЭ) мсъёрига кайтади.

Жигар, ошқозон-ичак йўқлари касалликларида секинлик билан уйқусизлиқ таъсирчанлик, ҳиссий лабиллик, ипохондрия, канцерофобия ривожланади. Жигар касаллиги кайфиятнинг дисфорик бузилиши, гипногогик галлюцинация билан кузатилади. Жигар циррозида ривожланган клиник белгилар (сариқлик, асцит, қон кетиши) билан бирга психик бузилишларда биринчи ўринга астеник бузилишлар, таъсирланувчанлик, ўзининг диққатини оширишга талаб чиқади. Астеник бузилишлар билан бирга вегетатив бузилишлар: юрак уриб кетиши, кўп терлаш, қон босимнинг ошиши юзага чиқади. Беморнинг аҳволи оғирлашганда сопор, ҳатто кома ривожланади.

Жигарнинг токсик дистрофиясида коматоз ҳолат ривожланади. Бунда бош оғриги, кўп терлаш, нафас сикиши, кунгил айниши, қайт қилиш, уйқу бузилиши кузатилади. Қулоқ битиши фонида психомотор қўзғалишлар, делириоз-аментив бузилишлар, галлюцинация ва васваса кўринишлари ривожланади.

Бемор аҳволининг оғирлашиши билан сопор, кома ривожланиб, оғир оқибатга олиб келиши мумкин.

Сурункали зотилжам, ўпка силининг оғир шакллари билан касалланган беморларга депрессив эйфория, юзаки фикрлаш, васваса белгилари хосдир.

Баъзида эйфория, юзаки фикрлаш, ҳаракатларнинг тезлашуви кузатилади. Бу руҳий бузилишларнинг ҳаммаси астеник аломатдар мажмуига бирлаштирилган. Баъзи ҳолатларда бу аломатлар мажмуи касалликиинг клиник манзарасини белгилайди, бошқа ҳолатларда руҳий астения фонида қўшимча руҳий бузилишлар: маниакал параноид ҳолат, баъзида онг бузилишининг белгилари юзага келади. Силдаги руҳий астения бошқа соматик касалликлардаги астениядан фарқ қилмайди ва руҳий ҳорғинлик, фаолиятсизлик билан тавсифланади. Силда ҳиссий лабиллик бошқа касалликлардагига қараганда анча кучлидир. Баъзи касалликларга анозогнозия (ўз ҳолатини етарлича баҳоламаслик) хос. Сил касаллиги оғирлашиб бориши билан, беморларда аментив ҳолат ривожланиши мумкин. Беморнинг гапи узуқ-юлуқ ноадекват бўлади. Фиброз-каверноз сил оғир кечганда аментив ҳолат кўп учрайди. Бу ҳолатларда делириоз, кататоник бузилишлар, вербал галлюцинозлар кузатилиши мумкин. Бир ярим-икки ойгача сақланган аменция, касалликнинг ривожланганлигини ва сил менингити келиб чиқиши мумкинлигини кўрсатади. Сил касаллигида делирий ичкилик ичадиганларда кўп учрайди. Бунинг клиник манзарасига вербал ва кўрув галлюцинациялари киради. Енгил астеник чалкаштириш фонида параноид ҳолат ривожланиши мумкин. Бунда улар ҳар хил васвасалар (кузатиш, заҳарланиш) ҳақида, овқатни рад эта-ётганини айтади. Улар қисқа муддатли эйфориядан кейин таъсирланувчанликнинг пасайганлиги, кам ҳаракатлик кузатилади. Антибиотикларни, антибактериал дориларни таъсирчан қўллаш, улардаги руҳий

бузилишларни камайтиради. Дастлаб онг бузилишлари, параноид бузилишлар, сўнгра аффектив бузилиш ва астеник аломатлар мажмуи йўқолади.

Туғруқдан кейинги психозлар — онгнинг аментив бузилиши, депрессив белгилар билан кузатилади. Бундаги психик бузилишлар, эндоген психознинг (шизофрения, эпилепсия) бошланғич босқичи бўлиши мумкин. Туғруқдан кейинги психозлар одатда 1,5—2 ойларда бошланади. Баъзида эндоген ва экзоген омиллар таъеирида (эндокрин-диэнцефал ва эмоционал инстинкт дезрегуляцияси, микросоциал омиллар ва б.) кеч ривожланиши мумкин.

Аментив ва аментив онейроид бузилишлар кўпинча юқумли табиатли ҳар хил гинекологик асоратларда юзага келади. Айниқса септик жараёнларда аментив ҳолатлар чуқурлашади. Бундай ҳолларда аменция, галлюцинация, васвасалар, онероид кечинмалар, ступор ҳолатлари, мутизм, ҳаракатсизлик кузатилади. Бу кўрсатилган белгиларнинг пайдо бўлиши, патологик жараённинг ривожланганлигини кўрсатади. Ҳақиқатдан ҳам бемор аҳволининг оғирлиги билан тана ҳарорати ўртасида номутаносиблик юзага келади ва жинсий аъзолар томонидан ҳам нисбий ўзгаришлар бўлади. Бу руҳий бузилишлар фақат туғруқдан кейинги соматик касалликларга боғлик бўлмасдан, перебрал хасталикка ҳам боғлик эканлигини кўрсатади.

Туғруқдан кейинги депрессия, туғруқдан 1,5—2 ойдан кейин юзага келади. Одатда уй шароитида туғруққонадан чиққандан кейин бир неча кун ўтгандан кейин бошланади. Бунда кайфиятнинг тушиши, ҳаракат ва тафаккурнинг сусайиши, уйқусизлиқ ўзини айблаш васвасалари пайдо бўлади.

Депрессив ҳолат бир неча ҳафтадан 2—3 ойгача, баъзан сурункали давом этиши мумкин. Боланинг нуқсон билан туғилишида, бола ўлими ёки бошқа психоген ҳодисалар натижасида реактив психоз юзага келиши мумкин, бунда бемор ҳаётининг қийинлиги, ўзининг ноуддабуролиги ҳакида фикр пайдо бўлганлиги, бола кўра олмаслиги, болани парвариш қила олмаслигидан шикоят қилади. Оилани боқа олмасликдан қурқиш, ўз айбларини сезишнинг кучайиши кейинчалик ўзининг яқинларига бўлган бегоналикни ривожлантиради. Баъзида бундай беморлар болани овқатлантиришдан бош тортади, сабаб қилиб у ҳаётга қизиқиши қолмаганини кўрсатади. Бундай беморларда суицидал фикрлар пайдо бўлиши мумкин. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, туғруқдан кейинги депрессия, эндоген депрессиялар сингари чуқур бўлмайди. Антидепрессантлар, транквилизаторларни қўллаш яхши натижа беради. Айниқса инсулинокоматоз даволаш, электро-титратиш билан даволаш яхши натижа беради.

Хавфли ўсмаларда депрессив параноид ҳолат, Котар васвасаси, Корсаков синдроми юзага келиши мумкин. Руҳий бузилишлар операциядан кейин ёки кахексия (озғинлик) ривожлангандан кейин бошланади. Рак билан касалланиш ёки унга шубҳа бўлишининг ўзи беморга руҳий таьсир этади. Бу реактив психознинг ривожланишига асос яратади. Онкологик беморларда реактив ҳолатнинг клиник манзарасида безовталик-депрессмв синдроми биринчи ўринга чиқади. Ипохондрик реакция, параноял ҳолат, таьсирчанлик пайдо бўлиши мумкин. Депрессив бузилишлар ваҳима, деперсонализация, дереализация билан кузатилади.

Операция оқибатининг яхши бўлиши, консерватив давонинг яхши натижа бериши, бу кўрсатилган бузилишларнинг орқага кайтишига олиб келади. Беморнинг яхши натижаларга умид қилиши ҳам бузилишларнинг орқага қайтишига олиб келади. Ўсманинг ривожланиши ва соматик ҳолатнинг оғирлашиши, айниқса ошқозон-ичак йўқлари ракида безовталиқ депрессия фонида нигилистик васваса, эшитиш ва тактил галлюцинация ривожланиши мумкин.

Мия усмаларининг клиник манзараси жуда ўзгарувчан бўлади. Бу усманинг жойлашган жойига, усиш тезлиги ва тавсифига боғликдир. Руҳий бузилишлар бош мия усмаларида қўшимча патологик ўзгаришлар сифатида намоён бўлади. Кўп ҳолларда мия ўсмаларида ҳар хил даражада ифодаланган онгнинг бузилиши кузатилади. Бунда руҳий жараён — умумий тормозланганлиги, ланжлик, бефарқлик, фаол ва пассив диққатнинг сусайганлиги, мўлжал олишнинг бузилганлиги кузатилади. Камроқ ҳолларда онгнинг бошқа тур бузилишлари, эпилептиформ қўзғалишлар ва онейроид ҳолатлар учрайди. Баъзан деперсонализация ва дереализация ҳолатлари кузатилади. Ўткир пароксизмал бузилишлар кекса ёшдаги кишиларда юқорида кўрсатилган аломатлар билан кузатилиши мумкин. Бундам ташқари, онгнинг ўзгариши асосида руҳий органик синдромлар учраши мумкин. Бундай ҳолларда хотиранинг кучайиб борувчи бузилиши, бошланишида фиксацион амнезия билан псевдореминесценция ва конфабуляциянинг, кейинчалик эса ретро- ва антеград амнезиянинг ривожланиши тавсифланади. Шу билан бир вақтда қўзғалувчанлиқ ўзини тута олмаслик, ланжлик, бефарқлик, апатия кўринишида аффектив сферанинг ўзгариши кузатилиши мумкин. Бундай беморларда ўзига нисбатан танкид камайган бўлади.

Юқорида айтиб ўтилганидек, руҳий бузилишлар клиникаси ўсманинг жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Ўсма миянинг чекка бўлагида жойлашганда рудиментар қўрув ва эшитув галлюцинациялари, камдан-кам ҳид ва таъм билиш галлюцинациялари бўлиши мумкин. Бундай бузилишлар ўсманинг тепа ва энса бўлимларида жойлашганида ҳам кузатилиши мумкин. Ўсма миянинг пешона бўлагида ривожланганида апато-абулик синдром билан хотиранинг бузилиши биринчи ўринга чиқади. Камроқ ҳолларда қарама-қарши аффектив бузилишлар, эйфорияга мойилликнинг тормозланиши содир бўлиши мумкин. Бош миянинг ҳар хил жойлашган ўсмаларида, ривожланган ва абортив (Жексон диэнцефал) эпилептик талвасалар кузатилиши мумкин.

Қалтирашли талвасалар асосаи миянинг органик ўзгаришларида учрайди. Мия усмаларини ташхис қилиш кўпгина қийинчиликлар туғдиради. Уии миянинг қон-то мир ва атрофик касалликларидан фарқлай олиш керак. Онгининг ва бошқа кўринишдаги бузилишлари кучли сиқувчи бош оғриклари, эпилептик талвасалар бош мияда ўсма борлигидан далолат беради. Диагностика мақсадида кўз туби текширилади. Бунда кўрув нервининг шиши ва атрофиясини кўриш мумкин. Орқа мия суюклигида оқсил ва ҳужайра элементларининг микдори ошганлиги, орқа мия ичи босимининг ошганлиги, бош мия рентгенографияси, пневмо- ва эхоэнцефалография маълумотлар мияда ўсма борлигини тасдиқлайди. Миядан усмалар жарроҳлик йўқи билан олинади. Бундан ташқари, радиотерапия, дегидратацион терапия ва калтирашга қарши терапия ўтказилади. Ўткир психоген бузилишларда, психомотор бузилишларда транквилизаторлар

ва нейролептиклар қўлланилади.

Нефроген психозлар астеник симптомокомплекс, делириоз ва аментив бузилишлар билан намоен бўлади. Астеник синдром бирор компоиентининг кўпроқ юзага келишига қараб уч тўрга фарқланади:

1. Астеноадинамик.
2. Астеноневротик.
3. Астеновегетатив.

Астеноневротик турида бел соҳасида оғриқ, бошда оғирлик, кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, сезувчанлик намоён бўлади. Олиго- ва анурия билан кечувчи буйрак етишмовчилиги пайдо бўлган тақдирда чуқур уремик кома тез ривожланади.

Астенодинамик турида онгнинг хиралашуви қулоқ битиши билан кузатилиши, уремик команинг чуқурлашиши унинг кучайишига олиб келади. Беморлар саволларга кийналиб жавоб беради, атроф муҳитга мослашиши йўқолади. Фикрлашнинг сусайиши, диққатнинг бузилганлиги кузатилади. Ташқаридан қараганда улар ланж, уйқусираган, бефарқ бўлиб кўринади.

Астеновегетатив тури кўпинча кома ҳолатидан чиққан беморларда кузатилади. Бунда асаб-руҳий фаолиятининг сусайганлиги, вегетатив реакцияларнинг кучайиши, фикрлаш ва мойилликнинг пасайиши, бош оғриғи ва бошқа белгилар билан намоён бўлади. Тафаккурнинг пасайиши, қизиқишнинг чегараланганлиги кузатилади. Айрим ҳодларда беморлар атроф муҳитпи хомуш ҳолатда қабул қилади, даволанишига ишонмайди, уйдагиларга ноқулайликлар туғдиради.

Делириоз синдром кўпинча кўп микдорда ичкилик ичиб юрган беморларда кузатилади. Делириоз белгилари соматик ҳолат оғирлашганда ривожланади ва аментив чалкаштириш ҳолатининг юзага чиқишига олиб келади. Психопатологик белгиларнинг намоён бўлиши, соматик статусга боғликлиги тавсифланади. Нефроген делирийдаги қўрув галлюцинациялари турли хил таъм билиш, сезги, хид билиш галлюцинациялари билан бирга намоён бўлади, лекин эпилепсия ва оқ алаҳлашларга нисбатан анча кам ривожланган бўлади. Аментив синдром нефроген заҳарланишда бошқа токсик — юқумли касалликдаги психопатологик ўзгаришлардан фарқ қилмайди. Лекин нефроген аменциянинг асосий белгиси бўлиб руҳий жараёнларнинг сустлашуви, ўз-ўзини билишнинг бузилиши билан кечувчи фикрлашнинг боғланмаганлиги, мўлжал олишнинг чуқур бузилиши ва психотик амнезия ҳисобланади. Амнезияда кузатилувчи психомотор кўзғалувчанлик айрим ҳолларда ҳаракат стереотипи билан тавсифланадиган кататоник хавотирланиш, ноадекват аг-рессивлик ва кейинчалик бўлар ступор аментив ҳолатга ўтади. Ташқи кўринишидан тери коиламларининг оқиш-кўкимтир ранглиги, камдан-кам қизариши, юз ифодасининг ўткирлашиши кузатилади.

Эндокрин безлар фаолияти ўзгарганда қўйидаги психоэндокрин синдром ривожланади. Унинг клиник манзараси ўзига хос бўлмай, ўзгаришнинг тури ва тавсифига боғликдир. Бунинг ўзига хос томони шундаки, система фаолияти марказий асаб системаси томонидан бошқарилади ва бу жараёнга бош миянинг гипоталамус тузилмалари қўшилган бўлади. Эндокрин бузилишларда нев-розга, психозга ўхшаш

ва аффектив психопатологик синдромлар ривожланади. Неврозга ўхшаш аломатлар синестопатик ипохондрик кўринишда намоён бўлади. Бунда беморлар оғриқни бутун тана буйлаб: бош, бел қисми, қорин қисми ва тананинг бошқа қисмларида тортишишни сезади. Бу сезгилар гормонал бузилишнинг хуружи даврида кучаяди. Бемор юқоридаги ўзгаришларни тўла ва яққол ҳис этади.

Психопатияга хос бузилишлар психоастеник сезгиларнинг ривожланиши билан тавсифланади. Бундай ҳолларда беморлар безовта, беқарор, жуда нозик бўлиб қолади. Бўларга ҳамиша ўз кучига ишонмаслик сезгиси қўшилиб келади. Бундан ташқари, шилқим қўркув, гу-монлар ривожланиши мумкин. Баъзи ҳолларда беморларда ўта қиммат кечинмалар кузатилиб, тиббий ходимлар, қариндошларининг унга эътибор бермаслигидан шикоят қилади, атрофдагилардан кўпинча норози бўлиб юради. Янги даволаш усулларини қўллашни талаб қилади. Эндокрин бузилишдаги аффектив синдромларнинг клиник манзараси, депрессив ва гипоманиакал ҳолатлар кўринишида юзага чиқади. Депрессив бузилишлар астеник симптомокомплекс асосида юзага чиқади. Беморлар тез чарчаш, беҳоллик, уйқусизлик, атрофга бўлган қизиқишнинг пасайганидан шикоят қиладилар. Бундай ҳолатларда кайфиятнинг пасайиши, оғир вегетатив томир пароксизми, бефарқлик, безовталик ва ваҳима кузатилади. Астенодепрессив бузилишлар одатда монополяр кечади, лекин циклик кечиши ҳам мумкин, бунда депрессив ҳолат маниакал ҳолат билан алмашинади.

Гипоманиакал бузилишлар атипик кўриниши билан тавсифланади. Кўтаринки кайфият асосида қўзғалувчаилиқ ҳаяжонга берилувчанлик, мойилликнинг тормозланиши кузатилади. Гипоманиакал ҳолат оптимизм, хурсандчилик, ялқовлик ҳолати билан кузатилмайди (бу маниакал-депрессив ҳолатга хосдир).

Уларга гамгинлик, дисфорик гипомания ҳолатлари хосдир. Гипоманиакал ҳолат депрессив ҳолатларга нисбатан уч баравар кам учрайди. Юқорида намоён этилган психопатологик бузилишлар психоэндокрин синдромга хос эмас. Лекин бошқа бирор эндокрин бузилишда бу психопатологик белгиларнинг учрамаслигини билдирмайди. Кўпинча Базедов касаллигида қўзғалувчанлиқ ўзгарувчан кайфият, ҳаяжонланиш, йиғлоқилик белгилари кузатилади. Оғир ҳолатларда онг бузилиши синдромлари, васваса, галлюцинация ҳолатлари ривожланиши мумкин.

Микседема билан касалланган беморларга депрессив ҳолат, онгнинг делирий ва қовоғи солинган ҳолатлари ҳарактерланади.

Акромегалия ва Адиссон касаллигида аста-секин ривожланувчи беҳоллик, кайфиятнинг пасайиши, оғир холларда эса васваса ғоялари кузатилади.

Қандли диабетда турғун бўлмаган ҳиссиёт, кучли кўзғалувчанлик ва таъсирланувчанлик кузатилади, депрессив бузилишлар бўлиши мумкин, баъзида маниакал ёки делирий-параноид ҳолат, васваса ғоялари, галлюцинациялар билан кузатилади.

Юқорида кўрсатилган кучли қўзғалувчанлик ҳисобига диабетик кома ривожланишига олиб келади.

Даволаш. Соматик касалликларда руҳий бузилишларнинг борлиги, уларни соматик касалхонанинг психиатрия бўлимига ётқизишга нисбий кўрсатма хисобланади. Бундай беморлар доим терапевт,

эндокринолог, инфекционист ёки психиатр кузатуви остида бўлиши керак. Руҳий фаолиятнинг кучли ва узоқ давом этган бузилишларида даволашни руҳий касалхоналарда олиб бориш мумкин.

Симптоматик психозларни даволаш асосий соматик ёки юқумли касалликни йўқотишга каратилган бўлиши лозим. Бундан ташқари, дезинтоксикацион терапия ҳамда руҳий бузилишлар синдромларининг хусусиятига қараб психотроплар берилади. Соғайиш даврида ноотроплар (ноотропил, аминолон, пирацетам ва б.) қўллаш мумкин.

Психиатрия амалиётида психотроп моддалар асосий терапевтик воситалар сифатида ишлатилса, симптоматик психозларда эса, қўшимча восита сифатида ишлатилади. Улар соматик касалликларнинг маълум боскичларида рухсат этилади. Бу касалликнинг оғир-енгиллигига, ўткирлигига, клиник хусусияти ва ривожланиш босқичларига қараб бир неча кун, ҳафта ёки ой мобайнида бир марта берилади. Психотроп моддалар руҳий фаолиятни меъёрлаштириш билан бирга асосий соматик касалликни даволашда ҳам ёрдам беради.

Соматик касалликларда рухий касалликлар мавзусига оид тест саволлари

1 Соматик касалликларда учраадиган синдром:

- гебефрен
- депрессив
- онг бузилиши
- кататоник
- ипохондрик
- астеник

2 Гипотиреоз учун хос:

- рефлексларнинг жонланиши
- рефлексларнинг пасайиши
- қўзғалувчанлик
- апатия
- ментизм
- гипермнезия

3 Тиреотоксикозда рухий узгаришлар

Психопатосимон бузилишлар
Кузгалувчанлик
Апатия
Абулия
Гипотимия

4 Гипертиреоид букок учун хос:

- физик тормозланиш
- агрессивлик
- мотористанинг ортиши
- апатия
- уйқу бузилишлари
- психик тормозланиш

16-БОБ

ЮРАК-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

Юрак касаллнклари билан боғлиқ бўлган руҳни бузилишлар. Марказий нерв тизими, айниқса бош мия пўстлоқ қисмидаги ҳужайраларнинг кислород етишмовчилигига ва қон айланишининг бузилишига сезгирлиги жуда юқори бўлади. Шунинг учун юрак фаолиятидаги кўзга кўринган патологик жараёнлар эртами-кечми албатта руҳий бузилишларга олиб келади. Бирқ марказий нерв тизимининг ўта мослашиши ва адаптацияси, бош мия гемодинамикасининг доимийлигини таъминлайдиган компенсатор механизмлар мавжудлиги учун кардиоген психозлар кам учрайди. Кўп ҳолларда психоз даражасига етмайдиган руҳий бузилишларни учратиш мумкин.

Кейинги вақтларда кўкрак қафаси жарроҳлиги соҳаси ривожланиши билан юрак операциясидан, айниқса митрал комиссуротомиядан кейинги руҳий бузилишлар учрамокда.

Патогенези. Беморларда руҳий бузилишларни келтириб чиқарадиган механизмлар тўрт гуруҳга бўлинади:

1. Мияда қон айланишининг бузилиши.
2. Кислород етишмовчилиги.
3. Заҳарланиш.
4. Рефлектор таъсирлар.

Психопатологик аломатлар пайдо бўлиши, уларнинг динамикаси ва келажагини юқорида айтилган механизмлар даражаси, уларнинг нисбати ва ривожланиш тезлиги билан тушунтириш мумкин. Ҳар хил соматик патологияда ҳал қилувчи турли хил механизм бўлиши мумкин. Миокард инфарқти ва ўткир юрак етишмовчилигида мия қон айланишининг бузилиши биринчи ўринга чиқади. Бу ҳолатда юрак фаолияти кескин ёмонлашади, томирлар қаршилиги бузилишидан қон босими тушиб кетади. Айланиб юрган қон хажми камаяди, умумий ва мия қон оқими бузилади. Натижада қон-томир етишмовчилиги юзага чиқадики, бу билан мия тўқималари етарли кислород ололмайди. Юзага келган гипоксия мияни метаболитик ўзгаришга олиб келади. Бундай ўзгаришлар аорта-каротид ва юрак чегарасидаги асаб рефлектор таъсирлардан ҳам келиб чиқиши мумкин. Баъзан миокард инфарқтининг охирги босқичларида юракнинг улган тўқимаси — миомаляциясининг қонга сурмлишидан зарарланиши устиворлик қилиши мумкин.

Юрак фаолиятининг декомпенсацияланиши натижасида операциядан сўнг гипоксия бўлиши мумкин. Буни қон таркибидаги ҳаво микдорини текшириб руҳий бўзилиш билан таққослаб кўрилганда аниқласа бўлади.

Клиник кўриниши. Келиб чиқишига қараб ҳар хил бўлган юрак касалликлари билан асоратланган

беморларда руҳий бузилишлар: қўрқув, шайтонлаш, кайфичоғлик, апатия, тушкунлик каби ҳиссиет бузилишлари шаклларида кузатилади. Кардиоген психоздаги энг хос белги қисқа муддатли ҳиссий ҳолатдаги қўрқувдир. Қўрқув оғрик синдромлари ва юрак тож артерияларидаги ўзгаришлар ҳисобига юзага келади. Ўлимдан эзилиб қўрқиш миокард инфарқти бошланаётганда ва стенокардиядаги оғрикда содир бўладиган ҳолдир. Баъзан стенокардия хасталигининг оғриқсиз хуружларида асоссиз қўрқув кузатилиши мумкин. Сурункали секин ривожланаётган юрак касалликларида психопатология бузилишлар ҳиссиет бузилишлари билан кам боғлиқ. Бунда асосан тушкунлик кайфичоғлик ёки тушкунлик ҳолларини кузатиш мумкин.

Беморнинг соматик ахволи оғирлашиши билан тушкунлик кайфичоғлик билан алмашади. Улар ҳазилкаш, сергап, ҳушчақчақ бўлиши мумкин. Ва, аксинча, кайфичоғликнинг тушкунликка ўтиш ҳолатини кузатиш мумкин. Масалан, миокард инфарктидан кейин. Юрак касалликларидаги психологик кўринишларнинг яна бир ўзига хослиги шундаки, улар сўнадиган кам фаолиятли бўлиб қоладилар. Беморларнинг шикоятларидан бири уйқунинг бузилишидир. Бемор юзаки, енгил ҳансирайди, қийинчилик билан ухлайди. Яна бир клиник кўриниши: онг бузилишининг ҳар хил шакллари билан боради. Қўрқув ва эшитув, сезиш галлюцинациялари (чалғишлари), васваса ва беҳузурлик шулар жумласидандир. Баъзан васваса ғоялар онгли равишда ҳам бўлиши мумкин.

Юрак тож томирлари сурункали етишмовчилиги

Стенокардия хуружида кўп беморларнинг руҳий фаолиятида бузилишлар учрамайди. Баъзан уларда оғриқ хуружи такрорланишидан қўрқиш, руҳий аломатларни кузатиш мумкин. Бу беморларда атеросклероз ҳатто бош мия томирларида ҳам юзага чиқиб, церебрал артеросклерозга хос бўлган патологик белгилар намоён бўлади. Миокард инфарқти билан оғриётган беморлар руҳий фаолиятида ҳар хил бузилишларни учратиш мумкии.

Томир касалликлари келтириб чиқарадиган руҳий бузилишлар

Энг кўп тарқалган ҳар хил асаб-руҳий бузилишлари билан борадиган бош мия томир касалликларига атеросклероз, гипертония, гипотония касалликлари киради.

Мия артериялари атеросклерозидаги руҳий бузилишлар

Атеросклероз — сурункали кечиш билан борадиган, ёши улуғларда учрайдиган мустақил умумий касаллик бўлиб, битта умумий ташқи белги — артерия девори ўзгариши (зичлашуви, бириктирувчи тўқиманинг усиши) намоён бўладиган ҳар хил нозологик бўлимларни ўз ичига олган йиғма номдир. Церебрал атеросклероз қатор асаб-руҳий ўзгаришлар билан боради. Оғир кечиш билан бораётганлари албатта ақл пастликка ёки ҳатто ўлимга ҳам олиб бориши мумкин.

Аломатлари. Касаллик босқичига, унинг намоён бўлиш даражасига, кечиш тавсифига қараб церебрал атеросклероз клиникаси ҳар хил бўлади. Кўпинча неврозга ўхшаш аломатлар: ўта қўзгалувчанлиқ чарчаш, меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Айниқса, ақлий иш

қобилиятининг пасайиши тавсифлидир. Бемор фикри тарқоқ тез чарчайдиган бўлиб қолади.

Бошланғич церебрал атеросклерозда ишончсизликнинг кучайиши, гумонсировчи, юзаки ўйловчи, ҳасис, бесабр, умуман К.Шнейдер таъбирича, «шахснинг масхараланиши»га ўҳшаш кўриниш намоён бўладики, бу унинг ўзига хос томонларидир.

Касаллик ривожланиши билан беморнинг иш қобилияти ва хотираси пасаяди. Улар нима қилмоқчи бўлганини, нимани қаерга қўйганини тез унутадилар. Айниқса улар ўтиб кетган воқеаларни, кун номларини эслаб қоладики, натижада у ўз ҳолатини танқидий бахолайди. Баьзи ҳолларда кар-соқов синдромигача етиб боради. Яна «майли» ўзгардики, улар ҳаракатчан бўлиб қоладилар.

Церебрал атеросклерознинг энг тавсифли томони бемор ҳиссиётига берилувчан бўлиб қолади. Улар йиғлоқи, раҳмдил бўлиб қоладиларки, ҳатто мусиқа ва кинони йиғлаб эшитадилар ва кўрадилар, тез кулиб юбориши ҳам мумкин. Яна тавсифли томони аста-секин ортиб борадиган аҳамиятсиз нарсадан ҳам портлаб кетадиган қўзғалишнинг юзага келишидир. Атрофдагилар билан муносабати ўзгарзди.

Майл ва хотиранинг бузилиши, ҳиссиётга берилувчанлик ва айниқса хатти-ҳаракатидаги ўзгаришлар атеросклероз, ақлсизликнинг юзага чиққанидан далолат беради.

Церебрал атеросклероз қариликда содир бўлиши мумкин бўлган тутқаноқнинг сабабларидан бири бўлиши мумкин. Кўпинча руҳий тушкунликлар, баъзи ҳоллардагина кайфичоғлик (эйфория), тунлари эса кунлаб, соатлаб давом этадиган қўрув, эшитув, васваса галлюцинациялари содир бўлади. Кўп ҳолларда васвасанинг рашқ муносабат, кузатиш, ипохондрия турлари, баъзан эса кашфиёт ва эротик васвасалар кузатилади.

Оғир атеросклерознинг тавсифли аломатларидан бири мияга қон қўйилиши (инсульт)дир. Кутилмаганда чуқур даражада онгнинг туманлашиши (кома) содир бўлади. Агар ҳаёт учун аҳамиятли марказлар зарарланган бўлса, тез ўлимга олиб боради. Бошқа ҳолларда бир неча соатлаб давом этадиган сопор билан алмашиниб турадиган, астасекин эснинг ўз ҳолига кайтиши билан борадиган чуқур даражадаги онгнинг туманлашиши кузатилади. Бу даврда сабрсиздиқ шошқалоқлик, қўрқув, сўзлаш ва ҳаракат қўзғолувчанлиги, тиришиш ҳолатларини ҳам учратиш мумкин.

Қон қўйилишининг асоратларига нафақат неврологик (паралич, афазия, агнозия, апраксия), балки апоплексиядан кейинги ақлсизлик кўринишидаги руҳий бузилишлар ҳам киради.

Инсульт нафақат қўққисдан, балки секин-аста продромал даврдан кейин ҳам бош айланиши, бошга қон қўйилиши, қудокда шовқин, кўз олди қоронғилашиши, гавданинг ярми ишламаслиги каби қатор белгилар билан инсульт олди ҳолати юзага келиши мумкин. Баъзан нутқ кўриш ва эшитишнинг бузилиши кузатилади. Инсульт олди ҳолати доим ҳам инсультгача бормай, юқорида санаб ўтилган белгилар билан тугаши ҳам мумкин.

Инсультлар ҳам қўққисдан ҳамда ҳар хил омиллар: руҳий кучланиш ҳолати (диққат, қўрқув, шошқалоқлик), жинсий ва алкогол эҳтиёжи, меъданинг тулиб кетиши, кабзият ва бошқа таъсирлар натижасида юзага келиши мумкин.

Неврологик ва соматик бузилишлар. Атеросклероз билан оғриётганларда бош айланиши, бош оғриши ва қулоғига шовқин эшитилиши мумкин. Яна уйқунинг бузилиши (тез ухлаш, уйғонолмаслик) тавсифлидир. Неврологик кузатишларда кўз қорачиғининг торайгани ва ёруғликка кам ҳаракати, қўл панжаларининг қалтираши, кичик ҳаракатлар мувозанати бузилгани ва пай реф-лекслари ошгаплиги аниқланади.

Соматик ўзгаришлар: ички аъзолар (юрақ аорта ва буйрак)ва периферии томирларда бириктирувчи тўқима ўсади, кон босими ортади, тахикардия, баъзан Чейн-Стокс нафас олиши содир бўлади.

Беморнинг ташки кўриниши. Беморнинг ёши каттароқ териси сариқ, тўрсимон тери ости томирдари аниқ кўринади**:**

Этиологияси, патогенези ва патанатомияси. Атеросклероз асосида артерия ички қобиқларига липидларнинг йиғилиши натижасида бириктирувчи тўқима тугунчалари бўлиши аниқланади. Томир тўқималари ўзгариши натижасида асаб тўқималари зарарланишини чақирадиган ҳар хил ҳажмдаги мия қон айланишининг бузилишлари келиб чиқади. Хасталик келиб чиқиш механизмини тушунтирадиган ҳар хил назариялар тақлиф қилинган. Кенг таркалган назариялардан бири қон билан айланиб юрадиган липидлар орқали томир деворлари инфильтрациясига олиб борадиган инфильтрацион назариядир. Кейинги йилларда олиб борилган текширишларнинг кўрсатишича, липид инфильтрати томир деворида физик-кимёвий хусусиятларнинг бирламчи ўзгаришига олиб келар экан. Жараённинг ривожланишига заҳарланиш, инфекция, вазомотор бузилиш, модда ва липид алмашинувининг бузилишлари кўмаклашар экан.

Кечиши ва оқибати. Айниқса касалликнинг биринчи йилн тўлқинсимон кечиш билан ўтади. Пироварддаги ҳолати нафақат зарарланиш даражаси, балки хасталик ўчоғи ўрнига ҳам боғликдир.

Давоси ва олдини олиш чоралари. Атеросклерознинг (олдини олиш учун овқатланишни тўғри ташқил этиш билан бирга алкоголь, чекиш каби заҳарли моддалардан заҳарланишдан ўзини сақлаш, меҳнат ва дам олишни тўғри ташқил этиш керак. Касаллик бошланишида қўлланиладиган даво учун йод дорилари:

Сайодин (0,5 г дан 2—3 марта, овқатдан кейин); йод-гиперсол (0,5—1 г дан 2 марта, овқатдан олдин); 3% ли калий (1 ош қошиқдан 3 марта) ёки 5% ли спиртли йод эритмаси (кунига 2—3 томчидан 2 марта, 1 томчидан ошириб 15—20 томчига етказилади, сут билан овқатдан кейин ичилади). Йод дориларини қабул қилаётганда йодизм келиб чиқиши мумкин эканлигини унутмаслик лозим. Кейинги вақтларда линетол (эрталаб 20 мл дан 1 марта) ва диоспонин (0,02—0,2 г дан 2 марта, овқатдан кейин) кенг қўлланилмокда. Бу беморларга 5 мл 2% ли новокаин 3 марта кунига, ҳафтада 1 та инъекция ва 10 кун танаффусдан кейин яна 1 йилда 4 босқичда даво олиш ксрак бўлади. Атеросклероз психозлзрида нейро-лептик дорилардан: аминазин, нозепам, этапиразин. Транквилизаторлардан: мепротон, либриум. Агар атеросклероз гипертония касаллиги билан бирга келса, гипотензив дорилар, ақл пастликда фосфорли дорилар (липоцеребрин, фитин) берилади. Беморнинг аҳволини ҳам кузатиб бориш керак: инсульт юзага

чиқса эуфиллин (5—10 мл, 2,4% 10—20 мл 40% глюкоза билан) юборишии унутмаслик лозим.

Гипертония касаллигида руҳий бузилишлар

Гипертония касаллиги кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, бўлар билан бошқа турдаги врачлар қатори психиатрлар ҳам жуда кун тўқнашади. Касаллик этиологияси ва патогенези замонавий табобатнинг муҳим муаммоларидан биридир. Гипертония касаллиги ҳар хил кучланишлар (жароҳатлар) таъсирида келиб чиқади. Бошқача қилиб айтганда, олий нерв фаолиятининг нейрогуморал механизм таъсирида бузилиши томирлар тонусини ўзгартирадики, натижада гипертония келиб чиқади. Бирок томирлар тонусини ўзгартирадиган бошқа ирсий омиллар, қарилик аломатлари, эндокрин силжишлар ва бошқа назариялар ҳам бор.

Симптоматологияси. Гипертония касаллигида церебрал бузилишлар бошқа хасталиклар қатори ўзига хос тавсифга эга. Улар енгил гипертоник кризлан бошлаб то инсульт каби энг оғир зарарланишгача, мия қон айланиши бузилишлари кўринишида бўлади. Лекин, мия кон айланиши бузилишларидан ўладиганлар сони юрак хасталикларидан ўладиганлар сонидан кейин иккинчи ўринда туради.

Гипертония касаллиги учун кўп сонли неврологик бўзилишлар билан бирга гипертония психозлари деб номланадиган руҳий бузилишлар ҳам тавсифлидир. Бу касалликдаги психопатологик кўринишлар касалликнинг ҳар қандай шақли ва боскичларида учрайди. Шу билан бирга гипертония каеаллигининг руҳий бузилишлар тавсифи билан маълум нисбати бор. Масалан, неврозга ўҳшаш аломатлар 1-босқичга, ақл пастлик 3-босқичга ҳосдир. Шунингдек, маниакал ҳолат, депрессив васваса, псевдоступор синдромлари, псевдопаралитик статус каби аралаш клиник кўринишларни учратиш мумкин.

Гипертония касалликлари билан оғриётган беморлар: сезгирликнинг ошиши, бош оғриги, уйқусизлиқ чарчаш ва бўшашиш, иш қобилиятининг пасайиши, кўнгли бўшлик ва тез ҳафа бўлувчанликдан шикоят қиладилар. Бир сўз билан айтганда, уларнинг кайфиятлари тушиб кетадики, баъзан танг аҳволда кўрсанг, баъзаи эса нимадандир токати тоқ бўлаётгандек туюлади. Сабрсизлик кўпинча тусатдан тунлари бошланади. Шунингдек, гипертонияда учрайдиган кучли қўрқиш ҳоллари ҳам тусатдан содир бўлади. Бу касалликка яна ипохондрик муносабат ва кузатув васвасалари, рашк, ўз-ўзини айблаш тафаккурлари; хотиранинг ҳар хил даражада пасайиши, деменция, ақлсизлик тавсифлидир.

Давоси ва олдини олиш. Гипертония касаллигининг олдини олиш омилларига: оилавий муҳит, меҳнат ва дам олишни тўғри ташқил этиш, овқатланиш тартиби, заҳарланишдан сақланиш кабилар киради. Даволашда резерпин, серпазил, раунатин, фенотиазин қаторидан нозепам, аминазин, транквилизаторлардан мепротан — андаксин, лимбриум, элениум қўлланилади. Бошланғич даврида электроуйқунинг ҳам катта аҳамияти бор. Шунингдек диуретин, теобромин, сальсолин ва дибазол (падутин) ҳам ишлатиш мумкин.

Тромбозмболитик асорати юзага чиқмаслиги учун тикоагулянтлар ҳам тавсия қилинади.

Гипертоник криз ҳолатида эуфиллин, дибазол, магнезий сульфат беришни унутмаслик керак.

Оқибати яхшилик билан тугашининг ягона йўли юқорида санаб утилган дорилар билан бирга руҳий даволар, пархез овқатлар ва тўғри ташқил этилган турмуш тарзидан оқилона фойдаланмок жоиздир.

Гипотония касаллигидаги руҳий бузилишлар

Гипотония билан оғрийдиган беморларда бош айланиши, у мумий беҳоллик, вазомотор бузилишлар ва ҳушидан кетиш ҳоллари каби белгилар билан гипотоник криз юзага келиши мумкин. Кўпинча беморнинг бош оғриги, бош айланиши, қулокда шовқин ҳосил бўлиши, умумий бўшашиш ва чарчаш каби шикоятлари ўз гавдасини горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга тезлик билан ўзгартирганда ҳосил бўлади.

Баъзи бир боморларда юқорида санаб ўтилган астеник симптомлар билан бирга депрессия белгилари ҳам кузатилади.

Давоси. Витаминотерапия (С ва В). В. Л. Филатов биостимуляторлари, ҳаёт илдизи (женшен), хитой лимони, пантокрин, кофеин, тромб ҳосил бўлишига қарши антикогулянтлар қўллаш мумкин.

Кейинги вақтларда элимопсия (1% 10—20 томчидан 2 марта ичишга) 20—30 кун давомида қўлланилмокда.

Гипотония касаллигида дорилар билан бирга физиотерапия, жисмоний машқ қилиш лозим, меҳнат ва дам одишни тўғри ва меъёрида ташқил этиш фойдалидир.

Юрак-томир касалликларида рухий касалликлар

Бемор Г 52 ёш. 10 йил мобайнида гипертоник касаллик билан касалланади,неврология булимида гипертоник криз ва транзитор бош мия кон айланишининг бузилиши билан ётибди. Булимда вакт ва маконга нисбатан ориентировкаси бузилган, уз палатасини билмайди, даволовчи врачининг исмини билмайди, нонуштага нима еганлигини эслолмайди, уз уйимдаман деб хисоблайди ва ишга бориш кераклигини айтмокда.

.синдромал ташхис

.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Бош миянинг травматик, томирли , токсик ва бошка касалликлари
2. Корсаков амнестик синдром
3. ЭЭГ, R черепа, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикни биохимик анализи
4. Фиксацион амнезия, псевдоременисценция, конфабуляция, амнестик дезориентировка
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш

1. қон томир деменцияси учун хос :

кўрув галлюцинози
ўчокли ўзгаришларнинг бўлиши
когнитив функциялар бузилган
анамнезда цереброваскуляр бузилишлар
ўз ҳолатига танқид сакланган

2. Гипертония касаллиги I босқичи учун хос:

прогрессияланувчи деменция
неврозсимон синдром
психопатсимон синдром
уткир параноид
аффектни бошқара олмаслик
амбулатор автоматизм

3 Бош миянинг қон томир патологияси учун кўпроқ хос:

кўнгилбўшлик
гипомнезия
амбивалентлик
абулия
мания

4 Миокард инфарктининг уткир даврида кузатилади:

хавотир
псевдореминесценция
гебефрения
фобия
вегетатив бузилишлар
обнубеляция

5 Кон томирли деменцияга хос:

курув галлюцинацияси
неврологик текширувда учокли узгаришларни аникланиши
амбивалентлик
анамнезда цереброваскуляр бузилишлар борлиги
акли заифликнинг тоталлиги
талваса

17-БОБ

ИНВОЛЮЦИОН ДАВР РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРИ ВА ҚАРИЛИК ПСИХОЗЛАРИ

Ёшлик даврдаги ва ёш ўтиб қолгандаги руҳий касалликлардан ташқари, психозларнинг фақат ёши улуғлашган даврда учрайдиган айрим турдари мавжуд. Бу ёш шартли иккита даврга ажратилади: қарилик олди ёки пресенил — 45—60 ёш ва қарилик ёки сенил—65 ва ундан юқори ёш. Ёши улуғ давр руҳий касалликларини схематик равишда қўйидагича ажратиш мумкин:

1. Климактерик давр билан боғлик руҳий бузилишлар.

2. Инволюцион ёки пресенил психозлар, инволюцион меланхолия, пресенил параноид.

3. Қарилиқ сенил психозлари, сенил деменция, Аль-цигеймер касаллиги ва бош мия тизимининг атрофик касалликлари, Пик касаллиги ва бошқалар.

Охирги гуруҳга этиологик ва нозологик жиҳатдан бир хил бўлмаган, лекин умумий ўхшашлик белгиси бўйича бирлаштирилган касалликлар киради: бу касалликларнинг барчасига астасекинлик билан, доимий прогредиент кечиш хос бўлиб, бунда касаллик жараёпи чуқур ақли пастлик билан якунланади.

Ёши улуғ давр психозлари психиатриянинг эаг м у р а к каб муаммоларидан бири ҳисобланади. Ҳозирга қадар бу касалликларнинг этиологияси, патогенези ва таснифига оид масалалар етарлича кўриб чиқилмаган ва ечилм а г а н.

Климакс билан боғлиқ руҳий бузилишлар

Климакс — бу ички секреция безлари фаолиятининг ёшга хос ўзгаришлари билан боғлик физиологии жараён бўлиб, жинсий безлар фаолиятининг ўзгариши унинг асосида ётади. Бу ўтиш даври эркакларда ҳам, аёлларда ҳам кузатилади, бироқ аёлларда климакс белгилари жуда аниқ юзага чиқади, чунки бу жараён ўртача 45—50 ёшларда юз берадиган овариал фаолиятнинг тўхташи билан бевосита боғликдир.

Климатерик аломат мажмуи хилма-хиллиги билан ажралиб туради, бунда ҳар хил соматик белгилар билан бир қаторда асаб-руҳий бузилишлар ҳам учрайди.

Асаб-руҳий бузилиш белгилари менопаузадан 1—2 ой олдин, баъзан орадан 2—3 ва ундан кўп йиллар ўтгач юзага чиқиши мумкин. Бу бузилишлар психозлар эмас, балки вақтинчалик невротик реакциялардир ва улар аффектив беқарорлик, юқори қўзғалувчанлик ва хавфсираш аломатлари билан юзага чиқади. Бу даврда реактив-депрессив ва ипохондрик реакциялар пайдо бўлишига мойиллик кузатилади, айниқса климакс вегетатив-соматик ўзгаришлар мияга кўп қон келиши, бош айланиши, юрак тез уриб кетиши, хушдан кетиш ҳоллари ва бошқалар билан кечганда шундай бўлади. Ўта юқори аффектив лабиллик ва рсактивлик ҳар хил истерик ҳолларни келтириб чиқаради, бу Т. А. Гейер, О. Бумке каби баъзи муаллифларга касалликнинг алоҳида шакли — инволюцион истерияни ажратишга асос бўлди.

Психиканинг қўпол бузилишлари узоқ давом қилувчи депрессиялар одатда руҳий дунёқарашида олдиндан қандайдир бузилишлар, психопатиялар, табиати жиҳатидан шахснинг мувозанатлашмаганлиги мавжуд бўлган аёлларда учрайди.

Невротик бузилишларни даволашда седатив ва нейролептик моддалар буюрилади. Барча холларда руҳий даволашнинг турли хил усуллари тавсия қилинади.

Климакс даври тугаши билан асаб-руҳий ўзгаришлар ҳам сусайиб, кейинчалик аста-секин йўқ бўлиб кетади.

Инволюцион пресенил психозлар

Инволюцион ёки пресенил психозлар клиник жиҳатдан кечиши бўйича ҳам, оқибати бўйича ҳам психознинг ҳар хил шаклларидир. Улар инволюцион давр касалликларининг алоҳида шакллари сифатида Крепелин томонидан 1896 йилда ажратилган.

Хозирги вақтда пресенил психозлар клиник кўриниши ва кечишига қараб инволюцион меланхолия, инволюцион параноид ва пресенил психознинг хавфли шакли Крепелин касаллигига ажратилади.

Инволюцион меланхолия

Касаллик кўпроқ аёлларда 50—60 ёшларда бошланади. Ҳозирги вақтгача касаллик этиологияси ва патогенези тўлиқ аниқланмаган. Лекин организмдаги инволюцион ўзгаришлар асосида келиб чиқадиган эндоген-токсик жараённинг аҳамияти шубҳасиздир ва у психоз ривожла-нишида асосий ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Мойиллик яратувчи омиллар — бу ҳар хил психогения ва соматогениялардир.

Инволюцион меланҳолиянинг асосий синдроми ташвишли — қайғули депрессия бўлиб, у кўпинча ўз-ўзини айблаш, ўз-ўзини ўлдириш ва ипохондрик васваса ғояларининг қўшилиши билан учрайди.

Клиник кўриниши. Касалликнинг бошланғич белгилари ноўрин безовталиқ ўзини йўқотиб қўйиш, жуда суст кайфият фонидаги ноаниқ қўрқув сифатида намоён бўлади. Климакснинг ривожлаиши ҳар хил. Баъзи ҳолларда ташвишли нотинчликнинг аста-секин кучайиши кузатилади, кейинчалик у ўзгармасдан узоқ вақт бир хил даражада туради; бошқа ҳолларда ташвишли қўзғолиш аломатлари ўта тез ривожланади ва одатда идрок қилиш бузилишлари ва васваса ғоялар қўшилиши туфайли мураккаблашиб кетади. Васваса ғоялар хиссиётларни фантастик шаклда акс эттиради. Котар васвасаси: «...Организм тириклигича парчаланиб кетмоқда... Оилам ўлди... Менинг айбим туфайли оммавий фожеалар юз бермоқда... Қутулишнинг ҳеч қандай йўли йўк. Ягона йўл — ҳаққоний қасос» ва ҳоказо.

Беморлар доимо безовта ҳаракатда бўладилар, бу вақги-вақти билан ажиатацияга ўтувчи ўралашиб қолишда иамоён бўлади. Улар палатада у ёқдан бу ёққа юришади, ўзларини тимдалашади, ўз сочларини юлишади. Беморлар нутқи шикоятларини ҳадеб бир хил жумлалар орқали кайтараверии билан тавеифланади. Вақт ўтиши билан нотинч ҳаракатлар тормозланиш билан алмашиниши мумкин, бироқ бунда ташвишли — қайғули зўриқиш камаймайди. Бетинчлик ташқи шароитлар ўзгартирилганда, бошқа

палата ёки бўлимга ўтказилганда янада кучаяди. Идрок қилишнинг бузилишлари кўпинча вербал иллюзиялари билан намоён бўлади: атрофдагиларнинг суҳбатида ўзига каратилган айблашлар эшитилади, назарида уни камситишади, уришишади. Ил-люзияларнинг васвасалар билан ифодаланадиган бошқа шакллари ҳам учрайди: кўришга келган қариндошлари ўзгариб кетган; улар бошқача кўринишади, юзларида касаллик аломатлари: балки, булар қариндошлари қиёфасидаги умуман бошқа одамлар. Кўпинча ипохондрик васваса учрайди: беморлар ўзларини захм билан касалланган, рак билан касалланган деб ҳисоблайдилар. Овқат ҳазм қилиш йўқларининг оғир зарарланишидан шикоят қиладилар. Овқат ҳазм бўлмаяпти, ичакларим атрофияга учраб кетаяпти ва бошқалар.

Касалликнинг соматик белгилари кам тавсифли. Фақат озиб кетиш ва бевақт қариб кетиш кузатилади. Баъзи ҳолларда касаллик ўта шиддатли кечади, у шиддатли даражага етувчи ажиотаж қўзғолиш билан юзага чиқади. Бунда ажиатация даврлари онейроид типидаги онг хиралашиш элементлари мавжуд бўлгач, ўзини йўқотиб қўйиш даврлари билан алмашиниб туради. Беморлар фожеавий даражада тез қувватсизланадилар ва озадилар. Кейинчалик ҳаракат қўзғолишлари негативизм симптомлари бўлган, кататоник ступорни эслатувчи ступороз ҳолатга ўтиб кетиши мумкин. Беморлар бефойда бўлган қаршилик курсатадилар, овқатни туфлаб юборадилар, ўзук-юлуқ жумлаларни стереотипик равишда қайтараверадилар. Баъзи муаллифлар бундай ҳолатларни пресенил психознинг алоҳида шаклига ажратадилар ва уни «хавфли пресенил психоз», Крепелин касаллиги, «кеч кататония» деб атайдилар. Лекин бир томондан бундай холатларга инволюцион меланхолиянинг оғир кечувчи вариантлари сифатида ҳам қараса бўлади.

Кечиши. Инволюцион меланхолия кўп ойлар, ҳатто кўп йиллар узоқ давом этиши билан тавсифланади. Климакс оқибатлари турлича. Бутунлай соғайиб кетиш ҳам мумкин, лекин касаллик кўпинча бир хилдаги тушкун кайфият ҳолатидаги умумий активликнинг пасайиши билан кечадиган турғун астеник кўринишдаги асорат қолдиради. Шиддатли кечувчи хавфли кўринишлари ривож-ланиб борадйгап умумий қувватсизлик билан кечадиган ҳолларда ўлим билан тугайди.

Патологик анатомияси. Оғир кечувчи инволюцион меланхолияда асосан ички секреция безларинниг зарарланиши билан ўтадиган умумий дистрофия кузатилади. Одатда бош мия пўстлоғининг пешона-мия соҳасининг кучсизроқ атрофияси аниқланади. Патоморфологик жиҳатдан **эса** марказий нерв тизимидаги токсикологик ўзгаришлар аниқланади.

Фармаш ташхиси. Инволюцион меланхолиянинг бошланишида фарқлаш ташхисида қийинчиликлар туғилиши мумкин, чунки ёш ўтиб қолганда ҳар хил депрессив ҳолатлар ҳам ташвишланиш ва ҳаракат нотинчликлари аломатлари билан кечади. Маниакал-депрессив психоздан инволюцион меланхолияни қўйидаги белгилар ажратиб туради: олдин циркуляр хуружларнинг кузатилмаганлиги, касаллик манзарасида ташвиш ва қўрқувнинг устун туриши. Томир касалликлари туфайли келиб чиқадиган депрессиялардан инволюцион меланхолия тўлқинсимон кечишининг йўқлиги, психотик ҳолатнинг томир тонусига боғлиқ эмаслиги билан фарқланади.

Даволаш. Ҳозирги вақтда нейролептик моддаларни, аминазин ва ҳоказоларни антидепрессантлар имизин, мелипрамин ва бошқалар билан бирга қўллаш катта фойда бермоқда. Оғир ажиотаж ҳолатларда симптоматик восита сифатида опий препаратлари тавсия қилинади, уларнинг дозалари дастлаб ошириб борилади, кейин аста-секин камайтирилади. Нейролептикларни ўз вақтида қўллаш ўлимнинг кескин камайишига олиб келади. Қайд этиб ўтилган дори препаратларига нисбатан резистентлик мавжуд бўлган ҳолларда «электротитратиш» билан даволаш қўлланилади. Беморларда суицидал ҳаракатларга мойиллик борлигини ҳисобга олиб тезда шифохо-нага ётқизиш керақ

Инволюцион параноид

Бу шакли бошқачасига инволюцион параноид, инволюцион парафрения ёки пресенил Зиен васвасаси дейилади.

Клиник манзараси. Касаллик тиниқ онг ва ташқи томондан ўзгармаган ҳулқ-атвор фонида аста-секин ривожланадиган васваса билан тавсифланади. Васваса тузилмаси ва унинг фабуласи жуда ўзига хосдир. Васваса концепциясига кишиларнинг тор доираси киради: қўшнилар, танишлар уларга атайлаб нохушликлар келтириб чиқаришда айбланадилар. Васвасалар одатда тор доирадаги хўжалик муносабатларидан, арзимас гинахонликдан четга чиқмайди. Аввал беморларнинг даъволари атрофдагилар томопидан ҳаққонийдек қабул қилинади, бироқ вақт ўтиши билан уларнинг патологик асоси кўзга ташланиб қолади. Беморларнинг назарида кушнилари уларнинг нарсаларини бўзаётгани, калитлар ва махсус воситалардан фойдаланиб яширинча уйга кираётгани, овқатларига ахлат солиб кетаётгани, деворларда тирқиш очиб у ердан газ юбораётганига ва бошқа хавфли ишлар қилишига ишончлари комил. Кечалари қўшнилари-никида йиғинлар уюштирилади, у ерга шубҳали шахслар келади. Бўларнинг ҳаммаси моддий зиён етказиш, соғлигига зарар қилиш ёки хонасидан сиқиб чиқариш учун атайлаб қилинади. Баъзан ҳидлов галлюцинациялари, эшитув вербал иллюзиялари сифатидаги идрок қилиш бузилишлари учрайди. Шунингдек соматик бўзилишлар билан боғланган ҳолда тана сезгиларини васвасали қабул қилиш кузатилади, юрак уриши, газдан заҳарланиш оқибати ва ҳоказолар. Васвасалар рашк ғоялари асосида ривожланиши ҳам мумкин. Муҳитни, яшаш жойини ўзгартирилганда беморлар бир оз тинчланишади, бироқ кейинчалик олдинги васваса фикрлар яна қайта бошланади. Беморлар ўз оғрикли кечинма ва ғояларини химоя қилишда ўта фаолликлари билан ажралиб турадилар. Улар эшикларига кўплаб қулфлар ўрнатадилар, доимо кузатишлар уюштирадилар, суд органларига шикоятлар билан мурожаат қиладилар, милицияга борадилар. Бунда депрессия кузатилмайди. Аксинча, аффектив созланганлик астеник белгилар билан, васваса ғояларининг ўта ташвишлилиги юзага чиқади

Касаллик сурункали кечади. Соматик ҳолларида ўзгаришлар кузатилмайди.

Фарқлаш ташхиси. Фарқлаш ташхисидаги киййнчилик доимо инволюцион параноидни кеч шизофрениядан ажратиш билан боғлиқ. Ташхисдаги асосий белгилар бу беморларнинг ҳиссий ўзгармаганлиги, касаллик манзарасида руҳий автоматизм аломатларининг йўқлигидир. Қарилик ёшидаги

бундай психозларга баъзи муаллифлар томонидан карилик паранойей деб қаралади.

Даволаш. Стационар шароитида олиб борилади ва аминазин ёки бошқа нейролентикларнинг суткасига 800—1000 мг дозаларини қўллашдан иборат. Касалхонадан чиққач беморлар бу дориларни кичик дозаларда қабул қилиб юришлари керак. Нейролептик воситалар билан даволаниш натижасида васваса симптоматикаси одатда сусаяди ва аффектив ҳарактерини йўқотади.

1 Инволюцион параноид учун қуйидаги васваса тури хос:

зарар етказиш
ислохотчилик
захарлаш
муносабат
ипохондрик
ихтирочилик

инволюцион психоз мавзуси буйича вазиятли масалалар

1. Бемор С.60 ёшда. Овкат ейишдан бош тортяпти,ундан кутилиш ниятида хотини овкатига захар солиб куйган деб уйлайди. Бир неча эркаклар билан юради дейди. Эшикни кулуфлаб утиради.
   .синдромал ташхис
   . Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
   .асосий ва қўшимча текшириш усуллари
   .бу синдромни симптомларини санаб беринг
   .УАШ тактикаси.

Жавоблар

1. Параноид синдром
2. Шизофрения, инволюцион психоз, бош миянинг органик касалликлари
3. Клинико-катамнестик текширув ЭЭГ, калла суяги R-графияси, ЭХО-ЭГ
4. Рашк, таъсир, ва захарланиш васвасалари.
5. Рухий касалликлар касалхонасига даволанишга жунатиш

инволюцион психоз

2. Бемор М 82 ёш. Хотини билан 50 йилдан бери бирга яшайди. Кузи яхши курмайди. Охирги пайтларда хотинини хаммадан рашк килади. Хаттоки кушнининг 4 ёшлик боласига хам рашк килади. Кечкурун хотинини кроватга боглаб куяди, лекин айтишича хотини богловни ечиб кечкурун эркакларни олдига бориб келади. Бунинг исботи богловнинг ранги узгариб колганлиги.
   .синдромал ташхис
   . Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
   .асосий ва қўимча текшириш усуллари
   .бу синдромни симптомларини санаб беринг
   .УАШ тактикаси
   Жавоблар
   1. Параноид синдром

2. Инвалюцион психоз, шизофрения, бош мия атрофик касалликлари
3. Клинико-анамнестик текширув, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, калла суяги RO-графияси
4. Химоя ва далиллар системасига эга бўлган рашк васвасаси
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш

13-БОБ

ҚАРИЛИК ПСИХОЗЛАРИ

Қарилик психози — сенил деменция. Касаллик кекса ёшда, одатда, 70—80 ёшлар орасида бошланади. Карилик психозининг асосида асосан бош мия катта ярим шарлари пўстлоғининг ривожланиб борувчи ёки прогредиент атрофик жараёни ётади. Бу жараён мия паренхимасининг қариликдаги физиологик инволюцияси эмас, балки патологик ўзгаришларнинг оқибатидир. Шундай қилиб, сенил деменция — бу психиканинг ёшга боғлик ўзгаришларининг кучайишидан сифат жиҳатдан фарқ қилувчи ҳолатдир.

Қарилик психозига олиб келувчи сабаблар яхши ўрганилмаган. Баъзи муаллифларнинг фикрича бунда наслий омилларнинг аҳамияти бор.

Клиник манзараси. Карилик психозининг клиник манзараси кучайиб борувчи ақлий заифлик, қонуний равишда кучайиб борувчи хотира сусайиши ва кейинчалик барча руҳий жараёнларнинг емирилиюидан иборат.

Касаллик аста-секин ривожланади. Бошланғич симптомлари кўпинча унутувчанлик, ҳарактерли белгиларнинг ўзгаришидан иборат бўлади. Кейинчалик ҳарактернинг сифат жиҳатидан ўзгача белгилари пайдо бўлади, психопатиясимон ўзгаришлар руй беради. Беморлар шубҳаланувчан, қўрс, эзма бўлиб қоладилар: болаларга хос ишонувчанлик билан бир қаторда ҳеч тушунмайдиган кайсарлик тавсифлидир. Ўзидаги ўзгаришларга танқидий қараш бутунлай қолмайди. Қизиқиш доираси кескин тораяди. Улар баҳиллик талабларини қондиришга интилиш билангина чегараланадилар, вегетатив турмуш тарзига ўтиб оладилар. Бунда кўпипча майллар тормозланмайдиган бўлиб қолади ва бу ҳолат кўпгина енгилтак, ҳатто жиноий ҳаракатларга олиб келиши мумкин. Пулларни бефойда сарфлаш кузатилади. Хотира кескин бузилади, воқеалар қанчалик янги бўлса, шунчалик тез унутилади — Рибо қонуни. Шунинг учун беморлар ҳаёти ўтмиш воқеалар доирасида кечади. Узоқ даврлардаги воқеалар, лавҳалар уларнинг фикрларининг асосий мавзуси бўлиб қолади. Доимо бир хил нарсаларни кайтарадилар ва ҳар гал бу улар учун янгидек бўлиб ҳисобланади. Ўрганган шароитларда бир амаллаб мўлжал қиладилар, лекин яиги жойда ўзларини бутунлай йўқотиб қўядилар. Бора-бора хотира бутунлай йўқолади. Беморлар невараларининг, болаларининг исмларини, ўзининг ёши ва фамилиясини унутиб юборадилар. Қариндошларга ва ўз яқинларига бўлган боғлиқлик ҳиссини йўқотадилар, уларни таиимайдилар, баъзан качонлардир ўлиб кетган кишилар билан адаштирадилар.

Касалликнинг клиник кўринишлари ҳар хил, шунинг учун қарилик психозининг турли шакллари ажратилади. Юқорида баён этилган ҳолат оддий шақли учун тавсифлидир. Баъзи ҳолларда деменциядан ташқари биринчи қаторга аффектив бузилишлар чиқади, у доимий ғамгин кайфият, хаётдан совуш кўринишида бўлади.

Бундай депрессиялар ипохондрик васваса ғоялар билан кузатилади ва кўпинча тузилиши жиҳатдан

ўта ғалатилиги билан ажралиб туради... «Ошқозоним, ичагим аллақачон йўк.. Ичимдаги ҳамма нарса қуриб, чириб кетди...» — Котар васвасаси.

Амнеетик адоматлар мажмуаси билан деменция фонида камбагаллашиш ёки ўғри тушиш васваса ғояларя кузатилади. Беморлар безовта, ўта шубҳаланувчан бўлиб қолишади, нарсаларини доимо бурчак-бурчакларга бекитиб юрадилар ва ҳаммани ўғриликда айблайдилар. Бундай беморларга тунги безовталик хосдир. Улар кундуз куни уйқусираган, шашти паст, тунда эса хоналар буйлаб кезадилар, қўшниларнинг эшикларини тақиллатадилар, ниманидир излайдилар; бу вақтда эзмалик билан сўкинадилар ва уни ўз жойнга ёткизишларига қаршилик қиладилар. Амнестик мўлжал бузилиши кескин нотинчлик хуружлари, ўралашиб қолиш, мазмун жиҳатдан жуда саёз галлюцинациялар, карилик делирийси деган ном билан юритилади.

Қарилик психозининг конфабулятор шақли ёки пресбиофрения олди касалликнинг алоҳида тури сифатида кўриб чиқилади. Бундай ҳолда амнестик синдром кучли коифабуляциялар билан бирга бўлади. Бу конфабуляцияларда олдин бўлиб ўтган воқеалар, олдинги касби ёки турмуш шароити билан боғлиқ уйлаб топилган воқеалар асосий ўрин эгаллайди. Масалан, олдин соатсоз бўлган бемор врач билан суҳбатида шундай дейди: «Мен сизни жуда яхши эслайман, сиз яқинда менга Павел Буре маркали соатингизни тўзатишга бердингиз.... Йирик фирма, бундай соатдан аниқлигини талаб қилса бўлади».

Беморлар эйфорик, ҳаракатчан, болаларча тажанг бўладилар. Атрофдаги ҳамма нарсалар унинг эътиборини тортади. Улар бегоналар суҳбатига ҳеч нарсага тушунмаган ҳолда аралашадилар, бошқаларга берилган саволга жавоб берадилар. Хулқ-атвори ўта ўралашувчанлик ва тиришқоқлиқ ишбилармонлик билан ажралиб туради. Қаёққадир кетмоқчи бўлиб чойшабларини тугун қилиб тугадилар, сочиқ билан пол ювадилар ёки нарсаларни тинмасдан у қўлларидан бу қўлларига оладилар. Битта бемор бостирмадаги товуқ тухум қўйдимикан деб нукул каравоти тагига кираверади.

Делириоз ва конфабулятор шаклларии сенил деменциянинг атрофия ўчоғи ўзига хос жойлашган ёки қон томир ва умумсоматик ўзгаришлар қўшилган шаклларига тегишли деб қарашади.

Карилик психозининг давомийлиги бир неча йиллар билан ўлчанади, беморлар умумий маразм ҳолатида ўладилар.

Альцгеймер касаллиги

Қарилик ақли пастлигининг бошланғич шақли кўринишларидан ҳисобланади. Касаллик одатда анча эрта бошланади. 55—65 ёшлар, ҳатто 45—50 ёшлар оралиғида. Дастлаб шахс ўзгаришлари эмас, балки марказий нерв тизими томонидан ўчоқли ўзгаришлар юзага чиқиши тавсифлидир. Касалликнинг биринчи белгилари хотира бузилиши билан бўлади, бунда аффективлик ва ўз ҳолатига танқид сақланган бўлади. Вақт ўтиши билан апрактик ва афактик бузилишлар, чуқур ақлий заифлик ривожланади. Қарилик деменциясидан фарқли ўлароқ касалликнинг кечиши 10—15 йилгача чўзилади. Касалликнинг охирги босқичида эркин ҳаракатлар бутунлай йўқолади, экстрапирамидал мушаклар таранглиги, ушлаб олиш,

хартум ва бошқа орал рефлекслари пайдо бўлади.

Патологик анатомияси. Қарилик психозида бош миядаги морфологик ўзгаришлар жуда тавсифли. Миянинг умумий атрофияси кузатилади, айниқса пешона, чакка ва тепа қисмларининг пўстлоғида кўпроқ. Мия вазни ўртача ёш меъёридан анча паст. Каттиқ ва юмшоқ мия пардалари анча хиралашган ва қалинлашган: мия қоринчалари катталашган бўлади. Гистологик текши-рилганда кўпгина нерв хужайраларининг кучли дегенерацияси кузатилади, у кўпроқ пешона ва тепа-чакка қисмларининг мия пўстлоқ қаватининг учинчи ва тўртинчи қаватларида кўпроқ кўринади. Сақланиб қолган нерв ҳужайралари ёғ томчилари билан тўлган бўлади.

Қарилик психозининг энг тавсифли патогистологик белгиларига қўйидагилар киради:

1. Мияда сенил друз — нерв паренхимасининг некротик ўзгариш ўчоқларининг мавжудлиги. Улар бутун мия пўстлоқ қавати буйлаб тарқалган бўлади, лекин атрофик қисмлар кўпрок аммон шохида учрайди;

2. Ганглиоз ҳужайралардаги фибрилляр тўрнинг бирикиб ва қалинлашиб кетиши — фибриллаларнинг Альцгеймер тугуни пайдо бўлишидир. Бу иккита белги Альцгеймер касаллигида яққол аниқланади.

Фарқли ташхиси. Кўпинча перебрал атеросклероздан фарқлаш лозим. Церебрал атеросклерозга тулкинсимон кечиш ва аффектив бскарорлик хос: кўпгина бузилишлар учокли тавсифга ва тегишли певрологик аломат-ларга эга.

Альцгеймер касаллигини унинг бошланишида аниқлаш жуда қийин. Ақлий заифлик фонида ўчоқли аломатлар ва нутқ бузилиши бўлганда ривожланувчи фалаж ва мия ўсмаларидан ажратиш керақ Улардан фарқлаш: серологик реакциялар йўқлиги чуқур ақлий заифлик билан секин кечиши, апрактик бузилишлар ва афазиялардир.

Даволаш. Бу беморларни суцидал ҳаракатлар қилингандагина стационарга ётқизилади. Беморлар атрофдагилар учун ҳам хавфлидирлар, чунки уларнинг касаллиги ва ўз ҳаракатларига баҳо бера олмасликлари туфайли газ жўмракларини очиқ ҳолда қоддиришади, олов ёқишлар уюштиришади.

Қўзғалиш ҳолларида нейролептиклар, аминазин 25-— 100 мг, юрак препаратлари қўлланилади. Беморларни қаттиқ тўшак режимида ушлаш мумкин эмас. Ётоқ яраларнинг олдини олиш мақсадида узоқ ётадиган беморларга терининг юмшоқ жойларини камфорали спирт билан артиб қўйиш лозим.

Пик касаллиги

Бу хасталик кўпроқ кексалик олди касаллигидир, у 50—60 ёшларда юзага чиқади. Касаллик асосида бош мия айрим қисмларини ривожланиб борувчи атрофияси ётади. Энг кўп пешона кисм пўстлоқ қавати шикастланади.

Клиник манзараси. Энг дастлабки белгилари шахс ўзгаришларида намоён бўлади, бемор хулқ-атворида олдин унга хос бўлмаган белгилар пайдо бўлади. Шу билан бирга беморда фикрлашнинг ҳам бузилиши кузатилади, беморда ўз ҳолатига нисбатан танқид бўлмайди. Бемор нохуш хатти-ҳаракатлар қилишни бошлайди, ўз ишида қўпол хатоларга йўқ қўяди. Беморлар апатик, пассив, ҳамма нарсаларга бефарқ бўлиб қоладилар. Беморларнинг нутқида эхохолия бўлади, яъни улар атрофдагилар ганларинипг маъносини билмасдан қайтараверадилар.

Пик касаллигига энг тавсифли белги, бу ҳаракатлар ва гапларининг бир хил кўринишда бўлишидир. Масалан, бемор ювиниш хонасига киради, кран жўмрагини бураб, сувни оқизади, лекин қўлини ювмасдан яна палатага қайтиб киради ва бу ҳаракатни бир неча марта кайтаради.

Беморларда нутқнинг бутунлай йуқолгунига қадар уларнинг гаплари, жумлалари, имо-ишоралари бир хилда бўлади.

Жуда узоқ вақтлар ўтгач уларда кахексия ривожланади ва мушаклар тонуси ўзгаради.

Касалликнинг кечиши аста-секин ривожланувчидир. Касаллик руҳий фаолиятнинг бутунлай парчаланиб кетиши биланоқ тавсифланади.

Патологик анатомияси. Касалликка тавсифли патологик-анатомик белги — бу «грек ёнғоғи» белгисидир, яъни пушталар жуда нозик ва эгатлар жуда кучли. Атрофия ривожлангандек бўлиб қолади, оқ модда ва пўстлоқ остига тарқалади. Альцеймер касалдигидан фарқли ўлароқ сенил друзлар бўлмайди, фибриллаларнинг қайта шаклланиши кузатилмайди.

Даволаш. Фақат беморни яхши иарвариш қилиш ва назорат қилиб туришдаи иборат. Дорилар билан аломатларга қараб даволанади.

2 Альцгеймер касаллигига хос:

хотира бузилиши
идрок бузилиши
ривожланиб бориши
хушни бузилиши
фикрлаш бузилиши
интеллект бузилиши

3 Пик касаллигига хос:

эшитиш галлюцинациялари
аста секин бошланиши
эмоционал таранглик
хулкни бузилиши
талваса пароксизмлари
психик автоматизм

14 қон томир деменцияси учун хос :

кўрув галлюцинози
ўчокли ўзгаришларнинг бўлиши
когнитив функциялар бузилган
анамнезда цереброваскуляр бузилишлар
ўз ҳолатига танқид сакланган

Карилик психози буйича вазиятли масалалар

6. Бемор С 65 ёш. Овкат ейишдан бош тортяпти, айтишича агар бир бурда нон еса бутун дунё болалари оч колади ва очликдан улади. Нафасини ушлаб туради, айтишича нафас олса миллиард бактериялар ажралиб чикади ва бутун дунёни зараралаши мумкин.

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.Сизнинг дастлабки ташхисингиз
.Қўшимча текшириш усуллари
.Бу синдромни барча симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. шизофрения, алкоголизм, карилик психозларида
2. Котар синдроми
3. Клинико-катамнестичек текширув, қон ва пешобнинг биохимичек тахлили, патопсихологик текширув, экспресс - тестлар.
4. 24 – 48 соатлардан сўнг чўққисига етади, хавотир, безовталаниш кузатилади, сенестопатиялар, уйқусизлик, кўз ёшланувчанлиги, ринорея, тана хароратининг ошиши, тахикардия, АҚБнинг ошиши, кўнгил айниш, қусиш, меъдадаги спазмлар, тана вазнининг камайиши, тананинг турли қисмларидаги оғриқлар,қорачиқ кенгайган.
5. Наркологик тационарга даволанишга юбориш

18-БОБ

ТУТҚАНОҚ (ЭПИЛЕПСИЯ)

Бу касаллик инсоният тарихи каби қадимий. Бизга маълум бўлган тиббиёт қулёзмаларининг деярли барчасида касалликнинг талвасаси жуда аниқ қилиб баён қилинган. Лекин кишиларнинг бу хасталикка муносабати турлича бўлган. Ҳали инсон организми тузилиши ва унинг касалликлари қонунияти тушуниб етилмаган даврларда тутқаноқли беморларга кандайдир бир сирли одамлар сифатида каралар эди. Бу касалликни «қут-луғ касаллик», «худолар томонидан берилган касаллик» деб ҳисоблашар эдилар. Шундай вақтлар ҳам бўлганки, бу беморларга гўё «жин чалган», «шайтан йўқдан урган», ёки ичига шайтон кириб қолган қабилида қарар эдилар.

Қадимий грек давлатининг буюк намоёндаси, табобатнинг отаси Гиппократ биринчи бўлиб бу хасталикнинг ҳеч қандай сирли эмаслигини, балки тана ва бош мияда юз берадиган қон — ўт — сув жисмларининг нотўғри таксимланиши сабабли пайдо бўлишини айтган эди.

Тутқаноқ деган номни шарқнинг буюк табиби Абу Али ибн Сино берган бўлиб, у бу касалликни янада чуқурроқ ўрганишга муваффақ бўлди.

Ҳозирги замон тиббиёти эпилепсия касаллигини ҳар томонлама ўрганган бўлиб, унинг сабаби, келиб чиқиш йўқлари, кечиши ва даволаш ишларини муваффақиятли олиб бормоқда.

«Эпилепсия» термини грекча «эпилепвано» демакдир, у «тутаман» деган маънони билдиради ва касалликнинг яққол кўзга ташланадиган аломати — тутқаноқдан иборат бўлади.

Эпилепсия — бош миянинг сурункали касаллиги бўлиб, пароксизмал равишда пайдо бўладиган турли хилдаги талвасали ва сенсор тутқаноқлар сифатидаги бузилишлар, шунингдек руҳиятнинг зурайиб борадиган руҳий эзилиш эквивалентлари билан таърифланади. Эпилепсиянинг ёмон оқибатларидан бири ақли заифлик билан тугашидир. Бу нисбатан кўп учрайдиган, турли ёшларда кузатиладиган касалликдир.

Умуман тутқаноқ касаллигида 2 гуруҳ белгилар намоён бўлади:

1. Қисқа муддатли, вақти-вақти билан бўлиб ўтадиган белгилар.
2. Эпилепсиянинг доимий белгилари.

Эпилепсиянинг қисқа муддатли, вақти-вақти билан бўлиб ўтадиган белгилари. Хуружсимон белгилар

Бундай белгилар қаторига тутқаноқ талвасалари ва талвасаларсиз ўтувчи қисқа муддатли ўткир руҳий бузилишлар киради.

Эпилепсия талвасалари. Бўлар тутқаноқнинг энг асосий белгисидир. Одатда катта ва кичик талвасалар тафовут қилинади. Катта талвасалар тоник (ҳамма мушакларнинг бараварига тортишиб қолиши — 1- фаза) ва клоник (мушакларнинг ритмик равишда тортишиб туриши) — 2- фаза

(тортишишлардан ҳамда кома), онгнинг бутунлай йўқолиши — 3-фазаларидан ташқил топади. Катта талвасалар бошланишидан бир неча дақиқа аввал беморларда уларнинг эсида қоладиган бирдан-бир ҳодиса — ауралар юз беради. Бунда бемор кўзига қўркинчли нарсалар кўриниши ёки қулоққа товушлар, шовқинлар эшитилиши ёки баданнинг у ёки бу ерида ачишиш, карахт бўлиш каби сезгилар пайдо бўлиши, бурунга қандайдир ҳидлар келиши ва оғизда металл ва бошқа мазалар пайдо бўлиши ва ҳоказолардан шикоят қилади. Ауралар жуда ҳам қисқа вақт ичида ўтиб кетиши туфайли беморга ташқаридан хеч бир ёрдам беришга илож қолмайди — фақат беморлар ўзларининг йиқилишини сезиб, жой танлаб қолиши, қаттиқ йиқилишнинг олдини олиш учун ўтириб олишлари, олов, сув, транспорт ва шу каби хавфли ходисалардан ўзини сақлаб қолиш чораларини қисман кўриши мумкин, холос.

Аммо аура ташхис аҳамиятига эга. Унинг қандай турда юз беришига қараб, эпилепсия ўчоғи миянинг қайси бир ерида эканлиги аниқланади. Катта талвасалар қанчалик мураккаб бўлмасин, қанчалик оғир ўтмасин ва қанчалик давом утмасин улар бемор хотирасида мутлако қолмайди. Катта талвасалариинг жуда кам қайталаниши (1 йилда 2 тадан то 12 тагача), камроқ қайталаниши (1 ойда 1 тадан 4 тагача), тез кайталаниши (1 хафтада 1тадан 7 тагача) ва жуда тез қайталаниши (1 кунда 1 тадан 10 ва ҳатто 24 тагача) кузатилади. Баъзан маълум бир сабаблар натижасида (бош миянинг шикастланиши, тана ҳароратининг кескин ошиб кетиши, ичилаётган дорининг кескин тухтатиб кўйилиши каби) талвасалар кетма-кет тушиши мумкин, бундай узлуксиз талваса тутиши тутқаноқлик ҳолати (статус эпилептикус) деб номланиб, у ҳаёт учун ниҳоятда хавфлидир.

Кичик талвасалар—бир неча секундлар ичида ўтиб кетувчи талвасалардир. Улар катта талвасалардан фарқли ўларок 3 та фазага булинмайди. Беморлар бунда ҳеч қачон йиқилиб тушмайдилар. Кичик талвасалар эпилепсия касаллигида жуда кўп учрайди ва касалликнинг бирдан-бир белгиси бўлиб ҳисобланиши мумкин. Кўпинча улар катта талвасалар билан бирга учрайди. Бошқа ҳолатларда эса тутқаноқ кичик талвасалардан бошланиб, сўнгра катта талвасага ўтиши билан кечади. Кичик талвасалар бир неча хилда кўринади. Бўларнинг ичида энг кўп учрайдиган хили—абеанс (йўқолиш) деб номланади. Бунда беморлар бир неча секунд давомида «қотиб» қоладилар — қилинаётган ишлари, юриши ва ҳоказолар шу вақт ичида бир зум тўхтаб қолади, еунгра гуё хеч парса булмагандек яна ўз ишларини давом эттираверадилар. Абсанслар беморлар хотирасида сақланмайди. Абсанслар ва умуман кичик талвасалар жуда тез тутиши билан ажралиб туради. Бир кун давомида 100—200 ва ҳатто 300 тагача тутиши мумкин. Бу ҳолатда беморлар кучли чарчаш аломатини сезадилар. Абсанс талвасаларсиз тутқаноқ бўлса, бошқа тутқаноқлар кичик талвасали бўлиши мумкин. Бунга мисол тариқасида баданнинг айрим ерида учрайдиган тиришиш ҳолатларини киритиш мумкин. Масалан, Жексон тутқаноқларида беморнинг фақат бир қўли ёки бир оёғида талваса пайдо бўлади. Бемор онгини йўқотмаслиги мумкин. Баъзан кичик талвасалар фақат бошнинг титраши («ҳа ёки йўқ» деган ишорадек) ёки бошнинг чуқурроқ эгилиши («дон чуқиш»га ўхшаш ҳаракат, баъзан эса бутун тананинг ярми билан ерга эгилиши («келин салом»ига ўхшаш) ҳаракатлар билан ўтиши кўрилади. Бемор бирданига орқага ташлаб юбориш ҳолатлари ҳам учраб туради.

Талвасасиз ўтувчи қисқа муддатли ўткир руҳий бузилишлар эпилепсияда жуда тез учраб туради. Уларни кўпинча тутқаноқ, яъни талваса ўрнига пайдо бўлишини ҳисобга олиб, талвасалар эквиваленти, яъни талвасалар ўрнини олувчи руҳий ҳолатлар деб номланади. Бу ҳолатларни билиш жуда катта аҳамият касб этади, чунки бунда беморлар ўзларини-ўзлари идора қилолмай қолиши ва атрофидагилар учун номақбул хатти-ҳаракатлар қилишлари мумкин.

Кайфиятнинг **кескин бузилиб қолиши (дисфория)** — энг кўп учрайди. Бунда бемор экзальтация ҳолатида сабабсиз хурсанд бўлади, сабабсиз аламзада бўлиб юради. Атрофда бўлаётган воқеалар, одамларнинг хатти-ҳаракати улар учун ёқимсиз қабул қилинади ва беморларнинг қаттиқ норозилигига, баъзан ғазабланишларига олиб келади. Бунда атрофдагиларга шафқатсиз тажовуз аломатлари юз бериши мумкин. Бу ҳолат бир неча соат ва кунлар давом этиши мумкин.

Баъзи беморлар дисфория хуружида алкоголли ичимликларни ичишни бошласалар, баъзилари дайдийдиган одат чиқарадилар. Шунинг учун кўпинча дипсоманиялар (ичкиликка муккасидан кетиш) ва дромомания (дайдиб юриш) билан оғриётган беморларни тутқаноқ касаллари ташкил қилади.

Эс-ҳушнинг ғира-ширалик ҳолати. Бу ҳолатда беморлар ҳаракат қилиш қобилиятини йўқотмайдилар, лекин атроф-муҳитга тўғри баҳо бера олмайдилар. Натижада руҳий жараёнлар бир-бири билан боғлик бўлмаган ҳолда тарқоқ ўтади. Бу ҳолатларда кайфиятнинг бузилиши, қўрқув аффекти, галлюцинациялар ва васваса ғоялар мужассамлашган бўлади. Шу туфайли бундай беморларнинт ҳаракатлар и нотўғри, ўзлари учун ва атрофдагилар учун хавфли бўлиши мумкин (қўққисдан ташланишлари, одам ўлдиришлари, ёнғин чиқаришлари, ўзларини деразадан ташлаб юборишлари мумкин ва х.к.). Ғира-ширалик ҳолати бирор ташқи сабабларсиз тўсатдан бошланади ва худди шундай тугайди. Бу ҳолат бир неча соатдан бир неча ҳафтагача давом этиши мумкин. Беморлар бу ҳолатдан чиққач хотираларида ҳеч нарса сақланиб қолмайди, тўлиқ амнезия кузати-лади. Эс-ҳушнинг ғира-ширалик ҳолатининг клиник кўринишларидаи бири сомнамбулизм ёки лунатизмдир. Кўпроқ болалар ва ўсмирларда учрайди. Беморлар уйқуларида ўриндан туриб, ҳар хил ҳаракатлар қиладилар, бу ҳаракатлар автоматик равишда бажарилади. Бунда ҳам тўлиқ амнезия кузатилади.

Юқорида айтиб ўтилган ҳолатга яқин — онгнинг делириоз (алахсираш) ҳолати ҳам кузатилади. Бунда беморлар ўзларининг хатти-ҳаракатларини камроқ, баъзан эса бутунлай хотираларида олиб қолмасликлари кузатилади. Бу ҳолат беморлар кўзига турли нарсалар кўриниши ва қулоқларига қўрқинчли, ваҳимали товушлар эшитилиши билан кечади. Улар ана шу вазиятга бутунлай кириб кетадидар ва ўзлариги танқидий қарай олмайдилар. Товушлар кўпинча буйруқ тарзида келади ва беморлар уларга сўзсиз бўйсунадилар. Биз кузатган бемор аёл воқеаси бунга айнан мисол бўла олади.

Қаттиқ совуқ тушган қиш кунларининг бирида беморнинг чақалоғи йиғлаб қолади. Шу вақт қўрқинчли бир товуш пайдо бўлиб, боланг жуда исиб кетди, қорга яланғоч кўмиб совутиб кел, деб буйрук беради. Бемор аёл ҳеч иккиланмай буни бажаради. Гўдак совуқдан қотиб йиғлай олмай қолганда, яна ўша товуш, бўлди — энди болани исит, у совуқ қотиб қолди, сандални оловини очиб устига қўй, деб буюради.

Буни ҳам ҳеч уйламай-нетмай амалга оширади. Эрим кириб қолганда — дейди бемор аёл,— болам деярли кўмирга айланиб қолган эди.

Яна бир клиник кўриниш— бу транс: ташқаридан қараганда бундай беморларда ҳеч кандай ўзгариш сезилмаслиги мумкин, фақат паришонхотир бўлиб кўринадилар. Бу ҳолатда беморлар узоқ масофаларга саёҳат қилишлари мумкин. Ўзларига келгач, кандай қилиб ва нима учун бу ерда юрганликларини билмайдилар.

Баъзан беморларда қисқа муддатли васваса ғоялари пайдо бўлиб қолади ва бу ғоялар уларни нотўғри ҳаракатлар қилишга олиб келади. Бизнимг клиникамизда бир бемор ана шундай ҳолатга тўсатдан, врач ҳузурида ўтирганида тушиб қолган. Ёш врач, ўзининг саволлари билан бирданига беморга жосус бўлиб туюлган. Бемор кескин ҳаракат билан унинг ёқасига ёпишган, кўзойнагини силтаб отиб юборган ва қаттиқ товуш билан «ушланг жосусни» деб қичқираверган. Атрофдагилар тезда ёрдамга етиб келишган ва беморни ўз хонасига элтиб, тинчлантирувчи чоралар кўрилган. Бемор фақатгина эртаси куни ўзига келиб, врачдан кечирим сўраган.

Юқорида айтиб ўтилган ҳолат эпилепсияда талвасалар ўрнига тез-тез учраб туриши мумкин. Лекин ҳамма беморларда учраши шарт эмас.

Эпилепсиянинг доимий белгилари

Касалликнинг бу туридаги доимий белгилар беморларда аста-секинлик билан пайдо бўлади ва баъзан тез, баъзан эса узоқ муддат мобайнида ривожланади. Бу беморларда хулқ-атворнинг ўзгариши, фикрлаш-сўзлаш ҳамда хотира, ақл қобилиятларининг бузилиши каби ҳолатларда намоён бўлади.

Шахснинг узгаришлари (хулк атвор бузулишлари)

Тутқаноқ дардига мубтало бўлган беморларнинг анчагина қисми, агар талвасалар тез-тез хуруж қилмаса ва улар оғир ҳолда кечмаса узоқ вақтлар, баъзан эса умрларининг охиригача ўз руҳий фаолиятларининг бузилмаганлиги, ўз касби бўйича ишлаб, оила ва жамият учун фойдали кишилар бўлиб қолгани кузатилади. Улар врач, инженер, ўқитувчи, бухгалтер ва шу каби соҳаларда муваффақиятли иш олиб бораверадилар. Бироқ беморларнинг кайфияти аста-секинлик билан руҳий фаолиятларида ўзгариб қола бошлайди. Бу айниқса эпилепсия ёшлик давридан бошланганда юз беради. Беморлар инжиқ, серзарда ва жаҳлдор бўлиб қоладилар. Арзимаган баҳоналар топиб, оила аъзолари билан жанжал чиқара бошлайдилар. Улар ўта гиначи бўлиб қолишади ва одамлар томонидан қачонлардир тасодифан ўтиб қолган камчилик ёки бирор ножўя сўзларни узоқ вақт мияларида сақлаб юрадилар. Баъзи бир ҳолларда қасос олишгача етиб бориши мумкин. Беморларнинг жаҳли жуда тез чиқади, бу пайтда қалтис ва хавфли ҳаракатлар қилишлари мумкин: нарсаларни синдириб ташлаш, ёқиб юбориш, атрофдаги килишларга улар ким бўлишидан қатъий назар, кўпол гапириш ёки ташланиш ва шу кабилар. Мана шу хатти-ҳаракатлари билан улар оила ва жамиятга анча қийинчиликлар туғдирадилар. Шуниси ҳам борки, худди ана шу

беморлар бошқа бир вазиятларда ўта хушфеъл, мулойим ва ширинсухан бўлиб кўринадилар. Улар ўз танишларига ўта ҳушомадгўй, ёқмайдиган ғамхўр, сермуҳаббат, итоатли бўлиб кўринадилар. Қарама-қарши аломатларга эга бўлган ҳулқ-атвор эпилепсия касаллиги учун жуда хосдир. Беморларнинг яна бир хусусиятлари ҳақида тўхтаб ўтиш жоиздир. Бу уларниг руҳий фаолиятларининг инерт бўлиб қолиши билан боғлик бўлган белгилардир. Тутқаноқли касаллар бир сўзли, ўта қатъиятли ва баъзан кучли иродали бўлиб қолишлари ҳам мумкин. Улар хаддан ортиқ озодаликка, тартибга мойил бўлиб қоладилар. Масалан, ўз хоналаридаги тартиб доимо бир ҳолатда туриши шарт, акс ҳолда улар ғазабга келишлари мумкин.

Фикр-мулоҳаза бузилишлари. Руҳий фаолиятнинг инертлиги беморларнинг фикрлаш қобилиятига ҳам таьсир қилдди. Фикр ва мулоҳаза юритишлари сусаяди ва секинлашади. Шу туфайли улар секин, тез-тез тутилиб, сўзларни чўзиб-чўзиб гапирадиган бўлиб қоладилар. Уларнинг гапириш тезлиги гуё мусиқали пластинка ўз тезлигидан паст тезликда айланиб қолганидай чўзилиб қолади. Шу билан биргаликда беморлар бир фикрда узоқ вақт чайналиб, кераксиз, кам аҳамиятли, иккинчи даражали мулоҳазалар устида узоқ тўхтаб қоладиган (яъни «эзма-чурук») бўлиб қоладилар. Бора-бора касалликнинг ривожланиши билан бирга уларда аста-секнн нутқ бойлиги камая бошлайди ва улар доимо бир хил сўзларни қайтара берадиган бўлиб қоладилар.

Ақл-хотира бузилишлари. Юқорида айтиб ўтилгандек, бир қатор беморларда хотира пасайиб, ақлий фаолиятлари камая бора бошлайди. Хотирадан беморга шу вақтларда у керак бўлмайдиган барча воқеалар йуқолиб кета бошлайди. Шундай пайт келадики, улар ўқиган китобларини, севимли ёзувчиларини, сиёссий масалаларни, тарихий воқеаларни, ҳисоб-китобни бутунлай унутиб юборадилар. Уларнинг қизиқиши эса асосан ўзларига хос бўлган нарсаларгагина сақланиб қолади. Масалан, бемор ойлар нимини билмасдан, ҳафтадаги кунларни айтиб беролмасдан ва биринчи синф ҳажмидаги арифметик мисолларни ечолмасдан туриб, ўзлари қачонлардир олган ва олаётган дори-дармонларнинг номини ва ҳатто уларнинг қай миқдорда олганликларини жуда аниқлик билан айтиб беришлари мумкин. Батъзи бир ҳолларда эси паст бўлиб қолган беморларда мураккаб ақлий фаолиятлар сақланиб қолади.

Этиологияси ва патогенези. Тутқаноқ касаллиги полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг юзага чиқишига жуда кўп сабаблар: она қорни ичида, туғиш даврида, чақалоқлигида, гўдақлигидаги касалликлардан яна юқумли касаллик, заҳарланиши натижасида юзага келиши мумкин. Маълум маънода наслга ҳам боғлик томони бўлиши мумкин, бироқ ҳозирча бу аниқ, эмас. Шундай маълу-мотлар борки, наслдан касаллик эмас, балки уни келтириб чиқарадиган ҳолатлар ўтар экан. Масалан, модда алмашинувидаги бузилишлар шулар жумласидандир.

Текширишларнинг натижасига қараганда тутқаноқ, бемор қонида заҳарли моддалар ҳосил бўлганда бошланиб, ўша моддалар тугагандан кейин тўхтар экан. Қонда заҳарли моддалар ҳосил бўлиш сабабларини ўрганиш учун мия тўқималаридаги алмашинув жараёнларини ўрганидганлиги маълум. Умумий тасдиқланган назария йўқ бўлсада, текширишларнинг кўрсатишича, асаб хужайралари ўтказувчанлиги бузилиб, қон баланси издан чиқар экан. Талвасанинг тортишиш босқичида эркин

ацетилхолин кўпайиб, гамма-аминомой кислота камайиб кетади.

Гамма-аминокислота витамин В6 билан ўзвий боғлангандир. Шунинг учун В6 тип авитаминози тортишиш (тутқаноқ)га олиб келса, гл юта мин кислота эса тортишишга қарши таъсир этади.

Шундай қилиб, тутқаноқда энергия ресурслари ва жараёни бузилса-да, асаб импульсларини ўтказиш жараёнига таъсир қиладиган метаболизмнинг бўзидиши катта аҳамиятга эга.

Патологик анатомияси. Тутқаноқ даврида ва айниқса тутқаноқ ҳолатида ўлган гўдак текширилганда мни бўкиши, шишиб кетганлиги, гиперемия, щунингдек миянинг баъзи бўлимларида қон қўйилишлари кузатилган. Юқоридаги ўткир бузилишдардан ташқари, икки йўнадишдан келиб чиққан сурункали бузилишлар ҳам бўлиши мумкин. Уларнинг бири тутқаноқ чақирган сабаб (бош мия жароҳати, минингоэнцефалит, туғма иллат) бўлса, иккинчиси некротик ўзгаришга олиб борган, тез-тез кайталаниб турадиган тутқаноқдир.

Бироқ, патологик-анатомик белгилар тутқаноқнинг асосий сабабини кўрсатиб беришга ожиз.

Касалликнинг кечиши. Касаллик давридаги белгилар касалликнинг барвақт бошланиши, эпилептик ҳолатларнинг белгилари, миянинг чуқур шикастланиши, тутқаноқ давридаги ғира-ширалик ҳолатининг келиб чиқиш тезлиги ва оғирлиги, тутқаноқнинг кундузи ва тунда пайдо бўлиши катта аҳамиятга эга.

Тутқаноқ оқибати нафақат фикрлаш қобилиятининг ўзига хос ақл пастликларининг ўзгаришига эмас, балки бемор хаёти учун ҳам хавфлидир. Бемор тутқаноқ ҳолатининг, тутқаноқ хуружи давридаги бахтсиз ҳодисанинг, дисфория вақтида ўз-ўзини ўлдиришидан ёки онгининг ғира-ширалик ҳолатидан ўлиши мумкин. Шунингдек қайта жароҳатланиш, тез чарчаш, юқумли касалликлар, заҳарланиш ва айниқса спиртли ичимликлар истеъмол қилиш касаллик кечишини оғирлаштиради.

Қиёсий ташхис. Тутқаноқнинг оғир шаклларида ташхис қилиш унчалик қийинлик туғдирмайди. Бироқ, касалликни эрта ташхислаш ёки тутқаноқ хуружлари ҳар хил нотипик шакллари билан бошланганда, айниқса касалликнинг руҳий эквивалентларида қийинчилик туғдиради.

Тутқаноқни дастлаб истерия билан қиёслашнинг асосий сабаби шундан иборатки, бунда нафақат ҳуружли тутқаноқ, балки тутқанокдаги кайфиятга ўхшаш ғира-ширалик ҳолати кузатилади. Истерия учун хос бўлган юриш-туришни кўз-кўз қилиш, руҳий онгсизликнинг юзакилиги ва тез таъсирланувчанлик каби хусусиятлар қиёсий ташхислашда ёрдам беради.

Ёш болаларда учрайдиган тутқаноқ тоник ва клоник тортишишлар билан борадиган, кўзга яққол ташланиб турадиган спазмофилия билан қиёсланади.

Қиёсий ташхис мезонлари қўйидаги аломатлардан иборат бўлиши мумкин:

1. Спазмофилиянинг маълум мавсумий (октябрь, ноябрь ва март)лиги:

2. Сиазмофилиядаги электр қўзғалувчанлик ва механик қўзғалувчанлик аломатларининг кучлироқ ифодаланганлиги.

3. Спазмофилия учун ларингоспазмлар ва айниқса кальций алмашинувининг бузилиши

тавсифлидир.

Тутқаноқ касаллигини қиёслашда тутқаноқсимон синдромлар билан кузатиладиган касалликлар катта аҳамиятга эга. Бош мия заҳарланишининг тутқаноқсимон шаклида мия захми учун хос бўлган анамнестик, неврологик ва лаборатория маълумотлари бўлади.

Бош миянииг юқумли заҳарланиш касалликлари, бош мия суяк жароҳатлари ва марказий нерв тизимининг бошқа органик заҳарланишларида юзага келадиган торт и ш и ш синдромлари бу касалликларни тутқанок касаллиги билан қиёслашни тақозо этади. Қиёсий ташхислаш учун нафақат клиник текширувлар, балки ҳар хил лаборатория маълумотлари ҳам катта аҳамиятга эга. Бироқ, қатор ҳолларда тутқаноқ билан тутқаноқсимон синдромли касалликларни фарқлашда анчагина қийинчиликлар туғилади. Шунинг учун юқоридаги касалликларни қиёслаётганда клиник ва лаборатория маълумотлари билан биргаликда вақтга боғлик омилларни (тортишиш синд-ромларининг юзага чиқиш вақти) ҳам ҳисобга олиш керак.

Даволаш. Тутқаноқ, касаллигини даволашда икки йўналишни ҳисобга олиш керак: I. Аффект даражасини ва уларнинг такрорийлигини ҳисобга олиш керак. Тутқаноққа қарши ҳар хил дориларни қўллаш керак.

2. Давони миқдори ошиб бориш тартибида узоқ давом эттириш ва ҳеч қачон давони бирдан тўхтатмаслик лозим.

Тутқаноқдаги барча даво тадбирлари икки гуруҳга бўлинади:

а) дори-дармонлар бадан,

б) тўғри овқатланиш режасини ташкил этиш Билан (парҳез билан даволаш).

Дори-дармон билан даволаш. 1. Люминал, катталар учун 0,05—0,01 г 3—4 марта, болалар учун 0,01—0,1 г, 2—3 марта.

Натрийли бром ёки аммонийли бром, бошланғич дозаси I—2 г, охиргиси б—8 $г_v$

Гексамидин, катталарга 0,5—1,5, болаларга 0,25— г.

Дилантин, катталарга 0,1, 3—4 марта, болаларга 0,03 г, 2—3 марта.

Диакарб, катталарга 0,125—0,25 г, 2—3 марта, болаларга 0,02 г, 2 мартадан.

Хлоракан, шунингдек, тутқаноқ, пайтида феникон яхши самара беради.

Онгнинг ғира-ширалик ҳолатида ҳамда тутқаноқнинг қалтис ҳаракатларини йўқотиш мақсадида тутқаноққа қарши дорилар билан биргаликда аминазин, мепротан ёки либриум қўлланилади.

Тутқаноқ ҳолатига қарши хлоралгидратли клизма қилинади. Катталар учун 2 г дан кунига 6г, болалар учун 6 ойгача 0,1 г дан; 6 ойдан 2 ёшгача —0,15 г, 3—4 ёшдагилар учун 0,2 г, 5—6 ёшдагилар учун 0,25 г дан, 7 ёшдагилар учун 0,3 г, 14 ёшгача —0,5 г. Хлоралгидрат ўраб олувчи моддалар билан юборилади. Агар хлоралгидрат самара бермаса, у ҳолда магнезий сульфат (25%) билан глюкоза (40%) венага юборилади. Баъзи бир ҳолларда гексенал (катталарга 1 г ва 10 мл дистилланган сув) яхши самара беради. Шуни унутмаслик керакки, гексенал фақат мактаб ёшидаги болалардаги тутқаноқ статусида

тавсия этилади.

Парҳез даво. Тутқаноқ касаллиги учуи кундалик овқатланиш тартибини тўғри ташқил этиш катта аҳамиятга эга. Бўлар учун 4 хил парҳез тавсия этилади:

1. Очлик, тузсиз, суюқлиги кам овқатлар ва кетоген-парҳез (оқсил ва карбонсуви кам бўлган овқат).

Овқатланганда қўйидаги қоидага риоя қилишлари керак:

1. Кам суюқлиқ ичиш билан биргаликда уларнинг таркибида тўз ва аччиқлик бўлмаслиги керак.

2. Оқсил овқатларни, айниқа гўштни кам истеъмол қилиш керак.

3. Аччиқ чой ва кофе, айниқса спиртли ичимликлар қатъиян ман этилади. Бундай беморлар ҳаракатланадиган механизмлар, тепаликда, олов ва сув ёнида ишламасликлари керак.

Профилактикаси. Тутқаноқ чақирадиган сабаблар: миянинг юқумли касалликлари, жароҳатлар, айниқса тутқаноқ, давридаги жароҳатларнинг олдини олиш керак.

1 Ката тутканокларни фазаси

1. Гипертимия
2. Тоник тaлваса
3. Клоник тaлваса
4. Эйфория
5. Апатия

2 Тутқаноқ синдроми қайси

1. холларда кўпроқ учрайди
2. алкоголизмнинг III босқичида
3. Бош мия жарохатида
4. алкоголизмнинг I босқичида
5. маиший ичкиликбозликда
6. алкогол мастликнинг ўрта даражасида

3 Катта тутқаноқ хуружи таркибига қуйидагилар киради:

1. продром
2. тоник фаза
3. аура
4. клоник фаза
5. онгнинг сақланганлиги

4 Тутқаноқ пароксизмлари турларига қуйидагилар киради:

1. grand mal
2. абсанс
3. тоник постурал тутқаноқлар
4. джексон тутқаноқлари
5. дисфориялар

5 Қуйидагилардан қайси холат эпилепсияда учрайди

1. Хулқ-атвор ўзгариши, дисфориялар
2. психоэнергетик потенциалнинг пасайиши
3. гебефрения
4. онгнинг намозшомсимон хиралашуви
5. апатико абулик холат

6 Эпилепсия касаллиги учун энг к´проқ хос:

1. дисфория
2. депрессия
3. мания
4. апатия
5. ру•·ий анестезия
6. онгнинг намозшомсимон бузилишлари

7 Эпилепсияда беморни рухий шифохонага госпитализация килишга курсатма:
1. дисфория
2. эпилептик параноид
3. хушни номозшомсимон бузилиши
4. эпилептик акли пастлик
5. эпилептик статус
6. эйфория

8 Эпилепсия учун куйидаги симптомлар хос:
1. эзма тафаккур
2. хушни йуколиши билан кечувчи хуружлар
3. дисфориялар
4. гебефрения
5. рухий автоматизмлар
6. символик, резонерли фикрлаш

Ситуационные задачи

Эпилепсия

2. Бемор Л. 40ёш, оилали, спиртли ичимлик истеъмол килмайди. Яхши мутахасис. Стоматологда тишини олдиргандан сунг тусатдан йикилиб клоник ва тоник тутканоклар кузатилди ва хушини йукотди. Узига келганда тутканок хакида эслай олмайди.

.Синдромал ташхис

Бу синдром кайси 2 та касалликда учрайди

.Қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни асосий симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Талваса синдроми	10	8-10	2-7	0-2
2.	Эпилепсия, бош миянинг органик касаллиги	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ	15	10-15	4-9	0-4
4.	Клоник ва тоник титрашлар,амнезия,онг хиралаши, хуруждан кейинги амнезия				

		25	20-25	5-19	0-4
5.55.	Галвасага қарши, дегидротацион терапия, Врач психиатр консультацияси	25	20-25	5-19	0-4

Эпилепсия

13. Бемор Л 42 ёш. Оилали, алкогол истеъмол килмайди, яхши мутахасис. Тусатдан паришонхотирлик , дезориентировка, автоматик харакатлар(айлама харакат) 1-2 минут давом этувчи ва амнезияга тушади.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	талваса синдроми	25	20-25	5-19	0-4
2.	Эпилепсия, бош миянинг органик касалликлари, турли интоксикациялар	25	20-25	5-19	0-4
3.	Эпилепсия касаллиги, кичик хуржлар билан	10	8-10	2-7	0-2
4.	КТ, мия суяги рентгенограммаси, ЭЭГ, Эхо-ЭГ,Клинико-катамнестик	15	10-15	4-9	0-4
5.	Тусатдан паришонхотирлик , дезориентировка, автоматик харакатлар(айлама харакат) 1-2 минут давом этувчи ва амнезия	25	20-25	5-19	0-4

Эпилепсия

14. Бемор С, 42 ёш. Узок вакт мобайнида эпилептик касаллик билан касал, 2-гурух ногирони, кушнисининг танбехидан сунг жахлдор, газабли, сал нарсага жахли чикади, кушнисини уриб , кулини синдирди. Бу холатини кушниси хафа килганлиги учун шундай килганлигини айтди.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Дисфория	25	20-25	5-19	0-4
2.	Эпилепсия, психопатия, бош мия жарохатлари	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, патопсихологик текширув	10	8-10	2-7	0-2
4.	Тушкун газабли кайфият, сал нарсага жахл чикиш, атрофдагиларга агрессив муносабатда	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш	25	20-25	5-19	0-4

Эпилепсия

15. Бемор 31 ёш. Анамнезида 1 йилда 1 маротаба тутканок тутиб туради. Врачларга мурожаат килмаган, даво олмаган. Иш вактида кучага чикиб кетди. Бир неча соат мобайнида йук булиб кетди. Шахарнинг у бурчагида узи йук холатда милиция ходимлари томонидан топиб олинган. Бу еога кандай келганлигини, нима килганлигини айтиб беролмайди.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

№	Жавоблар	Макс балл	Тулик жавоб	Нотулик жавоб	Коник жавоб
1.	Эпилепсия, бош мия травмалари, бош мия органик касаликлари	25	20-25	5-19	0-4
2.	Онгнинг номозшомсимон хиралашуви	25	20-25	5-19	0-4
3.	ЭЭГ, ЭХО-ЭГ	10	8-10	2-7	0-2
4.	Тусатдан бошланади, атрофга нисбатан амнезия. Жахлдорлик, агрессив	15	10-15	4-9	0-4
5.	Рухий касалликлар касалхонасида	25	20-25	5-19	0-4

	даволаш				

19-БОБ

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения—сабаблари номаълум бўлган, сурункали кечишга ва бемор руҳияти бир бутунлигининг турли бузилишларига мойил касаллик ҳисобланади.

Шизофрения ривожланиб борса, фикрлашнинг бузилишига, ҳиссий реакцияларнинг камайишига, апатик акл заифликка олиб келади. Аммо бу касаллик ўз ривожланишида тўхташи ҳам мумкин, бунда ҳар хил бузилишларнинг компенсациясини ва бошланғич даврларида тўла соғайиш ҳолатларини кутиш мумкин.

Шизофрения кўп учрайдиган руҳий касалликлардан бири ҳисобланади. Невропсихиатрик диспансерларда даволанувчи беморларнинг 1/5 қисмини, руҳий неврологик касалхоналарга келувчи беморлар (касаллиги энди бошланганлар)нинг 1/5 қисмини ва сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг 2/3 қисмини шизофрения билан оғриган беморлар ташқил қилади.

Шизофрения билан оғриган беморлар сонининг ошиб бориши, оғир кечиши, сурункали касалликларнинг одамлар орасида кўпайиб бориши натижасида бу касалликнинг ёмон оқибатлар билан тугалланишини кузатиш мумкин.

Шизофрения кўпроқ ёшларда учрайдиган касалликдир, яъни кўп ҳолларда 20—25 ёшларда тез-тез учраб турувчи, узоқ кечиш хусусиятига эга бўлиб, инсоннинг ёши, меҳнатга яроқли даврини шикастловчи касалликдир. Унинг ижтимоий аҳамияти шу билам тушунтирилади.

Бу жараёндан шизофрениянинг 3 та асосий аломати (белгиси) келиб чиқади: аутизм, рухиятнинг ажралиши ва ҳиссий тўнглик.

Аутизм — бу ўхшаш кўринишни ҳосил қилувчи, турли шаклларда намоён бўладиган реал борликдан кетиш. Беморлар касаллик бошиданоқ атрофдагилардан ажраган, жим юради, одамлар билан кам муомала қилади, мажбур бўлган ҳолларда расмий, совуқ муомалада бўлади, кўзини олиб қочади, сўрашганда қўл чўзмайди. Улар билан суҳбат тор доирада чегараланган бўлади. Айрим ҳолларда беморлар ниқобда юрадилар: катта қора кўзойнак кенг шляпа, ўзун соч, сокол.

Анча оғирроқ ҳолларда касаллар сабабсиз ўқиш ва ишни ташлайдилар, уйдан чиқмай ўядилар ва ҳатто кўп вақтни ўрнида ўтказадилар. Бошқа ҳолларда шаҳардан чиқиб кетиб, ўрмон, тоғ, ғорларга яширинадилар. Баъзи беморлар ўз аутизмини компенсация қилиш учун иш жойини ва касбини ўзгартирадилар.

Бундай беморларнинг фикрлаши ўзи билан ўзи бўлиб қолади, улар ўз ҳаёлотларида яшайдилар, ўзларини атрофда содир бўлаётган воқеалар марказида тургандек ҳис қиладилар. Руҳиятнинг ажралиши (ажралиш — қадим юнон тилида «скизис», шундан шизофрения атамаси келиб чиққан) қисман аутизмдан келиб чиқади. Бемор бир вақтда икки дунёда яшайди: ички, ўзи учуй асосий бўлган на ташқи реал, безак сифатида қабул қилади. Ажралиш бир неча турларга эта. Кўпинча амбивалентлик (сезгининг

икқиланиши) ва амбитендентлик (ҳарактериинг иккиланиши) белгилари кўринишида намоён бўлади. Бундай ҳолларда бемор бир вақтда бир кишига ёки битта кўринишга икки қарама-қарши ҳис-туйғуда бўлади. Шу билан бир қаторда бемор икки хил бир-бирига қарама-қарши фикр борлигини сезиши мумкин, бунда айрим касаллар мияси иккита ярим шарга ажраб, уларнинг ҳар қайсисини ўзича фикр юритаётганини сезиши мумкин.

Оғирроқ ҳолларда беморлар ўзларининг иккита шахсга ажратанини, яъни бир вақтда ҳам ўзи, ҳам бошқа одамлигини ҳис қилади.

Ҳиссий тўнглик касаллик бошланишидан сезилади. Беморлар аста-секин одамийлик туйғу ва қизиқишларини йўқотиб, оила аъзолари, яқинларига совуқ муомалада бўла бошлайди. Сўнгра совуқлик бир неча йилда ортиб бориб, бемор атроф-муҳитга бутунлай бефарқ бўлиб қолади.

Кейинчалик васваса ғояларига қизиқиши сўниб боради ва уларни механик тарзда қайтараверади. Ҳиссий тўнглик ирода сўниши билан бирга келади, яъни апатияга абулия ҳамроҳ бўлади (апатико-абулик аломат). Шизофрениянинг асосий аломатлари биргаликда ўхшаш ҳолатни келтириб чиқаради.

Касаллар доимо мудроқ ҳолда юрадилар, уларнинг фикрлаши ҳам мудроқ табиатда бўлиб, воқеа ва шахсларнинг антиқа қуюқлашуви ва ўрин алмашинуви содир бўлади: бир одам белгилари иккинчи одамга қўшилади, турли воқеалар бирлашади ёки вақт бўйича сурилади.

Шизофрения билан оғриган кулчилик беморлар атроф-муҳит, вақт ва шахсиятга тўлиқ ва тўғри мўлжал олади, аммо айрим ҳолларда «икқилама мўлжал» келиб чиқади, бунда бемор тўғри мулжал олган ҳолда шу вақтнинг ўзида ўзининг ўзга шахс эканлигини таъкидлайди. Шизофрения касаллигида моторика, мимика ва нутқ ўзига хос. Улар ҳаракати, ҳолати, юриши сунъий, ғайри-табиий бўлиб қолади ва кеккайиб, гердайиб юрадилар. Уларнинг нутқида цитата, мураккаблашган ва ўта ақлли сўзлар ва ганлар кўпайиб кетади, ҳатто неологизмга, яъни икки-уч сўздан тузилган антиқа сўзлар тўзшигача боради («гриппоз»—гипноз таъсирида грипп келтириб чиқариши).

Беморлар ноўрин жилмайишади, кулишади, қош кериб чимирилишади, пешонасида қотиб қолган ҳукмронлик, шу вақтда юзининг пастки қисмида мутлоқ маъносиз, ҳатто ниқобсимон қотиб қолиш, қараши қаҳрли бўлади. Мимиканинг бундай ўзгариши парамимия дейилади ва руҳиятнинг ажралиши ҳамда хиссий тўнгликда намоён бўлади.

Шизофрения кечишига кўра ё ўзлуксиз ёки хуружли бўлади, бунда ҳар бир хуруждан сўнг ремиссия келади, сўнгра хуруж қайталаниши мумкин. Ҳар бир хуруждан кейин руҳиятда турғун нуқсон қолади.

Оддий шақли (тури) кўп учрайди, асосан ўсмирлик вақтида намоён бўлади: секин-асталик билан кам сезиларли бошланиши ва нисбатан секин, аммо узлуксиз ривожланувчи ремиссияларсиз кечиши кузатилади. Бунда беморлар феъл-атворида қўйидаги ўзгаришлар кечади: яккаланиш, ота-онасига совуқ ёки ёмон муносабат, кутилмаган, импульсив, парадоксал қилмишлар, атрофдагиларга нисбатан негативизм, одатдаги қўрқувнинг йўқолиши ва шу билан бир вақтда янги, ғалати эрмак пайдо бўлади.

Улар ўз ташқи кўринишларига бефарқ бўлиб қоладилар. Вақт ўтиши билан атрофдагилардан ажраб борадилар. Кўпчилик ҳолларда руҳий касаллик ташхиси кечикиб аниқланади, чунки касаллик белгилари секин ва кам сезиларли бошлангани учун атрофдагилар уларни оғир феъл-атворли ёки ёмон тарбия қурбони сифатида қабул қиладилар. Бундан ташқари, шизофрениянинг оддий шаклида васваса ғоялари ва галлюцинациялар учрамайди. Касаллик бошлангач 3—5 йил ўтгач апатико-абулик типидаги руҳият нуқсони ривожланади.

Гебефреник шакли (юнонча «гебефрения» — «ўсмирлик руҳияти») оддий шакл сингари асосан усмирлик даврида учрайди. Оддий шаклда учрайдиган белгилар билан бир қаторда бу ерда биринчи ўринда доимий аҳмоқлик ва тажовузкорлик туради. Улар ўзини масхарабозга ухшаб тутиб, аҳмоқликлар қиладилар, хингиллайдилар, атрофдагиларга тегажоқлик қилиб, уларда майда кўнгилсизликлар келтириб чиқарадилар, кексаларни мазах қилиб, устидан куладилар. Бундай беморлар кўпинча бемеҳрлик намоён қилади ва жиинилик қилиб, ҳингиллаб қонли жиноятлар содир қилиши мумкин. Шизофрениянинг бу шақли кам учраб, ремиссиясиз, хавфли кечади, дарҳол ташхис қилинмайди (оддий шаклдаги сингари атрофдагилар уларга узоқ вақтгача тарбия кўрмаган ёки безори деб қарайдилар) ва руҳиятнинг оғир нуқсони ривожланади.

Кататоник шақли. Шизофрениянинг илгари учраган бу шақли ҳозир анча кам учрайди. Бу шаклга руҳият бузилишмнииг мушак тонуси ўзгариши билан бирга кечиши хосдир.

Шизофрениянинг бу шақли турли ёшда учраши мумкин. Бунда беморларда кататоник ступор билан кататоник қўзғолишнинг алмашиниб келиши кузатилади. Кататоник ступорда аутизм белгиси аниқ, кўринади: бемор мушаклари тўлиқ қисқаришга учрайди ва шу сабабли у ўринда бир хил қотиб қолган (кўпроқ эмбрионал) ҳолда ётади. Бемор юзида ғамгинлик ва ажабланиш, айрим ҳолларда жилмайиш қотиб қолади. Мутизм (мустаҳкам жимлик), негативизм (кўрсатмаларни бажаришга қаршилик қилиш) аломатлари учрайди. Беморлар айрим ҳолларда мумсимон эгилувчанлик намоён қиладилар, бунда улар қаршилик қилиш тугул, ҳолатларини сунъий ўзгартирилганда шундай аҳволда жуда узоқ муддат туриб қолиши мумкин. «Дюгере ҳаво ёстиғи» симптоми беморнинг мустақил равишда бошини ўриндан кўтарган ҳолда қотиб қолишида вужудга келади.

Кўп холларда эхомимия (мимиками кайтариш), эхо-праксия (ҳаракатни кайтариш) ва ўхолалия (сўзларни кайтариш) симптомлари учрайди.

Кататоник ступор бир неча куш мча чўзнлиши мумкин. Ступор холатдан чиққан бемор билан сухбатлашганда ступор холатида беморлар атроф мулжалини тулик гаклаганликларини ва шу вақтда атрофда бўлган сухбат ва вокеаларни яхши эслаб қолганлигими аниқлаш мумкин.

Кататоник шаклда онейроид синдром учрайди, бунда беморлар фантастик дунё огушида бўладилар. Бунда и холларда улар сухбатлашмайдилар, саволларга жавоб бермайдилар, ўринда ўзок ётадилар, ажабланган холда атроф билан хаёлий сахналарни кузатадилар.

Кататоник ступор икки тарафлама хавфли — биринчидан, беморда ётоқ яралар ҳосил бўлиши

мумкин. Иккинчидан, овқат емаслиги сабабли у очликдан ўлиб қолиши мумкин. Бундан ташқари, кататоник ступор тез ва кутилмаганда қўзғалишта ўтиши мумкин: беморлар жўшқин ва импульсин равишда ўриндан сакраб кетади ҳамда узлуксиз бир хил ҳаракатлар қилади, бу ҳаракатлар кетма-кет бир неча кун давомида чарчоқсиз давом этиши мумкин.

Беморлар билан субатлашиб бўлмайди, улар саволларга жавоб бермайдилар. Кататоник қўзғалиш бирдан тўхтамайди ёки яна кататоник ступорга ўтади, ёки ремиссия билан тугайди. Кататоник шаклда ремиссия баъзан узоқ вақт меҳнат қобилияти сақланган ҳолда бўлади, аммо руҳий камчилик қолади. Бир ёки бир неча кататоник шизофрения хуружи ўтказган беморлар одатда масхарабоз, ҳаракат ва нуткда қиликдор бўладилар.

Кататоник шакл таркибида кам учрайдиган гипертоксик тури бўлади. Бунда кататоник ступор ва қўзғалиш белгилари билан бирга, беморнинг соматик ҳолати билан боғлиқ бўлмаган, юқори ҳарорат ва шу асосда қон ва сийдик текширилганда ўзгаришдар бўлади. Беморларнинг умумий аҳволи жуда оғир, баьзан эса летал натижа ёки улим кататонняси кузатилиши мумкин.

Психофармакология эришган ютуқларга кўра, кататоник ступор ва кататоник қўзғалишни кўп ҳолларда даволаб яхши натижа олинмоқда.

Параноид (ёки галлюцинатор параноид) шакл. Бу энг кўп тарқалган шакл бўлиб, кўпрок 40—50 ёшлар орасида юзага чиқади. Асосий симптоми васваса ҳисоблаиади.

Касаллик аста-секин ривожланади, лекин кўринишлари тўсатдан намоён бўлади. Васваса ғоялари пайдо бўлаётган ва ривожланаётган ишончсизлик, эҳти-ёткорлик, шубҳалилик, камгаплик кузатилади ва шу асосда уларнинг ҳаёт фаолияти ўзгаради.

Васвасанинг типик ривожланишида аввал атроф муҳитга нисбатан алоҳида аҳамиятли васваса ғоялар, кейин муносабат васваса ғоялари, ниҳоят, аниқ тузилиши жиҳатидан таъқиб васваса ғоялари келиб чиқади. Аммо бу ҳолат ҳамма беморларда бир хил бўлмайди, баъзан таъкиб васвасаси ғояси дарров пайдо бўлади. Айрим ҳолларда васваса ғоялари галлюцинациялар (эшитиш, кўриш, ҳид, таъм, тактил) билан бирга келади.

Баъзан беморлар бир неча йиллар давомида ўзларини ижтимоий муносабатлар доирасида маълум даражада ишласалар ва ишлай олмасалар ҳам, атрофдагиларнинг диққатини камгапликлари, шубҳалиликлари ва душманларча муносабати билан жалб этадилар

Бироқ, кўпчилик беморлар васваса ғояларини агрессив (тажовузкор) ҳаракат шаклида ёки тўғридан-тўғри уларии таъқиб қилишиётганлигини билдиришади ва шу сабабли психиатрия стаиионарларига даволаниш учун ётқизилади. Айрим ижобий ҳолларда бир неча ой ўтгач, ремиссия ҳолати бошланади ва беморлар ишга ва оиласига нисбатан қониқарли ҳолатга қайтади, бунда психоз хуружи кайталанмайди, айрим оғир ҳолларда васваса ғоялари бутун умрга қолади.

Циркуляр шақли. Бу шакл маниакал ва депрессив хуружларнинг бирин-кетин келиши ёки ремиссия даврлари оралаб, турли муддатда алмашиниши билан кузатилади. Маниакал-депрсссив

психоздан фарқ қилиб, бунда васваса ғоялари ва галлюцинациялар кузатилади ва ҳар хуруждан сўнг руҳият нуқсони чуқурлашади.

Шизофрениянинг бу шакли нисбатан ижобий кечади ва беморлар бир неча йил давомида иш кобилиятини самаб қоладилар.

Ёш болаларда шизофрения

Ёш болалардаги шизофрения муаммолари билан жуда кўп олимлар шуғулланган. Ҳозирги пайтда шизофрения хасталигининг ёшларда учраш чегараси аниқланган. Касаллик қанча эрта бошланса, клиник аломатлари шунча секин кўзга кўринади, гўдакнинг ташқи оламга муносабати ўзгаришларидан, ҳис-ҳаяжон реакцияларидан сезиш мумкин. Бу ҳолда касаллик оқибати яхшилик билан тугайди.

Ёш болалар шизофреииясида эрта учрайдиган аломатлардан бири кутилмаганда қўрқувдир. Масалан, 11 ёшли бола севимли оиасидаи қўрқадиган, қичқирадиган бўлиб қолади. Шунингдек уларда умуман беҳоллик, фаолликнинг пасайиши, ёшга тўғри келмайдиган фантазияга боғлиқ, турғун ҳаракат автоматизми, галлюцинатор ҳолатлар, соматик заҳарланиш симптомлари (безгак, ис-сиги кўтариладн, овқат хазм қилиш тизими бузилади) ва тафаккур бузилишини ҳам кузатиш мумкин. Васваса ғоялари уларда кам учрайди. Ҳис-ҳаяжон бузилишларини эса барча даврларда учратиш мумкин.

Шизофрениянинг кечиши буйича турлари

Шизофрениянинг психопатологик белгилари серқирра бўлади, унинг клиник кўриниши аниқ патофизиологик механизм асосида маълум конуниятларга бўйсунади.

Кечиши бўйича шизофренининг учта тури мавжуд.

1. Узлуксиз кучайиб борувчи.
2. Даврий.
3. Ўзилиб-ўзилиб кучайиб борувчи.

1. Шизофрениянинг узлуксиз кучайиб бориши билан кечиши кўпинча ёмон натижа билан тугайди. Кўп беморларда умумий бушашиш, эс-ҳушнинг, меҳнатга бўлган лаёқатининг йўқолиши, баъзаи эса ташқи оламга бефарқлик, совуққонлик учрайди. Бу хил оқибатлар кўпроқ шизофрения ядроли тўринint оддий ва гебефреник кўринишларида, шунингдек кататониянинг кучайиб борувчи турларида учрайди.

2. Шизофрения даврий турининг кечиши кўпинча яхшилик билан тугайди. Касаллик оғир ўтишига қарамасдан вақти-вақти билан тузалиб туриши ҳам мумкин. Узоқ вақт давом этган тузалиб туриш (ремиссия) жараёнидан кейин бемор енгил ишлар билан шуғулланиши мумкин. Шахснинг ўзгаришлари қийинлик билам боради. Бироқ ўзилиб кучайиб борувчи шақли узлуксиз кучайиб борувчи кечишларидек доимо ҳам чуқур ўзгаришларга олиб бормайди.

Шизофрениянинг даврий кечишида кататоник, баъзан депрессив параноид ва циркуляр шакллари юзага чиқади. Циркуляр психоз шаклидан бошқа барча шаклларида галлюцинация, васвасанинг кўп турларида руҳни фаолиятнинг пасайиши ва ассоциатив фаолиятнинг бузилиши каби клиник кўринишлар

кузатилади.

3. Узилиб-узилиб кучайиб борувчи турида гебефреникдан кататоник бузилишлар устун бўлади. Кўпинча қайталаниб туриш ҳоллари кўплигндан клиник кўринишлари ҳам оғирлашиб боради. Бу турда ҳам ҳисҳаяжоннинг йўқолиши, меҳнатга иштиёқнинг пасайиши кузатилади.

Патологик анатомияси. Шизофрения морфологик субстратларини ўрганиш ўтган аср охирларида бошланган. Текширишлар шуни кўрсатадики, шизофрения касаллигидан ўлган беморлар бош мия ва ички аъзоларида ўзгаришлар бўлар экан. Бироқ, бу ўзгаришлар айнан шизофренияга тааллуқлиги ёки бошқа касаллик оқибатими, буни аниқлаш маълум қонуниятга бўйсунар экан. Чунки шизофрения оқибати кам ҳолларда улим билан тугайди. Шунда ҳам гипертония касаллиги оқибати бўлиши мумкин экан.

Макроскопик кузатишларда: барча ички аъзоларда тўлақонлик, қалқонсимон безида склеротик ўзгаришлар, жинсий аъзолар гиперплазияси, юрак ўлчами кичрайиши, аортанинг торайиши, шунингдек жигар ва ўт қопи ўлчамининг кичрайиши, аортанииг торайиши, жигар ва буйракда ҳам ўзгаришлар кузатилади. Мия қоринчаси ва пўстлоғида макроскопик ўзгаришлар топилмайди.

Микроскопик кузатишларда: бош мия пустлоғининг ганглиоз ҳужайраларида дистрофик, яъни бўкиш, шиш, ишемия ҳосил бўлиши, ёғ йиғилиш ҳоллари учрайди.

Гипертоксик шизофрения макроскопик кузатишларида: мия қаватларининг тўлақонлиги, мия моддасининг шишиши, оқ моддасида нуқтали қон қўйилиш ҳоллари учрайди. Микроскопик кузатишларида кўрув дўнглиги, ўзунчоқ мияда қон қўйилиши, томирларда қон ўт-казувчанлигининг ошиши, дистрофик ўзгаришлар учрайди.

Ҳозирги даврда жаҳон адабиётида шизофрения патогенезига тўхталганда кўрув дўнглигида, гипоталамус ва ретикуляр формацияларда борадиган зарарланишга катта аҳамият берилмокда.

Этиологияси ва патогенези. Кейинги йилларда тиббиёт фанлари қўлга киритган қатор муваффақиятлардан бири шизофрениянинг этиологияси ва патогенезини экспериментал ва клиник аниқлаш бўлди.

Этиологияси ҳақида тўхталганда шизофренияни чақирадиган сабабларни чегараламок керак. Чунки касалликнинг қўзғатувчиси ҳанузгача аниқланган эмас.

Шизофренияпинг юзага келишида ҳомиладорлик, туғиш ва туғилгандан кейинги даврда организмда борадиган физиологик ўзгаришлар, баъзи юқумли касалликлар, заҳарланиш, алкоголизмнинг маълум аҳамияти бор.

Шизофрениянинг ирсий омиллар билан наслдан-наслга узатилиши клиник-статистик кузатишлар билан тасдиқланади. Бироқ, касаллик наслдан-наслга ўтганда, генларнинг ўзгариши туфайлими ёки қўшимча ташқи таъсир натижаси эканлиги ҳозирча номаълум. Лекин шизофрения билан оғриганлар ДНК сининг азотли бирикмаси соғлом одамникидан фарқ қилиши тасдиқланган.

Шизофрения этиологиясини юқумли касалликларда ахтариш ҳали ҳам тортишувларга олиб келмокда. Эпидемик ўчоқнинг, касаллик пандемиясининг, яллиғланиш жараёнининг йўқлиги

шизофрениянинг сурункали юқумли касалликлар қаторига кирмаслигидан далолат беради. Бундан ташқари, вирусли этиологияси ҳам тасдиқланмаган. Бироқ баъзи олимлар (Кранушкин, Гиля-овский, Сухарев) шизофрения ривожланишида аллергиянинг маълум аҳамияти борлигини айтиб утишган. Иммунология соҳасида ҳам анчагина иш қилинган бўлса-да, бироқ шизофрения этиологияси ва патогенези ҳақида аниқ фикрлар йўқ.

Шизофрениянинг этиологиясида биринчи ўринни аутоинтоксикация назарияси эгаллайди. 20 йил олдин Бускаино шизофренияни аутоаминотоксикоз билан тенглаштирган, бироқ ҳозиргача қандай аминомаҳсулот бириктирган модда оқсил модда эканлиги аниқ эмас. Букаино ароматик аминокислота деса, канадалик олим Гоффер адреналин дейди.

Шизофрения касаллиги асосида олий нерв фаолиятининг бузилишлари ётганлигидан унинг патогенезини И. П. Павлов номи билан боғлиқ бўлган нейрофизиологик тизим билан тушунтириш мумкин.

Психологик синдромлар асосини кулранг модда асосида борадиган тўхтатиш ва қўзғалиш бузилишлари ташкил этади. И. П. Павлов кўрсатишича, шизофрения синдромлари кулранг модда ва кулранг модда ости бузилишлари нисбатидан келиб чикар экан. Бироқ, бу ерда мия фаолиятининг бутунлай тўхташи юзаки бўлади. Павлов фикрича, кулранг моддада бутунлай тўхташ юзага келганда, кулранг модда ости бўлимларида шизофрениянинг ҳар хил клиник кўринишлари пайдо бўлар экан.

Мунтазам ступор, негативизм шу билан изоҳланадики, бутунлай тўхташ юзага келганини кулранг моддани кузатадиган дорилар киритиш (кофеин) билан исботлаш мумкин.

Ташхиси. Беморни текшираётганда руҳий ва соматик аҳволини касалликнинг ўзига хос кечиши билан ёритилган ҳолда ва текширишлар тўлиқ ўтказилгандан кейингина шизофренияни ташхис қилиш мумкин.

Психопатологик синдромлар ҳар хил касалликларда учраганлиги учун беморни бир марта кузатиш билан ташхис қўйиш қийин. Чунки шизофрениянинг клиник кўриниши сурункали алкоголизм, бод, заҳарланиш, юқумли касаллик психозлари ва туғишдан кейинги тошмалар билан ўхшашдир.

Анамнезда ташқи омил кўрсатилган бўлса, марказий асаб тизимида органик бузилиш белгиси топилганда ёки эси кирарли-чиқарли бўлиб тўрган ўткир психотик ҳолатларда шизофрения деб ташхис қўйишга шошилмаслик керак

Ўткир бошланган шизофрения психопатологик симптомлари тўлиқ ўзгаргамдан кейин ташхисланади. Баъзан якунловчи ташхис фақат ўткир руҳий қўзғалишлар тўхтагандам кейин қўйилади. Чунки астеник аломатлари йўқлиги, диққатнинг бузилиши, жисмоний кувватсизлик юқумли касаллик эмас, балки шизофрениянинг табиатига тўғри келади. Уларда тафаккурнинг бузилиши билан ҳис-ҳаяжон кўринишлари ва юриш-туришинимг тўғри келмаслиги ҳам шизофрения деб ташхис қўйишга асос бўлади.

Бундан ташқари, психотроп дорилар, нейролептик ёки антидепрессантларни қўллаш билан баъзйн психопатологик симнтомларни аниқлаш мумкин. Чунки улар бу ерда галлюцинация, васваса ва бошқа

бузилишларни кучайтирувчи индикаторлар бўлиб қолиши мумкин.

Оқибати. Ҳозирги пайтда беморнинг ҳолатини, ёшини, қилинган давони, касаллик бошланган вақтни, шаклини ҳисобга олган ҳолда касалликнинг яхши ёки ёмон оқибат билан тугагани ҳақида фикр юритиш мумкин.

Шизофрения: спонтан ремиссия — даволанмасдан узоқ вақт тузалиш билан, терапевтик ремиссия — даво олгандан кейин тузалиш билан тугаши мумкин.

Спонтан ремиссия бир неча ойдан бир йилгача, терапевтик ремиссия касаллиги бир йилдан ортиқ давом этаётган даврда кузатилади. Буни 30% беморларда кузатиш мумкин. Касаллик муддат ортиши билан бу фоиз микдори камая боради.

Ремиссиясиз ўтадиган, ўсиб борувчи шизофрениянинг ядро шакли (унга шизофрениянинг гебефреник, кататоник ва оддий шакллари киради) кўпгина ҳолларда иш кобилиятини тўлиқ йўқотишга олиб келади.

Охирги даврда шахсда юзага келган етишмовчилик касалликнинг охирги ҳолати ёки оқибати деб қаралади.

Шизофрениянинг циркуляр, даврий, кататоник параноид шакллари яхши натижа билан тугайди.

50 ёшдан кейин шизофрения кўпинча сурункали кечишга ўтади, бирок параноид шаклга нисбатан енгилрокдир.

Болаларда учрайдиган шизофрения беморнинг ёшига, касаллик шаклига ва кечишига боғлиқ. Касаллик қанча эрта бошланса, клиник кўринишлари шунча аниқ бўлади ва кўпинча нохуш оқибат билан тугайди.

Даволаш. Беморлар асосан касалхонада даволанишлари керак. Кейинги пайтларда янги психотроп дорилар пайдо бўлганлиги шизофрениянинг енгил шаклларини касалхоналардан бошқа жойларда ҳам даволашга имкон беради. Бироқ, ҳар икки шароитда ҳам мажмуавий даволаш усули тавсия этилади. Бу усулга электротитратиш, руҳий даволаш, мехнат ва дорилар билан даволаш усуллари киради. Буларнинг қайси биридан фойдаланиш бемордаги касалликнинг даражасига, шаклига боғлиқ.

1. Инсулинокоматоз даволаш усули М. Закалем томонидан 1936 йилда тақлиф қилинган 3 даврдан иборат.

2. Коматоз фаза даври. Ҳар куни нонуштадан олдин ўсиб борувчи дозада (4, б, 10, 14, 20) мушак орасига инсулин юборилади. Сўнгра узоқ ётиш керак. Бунининг таьсирида уйқусираш, кувватсизлик, юзнинг оқариши, терлаш, иссиқнинг пасайиши, пульснинг тезлашиши кузатилади. Қондаги қанд микдори 10—8 мг% га етганда (меъёр 120 мг%) кома олди ҳолати юздга чиқади.

3. Коматоз даврининг давоси. Мушаклар оз-моз бўшашиши, хириллаб нафас олиш, пульснинг кучсизлиги, терлаш, сўлак ажралишининг кўпайиши беморнинг комага тушганидан дарак беради. Бу ҳолат 20—30 минутдан ошмаслиги керак. Кейин 40% ли 10—40 мл глюкоза вена томирига

юборилади. Бемор ўзини тутиб олганидан кейин 200 г қандни эритиб ичирилади. Бир неча дақиқалардан кейин углеводга бой овқат берилади.

4. Инсулин миқдори камайтириладиган даври. Бу 1 — 2 ҳафта давом этади. Инсулин терапияси даврида қўйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин:

А. Чўзилиб кетган коматоз ҳолат. Бу глюкоза қуйиш билан бартараф бўлмайди. Бу ҳолатда беморни иссиқ тутгич (грелка)га ётқизиб, яна 40% глюкоза, витамин В мушак орасига магний сульфатнинг 25% эритмаси юборилади. Бу ҳам ёрдам бермаса, АКТГ юборилади.

Б. Инсулиннинг катта дозаси юборилганда кома кечқурунга кўчади. Бунда чуқур комага ўтиб кетмаслиги учун 40% глюкозадан 20 мл ва 100 г қандли сув берилади.

II. Психотроп дорилар билан даволаш. Кўп ҳолларда психотроплардан нейролептик (аминазин, трифтазин, пропазин, асетазин, галопиридол, резерпин) дорилар ишлатилади.

Агар касаллик сурункали кечишга ўтган бўлса, нейролептиклар билан бирга комплекс даво олиб борилади. Циркуляр даврий шизофренияда нейролептиклар билан бирга антидепрессант (мелиорамин) стимуляторлар билли бирга берилади. Маниакал кўзғалишда эса нормотроплар қўшиб берилади.

Ш. Электротитратиш терапияси. Бу соматик касалликлари йўқ беморлардагина нонуштадан олдин овқат ҳазм қилиш тизими тўлиқ тозалангандан кейин қўлланилади. Беморнинг чаккасига электродлар ўрнатилади, 90—120 вольт кучланиш юборилади (0,4—0,8 сек). 10 сеанс берилади.

IV. Меҳнат билан даволаш кейинги пайтларда қўлланилмокда. Бемор дорилар олиш билан бирга меҳнатга ҳам жалб этилади. Бу даво кўпроқ касалхонадан чиқарилгандан кейин қўлланилади.

Қайталаниш (рецидив)нинг олдини олиш. Қайталанишнинг сабабларидан қўйидагиларии кўрсатиш мумкин: даволашнинг етарли бўлмаганлиги, уни тартиб билан олиб борилмаганлиги, вақтдан олдин тўхтатиб қўйилганлиги, касалхонадан чиққандан кейин руҳий таъсир этувчи воситалардан фойдаланишни давом эттирмаганлиги. Бўлардан ташқари, қўшимча равишда қўйидаги зарарли омиллар: ўткир ҳамда сурункали юқумли касалликлар (грипп, ангина, энцефалит, безгак, бошнинг жароҳатли зарарланиши, алкоголизм, руҳий жароҳатлар, ҳаддан ташқари чарчаш). Физиологик ўсишнинг оғиши (ҳомиладорлик, туғиш, климакс) касаллик кайталанганда маълум бир аҳамиятга эга. Шулардан шизофрения қайталанишининг олдини олиш йўқларини топиш мумкин. Психофармакологик, клиник ва ижтимоий психиатриянинг ҳозирги даражаси шифокорларга касалликларнинг кайта ривожланишини огоҳлантириш имконини яратди.

Диспансер шароитида беморларни фаол кузатиш, ишлаш ва дам олиш тартибига риоя қилиш, ижтимоий ва меҳнат шароитларини яхшилаш, шифокорлар беморларни касалликларнинг дастлабки белгилари (уйқунинг бўзилиши, беморларнинг даволанишдан бош тортиши) билан таништириши хасталик қайталанишининг олдини олишга шароит яратади.

Шизофренияли беморларнинг ҳарбий экспертизаси. Касаллик қандай кечишидан ва ремиссия даражасидан катьий назар, беморлар ҳарбий хизматдан озод этилади ва хизмат қилиш учун ҳисобга олинмайди. Шу сабабли шизофренияни аниқлаш анча қийин кечади, беморларнинг ҳарбий хизматга яроқсизлигини аниқлаш стационарда текширишлар билан аниқланиши керак.

Шизофрениянинг суд-психиатрик экспертизаси. Шизофрсння кўп учраши ва хилма-хиллиги сабабли беморар кўп ҳолларда ҳуқуқбузарликка йўл қўйиши, жамията қарши хавфли ҳаракатлар қилиши мумкин. Бу харакатлар васваса ва галлюцинациялар натижасида келиб чиқади. Кўп ҳолларда беморлар айбсиз оҳисобланади. Бу масалалар ҳар бир айрим ҳодисада эксперт-психиатрлар томонидан текширилади, чунки чуқур ва турғун ремиссия вақтида қилаётган ҳаракатлари учун ўзига ҳисоб бериш ва ўз-ўзини бошқариш сақланиб қолиши мумкин. Айбсиз деб топилган беморларни жараённинг қандайлиги ва жиноятнинг оғир-енгиллигига қараб мажбурий ёки оддий стационар даволашга юборилади. Ўзининг руҳий ҳолатига қараб ҳукукларидан фойдалана олмайдитан, шахсида чуқур ўзгаришлар бўлган сурункали беморларга нисбатан воселик қилиш туман, шаҳар ҳокимиятларига қарашли участка психиатрларига рухсат этилади. Бу масалалар атронаж ишларига лаёқатсизлик ҳолларида бажарилади.

1 Шизофрения турлари:

1. Корсаков
2. Оддий
3. Гебефреник
4. Кататони
5. Альцгеймер тури

2 қайси турдаги шизофрения учун ремиссия кўпрок хос:

узлуксиз ёмон сифатли
узлуксиз ўрта прогредиент
узлуксиз кам прогредиент
хуружсимон-прогредиент (шубсимон)
даврий рекуррент

3 Шизофреник жараён учун қандай эмоционал бузилишлар хос :

кўнгилбўшлик
амбивалентлик
дисфория
ҳиссий ноадекватлик
ҳиссий нотургунлик

4 Гебефреник қўзғалишда ўз ичига олади:

тутуруқсиз-масхарабоз хулқ-атвор
импульсивлик, ҳаракатлар нотабиийлиги
нутқ патологик батафсиллик
апатия
абулия

5 Шизофреник нуқсон қуйидаги симптомлар шаклида намоен б´лади:

1. апатия
2. эмоционал заифлашув
3. абулия

4. интеллектнинг органик турдаги бузилиши
5. аутизм
6. иродаининг ортиб кетиши

6 Шизофрения турларини таснифлашда қуйидаги вариантлар учрайди:

узлуксиз прогредиент
континуал
кам прогредиент (суст кечувчи)
шубсимон
реккурент
циклотимик

7 Шизофренияга хос:

1. тулик ногиронлик, адаптациянинг йуклиги
2. сурункали ремиссиясиз кечиши
3. полиморфизм
4. психик процесларнинг бутунлигини бузилиши
5. апатико-абулик синдром
6. хотира бузилиши билан характерланади

8 Шизофрения турларини таснифлашда қуйидаги вариантлар учрайди:

узлуксиз прогредиент
континуал
кам прогредиент (суст кечувчи)
шубсимон
реккурент
биполяр

9 Шизофрениянинг кайси турига интермиссия характерли:

узлуксиз ёмон сифатли
периодик фебрил
  узлуксиз кам прогредиентли
хуружсимон-прогредиентли (шубообразный)
периодик рекуррент
узлуксиз урта прогредиентли

10 Кайси шизофрения шакли учрайди?

галлюцинатор
циклик
аффектив
параноид
гебефреник
амнестик

11 Шизофреник нуқсон қуйидаги симптомлар шаклида намоен булади:

аффект кутбланиши
эмоционал заифлашув
абулия
интеллектнинг органик турдаги бузилиши
аутизм
транзитор Корсаков синдроми

12 Шизофрения учун хос булган тафаккур бузилиши турини аникланг:

патологик батафсиллик
персеверация
символизм
аутизм

ковушкоклик
Резонерлик

13 Шизофрения учун қуйидаги синдромлар хос:

кататоник
тутқаноқлар
галлюцинатор-параноид
депрессив
Корсаков синдроми
психоорганик

14 Шизофрениянинг параноид турида қуйидаги галлюцинациялар учрайди:

сохта вербал
чин вербал
чин кўрув
тактил ва бурун томоқда
сохта курув

Шизофрения

1. Бемор Н 17 ёш. Мактабга бормай куйди, факат кузгуга карайди. Айтишича бурни жуда хунук, ота онасини пластик операция килиб беришларини талаб килмокда, булмаса уз жонига касд килишини айтди.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

7. Шзофрения, бош мия органик касалликлари, психопатия
8. Дисморфомания
9. Патопсихологик текширув
10. Куркув, шилким ва ута кимматли гоялар, тушкун кайфият, косметик операция утказишга мажбур килиш
11. Наркологик касалхонага жунатиш

Шизофрения

2 Бемор М 16 ёш. Охирги ойлар давомида бошкариб булмаяпти, уйдан чикиб кетади, уйдагиларга нисбатан газабда, олди-кочди кийинади, сочини таги билан олиб ташлаб «зеленка»га буяб олган, касал бувасини жигига тегади, онасини уради, «циркдаги масхарабоз каби » юради.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Шизофрения, биполяр бузилишлар, реактив психоз

2. Гебефреник синдром
3. ЭЭГ, ЭХО-ЭГ,кон ва пешобнинг биохимик анализи, патопсихологик текширувлар
4. Максадсиз кузгалувчан бузилишлар, ахмокона харакатлар, негативизм. Атрофдагиларга ва узига нисбатан ахамиятсиз.
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш.

Шизофрения

3.32 ёшли бемор К да катта дозаларда узок вакт давомида нейролептиклар кабул килиши натижасида мушаклар регидлиги, дистония, акенизия, тахикардия, КБ ошиши, гипесаливация ва гипертермия ривожланди.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси касалликда учрайди
.асосий ва қўшимча текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш
Жавоблар

1. Гебефреник синдром
2. Шизофрения
3. Клинико-катамнестик текширув, ЭЭГ,RO-графия, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдик биохмик тахлили, патопсихологик текширув.
4. қилмишлари маъносиз булган харакат бузулишлари, телбанамо қўзғалиш, сохта хурсандчилик, негативизм. Яқинларига, ўзиниг ташқи кўринишига бефарқ, уятсиз.
5. Психиатрик касалхонага стационар даволашга юбориш.

Шизофрения

4.Бемор Л.24 ёшда. 4 йилдан бери психик касал, 2 маротаба психиатрик касалхонада даволанган, уйда даволашни давом эттирмайди. Охирги бир неча кундан бери харакатсиз, тушакда ётибди, гапирмайди, овкат емайди. Мушаклар гипертонуси, энса мушакларининг регидлиги, ахлат ва пешоб хиди келмокда.

.синдромал ташхис

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.асосий ва қўшимча текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси.
Жавоблар

6. Катотоник ступор
7. Шизофрения, биполяр бузилишлар, реактив психоз
8. Клинико-катамнестик текширув. ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, кон ва сийдикни биохимик текширув, патопсихологик текширув.

9. Каталепсия, «хаволи ёстикча» симптоми, «капюшон» мутизм, примитив рефлекслар(сўриш) негативизм.
10. Рухий касалликлар касалхонасига даволаш учун жунатиш

20-БОБ

МАНИАКАЛ-ДЕПРЕССИВ ПСИХОЗ

Маниакал-дспрессив психоз (циклофрения, циркуляр псисихоз, циклотимия) даврий кечадиган руҳий касаллик бўлиб, депрессив ва маниакал босқичлари ва уларнинг орасида тўла соғломлик даври — интермиссия билан алмашиниши кузатилади. Психознинг узоқ давом этишига
ва кўп марта такрорланишига қарамасдан интермиссия даврида қандайдир руҳий ўзгаришлар ёки шахснинг етишмовчилик белгилари кузатилади.

Маниакал-депресеив психоз (МДП) ёркин ифодаланган турларни (циклофрения) ҳамда юмшоқ ифодаланган турларни (циклотимия) ўз ичига олади.

Маниакал-депресеив психознинг ҳозирги кўриниши немис руҳиётчи олими Э. Крепелин (1899, 1913 й.) тасвирлаган. Унгача бўлган даврда Гиппократ (Буқрот) фикрича алоҳида мания ва меланхолия каби мустақил касаллик тушунчаси ҳукм суриб келарди. Француз олимларидан Фальре ва Баярже (1854 й.) ишлари диққатга сазовордир. Улар циркуляр деб аталувчи ва психоз босқич билан кечувчи маниакал ва депрессив даврларга бўлинувчи касалликни баён этадилар. Маниакал-депрессив психозни алоҳида нозологик бирлик сифатида таъкидлаш учун Э. Крелелин бир-бирига клиник кўриниши қарама-қарши бўлган ҳолатларни (депрессив ва маниакал бузилишларнинг ички бирлигини), уларнинг келиб чиқиши ва хусусиятларини солиштириб (ирсий умумий-лигини, оила фони ўхшашлигини), кечишини (даврий — босқичлилигини) ва пировард-натижани (шахсият учун сўнггида нуқсон ҳосил бўлмаслигини) синчковлик билан солиштириб кўрди.

Этиологияси ва патогенези. Крепелин давридан бошлаб маниакал-депрессив психоз эндоген касалликларга киритилади. Ҳозирги даврда маниакал-депрессив психоз касаллигининг сабаби ва ривожланиш механизми тўла аниқланмаган бўлса-да, касаллик тараққиётида иштирок этувчи бир қатор омилларга катта аҳамият берилади. Бўларга бемор организмидаги биокимёвий ва бошқа биологик ўзгаришилар (катехоламинлар алмашинувидаги ўзгаришлар, минерал алмашинуви бузилиши, эндокрин ўзгаришларнинг таъсири ва бошқалар), ирсий томонлари, ёши ва жинси ҳамда конституционал алоҳидаликлари шулар жумласидандир. Маниакал-депрессив психознинг ирсий узатилиши гумонлардан йироқдир. Бунинг тасдики бўлиб шу касалликнинг эгизаклардан бирида учраса, иккинчисининг ҳам мойиллиги ёки касалланиши хизмат қилади.

Каллман (1957 й) маълумоти бўйича икки зиготали эгизакларда касалланиш хавфи 20—25% ни ташқил этса, монозиготали эгизакларда 66—96% ни ташкил этади. Яна ота-онаси маниакал-депрессив психоз билан касалланган оилаларда болаларига ўтиш нисбатлари ҳам аниқланмокда. Қариндошлар ўртасида қариндошлик қанчалик яқин булса, касалликнинг ривожланиш хавфи шунчалик кўпаяди. МДП пайдо бўлишида, жинси, гавда тузилишини, шахснинг касалликдан олдинги ҳолати билан алоқаси бўлса

керак — аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ касалланади. МДП касаллигининг 60—70% и аёллардир.

МДП бўлган касалларнинг кўпчилигини диққат билан ўрганиб, уларнинг гавда тузилиши бўйича пакана эканлиги аниқланди. Беморларнинг касал бўлишдан аввалги ҳолатлари аниқланди. Бу одамлар аффектив тебранишларга мойил. Кайфияти сабабсиз ўзгариб турадиган, баъзан кайфияти кўтарилиб, баъзан тушиб турадиганлардир. МДП нинг нормостеник ёки психоастеник хусусиятли одамларда ҳам пайдо бўлиши тасвирлантан. Тан олинган фикрларга биноан, МДП гипоталамус нейронлар тизимида ва мия базал қисмининг бошқа улимларида синаптик узатилишнинг бузилиши билан боғлик бўлиб, бу бўлимларда асосий руҳий реакциялар уйғоклик, кайфият, аффектларнинг шаклланиши кузатилади.

МДП нинг биокимёвий гипотезалари моноаминлар алмашинувининг бузилишида стероид гормон ва сув-электролит алмашинувининг ўзгаришида деб тахмин қилинади. Энг кўп тарқалгани моноамин алмашинуви — катехоламин ва индол аминларнинг алмашинуви бузилишлари билан боғлик деб билади. Катехоламин гипотезасининг маъноси шундан иборатки, депрессия ҳолатида мияда норадреналиннинг функционал етишмовчилиги, мияда эса фаоллашуви кузатилади. Буйрак усти бези фаолиятининг бузилишини ўрганиш учун дексаметазон тестидан фойдаланилади. Кўпгина текширувларнинг

натижасига қараганда эндоген депрессияси бор беморларнинг ярмидан кўпида дексаметазон тести патологик эканлиги аниқланган. МДП патогенезини ўрганиш кейинги йилларда осонлашгани психотроп, хусусан антидепрессив дори-дармонларнинг даволаш механизмини ўрганиш орқали бироз енгиллашади. Катехоламинларнинг алмашинувини ўрганиш аффектив бузилишларда даволаш механизмини ўрганиш орқали амалга оширилаяпти. Литий дезаминлаш маҳсулотлари ва катехоламинларни метиллаш орасидаги нисбатни ўзгартирар экан. Бундан ташқари, литий томонидан чақирилган ўзгаришлар катехоламинлар алмашинуви бузилиши гипотезаси билан сув-электролит алмашинуви бузилишлари орасидаги боғлиқлик борлигини ўрганиш имконими беради. Аммо барча тахминлар тажриба йўқи билан текширишни ва тўғридан-тўғри исботни талаб қилади.

Маниакал-депрессив психознинг клиник кўриниши ва кечиши. МДП ҳар кандай ёшда — болалардаи то қари ёшдагиларда ҳам бошланиб қолиши мумкин. Эпидемиологик маълумотларга қараганда кўпинча касаллик етук ва кексайган ёшда (40—50 ёшда) бошланади. Аммо шундай текширишларда касаллик аввалроқ амбулатор босқичда хирароқ кечганлиги кайфиятнинг босқичли ўзгаришлари эътибордан четда қолиб кетади. МДП билан аёллар эркакларга қараганда кўпроқ касалланади (2 мартагача), аёлларниг кўпроқ қисми касалланишини барча муаллифлар тасдиқлайдилар. МДП нинг тарқалиши ҳақида ягона фикр йўқ. Э. Крепелин ва унинг замондошларининг маълумоти бўйича МДП кўп учрайдиган касаллик бўлиб, бу руҳий ташхис касалликларнинг 10—15% ига қўйилади ва даволанади. Кейинги 10 йиллар давомида МДП ташхисини камроқ қўймоқдалар. М. Кинкелин (1954) маълумоти бўйича МДП касаллар ўртача 50%, Р. Кохен (1975) маълумоти бўйича МДП 3,5% га тўғри

келади. МДП нинг турли фоизда учраши ҳар хил илмий ходимларнинг бу касаллик чегараларини ўзича тушуниши ва ташхис қўйиш маҳоратига боғликдир.

МДП нинг асосий ва ўзига хос кўринишлари тушкунлик ва кўтаринки кайфият — депрессив ва маниакал босқичлардан иборат. Бу босқичлар орасида «ёруғ» оралиқ—интермиссия кўнлари бўлади ва ҳеч қандай маълум тартибсиз касалнинг бутун ҳаётида қайтарилаверади. МДП нинг асосий етакчи клиник кўринишларидан депрессив (меланхолик) ва маниакал (мания) синдромлари (босқичлари)дир.

МДП касаллик кўринишларининг босқичлари фарқлансада, улар кўпгина умумий томонларга эга. Умумийлиги шундан иборатки, бузилишлар руҳий фаолиятнинг бир хил ва ўша қисмида кузатилади, уларни учта катта гуруҳга жамлаш мумкин.

1. Кайфиятнинг бузилиши.
2. Фикрлаш тезлигининг бузилиши.
3. Нутқ-ҳаракат фаолиятининг ўзгаришлари.
4. **Депрессив босқичи**. Депрессив босқич учта белги билан тавсифланади:

1. Тушкунлик-қайғули кайфият билан.
2. Тафаккурнинг сустлашуви билан.
3. Ҳаракат сустлиги билан.

Депрессив ҳолат кўпинча аста-секинлик билан бошланади ва касалликнинг асосий клиник кўриниши ҳисобланади.

Депрессиянинг бошланғич даврида ўзини нохуш сезишдан бошланади, барча кечинмаларда қайғули фон бўлиб, умумий ҳаётга қизиқиш сусаяди, астеник бузилиш кузатилади, қўли ишга бормайди. Тушкун кайфият фонида уйқу бузилади, иштаха сусаяди, иш қобилияти ва иш унумдорлиги камаяди. Ланж бўлади, бўшашади, эрталаблари урнидан қийинчилик билан туради. Касаллар ўз ишларини ташлаб қўядилар, уй ва хизмат ишларини базўр бажарадилар, бемор ўзига-ўзи қийинчилик билан қарайди ва «дангасаликдан» азоб чекади. Беморларнинг кайфиятлари барқарор бўлиб, хурсандчилик ва қувноқлик чекинади, атроф-муҳит кўзга қоронғу кўринади ва унга қизиқиш сусаяди. Бу босқичда субъектив бузилишлар кучаяди ва шу вақтнинг ўзида депрессиянинг аломатлари суст бўлади ва касалликни аниқлашни қийинлаштиради.

Кейинчалик касаллик оғирлашиши билан депрессия кучаяди, ифода ўзига хос кўринишни олади, хасталик аниқ кўзга ташланади, бу беморнинг ўзини тутишида билиниб қолади. Беморликнинг бу босқичида иложсиз қайғу-алам ҳолатига етади, серхавотир бўлиб қолади. Бемор учун бир лаҳзалик бўлса-да, қувонч ҳислари бегонадир (масалан, ҳатто қизи институтга кирса ҳам), доимо қалбида жисмоний оғрик сезади, кўпинча юраги сиқилаётганини, «юрак қайғусини» сезади. Депрессия бемор ташқи кўринишида аниқ сезилиб туради, юзида қайғу қотиб қолгандай, ҳаракатлари жуда сустлашади, кўзлари қуруқ нами йўқ, кўз пирпиратмайди. Бемор ўзида Верагутта бурмаси — устки қовоқ терисининг салқиланиб қолиши, юзига қайғули кўринишни бериши кузатилади. Гавдаси букилган, қўллари ёнига осилган, ўзлари

бўшашган, атрофдагилар билан иши йўқ, қимирламай ётадилар ёки утирадилар. Диққатлари бир нуқтага тиқилган — қайғули қадалган, ўзининг соғлиғини, келажагини, яқинларининг ҳолатларини жуда пессимистик гумон аралаш баҳолайди. Улар ҳозирга, келажакка ишончни йўқотадилар, кувончли онларни ҳеч сезмайдилар, ўзларини боши берк кўчага кириб қолгандай сезадилар, онгларидан ўзлари иложсиз ҳолатга тушиб қолганликлари чиқмайди, оилада, ҳаётда, хизматда мутлақо яроқсиз деб сезадилар ва ўзларини дарди бедаво деб баҳолайдилар, келажак бутунлай азобли бўлиб туюлади.

Беморлар ўзларини берк кўчага кириб қолгандай сезадилар ва ундан фақат бир илож қилиб ўзини ўлдириб қутулиш мумкин, деб ҳисоблайдилар, шунинг учун беморлар депрессия ҳолатида суицидал ҳаракатлари билан хавфлидирлар. Ўзини-ўзи улдиришга қаратилган ҳаракат депрессияси ҳар қандай ҳолатда ифодаланиши мумкин. Баъзи ҳолларда ўзини-ўзи халок қилиши тўсатдан импульсив бўлади, бошқа ҳолларда унга яхшилаб таиёрланади ва ўз режаси ҳақида ҳеч ким билан маслаҳатлашмайди. Ўз-ўзини ўлдириш ҳаракатлари, харакат сустлашиши кам ифодаланган вақтларда депрессиянинг бошланиши ёки тугашига яқин вақтларда кўпроқ учрайди.

Депрессиянинг бундан кейинги чуқурлашуви аввал ўта баҳоланган, пировардида бузилгани васвасалар билан ўзини айблаш, гуноҳкорлиқ ўзини камситиш, ипохондрик ҳолатлар билан кузатилади, бошқа беморларни ҳам ўзини-ўзи улдиришга ундайди. Эски, илгари даврда йўқ қўйган хатоси беморлар онгида ўсиб, улғайиб катталашади, жиноят қилгандек туюлади. Энди қилгилигига атайин жазоланиши керак деган ишонч ҳосил бўлади. Шундай беморлар атайин овқатланмайдилар, овқатланишга ҳаққим йўқ, деб ҳисоблайдилар, ўзларини ҳаётга нолойиқ деб ҳисоблаб, бошқалар уларни ҳалок қилишини талаб қиладилар.

Депрессия фазасидаги беморлар учун хос бўлган белгилардан бири ҳиссизликни бошидан оғир кечириши — анестетик депрессиядир. Беморлар бунда хурсандчиликни билмаймиз, тунда бефарқ бўлиб қолдиқ деб шикоят қиладилар. Яқинларига, болаларига самимийликни, одамийликни йўқотиб, худди юраксиз роботга ўхшаб қолдиқ дейдилар.

Кўпинча депрессия хавотирлик (ташвишли депрессия) ваҳима, нотинчлик билан кечади, беморлар инграйди, йиғлайди, қўлларини қарсиллатади, ўзини қўйгани жой тополмайди, кўпинча бу ҳолатлар меланхолик раптус ҳолатига етиб, вақти-вақти билан ўзини-ўзи жароҳатлашга ва ўлдиришга ҳаракат қилади.

Кўп ҳолларда атрофини ва ўзини идрок қилиш ўзгаради, дереализация ва деперсонализация бўлади. Бу турдаги депрессияда унинг атрофида ҳамма нарса хира, қотиб қолган, жонсиз бўлиб кўринади.

Баъзида беморлар депрессив мазмунли галлюцинациялар — ўз болаларининг йиғисини, бақириғини, яқинларининг инграшини, мотам куй-қушиқларини эшитади. Ғам-ташвиш ошган сари ўзига мос фикрлашнинг сусайиши ошиб боради. Беморлар камгап бўлиб қоладилар, саволларга секин, камгаплик билан, бир сўз билан, кўп тўхтаб-тўхтаб, қайта-қайта илтимосдан сўнг жавоб берадилар. Чуқур депрессив ҳолати кузатилади. Баъзида касаллар калтабинлик, эси пастроқликдан, эсидан чиқариб қўйиш,

фикрлаши секинлашганлиги, саволларга жавоб беришга фикр тополмаслиги, бошининг бўм-бўш бўлиб қолганлигидан шикоят қиладилар.

Ҳаракатнинг сустлашуви депрессия фазасининг учинчи белгисидир. Тузукроқ ҳолларда ҳаракатларнинг секин ва чаққонмаслиги билан намоён бўлади. Ҳаракатни сезиш йўқолади, беморлар ҳаракатни англамаслигидан шикоят қиладилар. Депрессиянинг ошиши билан ҳаракат актларининг секинлашуви боғлиқлиги шу даражагача борадики, натижада ҳаракат тўла тўхтайди ва сўзлаш ҳам тўхтайди — яъни депрессив ступор вужудга келади. Шундай ҳолларда бемор билан мулоқот қилиш деярли мумкин эмас, касал ўрнида етади ёки қимирламай ярим қайғули ёки қайғудан кучланган кўринишда, чуқур-чуқур ҳўрсиниб нафас олади. Териси, юзи оқарган, хира яшил-кулранг, кўз остида тўқрок ҳалқалар, лабларининг четлари осилган ва лаблари қуруқ ёпишган, оғиздан очликда бўладиган ҳид чиқиб туради, афтида бурма ва ажинлари ўта сезиларли, беморлар шалвиралган ва қаримсиқ кўринади. Ирода фаоллиги депрессия ҳолатида ўта пастлашган. Доим иккиланади, гумон қилади, ҳеч нарсани ҳал қилолмайди, жуда дангаса бўлиб қолганга ўхшайди. Кичик бир ишни ҳам зўрға бажаради. Бундай ўзгаришлар беморда ўзини айблашга олиб келади. Ўзидан норози бўлади, хоҳиш, ирода, қизиқишлар пасайган, иштаҳа, чанқаш, шаҳвоний сезги йўқолади, ҳатто ўзини сақлаш инстинкти ҳам сусайган.

Депрессия фазасида кун буйи ўзини хис қилиши ва кайфияти ўзгариб туради. Айниқса эрталаблари ўзини ёмон ҳис қилади. Кечга яқин ҳолати бир оз яхшиланади, иложсиз қолганлиги, тушкунлиги юмшайди.

Маниакал-депрессив психозда ниқобланган депрессиялар юзага келиши мумкин. Бунда биринчи ўринга соматик шикоятлар, кардиалгиялар,гастралгиялар, кучли бош оғриклари чиқиб, шу вақтнинг ўзида депрессия белгилари бир озгина камаяди, иш қобилияти сусаяди. Бундай ҳаракатларни энг аввало соматик касалликлардан ажрата билиш лозим.

Маниакал босқичи. Маниакал фазанинг асосий клиник кўринишлари симптомлар учлиги билан ифодаланади: I) кайфиятнинг кўтаринқилиги билан; 2) тафаккурнинг тезлиги билан; 3) ҳаракат қўзғолганлиги билан. Улар турли даражада ифодаланган бўлиши мумкин.

Шунга биноан маниакал фаза енгил — гипомания, ифодаланган (типик циркуляр мания) ва оғир (улуғворлик васвасаси) манияларга бўлинади.

Маниакал фаза бошланиш даврида ўзини кўтаринки руҳ, яхши ва оптимистик кайфиятда дадил сезади. Фаолият кўрсатишга кўтаринки иптилиш найдо бўлади, касаллар уй ишларини, ишхонада, ҳам ўқишда осонлик билан бажарадилар. Жамоалар тўзишга интилади, унда хурсандчилик қилади, хазиллашади ва аския қилади. Кўтаринки кайфиятга ўзини ортиқча баҳолаш сабаб бўлади. Кўп куч йўоқтса-да, чарчаш нималигини билмайди, кам ухлайди, иштаҳаси чакки бўлмайди. Маниянинг кейинги фазасида — соф маниакал фазада маниянинг барча кўринишлари яққол ифодаланган бўлади. Юқори кўтаринки кайфият қувноқлик чегарасидан чиқиб кетади. Касаллар доимо ўта яхши кайфиятда бўлади,

жуда хурсанд, қаттиқ куладилар, йўл-йўлакай бирданига тер тўкиб ишлайдилар, ўзлари қониққан ҳолда ўқийдилар, ўзларини бахтиёр ҳис қиладилар. Доимо кўтаринки ҳолда ўзларини жуда етук деб ҳисоблайдилар, ўзларига маҳлиё бўлиб қоладилар — улар ўзларини истеъдодли деб, чет тиллардан бир нечтасини биладиган деб ҳисоблайдилар, бирданига учта институтга кирмоқчи бўлиб тайёргарлик кўра бошлайдилар, ўзларини машҳур артист, қўшиқчи, шоир деб биладилар, катта илмий ёки сиёсий муаммоларни еча оладигандек деб ҳисоблайдилар. Бу ўта қимматбаҳо ғоялар баъзида улуғворлик васвасасига айланади, мавзунинг бир хиллиги билан ажралиб туради ва депрессия фазасига ўхшаб беморларнинг ҳулқини жуда ҳам аниқлайди. Маниакал синдромнинг ташқи кўринишлари ҳам яққол бўлади: ташқаридан жонли, хурсанд кўринади, арзимаган нарсага қаҳ-қаҳа отиб кулади, телбаларча тез югуриб келадилар, улар билан гаплашишларини сурайдилар, мода кетидан қувадилар, кўзга ташлаиадиган очиқ рангли кийим киядилар, тақинчоқларни яхши кўрадилар, косметикани ўта кўп ишлатадилар.

Беғубор қувноқ кайфият баъзан жаҳл чиқиши билан, ғазаб, тажовуз билан одатдаги ҳоҳишларга тўсиқ пайдо бўлганда алмашинади. Одатда бу ҳолат тез ўтиб кетади.

Фикрлаш жараёнининг тезлашуви гапдонликда намоён бўлади: беморлар кўп, баланд овозда ва тез гапирадилар. Доимо кўп гапирганлари учун товушлари бўғилган бўлади. Фикрлашнинг ўта тезлашуви, ғояларнинг сакраши деб номланиб, оғир ҳолларда ташқи воқеаларга боғлиқ бўлиб, хаёл ҳардамлик на ҳатто чалғитишгача етиб боради. Бундай ҳолатларда гапдан чалғиш бўлади. Шифокорнинг саволларига тўғри жавоб бера бошлагани ҳолда бемор шу заҳотиёқ саволдан чалғиб қолади ва миясида янги ҳосил бўлган фикрлар тўзонида чалғиб, қизиқиб қолади. Беморлар ўзларини тўта олмайдилар, қўзғалиб, тўхтамасдан бўғиқ товуш билан гапирадилар, ашула айтадилар, шеър ўқийдилар, сўзларни жуфтлаб айтишни яхши курадилар, шифокорларни, талабаларни, ходимларни кўтаринқиликда қутлайдилар, саломлашадилар, атрофда бўлаётган воқеаларни кўтаринки руҳ билан тушунтирадилар, бўлимдаги ҳар бир ишга аралашадилар, маслаҳат берадилар, Қўзғолганлик баъзида шиддатли тажовўзгача бориб етади. Ҳаракат кўзғалувчанлиги ҳатто оғир ҳолатларда ҳам маънисиз, мақсадсиз бўлмайди, балки ҳамма вақт беморнинг бир фаолиятга интилгани ҳолда мақсадга мувофиқ бўлади. Беморлар одатда ўта фаол, ҳаракатчан, чарчамасдирлар. Шунга қарамасдан ҳаракат фаоллиги ҳаракатларнинг тугамаслигини билдиради. Бирор ишни бажаришга киришар экан, беморлар тезда уни ташлаб, янгисини бошлайдилар, бошлаган ишларини охиригача етказмайдилар, қаерга бориб қолсалар ўз атрофида тўполон ва тартибсизлик чиқарадилар, ҳамма ёққа «бурниларини» тиқадилар, ҳаммага кўрсатма бериб, огоҳлантирадилар ва бу билан атрофдагиларни ҳолдан тойдирадилар. Эмоционал ҳолатга қараб ташқи кўриниши ҳам мос бўлади. Ўзларини тик ва дадил тутадилар, юзлари хурсанд, -кўзлари ялгирайди, яноқлари қизаргам, юз ҳаракатлари жонли ва ифодали, беморлар худди ёшаргандек ва руҳан тетик кўринадилар.

Маниакал беморларнинг ўзларини тутишлари бузилиши гиперреактивлиги ва қизиқишларининг, айниқса шаҳвоний ҳиссиётларининг кучайишидандир. Беморларнинг иштахаси юқори бўлади, аммо улар

ўзлари озиб кетадилар, кўпинча кўпол шаҳвоний қилиқлар қилиб қўядилар, уятсизлик қиладилар, эротик мазмунда кўп гапирадилар. Аёллар таннозлик қиладилар, кўпинча хоҳиш билан ечинадилар, кўпинча исрофгарчиликка мойиллик пайдо бўлади, беморлар керак бўлмаган қимматбаҳо, нокерак қиммат нарсаларни сотиб оладилар, кўп пул сарф қиладилар, кўп йиллар давомида йиғганларини сочадилар, нарсалар уларнинг жаҳлини чиқаради, бесабаб ишдан бўшаб кетадилар, уйларини алмаштирадилар, бирдан ажраб кетадилар, осонгина танишадилар, тасодифан жинсий алоқага мойил бўладилар, хасталик тўзалаётганда кўп жиддий тазарру қиладилар. Маниакал ҳолатдан чиққанларидан сўнг астеник ҳолат сезадилар.

Маниянинг атипик шакллари ҳам фарқланади (беморнинг хулқига, психопатик симптомларининг интенсивлигига қараб).

Қувноқ маниялар эйфория билан кечади, ўз-ўзини ортиқча баҳолаб юборади ва ўзини ғоятда яхши хис қилади.

Экспансив маниялар, биринчи ўринга руҳий жараёнларнинг тезлашуви билан ўта қимматли ғоялар қўшилиши чиқиб, фаолиятга интилиш намоён бўлади. Маниянинг бошқа белгилари озгина ифодаланади.

3. Ғазабли маниялар — жаҳлининг чиқиб кетиши, ғазабноклик билан агрессив ҳаракатларга, бўлар-бўлмасга тирноқдан кир қидиришга тушиб қоладилар.

Кўпинча маниакал-депрессив психозда маниакал синдромни депрессив синдромга қарама-қарши қўйилади. Айни вақтда, депрессив фаза энергетик қувватниинг камайиши билан, кайфият, руҳий жараёнларнинг тезлиги, ҳаётий лаззатлар, қўзғолиш, қизиқишларнинг сусайиши билан тавсифланади, маниакал босқичда эса уларнинг ўта кучайиши, вегетатив фаолият ва умумий жисмоний тонусларнинг ошиши кузатилади.

Циклотимия — юмшоқроқ кечувчи маниакал-депрессив психозларнинг кўринишидир. Худди маниакал-депрессив психозлардаги каби касаллик босқичлар шаклида (субдепрессив ва гипоманиакал намоён бўлади) уларнинг орасида яхшигина ёруғ соғлом оралиқ бўлади, бу интермиссия дейилади. Баъзи ҳолатларда циклотимия кайфиятнинг бир оз ўзгариши билан кечади. Циклотимия учун ҳолатларнинг ўзгариши — бир томондан ўзини яхши ҳис қилиш, қувват ва иш қобилиятининг ошиши, бошқа томондан, кайфиятнинг сусайиши, ғамнок бўлиб қолиши, ҳаракат сусаймаган ҳолатдалиги билан тавсифланади. Қисқа вақт давом этадиган хуружлар шифохонага ётқизишни тақозо этмайди, беморлар томонидан эса кайфиятнинг ўзгариб туриши деб баҳоланади. Циклотимия беморларда касаллик оғирлашиб, маниакал-депрессив психознинг ифодаланган босқичларига айланиши мумкин, бу эса касалликнинг маниакал-депрессив психозга тегишли эканлигини тасдиқлайди.

Маниакал-депрессив психоздаги сомато-вегетатив ўзгаришлар босқичлар сифатида ва хуружлар орасидаги давр билан таърифланади. В. Т. Протопопов ва унинг ходимлари ишларидан маълум бўладики, психоз хуружи соматик ўзгаришлардан бошланади, чунки соматик ўзгаришлар руҳий хасталик белгиларидан олдинроқ намоён бўлади. Ҳам маниакал, ҳам депрессив босқичларда соматовегетатив

ўзгаришлар бир хил кўринишга эга бўлади ва бу симпатик нерв тизими тонуси ошганлигини кўрсатади: иштаҳа йўқолади, озади, оғзи қурийди, қабзият бўлади, юраги тез-тез уради, қорачиғи кенгаяди, уйқуси бузилади, қон босими ўзгаради, терининг тонуси тушади, аменорея ва либидо ўзгариши рўй беради. Ин-термиссия бошлангунча вегето-соматик олам меъерига келиб қолади.

Депрессия ҳолатида босқичнинг тезда тугашидан дарак берадиган хушнуд этувчи аломат — бу беморни семира бошлаши ҳисобланади, яъни йўқотган оғирлиги тиклана бошлайди.

Кечиши ва натижаси. Маниакал-депрессив психознинг кечиши турлича бўлиши мумкин. Кечиш тури касалик босқичлари, сони, давомийлиги билан белгиланади. МДПнинг биполяр (депрессив ва маниакал хуружларнинг алмашинуви) ва монополяр (фақат депрессив ёки фақат маниакал хуружлар) шаклида кечиши кўп текширувчилар томонидан тан олинган.

Континуал (давомли) тарзда кечиши мумкин. Бунда депрессив ҳолат ёруғ оралиқсиз (интермиссиясиз) маниакал холатга ўтади, хуружлар бир неча кундан ярим йилгача давом этиши мумкин, баъзида бир йил ва ундан ҳам ортиқ давом этади. Ўрта ёшдаги беморларда хуружлар 2 ойдан б ойгача давом этиши мумкин. Ёши улғайган кишиларда касалликнинг хуружлари ўзоқроқ давом этади, ёруғ кунлар қисқаради. Бундан ташқари, бу ёшда касаллик ўзига хос кўринишга эга бўлади, асосан васваса ғоялари кузатиб юриш, ипохондрик ҳолат (депрессив босқичда) галлюцинациялар пайдо бўлиш ҳисобига вужудга келади.

Васваса, галлюцинация, онгнинг хиралашуви билан кечувчи депрессив фаза фантастик меланҳолия дейилади. Маниакал қўзғолиш чўққисида онгнинг хиралашуви чалкаш маниялар ҳақида фикр юритишга имкон беради. МДП нинг атипик кўринишларини тушунтиришда бир қатор ҳолатларга, конституционал омилга, аралаш ирсиятга, ҳамроҳ бўлган соматик касалликларга, нейроэндокрин бузилишларга, гипертиреозга ва хафақон касалликларига эътибор берилади.

МДП кечишининг бошқа кўрсаткичи интермиссиянинг давомийлиги ҳам кенг чегараларда ўзгариб туради. 1. Augst ва муаллифлари берган маълумотларга қараганда (1970) 54% ҳолларда беморлар ўз хаётида ўртача 7 босқични кечирар эканлар. Кўпинча бемор хаётида бир ёки икки касаллик даврини 10—20 йил оралиқ билан кечириши мумкин. Бир ҳолатда боскичлар тўғри алма-шинади ва бир йилнинг бир фаслида ва вақгида (кўпинча баҳор ва кўзда) кайталанади. Шу билан бирга маниакал-депрессив психоз кечишида шундай даврлар ҳам бўладики, унда ёруғ оралиқ амалий жиҳатдан бўлмайди ва босқичлар бирининг кетидан бири қайтарила беради.

МДП учун хуружлар орасида руҳий соғлигининг тўла тикланиши хос. Беморлар психоздан тўла чиқади (соғломлашади), касалликка қадар қандай бўлса, шундай бўлиб қолади. Бундай ҳолатларни интермиссия деб номлаш қабул қилинган.

Ҳар бир хуруж ҳолатининг оқибати яхшидир. Депрессия ёки маниакал ҳолатлар оғир кечишига қарамасдан улар тўла қайтади ва ўзидан сўнг асорат қолдирмайди. Касалликка нисбатан бир бутун қилиб олинганда оқибати ҳақида эҳтиёт бўлиб гапирмоқ лозимдир. Босқичлар кайтарилиб туради, ёш ошиб

борган сайин давомлироқ ва оғирроқ кечади, баъзида мураккаб клиник кўринишлар кузатилади. Депрессия ҳолатида беморлар ўзига-ўзи суиқасд қилиб ўлдирадилар. Барча руҳий беморлар орасида ўзига суикасд қилувчи МДП касаллар 11% ни ташқил этади. (Р. Г. Липанов, 1970). Касалликнинг хуружлари депрессия ҳолатида овқат емасликлари, оғир тан жароҳатлари ҳосил бўлиши билан, айниқса карияларда хавфлидир. Йўқдош бўлган касалликлар аҳволни янада мушқўллаштириши мумкин.

Кўпгина олимлар маниакал-депрессив психозларнинг атипик кўринишлари борлигини ахтарадилар. Атипик кўринишлар бўлишини преморбид касалликлар ва бошқа омилларга боғлайдилар.

Касалликнинг атипик кўриниши унинг клиник аломатларидан бири бўлиши мумкин. МДП га хос бўлмаган элементлар қўшилишидаи ёки бошқа руҳий касалликнинг белгиси бўлиши мумкин. Ўзга ҳолларда касаллик бошидан бошлаб атипик кечади, бу эса ташхиснинг тўғрилигига жиддий гумон туғдиради. Яна бошқа ҳоларда ўзига хос клиник кўриниши ривожланунча орада атипик кечади . Кечиши бўйича аттик ҳолат оғир кечаётган , босқичларнинг оралиқ даврида еруғ кунлар бўлмайдиган ,авалги муаллифлар бўйича сурункали маниялар деб номланувчи узун фазали касаллик ҳисобланади . Босқичлар атипияси психопатологик аломат кўринишларига – васваса ғоялари , галлюцинациялар, ёпишқоқ ҳолатларнинг қўшилишидан бўлиб ,МДП клиникасини оғирлаштириб юборади .

Кўпинча қўйидаги атипик фазалар учрайди . Сенестоипохондрик депрессия – депрессиянинг тананинг турли қисмларида учрайдиган сенестопатик сезгилар билан қўшилиши.

Клиник кўриниши бўйича буларга депрессив ипохондрик-ўта қимматли ипохондрия шаклидаги депрессия яқинлашиб келади . Ипохондрия ғояларининг мазмуни шундан иборатки ,бемор ўзининг соғлиғи ҳақида ўта қайғуради ,баъзида ички аъзолари йуқ деган даражагача боради , ўлиб қолиши мумкин эмас ,абадий қийноққа маҳкум этилгандек ғояларига бориб етади . Синдром янада ривожланса , Котар томонидан тасвирланган улуғворлик васвасига тушиб қолиши мумкин .

Галлюцинация, васваса ,онгнинг саёзлашуви билан кузатиладиган депрессия хаёлий меланхолия дейилади. Ёпишқоқлик пайдо бўлади ва бу оғир кечади . Кўпгина ҳолтларда ёпишқоқлик контраст тавсифга эга бўлиб,бемор вазиятларига қарама –қарши бўлади ёки унинг руҳий кечинма ва дунёқарашларига тескари бўлади. Бир бемор ўзи қўрқади, қизини кўрса бўғиб қўйиши еки қизига пичоқ тиғи Билан уриш хоҳиши пайдо бўлади .Ёпишқоқлик ёпишқоқ эсдаликлар сифатида пайдо бўлиши, одатда ,бемор учун ноқулай еки юзаки воқеалар кўринишида бўлиб,хатто суицидал фикрлар ҳам ҳаёлига келади .Бу ҳолат айниқса бморлар томонидан эрталаблари кучли қичима ҳосил қилади ва қечқурунга бориб бироз камаяди . Ёпишқоқликнинг пайдо бўлиши босқичларнинг клиник кўринишини оғирлаштиради ,узоқ давом этишга мойиллик ва даволашга резистентлик (чидамлиликни) пайдо қилади .

Фарқ қилиш ташхиси Типик ҳолатларда МДП ни аниқлаш касаллик ҳолатлари унча-мунча кескин бўлса, қийинчилик туғдирмайди . Босқичларнинг кўриниш вариантлари кўп бўлишига қарамасдан маниакл ёки депрессив-аффектив бузилшлар чегарасидан чиқмайди .Касалликнинг бошлашғич даври ташхис қўйишда кўп қийинчилик келтириб чиқаради .Наслий томонларини , гавда тузилишини, касаллик

бошланишидан аввалги ҳолатини: ёшини ,жинсини ва бошқа ҳолатларини ҳисобга олиш керак.Биринчи хуруж пайдо бўлганда МДП ни бир қатор касалликлардан ажратиб олиш анчагина қийинчилик туғдиради . Булар қаторига аффектив даврий ўзгаришдар билан (депрессия ёки маниакал тузилмали) кечадиган шизофрния , инволюцион меланхолия, реактив депрессия, экзоген,инфекцион ,интоксикацон психозлар (ташқи органик психозлар,церебрал атеросклероз,ривожланувчи фалаж) ва бошқалар киради. Буларни билиш ғоят муҳим чунки бундай ҳолатларда даврийликка мойиллик кузатилади (органик даврий психозлар). МДП ни даврий шизофренияда чегаралашда шуни назарда тутмоқ керакки, МДП хуружлари фақат аффектив патология билан тугайди ,даврий шизофрения учун эса хуруждан-хуружга қараб клиник кўриниш мураккаблашиб, унга галлюцинатор васваса бузилишлари, руҳий автоматизм синдроми қўшилади .МДП нинг депрессия босқичиди кун бўйи кайфият ўзгаришини ҳисобга олиш керак .Бу босқичдан чиқишда шахсият ўзгармайди ва руҳий ҳолат тўла тикланади (интермиссияга ўтиш). Бу эса психоген ташхисни осонлаштиради, чунки шизофренияда кун бўйи кайфият ўзгариши кутилмайди ва шахсиятни касалликка хос ўзгаришлари аниқланади. Анамнезда кайфият ўзгариш даврининг бўлмаганлиги касалликнинг баъзан инволюцияга юз тутган даврида бошланиши ,касаллик ҳолатида қўркувнинг қўзғалувчанлик ва ўзига хос васваса билан бўлиши, касалликнинг чўзилиб кетиши , касаллик пировардида руҳий бўшангликка олиб келиши, яъни инволюцион меланхолия белгиларини МДП нинг депрессион босқичидан ажратишга имкон беради .Реактив депрессия депрессив босқичдан фарқли уларок, руҳан анча тушшунарли реактив депрессия тузилмасида руҳий жароҳат вазияти аниқ ўз-ўзини қондиради. Депрессив учлик МДП депрессив бос қичидаги каби ўзига хос кўринишга эга эмас. Циркуляр депрессия эндоген хасталик қонунияти бўйича ташқи муҳитларга боғланмаган ҳолда кечади. Реактив депресиянинг бутун кечиши руҳий жароҳат билан боғлиқ бўлади : агар жарҳоат ҳосил қилаётган вазият ечилса реактив депрессия тез тугайди Органик , инфекцион ва интоксикацион психозларда бузилиш даврларининг бўлиши, озиш ва тез чарчаш (органик астенизация аломатлари, интеллектуал пасайиш), эслаш қобилиятининг сусайиши, руҳий фаолликнинг камайиши, муҳокама ва танқиднинг сусайиши ва ақлнинг пасайиши , бош миянинг ўчоқли зарарланиш белгилари, яъни руҳий-органик кўриниш бўйича ўзгариши ва уларнинг авж олишга мойиллиги МДП нинг йуқлигини тасди қлашга асос яратади

Даволаш ва профилактикаси . МДП бошланиши билан беморлар маниакал ҳолатларида ўзини нотўғри тутиши билан, депрессияда эса уларга хос бўлган суицидал ҳаракатлари бўлгани суицидал ҳарактлари бўлгани учун стационарга етқизилиб , даволашга муҳтож бўлиб қоладилар. Маниакал ҳолатдаги беморларнинг куч-қувватини имкон борича фойдали фаолиятга йўналтириш керак . Депрессия ҳолатидаги беморлар учун ярим ўриндиқли шароит яратиб бериб, уларни безор қилиб юбормайдиган даражада назоратда тутиш лозим . Кузатув ўрнатаётганда кун бўйи ўзгаришларни инобатга олиш керак . Ўз-ўзига суиқасд кўпинча тонг пайтида, эрталаб қилинади, чунки шу пайтда беморлар ухлаб ётган бўлади , тиббиет ҳодимларини сергаклилиги пасайган бўлади .

Даволаш муолажалври касалликнинг клиник кўриниши билан боғлиқдир (депрессив еки маниакал

ҳолатига боғлиқ бўлади) ҳамда уларнинг ифодланганлиги ва клиник алоҳидалиги (типик босқич, хавотирли депрессия, васваса депрессияси, атипик босқич , чўзилиб кетган босқич ва б.) , беморнинг ешини ва бошқа омилларни ҳисобга олиш лозим.

МДП нинг ҳозирги замон даволаш асосини руҳий фармакологик даволаш ташкил этади . У беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда жисмоний ҳолатини доимо кузатиб олиб борилади. Маниакал ҳолатларида нейролептик тинчлантирувчи моддалар тайинланади, маниакал қўзғалишни бўшаштириш учун седатив таьсири бор нейролептиклар (хлорпиротиксин, аминазин, изерцин ёки галоперидол) берилади .

Галлоперидолнинг ўртача кунлик миқдори 30 -60 мг, хлорперитоксинники – 150 -300 мг, аминазин эса 300-600 мг , тизерцин 150- 300 мг дир . Даволаш 2 -3 ой давом этади , нейролептикнинг миқдорини аста-секин ошриб борилали , даво эффектини литийнинг тузлари кўрсатади , уларни нейролептиклар билан қўшиш мумкин.

Литий тузлари антидепрессив таьсирга эга эмас, аммо улар маниакал қузғалиш белгиларини сусайтиради. Беморларнинг аҳволи одатда биринчи ҳафтада яхшиланади. Тайинлаш дозаси литийнинг қондаги миқдорига боғлиқ (1,0 -1,5 кун).

Манияни ва депрессияни даволашда кейинги вақтда қўлланилаётган (Wunder lioh. A.Potal, 1983) карбамазепим , феллипсин, тегрецол яхши наф бермоқда. Кунлик миқдори 600-1000 мг бўлиб , карбамазепиннинг қондаги миқдорига боғлиқдир (6-12 г/л). Даволаш таъсири маниакал босқичда ҳам, депрессив босқичда ҳам анча тез – 5 кунда билинади. Депрссив босқичда етакчи белгига қараб у ёки бу дори ҳам қўшимча белгиланади. Антидепрессантлар – тимолейцин кайфиятни кўтарувчи таъсир этади. Бундан ташқари , улар хавотирли ва тормозланганлик ҳолатига таъсир этади . Агар етакчи белги бўлиб ҳаётий қайғу , эзилганлик (классик депрессив учлик билан бўлиши) бўлса, тимолептик ва кайфиятни яхшиловчи, ўзини яхши тутишини стимуляция қилувчи компоненти фаолият кўрсатишга интилувчи бўлган антидепрессантларни тайинлаш лозим. Липийпромин (иллензин, имипромин), анафранил, пиразидол , мелипромил , 100-300 мг кунига, анафранил 100-200 мг кунига, пиразидол 200-400 мг кунига, бошланишидан 10 кун давомида даволаш, мушак ичига еки венага томчи усулида , сўнгра ичишга бериш мақсадга мувофиқдир .

Антидеприссантларни бир вақтнинг ўзида МАД ингибиторлари билан тайинлаш мумкин эмас.

Моноаминооксидазол ингибитори (МАОИ) психомотор тормозланишни камайтиради ва ҳаетий тонусни оширади . Буларга импромазид (ипразид), ниаламид (неамид, нуридал), транилципромин (трансамин)лар киради . Баъзи мамлакатларда уларни қуллаш ман этилади. Чунки бир гуруҳ дорилар (бошқа антидпрессантлар, резерпин, гипертонияга қарши препаратлар, адреналин) билан ва бир қанча озиқ-овқатлар (сыр ачитқи препаратлари билан, қизил вино ,пиво) билан ҳам тўғри келмайди ва баъзан ўлим билан тугаши мумкин. Ҳавотирлик депрессияси васвасалари билан бўлганда седатив тинчлантирувчи таъсири бор антидепрссант – амитриптилин (типтизол), тизерцин , сополакс ,

хлорпротексин – антидепрссив компонентли таъсири бор нейролептиклар билан қўшилиши мумкин .
Стимулятор – антидепрессантлар тайнланмайди .Аниқ юзага чиққан хавотирли ҳолатларда 150 – 300 мг миқдорда белгиланади. Амитриптилин одатда яхши таъсир этади ва бемор уни енгил кўтаради. Антилептик таъсирли транквилизаторлар: элениум, диазепам, седуксен, реланиум, тизерцинларни ҳам қўллаш мумкин. Фақат хавотирни олиб ташлашдан сўнг уларга кучсиз антидепрессантлар қўшиш мумкин (амитриптилин ва бошқалар). Антидеприссантни нейролептик ва антидеприссантлар билан қўшиш депрессив фазада уйқу бузилганлиги учун қўшилади. Уйқу жиддий бузилганда нитрозепам, хлорпротексин, феназепам тайинлаш мумкин .

Вегетатив ва соматик белгилар билан ниқобланган ҳолдаги (вегетатив) депрессияда амитриптилин кунига 75-150 мг, азафен кунига 75-100 мг белгиланади. Электротитратиш билан даволаш (ЭТД) депрессияларда юқоридаги даволаш мувофақиятсиз кечса белгиланади. Кунора еки ҳафтасига 2 марта, жами бўлиб 6-8 марта тайинланади.

Инсулинли кома чақирувчи миқдорда энди қулланилаябти. Инсулинни гипоглекемия чақирувчи дозалари (4-8 бирликдан 40-50 бирликгача), айниқса иштахаси юқолиб озган ҳолатларда, умумий аҳволини ва кайфиятни яхшилайдиган даражада қўллаш мумкин.
Уйқу депрессияси, андоген депрессив ҳолатларни даволаш учун қулланилади. Бунда касаллар 24-48 соат давомида ухлатилмайди. Бу эса депрессив симптоматикани юмшатади (Ptlu IB,1973). Бу усул билан даволганда кечки пайтга бориб бемор кайфияти яхшиланади ва тонггача сақланиши тушунарли эмас. Уйқунинг депрессияси тунги ацидоз, серотонин, серотонин экстракциясини тўхтатиб туради, акс ҳолда одатда кечаси экскреция кучайяр экан, натижада бутун тун бўйи серотонин ошиқча бўлади деб муҳокама қилинади. Уйқу депривацияси қилинганда сийдикда катехоламинлар экскрецияси кучайиши билан боғлиқ бўлиши ҳам мумкин.
Тажриба шуни кўрсатадики, антидепресантларни қабул қилиш ҳам босқичлар қайтарилишининг олдини ола олмайди. Фақат давомли раишда литий тузлари биландаволаш билангина босқичларнинг қайтарилишини олдини олади. Литий тузларига МДП нинг биполяр кечиши шаклларда, профилактик давога яхши берилади. Литий тузлари билан профилактик даволаш одатда депрессив фаза тугаши билан еки интермиссия давридв бошланади. Одатда литий карбонатнинг профилактик даволаш миқдори кунига 600-1800 мг ни ташкил этади, литийнинг профилактик давога мос миқдори аниқлаб олингандан сўнг беморлар йиллаб препарат қабул қилиши лозим. Даволанишда танаффус қилиш босқичларнинг қайталанишига олиб келади. Литийнинг профилактик таъсири одатда бир неча ой давом қилингандан сўнг билинади, аста-секин босқичли ўзгаришларнинг қисман ёки тўла инқирози кузатилади. Литий карбонат билан даволаш қон зардобида (аввалига ҳар ҳафтада, сўнгра 2-3 ойда бир марта) унинг миқдорини текшириб борилади .Депрессия пайдо бўлиб қолса, литий тузлари билан депрессия турига қараб антидепрессантларни қушиб бориш керак .
Даволаш-профилактика тадбирларида руҳий даволаш алоҳида ўрин тутади, айниқса бунда бемор ва

шифокор муносабатлари муҳим аҳамиятга эга.

Индивидуал ва гуруҳий даволаш, шу жумладан оилавий руҳий даволаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Руҳий даволаш қуйидагиларни ўз ичига олиши зарур: беморларни умуман тинчлантириш, чўзилган босқичнинг қайтиши борлигига ишонтириш беморнинг иккиланишини йуқотиш (оилада ва ишлаган жамоасида), касаллик туфайли бузилган ижтимоий ўрнини мустаҳкамлаш (С.В.Днепропетровская, 1975) .

Витаминларни тайинлаш (В1, С ,никотин кислоталари ва бошқалар) мақсадга мувоқдир .

Яна тери остига кислород киритиш, сув ва физиотерапевтик тадбирлар белгиланади. Беморларнинг тана ҳароратларидан ҳабардор бўлиб, муттасил тажриба, текширишлар ўтказиб туриш лозим. Стационарда даволашда руҳияти яхшиланган беморни очиқ эшик тартибига ўтказиш мумкин, хатто касалхонадан ташқи шароитга мослашиш учун унга таътил берилса ҳам бўлади.

Меҳнат экспетизаси. Руҳияти бузилган босқичларда беморлар меҳнатга лаёқатиздирлар. Сурункали чўзилган хасталикда ёки босқичлар тез-тез бўлиб турганда беморларни ногиронликка чиқарилади. Интермиссияларда меҳнат қобилияти сақланади, беморлар ўз ишларини давом эттрадилар.

Суд-руҳияти экспетизаси. Беморлар психотик босқичларда жиноий жазоланувчи иш кўрсатадилар, ўзармайдилар. МДП ташхиси қўйилганда беморлар ҳарбий хизматни ўташга яроқсиз бўладилар.

Маниакально –депрессив синдром мавзуси буйича вазиятли масалалар

2. **Бем**ор С.56 ёш. 1,5-2 ставкали узок вактли ишдан сунг , холсизлик, тушкун кайфият, иштахасизлик ва узини касал деб хис килди. Назарида барча ички аъзолари огрияпгандек, жуда хам кузгалувчан. Хавотирлари ошган. Тез ёрдам врачининг текширувида юз куриниши хавотирли, кузгалувчан, у ердан бу ерга юради, бошка даволамасликларини илтимос килади, улимига хам розилигини айтмокда. Бу сузларни бир неча маротаба такрорламокда. Ойнадан узини ташлаб юбормокчи булди.
   .Синдромал ташхис
   . Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
   .асосий текшириш усуллари
   .бу синдромни симптомларини санаб беринг
   .УАШ тактикаси ?

Жавоблар

1. Депрессив синдром
2. Шизофрения, биполяр бузилишлар, бош мия органик касалликлари
3. Клинико-анамнестик текширув, патопсихологик текширув
4. Фикрлаш ва харакат секинлашуви, тушкун кайфият, суицидал фикрлар ва харакатлар бўлиши мумкин
5. Психиатрик стационарга ётқизиш. Антидепрессантлар, транквлизаторлар, психотерапия

21-БОБ

ПСИХОГЕН КАСАЛЛИКЛАР (психогенлар)

Психоген касалликларга руҳиятга шикаст етказувчи омиллар таъсирида пайдо бўлган неврозлар ва реактив психозлар киради. Психогениялар кичик деб аталувчи ёки чегара психиатриясига қарашлидир. Кичик (чегара) психиатриясига яна психопатиялар ҳам киради. Кучли руҳий шикаст етиши натижасида реактив психозлар ривожланади. Аввалгидан кучсизроқ, аммо давомли руҳий таъсиротлар неврозлар пайдо қилади. Психоген касалликлар психозлардан фарқ қилиб, функционал қайтиш хусусиятига эга ва шахсиятнинг интеллектуал-мнестик сўниши билан кузатилмайди. Аммо шахс учун айниқса аҳамиятли, сурункали, руҳий шикастловчи таъсир ҳолатларида вужудга келган невроз ва реактив психозлар давомли бўлиши мумкин.

НЕВРОЗЛАР

«Невроз» тушунчаси тиббиётга 1776 йилда шотланд врачи В.Коллен томонидан киритилган. У бу хасталикни функционал хусусиятга эга эканлигини таъкидлаб, бош мия структурасида органик ўзгаришлар бўлмаслигини баён қилди.

Неврозлар функционал-қайтиш хусусиятига эга бўлган хасталик бўлиб, руҳиятга шикастловчи омиллар (кўпинча турмушнинг бўлмаслиги ва камроқ ҳолларда оғир руҳий таъсиротлар)га шахснинг реакциясидир. Невроз ҳосил бўлишига бошқа омиллар ҳамда шахснинг касалликдан олдинги ҳолатлари, масалан, астеник ва астеник-психопатларда, заҳарланганларда (алкологизм), узоқ вақт чарчаганларда ва уйқуси оз – етарлича ухламайдиганларда тез ва осонликча пайдо бўлади. Кўпинча невроз белгилари аста-секин, камроқ ҳолларда тўсатдан юзага чиқади. Неврозлар турли ёшда пайдо бўлса-да ,25-40 ешдаги одамлар учун кўпинча хосдир. Руҳий бузилишларнинг кўп учрайдиган тури неврозлир. Ривожланган, тараққий этган капиталистик мамлакатларда неврозлар тахминан 5-15 % тарқалган ,яъни ҳар ўнинчи одам невроздир. Неврозларнинг мамлакатимизда тарқалиши ҳақидаги маълумот йуқ. Баъзи вилоятларда 2,0-2,5 % (Н.Д.Лакосина, 1988),О.Р.Чатава маълумотларига қараганда неврозлар 1000 киши ҳисобига 21,1-21,8 гача беморларда учрайди (1981). Барча руҳий касалликларнинг 20-22 % неврозлардир. (Б.Д.Петров,1972; Г.К.Ушаков ,1978). Болалар, эркаклар ва аёллар невроз билан баб-баравар даражада касалланадилар. Неврозлар реактив психозлардан фарқли ўлароқ ўрганиш- инъикос фаолиятининг бузилишига, руҳий фаолиятининг қупол бузилишига олиб келмаса-да, беморларнинг ҳаетий вазиятларга мослашуви ўзгаради. Беморлар ўз касалликларига тўғри ва танқидий қарай оладилар, онги сақланиб қолади ва ўз-ўзини бошқара оладилар .

Неврозларнинг қуйидаги турлари фарқланади: неврастения, истерик неврозлар ва миядан кетмайдиган неврозлар.

Неврастения (астеник невроз, ҳолдан тойдириш неврози). Неврастения мустақил касаллик сифатида америкалик руҳий врач Д.Ж.Бурд томонидан 1868 йилда тасвирланган. У неврастенияни асаб системасининг ҳолдан тойиши, таассуротга чидамсизлик деб қарайди. Неврастенияда касаллик белгилари

турли-тумандир.

Неврастениянинг клиник кўринишида асосий ўринни астеник синдром, сержаҳллик билан бирга кучайган қўзғаувчанлик, ҳолдан тойиш, чарчашлик эгаллайди.

Неврастениянинг клиник кўринишида икки босқич фарқ қилинади: гиперстеник - кўпинча касаллик бошланишида кузатилади ва гипостеник. Уни бундай босқичларга бўлиш шартлидар, чунки касалликнинг ривожида ҳамма вақт ҳам босқичларни аниқлашга имкон бўлмайди. Неврознинг дастлабки гиперстеник фазаси тўла намоен бўлганда касалликнинг асосий белгилари қўзғалувчанлик ва таъсирчанлик, ўзини тутиб тура олмаслик, сабрсизлик, асабийлик, ички кучланишни сезиш, руҳий ва жисмоний чарчоқлик билан қушилиб, иш қобилиятини пасайтиради. Беморлар руҳиятига енгил шикаст етказувчи ҳолатлар учун жиддий, тез, ҳис-ҳаяжонли ва шиддатли реакция берадилар. Атроф муҳитнинг аввал одатда таъсир чақирмайдиган омилларни энди кўтара олмаслик ҳолати пайдо бўлади. Ҳатто нозик товуш, эшик ғичирлаши, соатнинг чиқиллаши, радио ва телевизор товуши, телефон қунғироғи, кичик, арзимаган тасодифий жанжал беморларда сезиларли аффектив реакция чақиради, бу шундай шиддатли бўладики, бемор ўзини ушлай олмайди, ҳайрон қолиб бақиради, оёқларини тапиллатади. Бундай реакция учун унинг лабиллиги, қисқа вақт бўлиши, тез ўтиши, сўнгра умумий бўшашиш, кўз еши билан узоққа чўзилади. Абу Али Ибн Сино неврастениянинг бир қатор белгиларини келтиради: ортиқча таъсирчанлик, ўйноқи кайфият, уйқу ва иштаҳанинг йуқолиши, шундай беморларнинг ташқи таъсиротларга таъсирчан-берилувчан бўлиб қолиши, масалан, ёрқин еруғлик, қаттиқ товуш ва бошқалар шулар жумласидандир.

Унинг таъкидлашича, «одамнинг юраги ва мияси арзимаган таъсиротларга кучли жавоб қайтарса, бундай одам арзимаган нарсадан жаҳли чиқиб ўзин –ўзи ушлай олмаса, агар бемор учун баланд товушлар, кучли ҳидлар ва ёрқин бўеқлар нохушлик туғдирса, унинг кўнгли, қалби бўшашган бўлади ».

Бош оғриғини Ибн Сино бошқа омиллар билан бир қаторда руҳий «ташвишлардан », «оғир руҳий жараёнлардан ёки бадан ҳаракатидан» келиб чиқишига ишора қилади. Кўпгина беморлар ўзларини жуда эзилган ҳисоблайдилар, ўзларининг турли ишлари ва хизматлари чексизлигидан улар ҳеч қачон ишларини охиригача етказмайдилар, уларга ҳамиша вақти етишмайди, доимо шошиб юрадилар ва жонсаракликдан қутула олмайдилар. Жуда тез таъсирланувчан бўлиб қолганларидан яқинлари ва хизматдошлари, ҳатто нотаниш одамлар билан ҳам жанжанлашиб қоладилар. Одатда улар ўзларини ёмон ҳис қилаётгани, жисмоний ва руҳий толиқиши, бўшашиб кетаётганлигини, одатдаги ишни уддалай олмаётгани, тез-тез чарчаб қолиши, иш қобилиятини ва унумнинг пасайгани , тинка –мадори қуриб кетаётгани, хотираси пасайиб, эслаш қобилияти сусайганлигидан шикоят қиладилар. Аммо бош миянинг органик касаллигида (церебрал атеросклероз, инсультдан кейинги ҳолат, бош мия шикастида) кузатиладиган каби эмасдир, балки диққатнинг сусайганлиги, фикрнинг тарқоқлиги, узоқ вақт ўтириб ақлий меҳнат қила олмаслигининг маҳсулидир. Неврастения учун « уйқу ва уйғоқлик » циклининг бузилиши тавсифлидир. Бу узоқ вақт қийналиб ухлай олмаслик, ҳаяжонли юза уйқу, арзимаган шовқиндан еки ўзининг уйқудаги ҳаракатидан ўзи уйғониб кетишида намоён бўлади. Кўпнча беморлар кундузги ташвишларининг уйқуда

давом этишидан шикоят қиладилар. Эрталаб беморлар зўрға турадилар, ўзларини лоқайд сезадилар, ишлаган, дам олмаган одамдек ҳис қиладилар. Бошлари оғир бўлиб турадилар .

Кун бўйи мудраб юрсалар-да, ухлай олмайдилар. Абу Али Ибн Сино «уйқусизликни» турли ҳолат ва касалликларда баен эта туриб тушкунликка тушганидан одамларда уйқу бузилишига эътиборни қаратади, баъзан уйқусизлик ёмон кайфиятда, ташвишли фикрлар чулғаб олганда кузатилади, айниқса улар уйқусизликка мойил бўлсалар, уйқусизлик яққол намоён бўлсалар, уйқусизлик яққол намоён бўлади .

Неврастениянинг клиник кўринишида сомато-вегетатив бузилишлар – аввалги муаллифлар иборасига кўра, аъзолар ёки тизимларнинг неврози муҳим ўрин эгаллайди. Буларга неврастенияда тез-тез учрайдиган бош оғриғи киради. Бошнинг оғриши кучли даражада бўлиб, баъзан пасайиб туради, аммо озгина ақлий, руҳий зўриқишдан, арзимаган руҳий шикастдан сўнг кучайиб кетади. Оғриқ хусусияти турлича ва ўзгарувчан – боши оғирлашиб қолади, нина санчигандек бўлади ёки импульсацияга ўхшаб тортишади ва беморда анчагина безовталик қилади. Қатор ҳолларда кузатиладиган кучли бош оғриғи неврологик ва параклиник текширишлар қилинмаганда бош миянинг органик касалликлари (лептоменингит, бош мия ўсмалари, бош мия шикастланишлари) йуқмикан деган гумонга олиб боради. Бундай беморлар узоқ вақт невропалогларга мурожат этиб, уларнинг ҳисобида туради. Неврастенияли беморларни кўпинча организм бошқа системаларининг – юрак-қон томир , ошқозон-ичак , эндокрин –жинсий тизимларнинг функционал ўзгаришлари безовта қилади. Беморлар кўпинча юрак соҳасидаги турли ноҳуш оғриқ сезгилар (юрак уриб кетишидан, чап қўлга узатувчи оғриқдан, нафас сиқиши, юракнинг нотекис уриб кетишидан ва ҳ.к.)дан аввалги муаллифларнинг “юрак неврози”дан шикоят қиладилар. Бу шикастлар юрак хасталига ёки юрак етишмовчилиги бормикан деган гумон қилишга асос яратиб беради. Неврастения ташхиси қуйилган беморларни кўпинча ошқозон соҳасидаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш ва бошқа диспептик издан чиқишлар безовта қилади-аввалги муаллифлар унинг ошқозон неврози дегани ана шу ҳолатдир. Эндокрин тизими томонидан неврастенияли бемор аёлларга фригидлик, хайз цикли ва жинсий фаолиятнинг бошқа бузилишлари кузатилади. Эркакларда эса хоҳишнинг сусайиши, тех жинсий қўзғолиш ва эрекцияга эришиш ва шу билан бир каторда беморда безовталик чақирувчи вақтидан аввал эякуляция булиши билан кушилиб кетади . Бу безовталикни ҳам алоҳида бир касаллик деб карамаслик лозим, бу хам сексуал невроз «кўринишидир». Шундай симптомлар – белгилар невростения касаллигининг клиник куринишида етакчи ўринга чиқиб қолиши ва у еки бу аъзоларнинг неврозини ифодалаши мумкин. Бунда неврастениянинг одатдаги даволаш усуллари умуман олганда бу хасталикнинг тузалишига олиб келади.

Кўпинча неврастенияда касаллар узоқ вақт давомида невропатологларда мувофақиятсиз даволаниб юрадилар. Терапевт, гастроэнтеролог, эндокринолог, урологларга борадилар. Неврастенияда беморлар ўзларининг касал эканликларини биладилар, баъзида уларда врачга аҳволини оғирроқ кўрсатиш хоҳишлари хам пайдо булиб туради. Шифокор билан самимий суҳбатда, мулоқотда унга ишонади ва уз ахволини очиқ баён килади, аммо атрофдагиларга касаллигини билдиргиси келмайди .

Неврастениянинг гипостеник фазаси кўринишларига жисмоний хамда интелектуал толиқиш,

бўшашиб кетиш ва тепкилагандек чарчаш белгилари киради. Доимо кайфияти тушкун бўлади, унга қўзғолиш, кизикишнинг сусайиши, кундалик ишларга хафсаласизлик қўшилади. Кундузи беморларни мудрок босади, кечалари чуқур толиқиб ухлай олмайди ва тез-тез уйғониб туради. Арзимаган, ечими осон бўлган муаммо бемор учун қийин, ҳал қилиб бўлмайдигандек туюлади. Юзидан чарчаганлик аломати билинади, ранги оқарган, товуши паст, узи чарчаб –хориган, жабрланган, каридек куринади ва оза бошлайди .

Неврастениянинг давомийлиги турличадир, у бир неча ойдан бир неча йилгача давом этади. Бу эса руҳий шикастликнинг давомийлигига, чуқурлилийгига, ҳусусиятига, шахснинг тузилмасига, органик асоснинг бор-йуклигига, соматик беморлик борлигига ва яна кўпгина омилларга боғликдир. Енгил ҳолатларда неврастения утувчан, купинча сурункалидир.

Истерик невроз

Исерик невроз-психоген ҳосил бўлган беморликдир, харакат, сезги (сенсор) ва сомато-вегетатив соҳанинг функционал ўзгаришлари билан кузатилади.

Истерия кадим Юнонистонда ва бошқа мамлакатларда маълум эди (Платон, Гален, Букрот ишларида). Абу Али ибн Сино дунёга машҳур асари «Тиб конунлари »да бу касалликнинг клиникасини, кечишини, этиопатогенезини жуда моҳирона баен қилган. Касалликнинг номи юнонча globus hystericus — бачадон сўзидан келиб чиққан бўлиб, уни бачадон касаллиги билам боғланган эди дейдилар, аммо эркаклар ҳам истерия билан касалланадилар. Истерия биринчи бўлиб Шарко томонидан 1868 йили руҳий касаллик сифатида ёзилган ва у «буюк ёлғончи» деб номланади, негаки истероневротик аломатлар ғоят ҳар хил кўринишга эга бўлиб, нафақат руҳий, балки неврологик ва соматик касалликларни эслатади. Истерик кўринишларни ўша вақтда сексуал ўзгаришлар билан боғлар эдилар. Пировардида эротик жанжалларниуг истерия келиб чиқаришда анчагина аҳамияти борлигини 3. Фрейд ва унинг давомчилари кўрсатдилар.

Истерик невроз неврастения кўринишида ҳам пайдо бўлади, у руҳий шикоятловчи вазиятга боғлик бўлади.

Истерик невроз белгиларининг ахамиятга молик сабабларидан бири бу касаллик аломатларининг руҳий омиллар билан боғлиқлиги, шуларга мос ҳолда органик ўзгаришларнинг йуқлиги ва истерик бузилишларни ўзига ўзи сингдиришидадир. Истерик невроз аломатлари нафакат руҳий шикасталикда, шунингдек беморлар уз хоҳишини амалга ошира олмаганида бошланиб қолади. Истерик невроз руҳий инфантилизми бор, ўзини мустақил мушоҳадаси йуқ, эмоционал етилмаган, лабил, таъсирчан, ўзгаларнинг сўзларига берилувчан, руҳий шикаста аёлларда кўпроқ учрайди. Аммо, истерик невроз ўзгача табиатли шахсларда ҳам, масалан, тез қўзғалувчанларда хам ривожланиши мумкин.

Истерик неврознинг клиник кўриниши турлича полиморф ва ўзгарувчандир. Бунда бўладиган руҳий бузилишлар ёркинлиги, томошагўйлиги, жўрттага қилаётганлигини сезиб туриши, кўриниш учун қилаётганлиги билан фарқланиб туради ва инфантиллик билан боғлиқ бўлади. Бунинг турли-туманлиги таъсирга берилувчанлик ва ўз-ўзининг таъсирига берилиш билан боғлик ва бемор қайси касалликни

билса, ўшанга ўхшаш аломатлар намоён қилиши билан тавсифланади.

Невроз клиник куринишини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

1) харакатли;

2) сенсор;

3) сомато-вегетатив.

Ҳаракат бузилишлари гиперкинез (титроқ, тортишиш, айрим аъзолар учиши, қалтираш), истерик тутканоқ, оёқ ва қўллар парези ва фалажи (шоллиги), астазия-абазия - ётган жойида фаол ва пассив ҳаракат қила олгани ҳолда туриб юра олмаслиги каби кўринишларда булади. Шунга ўхшаш органик узгаришлардан фарқ қилиб, истерик гиперкинезлар ва фалажлар руҳий шикастликдан кейин бошланади, купинча куриниши ўзгаради, ғайритабиий вазият ва бошқа истерик кўринишлар (томоғига тугунча тиқилиши), нутқининг бузилиши — мутизм кўриниши (истерик соқовлик), тутилиб қолиш, товушининг йуқолиб қолиши, ўзидан кетиб қолиш ҳолатлари бемор диққатини бошқа нарсага бурса ёки даволаш бошланса, бўшашади ёки вақтинча йуколади. Истерик касаллар неврологик текширилганда мушак уларнинг иннервациясидан катъи назар касалланади, пай рефлекслари эса марказий ёки периферик шолликдан фарқли ўлароқ сақланиб қолади.

Истерик тутқаноқлар баъзида арзимаган психоген таъсиротга (бирдан огоҳлантиришга, ҳаяжонга, оиладаги арзимаган жанжалга, ноҳуш хабарга) пайдо бўлиб, турли белгилар билан, айниқса «аудитория» — одамлар бор жойда тутиб қолади. Истерик тутқанокда бемор оҳиста йиқилади, йиқилаётган жойини танлайди (диван, ўриндик ва ҳоказо), жисмоний шикастланишдан ўзини саллайди. Истерик тутқанок кўринишлари турлича ва доимий эмас. Улар хаотиклиги, саҳналаштирилганлиги билан таърифланади, тутқаноқ чақирилишига сабаб бўлган омилни эмоционал ҳаяжон билан қабул қилинишини акс эттиради, инқиллаш билан давом этади, баъзи сўзларни бақириб айтиб қўяди, йиғлайди, ўзини жуда эзилганга солади. Тутқанокдан сўнг қисман амнезия бўлади, чунки истерияда онг тўла йуқолмайди. Эпилептик тутқанокдан фарқ қилиб, истерик тутқанокда оғзидан купик келмайди, патологик рефлекслар кузатилмайди, қорачиқларнинг ёруғликка, оғриққа реакцияси, хидлаш сезгилари истерик тутқаноқ тугаганда сақланиб қолади. Новшадил епиртнинг ҳиди ёрдамида баъзан тутқаноқни тўхтатиш мумкин, тоник ва клоник фазаларнинг алмашиниш қонунияти бузилади.

Истерик тутқаноқлар эпилептик тутқаноқлардан давомлироқ бўлади ва бадан деярли шикастланмайди. Объектив баҳо бериш асосларидан бири шуки, тутқанок вақтида бемор онги ўзида салланади, бутунлай йуқолмайди.

Тутқаноқ билан бир қаторда «истериклар» учун йиғи ва кулгунинг алмашиниши характерлидир. Касаллик ифодаланган ҳолларда кучли ҳўнграш ва хаҳолаш даражасига етади.

Абу Али ибн Сино истерия — «бугилишга» алохида неврологик бирлик сифатида қараган. Олим ҳозирги замон истерик неврозини эслатувчи турли-туман касаллик ҳолатларини ёзган булиб, унинг фикрларига кўра унинг асосида Буқрот айтганидек, «бачадон ҳаракати» ётади деб қарайди. У истерия

доирасидаги турли бузилишлар, «сиқилиш», титроқ номи билан ёзилган мушак гиперкинези, истерик тутқаноқлар, ҳушидан кетиш, летаргия, оғрик сезишнинг бузилишлари, соматовегетатив ўзгаришлар, ёлғон ҳомиладорлик ва бошқалар ҳақида ёзган. Истерия келиб чиқишида Абу Али ибн Сино «беваларнинг руҳий изтироби», «ҳайз тутилиши», «хоҳишни сўндириш» ва бу жараёнларда нафақат миянинг— психоген, балки руҳий сексуал омилларнинг ҳам аҳамияти борлигини таъкидлайди.

Абу Али ибн Сино истерик тутқаноқни «бачадон бўғилиши» номи билан қуйидагича ёзади: бу хасталик бачадондан бошланиб, юрак ва мияни иштирок этишга мажбур қилади ва йиқилиш ёхуд ҳушдан кетишни эслатади. Кўпинча бу хуруж сифатида бошланиб, куз онларида кўпроқ намоён бўлади. Истерик тутқанолда бўғилиш белгилари бўлиб, тутқаноқ яқинлашганда ҳарсиллаш пайдо бўлади, нафас оғирлашади, юрак уриб кетади, бош оғрийди, руҳият ва кайфият бузилади, бемор бўшашади, эсанкираб қолади. Агар тутқаноқ кучайса, беморда уйқу ва онг хиралашиши бошланади: унинг юзи, кўзи ва лаби қизаради, кўзи бир нуқтага тикилади ва катталашмайди. Касалга пастдан бир нима кўтарилаётгандек туюлади, у тишини ғижирлатади ва қисирлатади, тиши билан ёнғоқ чақади, ихтиёрсиз ҳаракатлар қилади, гапидан тўхтаб қолади ва ўзгалар нима деяётганини англаб олмайди, сўнгра ҳушидан кетади, товуши чиқмай қолади, оёғи юқорига кўтарилади ва бадани терлаб кетади. Баъзида тутқаноқ қусиш ва бош оғриғи билан адо бўлади. Пировардида олим истерик тутқаноқ — «бўғилиш» ва эпилептик тутқаноқ — «йиқилиш» ораларидаги фарқлаш ташхисини баҳолаш йулларини келтиради. Хусусан шундай деб ёзади: «бўғилиш» ва йиқилиш фарқларига келсак, гарчи улар куп қонуниятлари билан ўхшаса-да, ҳатто иккаласи тўсатдан бошланса-да, «бўғилиш» «хушдан кетишдан» фарқ қилади ва фақат жуда оғир ҳолатлардагина онгни йуқотиши мумкин.

«Бўғилиш» билан огриган бемор тутқаноқдан сўнг ўзининг кома бўлганини қисман айтиб бера олади. Бу ҳозирги замон тушунчаси буйича қисман амнезия дейилади. Ибн Сино истериянинг яна бошқа кўринишларини ҳам келтиради, масалан: «назарида ўлиш». Энг оғир бўғилишда ташқи кўринишидан беморда нафас олиш тўхтагандек бўлиб кўринади, аммо нафас олувчининг рўпарасига таралган юнгли матони осиб қўйилса, унинг ҳилпиллаши кўринади, истерик шоллик ва сезги бузилишлари: «бўғилиш» сезгиси ва ҳаракат тўхтайди, товуш бўғилиб қолади, баъзан товуш йуқолиб қолади, «уйқуга кетади, ақли саёзлашади», «сохта ҳомиладорлик сезилади». Олимлар буни «роха» дейишади, улар шундай холатларнинг клиникасини батафсил ёзиб, улар орасидаги фарқлаш ташхиси белгиларини тасвирлаганлар. Ибн Сино истерияни психоген касаллик эканлигини таъкидлайди ва «қўрқувдан», «аччиқ-аламдан», «даҳшатдан», кучли руҳий азиятлардан, уйқусизликдан, қайғуришдан, чўўчишдан, ғам-андухдан, мусибатдан, баъзан ғазаб ва бошқалардан келиб чиқиши мумкин,— дейди.

Сёзги бузилишлари анестезия, гипостезия, гиперстезия, турли аъзоларда оғриқ сезгиси билан (истерик элчилар) бўлиши мумкин. Тери сезгилари кўпинча оёқ ва қўлларда қўлқоп ёки пайпоқ, нимча шаклида бўлиб, сезги нервларининг иннервация зоналарига тўғри келмайди. Истерик оғриқлар ҳам турли кутилмаган жойларда пайдо бўлиши мумкин ва ҳаракати турлича бўлади. Кўпинча ҳар хил турдаги бош

оғриги пайдо бўлади (ғилдирак каби, чакка ва пешоналарни тортувчи, мих қоққандек ва ҳоказо), курагида, бўғимларида, оёл-қўлларида, қоринда оғриқ пайдо бўлади. Бундай беморларда купинча нотўғри жарроҳлик ташхисини қўйиш орқали ҳатто бўшлиқ операциялари ҳам қилинади (Мюн-хаузен синдроми). Истерик неврозда анестезия ва алгиялар билан бир қаторда сезги аъзолари фаолиятининг сўниши ҳам кузатилади — истерик карлик ва кўрлик (кўрув майдонининг концентрик торайиши, истерик гемианопсия,. функционал амавроз). Истерик карлик кўпинча қулоқ супраларининг анестезияси билан кузатилади. Истерик невроздаги вегетосеностик бузилишлар полиморф бўлиб, беморларнинг кўп тизим ва аъзоларини қамраб олади, ҳаракатлари ўзгарувчан бўлади. Кўпинча ошқозон-ичак йўлларининг бузилиши кузатилади: истерик кўнгил айниш, қусиш, иштаҳа йуқлиги (анорексия), ошқозон оғриши, метеоризм — ичакларда ҳаво тўпланиши, истерик қабзият ёки ич кетиши, истерик ҳарсиллаш, юрак уриб кетиши, юракнинг нотекис уриши ва юракда оғриқ сезиш ва бошқалар. Томоғига бир нарса тиқилгандек бўлиши жуда хосдир. Истерик реакциялар таркибида ётган соматовегетатив фаолиятнинг бузилиши Ибн Сино диққатини ўзига тортди. У жуда кўп клиник кузатишларда бошдан кечирган руҳий жараёнлар (ғам, ғазаб, ачиниш ва бошқа руҳий кечинмалар) ошқозон-ичак йулларида ич суришни, қабзиятни, қусишни, юрак соҳасида оғриқни, юраги уриб кетишини, боши айланишини, оғришини, терининг оқариши ёки қизаришини чақириши мумкин деб ёзади.

Кейинги ун йилликда истерик невроз кўриниши ўзгарди (Б. Д. Карвасарский ва б., 1980). Руҳий намойишкорона ва ҳаракат бузилишлари билан кечувчи тутқаноқ, ошқозон пилорик қисмининг спазми билан кечувчи, ташқи кўринишидан ўткир қорин кўринишига ўхшаш ҳолат, сохта ҳомиладорлик кўринишидаги метеоризм ва бошқалар руҳий амалиётда ҳамон учраса-да, аста-секин иккинчи ўринга ўтиб, ўз ўрнини соматиклашган истерик генезга (келиб чикишга) эга вегетатив ўзгаришларга бўшатиб бераяпти. Энди кўпроқ ҳолларда истерик неврозларда турли неврологик ва соматик касалликдан имитация бўлаяпти. Истерик кўринишлар кўпинча марказий асаб системасининг томирли (мия томирларини қисадиган) инфекцион-аллергик касаллиги (церебрал васкулит, лептоменингит, менинго-энцефалит, бош ва орқа миянинг ҳажм бузилиши) аломатларини эслатади. Ҳаво етишмаётгандек туюлиб, бўғилиш билан давом этади ва бронхиал астмани эслатади (псевдоастматик хуруж). Юрак уриб кетиши, юрак соҳасидаги оғриқлар стенокардия ёки миокард инфаркти хуружини эслатади. Турли касалликларнинг кўринишига ўхшаш ҳодисалар шаклланиши кузатиладиган истерик невроз бузилишларининг қайси касалликка ўхшашини узоқ вақт кузатган шифокор ёки у билан яшаган кариндошлари яхши биладилар.

Истерик руҳий шикасталик куринишлари ҳис -ҳаяжонли кўринишда бўлиши билан диққатни ўзига жалб қилади ва беморлар узларининг бошидан кечирган оғир, қўрқинчли ҳодисаларини катта хоҳиш билан сўзлаб беришади. Аффектив бузилишлар ўйноқи ҳаяжон билан тавсифланади, бемор кайфияти тез ўзгаради, у кўз ёши килади, унда кучли аффектив таъсиротларга мойиллик бўлади, кўпинча ҳўнграб йиғлашга ўтади. Хотира ва тафаккури аниқ, образли ҳодисаларни ташқи томондан акс эттиради, мушоҳадаси саёз, тафаккурида «ҳаяжонга берилиш» етакчилик қилади. Бу ҳолат кўпинча раҳм-

шафқатнинг сусайиши, одобсизлик билан қўшилиб кетади, беморлар ҳамманинг диққатини ўзига қаратгиси келади.

Истерик реакциялар ҳар замонда пайдо бўлиб, қисқа вақт давом этиши ва даво чораларисиз тузалиши мумкин. Бошқа ҳолларда истерик ҳолатлар узоқ давом этиши мумкин. Аммо истерик кўринишларнинг йўқолиши ҳали касалликнинг тузалиб кетишини билдирмайди. Қатор ҳолларда истерик, ҳолат ўрнига бошқа асабий синдромлар (ипохондрик, фобик, неврастеник) хамда истерик неврозда шахснинг истерик тараққиётига трансформациям бўлиши мумкин.

Шилқим (ёпишқоқ) ҳолатлар неврози

Француз руҳиятчи олими П. Жане томонидан 1903 йилда ёпишқоқ ҳолатлар неврози «психостения» номи билан мустақил касаллик сифатида тасвирланган. Бу касалликка ташвиш — бадгумонлик характерли, маълум конституционал мойиллиги бўлган одамларда юзага келади. Барча неврозларга хос бўлганидек, ёпишқоқ ҳолатлар неврози ҳам руҳий шикасталик таъсирида пайдо бўлади.

Ёпишқоқ невроз кўринишида турли-туман ва кўп сонли ёпишқоқ ҳолатлар устун туради. Касаллик ҳолатларига, кўпроқ намоён бўлишига қараб ёпишқоқ фикрлар (абсессиялар), ёпишқоқ қўрқувлар (фобиялар) ва ёпишқоқ таъсиротлар ва қизиқишлар (компульция) бўлиши мумкин. Невроз клиникасида бу ҳолатлар кўпинча қўшилиб келади.

Барча ёпишқоқ ҳолатлар учун умумий белги шундан иборатки, бу ҳолатлар беморнинг хоҳишига қарши пайдо бўлади ва у соғлом одамдан фарқли ўлароқ, бундан қутула олмайди. Соғлом одамларда баъзан бўлиб қоладиган қулоғига мусиқа товуши эшитилиши ёки бирор сўзни «ўзидан -ўзи» қайтараверириши бирмунча вақтдан сўнг бирдан йуқолади. Ёпишқоқ
неврозли бемор эса бу ҳолатлар нохуш бўлса-да, унга танқидий қарай олади, аммо онгига кириб қолган нарсаларни зўрлаб чиқара олмайди. Ёпишқо фикрлар эсдаликлар, гумонлар

кўринишида бўлиши мумкин. Уларнинг мазмуни турлича, баъзан жуда тасодифий, баъзида жуда бемаъни бўлади. Қандайдир фикр, мақол, алоҳида сўз, шеърий парчалар, исмлар ва хоказолар узоқ вақт (ойлаб, йиллаб) бемор онгида мустаҳкамланиб қолади.

Шилким гумонларда бемор уйининг эшигини қулфладими ёки йуқми, газни ўчирдими ёки йўқми, дазмол симини розеткадан олдими-йўқми, хатларни конвертга солаётганда алмаштириб юбормаяптими ва бошқа ишларни бажараётганда ўзига ишонмайди. Ёпишқоқ ҳисобда беморлар зинапоянинг сонини, уйларнинг деразасини, трамвайларнинг рақамини, автобуслар сонини, йўловчилар кийимидаги тугмаларни санайвериб қийналиб кетади. Ёпишқоқ фикрлар ўзга ёпишқоқ ҳолатлар билан қўрқувлар (фобиялар), қийноқни, қўрқувни бошидан кечириш, қизариб кетишдан қўрқиш (эрейтофобия), бошқаларнинг қарашидан қўрқиш, очиқ майдонларда юришдан қўрқиш (агарофобия), ёпиқ бинолардан қўрқиш (клаустрофобия) ва ҳоказолар билан қўшилиб келиши мумкин.

Шилқим фобиялар ичида нозофобия алоҳида ўрин тутади ва алоҳида гуруҳни ташкил қилади. Кардиофобия — юрак касалликлари билан касалланишдан қўрқиш, канцерофобия — рак касалликларидан, сифилофобия — захмдан, месифобия — қутуришдан, танатофобия — ўлим ваҳимаси, иотофобия ОИТС дан қўрқиш ва ҳоказолар кўрсатиб ўтиш лозим. Ёпишқоқ ҳолатлар кутиш неврози сифатида кўриниши мумкин (Э. Крепелин, 1915). Бунда беморларда кутиш неврози пайдо булади, уларни муваффақиятсизлик кутиб тургандек туюлади. Бу гурухдаги ёпишқоқлик физиологик фаолиятга (овқат ютиш, сийдик ажралиши, жинсий алоқа-куёвлар неврозига. (Абу Али ибн Сино) тегишли бўлиши мумкин. Бу кундалик иш фаолияти билан боғлик бўлиши мумкин (актер саҳнага чиққанда ёки мусиқачи ғижжак чалганда, ўйинчи эса уйин тушаётганда, маърузачи маъруза пайтида янглишиб кетаман деб ваҳима қилиши каби).

Шундай қилиб, кутиш неврозида бир катор одатлар даражасидаги «уз-узидан» уйламасдан бажариладиган ишлар «бузилади». Неврознинг пайдо булишига жуда арзимаган муваффақиятсизлик тасодифан эшитилган бир оғиз ноўрин суз сабаб бўлиши мумкин. Бу невроз кўпинча психоастеник шахсда кузатилади. Фобиянинг пайдо бўлиши кўпинча вегетатив белгилар билан ўтади: юрак уриб кетади, қон босими ўзгариб туради, кўз қорачиғи кенгаяди, бемор терлаб кетади, юзи оқаради ёки кқзаради, оғзи қуриб, қўллари титрай бошлайди.

Абу Али ибн Сино руҳият бузилишини баён қилган, уни ҳозирги замон тушунчалари буйича психоастеник ва ёпишқоқ ҳолатлар неврози ва кутиш неврозининг варианти деб баҳолаш мумкин. Бунда бу касалларнинг «фойдасиз фикрлашлари ва қўрқоқликка мойилликлари қўшилиб» меланхолия белгилари пайдо булиши таъкидланади. Ибн Сино кутиш неврозининг келиб чиқишини жуда моҳирона баён қилади. «Куёвлар неврози»да бемор жинсий алоқанинг муваффакиятсиз бўлишини хавотирланиб кутади. Масалан, ўзаро қўшилувчи келин-қуёвларда муҳаббат бўлмаса, ёки Куёв уялса, биринчи алоқа муваффақиятсизлик билан тугаган бўлса, бу

ҳодиса қайтарилади деб қўрқади.

Шилким таъсиротлар (ритуаллар) одатда невроз кўринишида, алохида учрамайди. Улар одатда ёпишқоқ қўрқув ва гумонлар билан қўшилиб келади, бунда беморлар қўрқувни енгиллатиш ёки ундан қутулишга ҳаракат килишади, яъни уз қўрқувларининг ноўринлигини англаб, унга қарши курашмоқчи бўлишади, эҳтиёт ҳимоя ҳаракатларини қиладилар. Масалан, юқумли касалликлар (захм, сил, кутуриш ва б.) билан оғриб қолишдан қутулиш учун беморлар қўлни тўхтовсиз ювадилар (ҳатто тери шилиниб кетади), уйларини кўп марта дезинфекция қиладилар, уст-бош ва ич кийимларини алмаштирадилар. Беморларга бундай харакатлари бир оз тасалли беради, қўрқувни енгиллатиш, ғамни йуқотиш учун ҳаракат ритуалларига мурожаат этади, масалан, бирор иш қилишдан олдин оёғини уч марта тапиллатиб қўяди, столни қошиқ билан тақиллатиб уриб қўяди. Ёпишқоқ ҳолатларнинг бошқа кўринишларидан бири компульсив (ғоя, қизиқиш, ҳаракат) ёпишқоқлигидир. Бунда контраст, ёмон фикрлар, ёрқин образлар ва кўринишлар, ҳимоя кўринишидаги иримлар, илоҳий таъсиротлар билан қизиқиш ёпишқоқлиги қўшилиб кетади. Бу ёпишқоқликлар вазиятга нисбатан ва мазмунан зид бўлади, беморнинг маънавий йул-йуриқларига қарама-қаршидир, бегоналик ҳисси билан фарқ қилади. Бемор уларни жуда оғир ҳолда бошидан кечиради. Онасининг қўлида пичоқни кўрганида тўсатдан кўз ўнгида пичоқнинг учи боласининг кўзига санчилгандек кўриниб кетади, қиз бола этовушини чиқариб ёмон сўзлар атгиси келиб қолади, жамоат жойларида рухсат қилинмаган қилиқлар қилиш фикри келиб қолади. Бу ўринда шуни таъкидлаш лозимки, бундай беморлар ёпишқоқ компульсив қизиқишлар таъсири остида ҳеч качон ножўя, жиноий хавфли харакатлар ёки ҳатто ноурин сўзни ҳам ишлатмайдилар ёки иш бажармайдилар, узларининг ёпишқоқ кечинмаларига танқидий қарайдилар.

Кўпинча абсессив синдром кучайганда ёпишқоқ, контраст компульсив ғоялар, қизиқишлар ва ҳаракатлар невроз кечишига қўшилса, неврознинг кечиши қийинлашади ва шахснинг абсессив невротик тараққиётига мойиллик пайдо бўлади (Н. Д. Лакосина, 1988).

Шилқим ҳолатлар касалликнинг бир марта хуруж қилиши билан ўтиб кетиши, бир неча ҳафтадан бир неча йилгача давом этиши, қайталаниш шаклида бўлиши мумкин. Вақти-вақти билан бемор соғломлашиб ҳам қолади. Ниҳоят, невроз узлуксиз давом этиши мумкин. Бунда невроз клиникасида мураккаб абсессив фобик бузилишлар касаллик юқишидан қўрқиш, ўткир асбоблар, контраст ҳолатларни кўз олдига келтириш ҳолатлари намоён бўлиши мумкин. Неврозлар асосан соғайиш билан тугайди. Давомийлиги бир неча хафтадан бир неча ой, ҳатто йиллаб давом этади. Аммо неврозни чақирган ноҳуш вазият сақланиб қолган ҳолларда касаллик сурункали давом этади. Неврозларнинг сурункали чузилишига соматик касалликлар сабаб бўлиши мумкин. Масалан, бош миянинг томир касалликлари ёки руҳий касалликларга ирсий мойилликлар ва бошқалар.

Неврознинг сўниши ривожланиши каби аста-секин бўлиши мумкин.

Этиологияси ва патогенези. Неврознинг келиб чиқишида юқорида кўрсатилгандек руҳий шикастланиш асосий сабаб ҳисобланади. Тўсатдан ва бирдан таъсир кўрсатадиган руҳий жароҳат, табиий офатлар ва бошқалар кам ҳолларда неврозга сабаб булади. Неврозлар одатда нисбатан кучсиз, аммо узоқроқ ёки кўп марта таъсир қиладиган, кучли ҳаяжон чақирувчи таъсиротларда, ўзаро жанжаллар натижасида ва шу каби ҳолатларда келиб чикади. Невроз ҳосил бўлишида кўпроқ патогенетик аҳамияти бўлган, ўзига хос воқеа сифатида келажакка ноаниқлик, хавф туғдираётган ёки қарама-қарши рухдаги қарор қабул қилиш муҳим ўрин тутади. Патоген ахамиятга шу индивидуум учун қийин ва ҳал этиб булмайдиган ҳолат (иккиланиш ҳолати) пайдо бўлиши исботланган. Шундай ҳолатга мисол бўлиб ўзига ёқмайдиган мажбурий иш фаолияти, доимий оилавий жанжал хизмат қилади. Кўпгина муаллифларнинг ишларида ёшликдан етим қолишлик, ота-онадан ажраб қолиш, ноҳуш ҳолатлар, кечинмалар, бола-ликда куп дард тортганлик, шифохоналарда узоқ муддат даволанганлик болаларда невроз пайдо булишига олиб келади деб кўрсатилади.

Ҳозирги вақтда руҳий жарохатнинг неврозлар шаклланишидаги аҳамияти кўпчилик томонидан тан олинган бўлса-да, бу фикр турли илмий мактабларнинг намоёндалари томонидан турлича баҳоланади. Олимлар фикрининг ҳар хил бўлиши бежиз эмас, албатта. Чунки руҳий шикаст етказувчи вазият ҳар бир ҳолатда турлича бўлиши мумкин ва бу ўз навбатида шу беморнинг шахсий хусусиятларига, ҳаётий тажрибасига, ижтимоий аҳволига ва организмнинг ҳолатига боғликдир.

Абу Али ибн Сино неврозларнинг кўпгина белгиларини тасвирлар экан, уларнинг келиб чиқиш сабабларини тўғри аниқланган. Олим шундай ҳолатдарнинг сабаби руҳий шикаст билан бир қаторда бемор организмидаги касалликлар, куп вақт оч қолиш, қон йуқотиш, у ёки бу ,аъзо, айниқса бош миянинг бўшлиги деб ҳисоблаган.

Ҳозирги вақтда неврозларнинг келиб чиқишида бир неча таълимот бор. 1993—94 йилларда З. Фрейд томонидан асосланган йуналиш АҚШда, Ғарбий Оврупо мамлакатларида кенг тарқалган. З. Фрейд таълимотига биноан невроз патогенези психоген шикастнинг характерига эмас, балки сексуал оламининг руҳий шикастланишига олиб келувчи кечинмалар билан кай даражада боғлиқлигига, қизиқишлари, эрта ёшликда бўлган руҳий жароҳат ва ҳодисалар билан боғлик яширин комплекслар билан боғланишига асосланади.

Бошқа олимларнинг конституционал таълимоти буйича невротик бузилишларнинг келиб чиқишида наслий мойиллик асосий ўрин тутади, психоген шикастланиш ёрдамчи аҳамиятга эга дейилади. Ҳозирги вақтда бу дунёқараш чегара ҳаракатларни текширишнинг кенгайиши билан шахснинг автономлиги ташқи муҳит таъсирига берилмайди деган тушунча ўз аҳамиятини йуқотди.

Ҳозирги етакчи йўналиш невротик ҳолатларнинг шаклланишида бир қатор омиллар иштирок этади деб ҳисоблайди, шулардан энг зарурийлари шахснинг тузилмаси ва наслий мойиллиги деб ҳисобланади. П. Б. Ганнушкин (1933) кўпгина невротик ҳолатларнинг вужудга келиш вазиятини, таъсири ва ривожланишини тасвирлаб, келиб чиқиши руҳан бўлса-да, кўпгина ҳолларда у руҳияти шикаста шахсларда пайдо бўлади, дейди. В. А. Гиляревский (1973), неврозларда руҳий шикастланишга алоҳида эътибор килиб, шахснинг тузилишида ўзгаришлар бузилиши шартлигини таъкидлайди. Руҳий шикаст кўпинча биринчи туртки ахамиятини касб этади. Д. Ж. Бирд (1869) неврастенияни дастлабки марта таърифлаб, уни тез ўсаётган цивилизация билан боғлайди ва нерв системаси ҳаёт талаб қиладиган суръатга дош беролмайди ва чарчайди дейди. П. Д. Мобиус (1906) неврастенияда конституционал омил асосий аҳамиятга эга деб таъкидлайди. Шу иккала иқтисодий ва конституционал омил ҳозирги даврга қадар муҳокама этиб келинмокда.

К. Е. Краснушкин (1960) тез иш битираман деб зўриқиш, чарчашни енгиш учун ҳаракат қилиш, кўпинча мажбуран ухламаслик организмнинг дам ололмаслигига, ички имкониятлари камайишига олиб келади, натижада асаб чарчаши оқибатида неврастенияни келтириб чиқаради, деб укдиради.

Француз руҳиётчилари (П. Жаннет, 1907, 3. Д. Юпре, 1903 ва б.) истериянинг асосий белгиларини баён этиб, истерик конституционал тузилишга етакчи сабаб деб қарадилар. Е. К. Краснушкин (1929) истерик реакция сабаблари руҳий-биологик катламларда етакчи омил деб ҳисоблайди. Э. Крепелин (1915) истерия учун хис-хаяжон, руҳий ва соматик фаолиятнинг барча жабхаларига ёйилиши характерли деб ҳисоблайди ва улар касаллик белгиларига айланади ва ҳаяжон тўлқини омилларнинг бузилган ва купайтирилган ҳолда намоён бўлиши деб қарайди. Унинг фикрига кўра хар бир одамда кучли ҳаяжонланганда товуши йуқолиб қолиши, оёғи қийшайиб қолиши мумкин ва ҳоказо. Истерик шахсларда бутун руҳий фаолияти лабил — бекарор бўлгани учун бу бузилишлар жуда арзимаган сабаб билан келиб чиқиши ва осонгина ўрнашиб қолиши мумкин. Э. Крепелин руҳий фаолиятнинг бу алоҳида реакцияларини химоя мослашувининг инстинктив шаклларидан деб ҳисоблайди.

К. Бангоффер (1921) хоҳиш назариясини таклиф қилган бўлиб, истерик бузилишларда ҳамма вақт сунъий равишда, намойишкорона кечинмаларни баён этувчи касал хоҳиши сезилади. Клиник кузатишлар истерик бузилишлар шахсни у кўтара олмайдиган ҳолатдан химоя реакция эканлигини тасдиқлайди. Бу яна шу билан исботланадики, врач истерик соматик бузилишлар яққол бор ҳолатда беморга касаллиги енгил ва хавфсиз деб ишонтирмоқчи бўлади. Бундай ҳолатларда баъзан истерик бузилишлар оғирлашади.

И. П. Павлов ва унинг шогирдлари невроз ҳолатлар патофизиологик табиатини англаш асосларига замин яратганлар. Тиббиёт тарихида улар биринчи марта тажрибагоҳ шароитида

тажриба ҳайвонларида невроз ҳосил қилдилар. И. П. Павлов концепциясига биноан неврозлар келиб чиқишида кучи ёки давомийлиги жиҳатидан ҳаддан ташқари кучли таъсир этувчи омилларнинг марказий асаб мажмуасига таъсири ётади ва бу нерв фаолиятининг узилишига олиб келади. Бу концепция неврозлар шаклланишини клиник мушоҳада қилишда (С. Н. Давиденков, 1963) тасдиқланади. Неврозлар келиб чиқиш механизмида асосий асаб жараёнлари—таъсирланиш ёки тормозланиш, ёки уларнинг сурилиши, кучланиши муҳим аҳамият касб этади.

И. П. Павлов неврастениянинг икки шакли (босқичи)ни ажратди: гиперстеник ва гипостеник. Биринчисида ички тормозланиш жараёни бушашиб таъсирчанлик ошиб қолади, иккинчисида эса тез толиқиш, таъсирчанликнинг бўшашуви кузатилади. Неврозларнинг алоҳида турларини ажратиш (неврастения, ёпишқоқ ҳолатлар неврози ва истерик невроз) И. П. Павлов таълимотига биноан қуйидагича бўлади: бадиий, фикрловчи ва оралик. Неврастения купинча одамларнинг оралиқ кўрини-шидаги вакилларида, истерия бадиий ва ёпишқоқ фикрлар — тафаккур кўринишларида учрайди.

И. П. Павлов истериянинг патофизиологик моҳиятини нафақат пўстлоқ фаолиятининг бўшашишидан, балки пўстлоқ ости фаолияти пўстлоқ, фаолиятидан, бирламчи сигнал системаси — иккиламчи сигнал системасидан устунлик қилади, дейди. Ўта кучли руҳий шикасталик, оғир таъсиротдан пўстлоқ тормозланиш ҳолатига тушиб қолади. Истерик беморларининг ўта ҳаяжонли эканлигини, ортиқча таъсиротга берилиши шу билан тушунтирилади. Касаллик белгиларининг истерик мустаҳкамланиши асосида касалликка қайтиш «шартли хуш ёқиш ёки хоҳиш» ётади, шартли рефлекс ҳосил бўлади ва мустаҳкамланиб колади.

И. П. Павлов ғояси нуқтаи назаридан ёпишқоқ ҳолатлар неврозлаги қўрқишларда доимий ўчоқлардан иборат, етарли даражада индукцион тормозланиш бўлмаганлиги туфайли васваса ҳолатига ўхшайди. Шунинг учун ёпишқоқ ҳолатларда беморларнинг танқидий қараши сақланган бўлади. Ёпишқоқ қарама-қарши хоҳишлар асосида бош мия пўстлоқ ҳужайраларининг ультрапарадоксал босқичи ётади (Е. А. Попов, 1951).

Ташхиси. Кўприна ҳолатларда неврозларни, психозларни психотик шаклларидан осонгина ажратиб олса бўлади. Неврозларда ифодали руҳий бузилишлар, масалан, галлюцинациялар, васваса ғоялар, Кандинский — Клерамбо синдроми, интеллектуал мнестик, кататоник, аффектив ва бошқа синдромлар учрамайди. Касаллик психоз касалликлардан фарқли ўлароқ, невроз аломатларида уз аксини топадиган руҳий шикастланиш вазияти билан боғликдир. Психозларга нисбатан қараганда неврозли беморларнинг одоби тартиблидир, неврозлар жамоат тартиби бузилишига, иқтисодий мослашувнинг бирданига узоқ вақт сусайишига олиб келмайди. Ўз холатига танқидий нуқтаи назардан қарайди, касаллик белгиларига ётсираш сезилади. Неврозли беморлар ўз хоҳишлари билан шифокорга мурожаат этадилар. Психозли беморларда атроф муҳитни идрок қилиш ўзгарган,

неврозда эса сезги сақланган. Аммо кўпинча неврозларнинг дифференциал ташхисида маълум қийинчиликларга дуч келинади. Бу неврозсимон невротик синдромлар деб номланган синдромлар туфайли бўлиб, бу патопсихологик бузилишларнинг энг кам махсус белгилари хисобланади ва ҳам руҳий (шизофрения, заҳарланиш, инфекцион, органик психозларда), хам неврологик касалликларда учрайди. Неврозга ўхшаган синдромлар кўпинча эндоген (шизофрения) ёки соматик (гипертония касаллиги, юрак, буйрак, жигар, ошқозон-ичак, қандли диабет касалликлари), неврологик (менингитлар, энцефалитлар, бош мия ўсмаси, мия захми, авж олиб борадиган шоллик ва б.) касалликларда намоён бўлишидан олдин юзага чиқади. Неврастеник ёпишқоқ ва истерик бузилишлар бор, аммо ташқи кўриниш руёбга чиқиб шизофрениянинг махсус аломатлари намоён булмасдан ривожланиши мумкин.

Юқорида келтирилган фикрларга асосан неврозсимон ҳолатларда уларни баҳолаш учун эҳтиёткорона ва ўйлаб иш тутмоқ лозим. Ташхисни аниқлаштириш учун кўпгина анамнестик маълумотлар, узоқ кузатиш, қунт билан соматик ва неврологик ҳамда тажрибагоқ (лаборатор), рентгенологик, электрофизиологик текширишлар олиб бориш лозим бўлади. Ташхис қўйишда органик, инфекцион, интоксикацион психозларда қисқа ўтувчан психоз, онг ўзгариш даври, аста-секин кўпайиб борувчи астения, интеллектуал-мнестик хотиранинг саёзлиги, руҳий фаолликнинг сўниши (мушоҳада ва танқиднинг камайиши), бош миянинг ўчоқли зарарланиши бўлиб ўтиши мумкинлигини унутмаслик керак. Психоорганик кўринишдаги ўзгариш, ривожланишга мойиллик невроз йуқлигини аниқлашга имкон беради. Шу принципларга асосан неврозлар соматик касалликлардаги неврозсимон синдромлардан фарқ қилинади. Кўпинча клиник кўринишида ёпишқоқ бузилишлар бўлган шизофрения билан дифференциал диагноз ўтказишга тўғри келади. Фикри тарқоқ обсессиялар, ёпишқоқ, маъносиз донишмандлик, неврозларга камроқ хос бўлиб, кўпинча шизофренияда кузатилади (А. В. Снежневский, 1970).

Ёпишқоқликнинг аста-секин системалашувида ёпишқоқликнинг мантиқан ишларга ва ҳаяжон кўринишларининг бир хиллиги, уларнинг амбивалентли қаттиқлиги, касаллик клиник кўринишининг мураккаблашуви кузатилади, уларнинг психопатологик кўринишида узоқ вақт неврозсимон симптоматика устунлик қилади (неврозсимон шизофрения—Р. А. Наджаров, 1969). Ажратиб олишнинг мураккаблиги неврозсимон шизофренияда оғир салбий ўзгаришлар, руҳий чекиниш белгилари бўлиши билан оғирлашади. Неврозларда фобиялар нисбатан мономорф—бир хил кўринишга эга бўлади. Шизофренияда эса турли кўринишга эга, узгарувчан бўлади, пировардида яна ҳам кенгайиши мумкин.

Неврозлардаги фобиялар аниқ ва руҳий тушунарли бўлгани ҳолда шизофрениядаги қўрқув абстракт, турли-туман, кўпинча беъманидщз. Сабабсиз, далилсиз қўрқув, ноаниқ ҳавотир натижасида ўткирхуруж пайдо булиши шизофрения ҳақида уйлашга асос беради. Шизофренияга

жуда характерли бўлган руҳий патологик полиморфизм неврозлар учун хос эмас.

Бундан ташқари, психоген ёпишқоқликларга қарши ўлароқ, шизофренияда айниқса ҳаракат бузилиши ёпишқоқлиги касаллик ривожланган сари стереотип бўлиб боради, тобора ғалати ритуал (одат)ни эслатувчи системага айланиб, монотон ва бир хил кўринишдаги қайғуришга айланиб, ҳар замонда бемор қотиб қолади. Невроз билан оғриган касаллар руҳий пайдо бўлган ёпишқоқ сезгиларни ўзлари учун бегона биладилар ва улар билан курашишга ҳаракат қиладилар, шизофренияда эса руҳият ўзгарган сари бу сезгилар бегона бўлиб қолади, уларга нисбатан тинч ўйлаш муносабати пайдо бўлади. Бундан ташқари, руҳий жароҳат асосида чарчашдан, кучланишдан келиб чиққан ёпишқоқ, ҳолатлар неврозга нисбатан узоқ давом этмайди, беморни шикастлаётган вазиятлардан фориғ қилинганида касаллик енгил кечиши мумкин.

Агар клиник кўринишда гомоцид мойиллик билан кечувчи ёпишқоқ ҳолатларнинг хуруж сифатида бўлиши устунлик қилса (гомоцидомания—ўлдириш, ёпишқоқ фикр ҳосил бўлиши, доимо қўрқув бўлиш ҳолати), бундай ҳолатларни эпилепсиянинг руҳий эквивалентлари билан солиштириб аниқлаш лозим бўлади (А. В. Смулевич, 1983).

Истероневротик белгилари бўлган невротик ҳолатларни кам градиентли шизофрения билан солиштириш ва аниқлаш лозим бўлади.

Касалликнинг процессуал табиати ҳақида ўзга невротик кўринишларни ва шахснинг шизофреник ўзгаришидан клиник кўринишнинг ўзгариши гувоҳлик беради ҳамда истерия кўринишининг, баъзан психопатологик куринишлари: истерик стигмаларнинг қўполлиги, ташқи ҳолат билан алоқа йуқлиги ва истерия учун хос бўлган атрофда бўлаётганларда аффектнинг бой модуляцияси ва жонли реакциялар билан ажралиб туради.

Даволаш. Неврозларни даволаш комплекси дифференциаллашган бўлиб, руҳий, руҳий-фармакологик дори-дармонлар ва умумий қувватловчи дори-дармонларни ўз таркибига олган бўлиши керак. Бунда касаллик босқичини ва етакчи невротик синдромни ҳисобга олиш керак. Неврозларни даволаш руҳий таъсирот берадиган омилларни аниқлаш ва уларни йуқотишдан бошланади. Баъзида шунинг ўзи неврознинг кейинги ривожини тўхтатишга кифоя қилади. Кўпинча таъсирот таъсир доирасидан чиқариш, дам олиш, умум қувватловчи (ви-тамин, физиотерапевтик муолажалар ва б.) дори-дармонлар ёрдамида амбулатория шароитининг ўзидаёқ муваффақиятли даволашга эришиш мумкин.

Руҳий шикаст берадиган вазиятни йўқ килишнинг имкони бўлмаса, шу вазиятга беморга турли руҳий даволаш йуллари билан таъсир этиб, муносабатини ўзгартириш керак. Иқтисодий чоралар катта аҳамиятга эга, чунки улар жанжалларни, шикастловчи ҳолатга келтирувчи ва шикасталик чақирувчи омилдир, шунга кўра беморни шу вазиятлардан фориғ қилмоқ лозим бўлади.

Даволашнинг бошида, оғирроқ ҳолатларда, айниқса ҳавотирлик, қўрқув, зўриқиш, кайфият

ёмонлиги, невроз ҳолатларда, беморни стационарда даволаш талаб қилинадиган ҳолларда руҳий таъсир этувчи фармакологик даволаш лозим бўлади. Руҳий таъсир этувчи дори-дармонларни эрта қўллаш руҳий даволаш имкониятини сезиларли оширади.

Ўткир ва сурункали ҳолатларни дори-дармон билан даволашда руҳий фармакологик дорилардан фойдаланиш ва қўллаш услубида муҳим фарқлар бор. Хавотирли, қўрқув ҳиссиётлари билан ўзига-ўзи қасд қилиш белгилари билан бошланиши ўткир невротик ҳолатларда, яъни полиморф невротик белгиси бўлган ҳолатларда даволаш нафи препаратларнинг руҳий троп фаоллиги билан белгиланади. Шундай ҳолатларда транквилизаторлардан феназепам, ативан, бензодиазепин ҳосилалари (томчилаб қуйиш мақсадга мувофиқ) хамда нейролептиклар (стелезин, хлорпротексен, эглонил, лепонекс) кичик дозаларда яхши натижалар беради.

Неврастенияларда бошланғич босқичларида транквилизаторлар (седуксен, элениум, тазепам, эуноктин, фенозепам, мебрамат, триоксазин ва б.) берилиб, сўнгра руҳий стимуляторлар берилиши (сиднокарб, синдофен) максадга мувофикдир. Неврастениянинг гиперстеник боскичида элениум, седуксен, бромидлар, валериана эритмаси ва бошқалар тайинланади. Транквилизаторлар билан биргаликда антидепрессантлар (амитриптилин, пиразидол) ва нейролептик дори-дармонлар (терален, меллерил) оз микдорда қўлланилади.

Неврастениянинг гипостеник босқичида астения ортиқчароқ бўлганда умум қувватловчи дори-дармонлар, шу жумладан витаминлар, инсулиннинг бўлиб-бўлиб бериладиган дозаси (4—8—12—20 бирлик), транквилизаторлар, стимуляторлар (сиднокарб, центедрин ва б.), ноотроплар (ноотронил, аминалон)дан фойдаланилади. Яна юмшок, таъсир этувчи руҳий активловчи препаратлар, элеутерококк, хитой лимони спиртли эритмалари, алоэ, ФИБС, АТФ ва бошқалар қўлланилади.

Ёпишқоқ ҳолатлар неврозларида уч циклли анти-депрессантларни транквилизаторлар билан қўшиб таййнлаш керак. Истерик невроз бошланишидаёқ нейролептик фенотиазин қаторидаги теранин, сонапакс (меллерил), неулептил ва аминазин қўллаш мақсадга мувофикдир (Н. Г. Шашкова, Т. С. Аванесова, 1983).

Неврозларнинг кўринишларидан бири уйқунинг жиддий бузилишида руҳий фармакологик гипнотик хусусиятли препаратлар (эуноктин ёки радедорм, фенозепам, пропазин, терален, хлорпротексин, сонапокс, меллерил) қўллаш тавсия қилинади. Узоққа чўзилган невроз ҳолатларини даволашда препаратларга, ҳатто кучли рухий троп препаратларга ўрганиб қолишни, индивидуал сезгирликни, касалликнинг клиник кўринишини ҳисобга олиш даркор. Шундай ҳолатларнинг клиник кўринишларида кўпинча аффектив бузилишлар етакчи бўлгани сабабли асосий невротик синдромга боғлик бўлган ҳаяжонни босишга йўналтирилган антидепрессант ва бошқа препаратлар даволаш учун танлаб олиниши зарур.

Неврозларни даволашда руҳиятга таъсир қилиб даволаш катта аҳамиятга эга. Руҳий даволаш беморнинг аҳволи ва хасталикнинг асосий белгиларига қараб индивидуал ҳолда қўлланилади. Неврозларда кўпгина ҳозирги замон руҳий даволаш услублари — бедорлик ва гипноз ҳолатларида шахсий ишонч суҳбатларидан то жамоа—гуруҳ бўлиб ёки оилавий руҳий даволаш сеансларигача қўлланилади. Одатда руҳий даволаш бемор билан шифокор тўғри алоқа боғлаганда ҳамда радио орқали, зангори экран, магнитофон ёки грампластинка ёрдамида ўтказилиши мумкин. Руҳий терапиянинг бу шакллари одамларнинг катта гуруҳлари билан ишлашда ўзини оқлаган. Буларнинг камчилиги касалдан шифокорга акс алоқанинг йуқлигидир. Руҳий терапия ўз олдига турли мақсадларни қўяди. Биринчи навбатда беморга шикастлайдиган вазият, яъни неврозга олиб келган вазиятнинг аҳамиятини тушунтириш керак. Биринчи навбатдаги вазифа уддаланса, кейингисига ўтса бўлади. Беморнинг стресс ҳолатлар учун мослашувини ошириш лозим. Агар руҳий вазиятларнинг манбаи оилавий муносабатлар бўлса, унда шифокор уларни мўъ-тадиллаштиришга ёрдам бериши зарур (Н. М. Жарков).

Неврастенияда кўпроқ рационал руҳий терапиядан фойдаланиш лозим. Имкон қадар беморга ёрдам беришга ҳаракат қилиш, тушунтирибми, маслаҳат биланми юзага келган вазиятни юмшатиш ёки ҳал қилиш лозим.

Неврастенияни даволашда тўғри ташкил этилган дам олиш ва меҳнатнинг катта аҳамияти бор. Беморларга иш соатлари орасида дам олишни маслаҳат бериш ва кечаси ишлашни ман этмоқ керак. Ёпишқоқ неврозда гипноз уйқусида таъсир этиш рационал даволаш усули ҳисобланади.

Истерик неврозли беморларда руҳий терапия унинг барча турларига яхши таъсир этади. Алоҳида қаттиқ кечадиган ҳолларда беморларни енгил наркотик уйқу вақтида ишонтириш йули билан даволанади. Бунда барбамил, гексенал, пентотал киритилиб, ҳосил бўлган енгил наркотик уйқу вақтида руҳий терапия, ишонтириш, укдириш ўтказилади.

Абу Али ибн Сино истерик бузилишларни даволашда этиопатогеник ва комплекс даволашни қўллаган. У қон олиш, сувда чўмилиш, ҳуқна қилиш, ҳайз чақирувчи шамчалар қўйиш, жинсий шаҳватни пасайтирувчи дори моддалар беришни, қизларни «куёвга узатишни», руҳий терапия ўтказишни тавсия қилган. Бу касалликда вино ва спиртли ичимликларнинг салбий таъсири таъкидланган.

Неврозларда электр, нур, иссиқ билан даволаш ҳамда санаторий-курортда даволаш усуллари, балчиқ, турли ванна ва сув муолажалари кенг қўлланилаяпти. Даволаш жисмоний тарбияси тавсия этилади, электруйқу, игна билан даволаш ёрдам беради. Очлик билан даволаш хам маълум даражада яхши натижалар беради. 1 Неврастения учун қуйидаги симптомлар хос:

4
6
2
3
1

3
4
тажанглик
конфабуляциялар
юзаки уйқу
гиперестезия
шилқим шуб·алар
психосенсор бузилишлар

2 Шилким холатлар неврози учун кайси симптом хос:

галлюцинациялар
гиперестезия
обсессия
  васваса гоялар
  ритуаллар
  эйфория

3 Обсессив синдромнинг асосий симптомлари:

ёпИшкок гоялар (харакатлар)
ташқаридан бегоналарнинг фикрларини идрок этиш
беморнинг холати унга кийинчилик тугдирмайди
галлюцинациялар булиши
купИнча куркувлар билан кузатилиши
бЕмОр учун огир, узлуксиз «мотивлар кураши» холати

4 Неврозларни даволашда етакчи терапевтик усул:

псИхофармакотерапия
фармакотерапия
псИхотерапия
физиотерапия
фОтотерапия
стресс- биологик метод

5 Социал фобиялар клиникаси:

55
6
2
3
1
5
6
  атрофда одамлар булганда одамлага аралашишдан куркиш
  улим куркуви
  келажакдан куркиш
  моддий йукотишдан куркиш
  атрофда одамлар булганда уялишдан куркиш
  оммавий чикишда кизаришдан куркиш

 6 Генерализациялашган вахимали бузилишга кирмайди:

56
6
2
3
2
3

6
ориентация бузилиши
утмишдаги вахима хуружлари
купинча депрессия кушилади
псевдогаллюцинация
узок чузилган касаллик
полиурия, ич кетиши, куп терлаш

7 Истерик невроз учун хос :

58
6
2
3
1
3
4
к´пинча аёлларда учрайди
сезги доирасининг бузилиши
болаликдан пайдо б´лиши
вегетатив нерв тизими бузилишлари
шахсияти шизоид типли одамларда купрок учрайди
купинча эркакларда учрайди

8 Уйку бузилишларига киради:

60
6
2
3
1
3
5
юзаки, хавотирли уйқу
да·шатли тушлар
уйқуга кетишнинг кийинлашуви
онейроид
кечаси сийдик ушлай олмаслик
сопор

9 Невроз учун куйидаги симптомлар хос:

83
6
2
3
1
3
6
кузгалувчанлик
конфабуляция
юзаки уйқу
фиксацион амнезия
амбулатор автоматизм
гиперестезия
10 Кайси симптом ёпишкок холатлар неврози учун хос?

84
6
2

3
3
5
6
галлюцинация
гиперестезия
обсессия
васваса гоялари
ритуаллар
фобиялар

11 Қуйидаги усулларнинг кайси бири неврозларни даволашда кулланилади:

94
6
2
3
1
3
5
транквилизаторлар
тетурам, антабус, рудотель
физиотерапия, санатор-курорт шароитида даволаш
литий тузлари
гипноз ва аутотренинг
антиконвульсантлар, барбитуратлар

12 Уйқу бузилишларига киради:

196
6
2
3
1
3
4
юзаки, хавотирли уйқу
да·шатли тушлар
уйқуга кетишнинг кийинлашуви
эрта уй¶ониб олиш
кечаси сийдик ушлай олмаслик
вербал моногаллюциноз нохуш мазмунли

РЕАКТИВ ПСИХОЗЛАР

Реактив психозлар—оғир руҳий жароҳат ёки ноқулай вазиятлар учун патологик реакция кўринишидаги руҳий бузилишлардир. Неврозлардан фарқли ўлароқ (булар ҳам психоген ҳолатлар деб қаралади), реактив психозларда озми ёки кўпми руҳиятни жиддийгина психомотор, аффектив, галлюцинатор васвасалар, истерик реакциялар, кўпинча онгнинг бузилишлари кузатилади. Реактив психоз ҳолатидагй касалларнинг ўз ҳолатини танқидий баҳолаши йуқолади,

ўзининг қилиқларини билмай қолади. Шунга қарамасдан реактив психозларда (психоген касалликлар—неврозлар орасида) аломатларнинг қайтиши кузатилади.

Реактив психозларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари яқин одамларининг оламдан ўтиши, сексуал можаролар ва хизмат жойларидаги турли жанжаллардир. Руҳий жароҳатнинг мазмуни руҳий бузилишлар кўринишида акс этади. Руҳий жароҳат тугаши билан одатда улар ўтиб кетади (Яспера учлиги). Бу психозларнинг ривожланиши шахснинг конституционал тузилишига (психопатларда), бошидан кечирган касалликларига, ёшига (усмирларда, қарияларда), ақлий ривожига (ақли пастроқларда) боғликдир. Аммо, мутлақо соғлом одамда ҳам ривож топиши мумкин.

Ўткир реактив ҳолатлар (аффектив—шок реакциялар, қўрқув психозлари). Ўткир реактив ҳолатлар аффектив— шок реакциялари кўринишида кучли ҳаяжон, изтиробларда (ер қимирлаганда, сув тошганда, ўт кетганда, темир йул фалокатлари, бомба портлаши), кўп одамлар тўпланган жойда кучли ҳаяжон, изтиробларда пайдо бўлади. Баъзида бирдан руй берган бахтсизликдан: яқин одамининг ўлими, қимматбаҳо нарсасини йуқотиб қўйиши, ғам-ташвишга тушиши билан пайдо бўлиши мумкин. Аффектив — шок реакциялари клиник жиҳатдан қўзғолиш кўринишига (гиперкинетик шакл) ёки тормозланиш (гипоастеник шакл) кўринишига эга бўлиши мумкин.

Аффектив—шок реакцияси Кречмер ҳаракат бўрони (1924), ҳаракат ва ҳолатнинг тартибсиз кўринишидан иборат бўлиб, қаёққадир қочиш, маънисиз ўзини у ёкдан бу ёққа уришдан (фугиформ реакциялардан) иборат бўлади. Беморлар ташвиш, хавотирлик, қўрқинч, ваҳима, даҳшат сезадилар. Бу қўзғолиш қаттиқ қичқириш, йиғи, инграш ва ҳоказолар билан кузатилади. Беморлар онги торайганидан атрофга мулжал ололмайдилар, ҳаёти учун хавфли ҳаракатлар килишлари мумкин. Олов ёнаётганда деразадан узини ташлаб юбориши мумкин. Ҳаракат қўзғолишининг давомлилиги кўп бўлмай, 10—20 минутдан ошмайди.

Ҳаракатсизлик билан кечадиган аффектив — шок реакцияси нисбатан қисман ёки тўлик ҳаракатсизлик билан тавсифланади, кўпинча тўла ступор ёки мутизмгача (аффектоген ступор, «кичик ўлим», Кречмер буйича, 1924) етади. Беморлар қўркув аффекти қаерда юз берган бўлса, ўша ернинг ўзида қўрққан, ташқи дунёга алоқасиз ҳолда қотиб қолади. Ступорнинг давомийлиги бир неча минутдан бир неча соат, ҳатто оғирроқ турида 2—3 кун давом этиши мумкин. Психоз даврига хос бўлган кечинмалар эсдан чикиб кетади.

Суд, қисман суд-тиббий амалиётида ўткир ҳолатда психоген асосли истерик психоз (Крепелин буйича «қамоқ истерияси») пайдо бўлиши мумкин. Уларда онгнинг ғирашира бузилиши, бошдан кечирган нохуш кечинмалар асосида бошқариб бўлмайдиган намойишкорона ҳаракатлар бошланади. Улар куладилар, баъзан йиғлайдилар, баъзан танг ҳолатда қотиб қоладилар, булар қисқа вақтли қўзғолиш билан алмашинади ва қалтираш хуружига ўтади, галлюцинациялар кўпинча

қўрқув ёки эшитув ҳолида бўлиб, руҳий жароҳат вазиятини акс эттиради.

Бу ҳолатларга мураккаб психопатологик псевдодеменция, Ганзер синдроми ва нуэрилизмлар киради.

Псевдодеменция (Вернике, 1906) онги озгина торайган фонда оддий билим ёки малакани эсидан чиқариб қўяди. Беморлар нотўғри жавоб бера бошлайдилар, оддий масалаларни еча олмайдилар (бурни ўрнига қулоғини кўрсатади, қўлидаги бармоқларини санай олмайди, беморлар кўзларини олайтириб, аҳмоқона куладилар, атрофдагилардан уялмайдилар. Псевдодеменция онгнинг чуқур бузилиши билан ўтадиган бўлса, истерик ғирашира онг бузилиши Ганзер синдроми дейилади (Ганзер, 1877). Бундай беморларда атроф ва вақтга мўлжал бўлмайди, атрофдагиларни танимайди, аҳмоқона аҳлоқли бўлади. Қамоқ шароитида турган одамларда ривожланади.

Пуэрилизм—псевдодеменцияга яқин бўлган истерик реакциядир. Клиник жихатдан беморлар болаларнинг қилиқларини қиладилар. Беморлар ўзларини худди еш болалардек тутадилар, болалар товушида гапирадилар, пичирлашади, қўғирчоқ ўйнайди, бошқа болаларга хос ўйинларни ўйнайди, овқатлантириб қўйишни сурайдилар, қўлидан ушлаб юришни, конфет сўришни яхши кўрадилар, атрофдагиларга холача, тоғача деб мурожаат қиладилар. Бу таъсиротлар пуэрил деб номланади ва руҳий жароҳат таъсироти тугаганидан сўнг ўтиб кетади.

Чўзилган реактив психозлар

Чўзилган реактив психозлар ўткир шок реакцияларига нисбатан кўпинча узоқ давом этади, камроқ ҳолларда қисқа бўлса-да кўп марта қайтарилган руҳий жароҳатдан сўнг ривожланади. Одатда руҳий психозлар руҳий жароҳатдан бир оз вақт ўтганидан сўнг ривожланади. Агар ўткир шок реакциялари фалокат, фожиа, урушлар даврида пайдо бўлса, чўзилган руҳий реакциялар беморнинг шикоятига тегишли сабаблар орқали (яқинларининг ўлими, эр-хотиннинг хатти-ҳаракати, ишидаги жиддий жанжаллар ва бошқалар) вужудга келади. Шунга ўхшаш психоген реакциялар учун хос бўлгани реактив депрессия ва реактив параноиддир.

Реактив депрессия

Реактив психозлар ичида клиник кўринишида депрессив синдром ташкил этадиган тарқалган шаклларидан биридир. Психоген деирессиялар депрессиянинг тез-тез учрайдиган шаклидир. Ф. И. Иванова (1970) буйича депрессив ҳолатлар умумий реактив психозларнинг 10% ини, Н. А. Кантарович бўйича 43% ини ташкил этади. Депрессив реакцияларнинг генези анча мураккаб. Реактив депрессиянинг вужудга келишида руҳий жароҳат билан бир қаторда бошқа омиллар—наслий конституция, ёш, соматик касалликлар аҳамиятга эгадир. Реактив депрессия клиникаси тушкунлик кайфиятидан, ҳаракат сусайганлигидан, маърифийсизлик қўрқув, ишончсизлик, ўз

қайғуларининг, алоҳидалигидан иборат бўлади. Ўз кечинмаларида бемор кўпроқ ўзидан кўра ўзгаларни айблайди. Ўзини-ўзи айблаш камроқ учрайди. Оғирроқ ҳолатларда суицидал мойилликлар бўлиб ўтиши мумкин. Бемор учун бутун онгини, ақлини бўлиб ўтган руҳий жароҳат манбаига қаратилади, бошидан кечиргани узоқ вақт ҳаёлидан кетмайди, бу муаммонинг фаоллиги сусаймайди. Шунинг учун одатда жим юрувчи беморлар кучли депрессив реакция беради, тўсатдан бўлган воқеа ҳақида эслатилса, у ғазабланган ҳолда узоқ вақт ўша мавзу ҳақида гапириши мумкин.

Беморларнинг барча диққати ўзлари учун фалокатли мавзуга қаратилган бўлади, бахтсизлик ходисасига қайта-қайта қайтадилар, бўлган воқеа айбдори устида ўта қимматли ғоялар айтилади. Беморларнинг уйқуси ва иштахаси бузилади (айниқса касалликнинг дастлабки кунларида), кўпинча овқат ейишдан бош тортадилар.

Реактив депрессиянинг кечиши уни вужудга келтирган жароҳат тавсифига боғлик бўлиб, хафталаб ва ойлаб чўзилиши мумкин, аммо депрессия соғломлашиш билан тугайди. Дифференциал ташхис учун реактив бошланган эндоген ёки пресенил депрессия, ёки церебрал атеросклероз фонида вужудга келган депрессия кейинчалик қайталаниши мумкин. Маниакал-депрессив синдромдаги ёки шизофрениядаги эндоген депрессиядан фарқли ўлароқ бу депрессияни «йиғлоқи» деб аташ мумкин, чунки жарохатлаиган вазият ҳақида гап кетса, беморлар кўпинча йиғлайдилар. Эндоген депрессияга хос бўлган ҳаракат сустлиги унча ифодаланмаган дифференциал ташхисда беморларнинг кечинмаларида жароҳатлайдигаи омиллар инъикоси бўлиб, унинг кечинмалари «тушунарлидир».

Реактив параноидлар

Клиник жиҳатдан кўп кўринишли гуруҳ бўлиб, хусусан ўткир параноид, карлик васвасаси ҳолида бўлади.

Ўткир бошланган психоген параноид қиска давом этади (бир хафтадан 1—2 ойгача) ва ўткир реактив параноид дейилади. Улар муносабат ва кузатиб юриш васвасалари билан тавсифланиб, уларнинг мазмуни жароҳатлаиган вазиятни инъикос этади, эшитув, кўрув галлюцинациялари ва қўрқув аффекти билан давом этади. Беморлар ноқулай вазият натижасида унга ёмон муносабатда бўлишаяпти деб, унинг орқасидан таъкиб қилиб юраётгандек, унга ёмонликни раво кўраётгандек, кўчада нотаниш одамлар хавотирланиб қараётгандеқ худди бир-бирига белги бераётгандек туюлади. Эшитув ва қўрув галлюцинациялари мазмуни бўйича реактив параноид мавзусига бориб тақалади ва касалликнинг давом этиши жароҳат чақирган вазият тугяшига боғликдир.

Реактив васваса психозларининг турларидан бири кар одамдаги муносабат ва таъкиб қилиш васвасасидир. Беморларга атрофдагилар унинг устидан кулаётгандек туюлади, нимадир ёмон фикр

уйлаётгандек уни ҳукук қисиб қўяётгандек уни иложсизлигидан фойдаланаётгандек туюлади.

Доимо руҳий касалликлар билан мулоқотда бўладиган одамларда индуцирланган реактив параноид пайдо бўлиши мумкин. Бу кўпинча оилавий васвасага айланиб кетади. Бу ҳолат кўпинча бир ёки оиланинг бир нечта аъзосида пайдо бўлади. Бунга сабаб руҳий бемор оиланинг бошлиғи бўлса, уни васвасавий сафсаталарини атрофдагилар танқидий нуқтаи назардан қарамасдан, тўғри деб қабул қиладилар ва унга ўз муносабатлари билан қўшиладилар («руҳий» касалликнинг юкиши). Бу васвасанинг пайдо бўлиши, бундан ташқари, юққан одамда ишониш, чекланиш, интеллектуал етишмовчилик хусусиятлари борлигини намоён қилади. Индуцирланган юктирилган васваса кўпинча таъкиб қилиш тавсифига эга бўлади. Индуцирланган васваса кам учрайди ва одатда касалдан ажратилганда изсиз йуқолиб кетади.

Реактив галлюциноз

Руҳий хасталикларнинг анчагина кам учрайдигани клиник кўринишида реактив галлюциноз тавсифи бўлган галлюцинациялар етакчи ўрин тутади. Галлюцинациялар одатда эшитув, жалб қилиш кўринишида бўлиб, яқинлари, таниш, қўни-қўшниларининг товуши бўлиб, мазмуни жиҳатидан хотиржамлик ёки таъна ва ҳатто қўрқитув мазмунига эга бўлиши мумкин. Шу билан бирга реактив психозлар патогенезида ниҳоятда аҳамиятли бўлган звено экзоген ёки соматоген юзага келтирилган руҳий фаолиятнинг ўзгаришидир. Буни патологик асоси, мохияти дейилади (С. Г. Жислин, 1965, Ф. И. Иванов, 1970). Реактив галлюциноз патогенезида руҳий ёки жисмоний чарчаш билан боғлиқ бўлган астенизация ҳам иштирок этади. Бўлар чарчаш, аффектив кучланиш, мажбурий уйқусизлиқ соматик касалликлар, бош мия жароҳатлари, заҳарланишлар, алкоголизмлардан биттаси кўпроқ асос бўлиб хизмат қилади. Физиологик ҳолатлар: ҳомиладорлик, лактация, ёшга қараб юз берувчи кризлар (пубертат ва инволюция) маълум аҳамиятга эга бўлади.

Даволаш ва қайта тиклаш. Реактив психозларни даволаш асослари неврозни даволашга жуда ўхшайди. Имкони бўлса, биринчи навбатда касалликнинг сабаби, руҳий жароҳатлантирувчи вазиятни аниқлаш керак.

Терапевтик тактика психогениянинг клиник кўриниши, ўткирлиги ва алоҳидалиги билан боғликдир.

Ўткир психоген реакцияларда тез ёрдам кўрсатиш зарур. Ўткир психоз хуружини тўхтатиш учун нейролептик дори-дармон (аминазин, стелазин, галоперидол) ҳамда транквилизаторлардан (седуксен, элениум, реланиум) тайинланади. Масалан, бирданига учта боласи ўлган ота ўлимдан бир оз вақт ўтгач болаларининг таъкиб товушини, йиғисини, ингрошини, ёрдам ҳақидаги қичқиригини эшита бошлайди ва бу кечасига кучаяди.

Темир йўл реактив параноидлари

Узоқ вақт темир йўқ саёҳатларида пайдо бўлади. Бўларнинг ривожида руҳий ва жисмоний чарчаш, мунтазам овқат емаслик, узоқ вақт ухламаслиқ алкогол ичиш, ҳаёт оддий оқимининг бузилиши каби мойиллик қиладиган омиллар аҳамиятга эга. Аммо асосий патоген бўлиб ўша вазият, темир йўқ ҳолати ҳосил қилувчи вазият, ноаниқлиқ хотиржамликнинг бўлмаслиги хизмат қилади. Шундай вазиятда беморларда аффектив кучланиш, гумонсирашлик, атрофда ўғрилар ўралашган деган фикр пайдо бўлиб, уни ўғирлаш ёки ўлдиришни ҳоҳлайдилар деб билади. Кўпинча бу қўрқувдан бемор вагондан сакраб тушиб қолади. Бунда ўз молларини қолдириб жонимни омон сақладим дейди.

Этиологияси ва патогенези. Реактив психозларнинг сири, у ёки бу руҳий жиҳатдан чиқарувчи таъсирот (ҳалокатлар, фожиалар, ҳарбий уруш ҳолатлари, хаёт учун ноҳуш бўлган оилавий ва хизматдаги жанжаллар, қамоққа олиш, қамаб қўйиш ва бошқалар) сабаб бўлади.

Реактив ҳолатларнинг шаклланиши учун беморнинг конституционал тузилиши, касалликдан олдинги ҳолати қўшимча омиллар сифатида хизмат қилади ва реактив омил клиник кўринишга таъсир қилади (Мак Каве М., 1986). Реактив психозларнинг барча турларини даволашда руҳий даволаш юқори натижали даволаш воситаси ҳисобланади. Руҳий даволашнинг биринчи навбатдаги вазифаси жароҳатланувчининг вазиятини миядан чиқариш ва унинг фикрини бошқа бирор шунга ўхшаш фаол вазиятга ўтказишга ҳаракат қилишдан иборатдир (С. Ф. Васин, В. Е. Рожков, М. А. Рожкова, 1978). Сўнгра жароҳатга боғлик бўлган ишга жалб қилиб, унинг фаолиятини фаоллаштириш керак. Бемор билан мулоқот вақтида жароҳатловчи вазиятдан чиқишга иложи борича ёрдам бериш керак. Оилавий ва хизмат муносабатларини ўзгартиришга бемор руҳиятини тайёрлаш ва ҳаётидаги режаларни ўзгартиришга мослашишни енгиллаштиришга қаратиш керак.

Руҳий даволаш билан бирга кенг микёсда дори-дармон билан даволаш, физиотерапевтик тадбирлар, сувдан, даволаш гимнастикасидан ва бошқа воситалардан фойдаланиш лозим.

Реактив депрессияларда тимолитиклар, транквилизаторлар ва нейролептиклар билан бирга тайинланади. Агар постреактив астениялар узоқ вақт қолса, умум қувватловчи дори-дармонлар, ноотроп гуруҳи дорилари ҳамда кучайтирувчилар (сиднокарб, центедрин) қўлланилади.

Психотик ҳолатлар даволангач қайта тиклаш чоратадбирлари қўлланилади ва бемор олдидаги ижтимоий муаммоларни ҳал қилиш керак бўлади. Бўларни одатда диспансерларда, амбулатор назоратда турганда, кундузги стационарда бўлган даврда ўтказилади. Меҳнат жараёни ва иш меъёрини шифокор белгилайди.

Реактив психозлар асосан қайтади, одатда, руҳий саломатлиги тикланади ва бемор меҳнатга лойиқ деб ҳисобланади.

Суд-психиатрия экспертизаси. Аввало реактив ҳолат ҳуқуқ бузилишидан аввал ёки кейин

пайдо бўлганини ўрганиш, аниқлаш лозим. Агар ҳуқуқ бўзиш ўткир ёки чўзилган реактив ҳолатида, руҳий фаолиятнинг чуқур бузилишлари билан ўзгарган ҳолатида бўлса, бу ҳолда беморлар жамоат ўртасида хавфли ҳаракатлар қилиши мумкин, унда беморни бундай ҳаракатига жавоб беролмайди деб ҳисоблаш мумкин.

Агар реактив психоз жиноят содир қилгандан сўнг пайдо бўлса, беморни стационарда даволашга юборилади ва соғайганидан сўнг у жиноий жавобгарликка тортилади.

Реактив психозлар (реактив депрессия)

1.Бемор Н, 48 ёш, уйланган. Алкогол истеъмол килмайди. Автохалокатдан сунг юз жаг суягида деформация колди ва юзда чандик пайдо булди. Шу сабабли хавтирга тушиб, кечалари уйкуси бузилди. Тушкун. Айтишича, «яшашнинг хожати йук», «улдирадиган укол килишларини сурамокда»

.Синдромал ташхис

.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

.асосий текшириш усуллари

.бу синдромнинг симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

6. Реактив депрессия
7. Реактив холат, шизофрения, МДПнинг реактив фазаси
8. Клинико анамнестик, патопсихологик текширув
9. Тушкун кайфият,уйку бузилиши,суицид хаеллар
10. Психиатрик касалхонага даволанишга юбориш, антидепрессантлар, транквилизаторлар, психотерапия.

Реактив психозлар

2 Бемор К 58 ёш, характерига кура кунгилчанг, инсофли ишчи. Текширув ката микдорда камомат аниклади, бемордан шубха қилишди, кейин бу хулоса нотугрилиги аниқланди. Беморда хавотир пайдо булди, узини угридек хис килишни бошлади. Назарида хамкасблари у тугрисида пичирлашяптилар, гапларига караганда бу нарса атайлаб уюштирилган. Жуда хам кузгалувчан, узини ойнадан ташламокчи булди.

. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди

. тахминий ташхисингиз

.қўшимча текшириш усуллари

.бу синдромни барча симптомларини санаб беринг

.УАШ тактикаси ва даволаш?

Жавоблар

1. Реактив психоз ва психопатиялар
2. Истерик психоз
3. Клинико-анамнестик текширув,Патопсихологик текширувлар

4. Психик фаолиятнинг функционал кайтар бузулишлари. Критика бузилган, амнезия, психомотор кузгалишлар ёки ступор, галлюцинация, онгнинг хиралашуви, фикр бузилишлари.
5. Рухий касалликлар касалхонасига йулланма.

Реактив психозлар

3Бемор Р, 36 ёш эрининг хиёнатидан сунг кучага чикмай куйди. Овкат ейишдан, гаплашишдан бош тортяпти, 10 кг га озиб кетган, хайрлашув хатини ёзиб, димедрол ичиб токсикология булимига келиб тушган.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар
1.Биполяр бузилишлар, шизофрения, бош мия органик касалликлари
2.Реактив депрессия
3. Патопсихологик текширувлар
4. Тушкун кайфият, фикр ва харакат секинлиги,
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш, антидепрессантлар, транквлизаторлар, психотерапия

Реактив психозлар (реактив депрессия)

4Бемор Н 48 ёш, углининг улимидан сунг ухламай куйди,овкат емайди. Хайрлашув хатларини ёзмокда, уз жонига касд килди.

. Синдромал ташхис
. Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.Қўшимча текшириш усуллари
.бу синдромнинг барча симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар
1. Реактив депрессия
2. Биполяр бузилишлар, шизофрения, реактив холатлар
3. Патопсихологик текширувлар, клиникоанамнестик текширув
4. Кайфият тушиши, фикр секинлашуви, харакат сустлиги, суицидал фикрлар
5. Рухий касалликлар касалхонасига жунатиш, антидепрессантлар, транквлизаторлар, психотерапия

Реактив психоз

5Бемор О.38 ёш. Ёлгиз кизининг тусатдан улимидан сунг ухламай куйди, овкат емайди. Хайрлашув хатларини ёзмокда, узини кизига нисбатан

етарлича мехр бера олмасликда айибламокда, кизининг овозини эшитиб уни куряпман деяпти, улганига ишонмайди, кабирстонга катнамокда, кизини казиб олиб беришларини талаб килмокда. Кизининг улганига ишониб уз жонига касд килди.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. Реактив психоз, шизофрения, биполяр бузилишлар
2. Реактив депрессия(депрессиянинг васвасавий варианти)
3. Патопсихологик текширув
4. Кайфиятнинг аффектиав тушкунлиги, инстинктлар сунган, уз узини айблаш, айбдорлик хисси. Галлюцинациялар кузатилмайди.
5. Наркологик клиникага даволанишга жунатиш.

Реактив холатлар

3. Бемор С 48 ёш. Уйланган, сигарет чекади, эпизодик ичиб туради. Хотини жигар раки ва метастази билан касалхонада ётибди. Катта углини наркотик кабул килаётганини сезиб колди.Шу сабабли хавотирга тушиб кечалари ухлолмаяпти, тушкун кайфиятда. Жонига касд килиш фикридан йирокда. Бош огришига шикоя килади, ухлатиш учун дори беришларини сурамокда. Сухбат давомида тез-тез йиглайди, айтишича «хотини ва углини биргаликда йукотмокда». КБ 210.120.

.синдромал ташхис
.Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
.сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
.асосий текшириш усуллари
.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар

1. **Депрессив синдром**
2. МДП, шизофрения, Реактив психозлар
3. Реактив депрессия
4. Клинико-катамнестик, патопсихологик текширув, экспресс – тестлар
5. Психиатрик касалхонага стационар даволашга юбориш

22-БОБ

ПСИХОПАТИЯЛАР

Психопатиялар деганда шахс руҳий хусусиятларининг дисгармонияси ва унинг ташқи таъсиротларга ноадекват реакциялари билан намоён бўлувчи хусусият I аномалиялари тушунилади. Ҳиссий-иродавий бекарорлик пеихоиатик характернинг асосий белгиларидан бири сифатида зиддиятли вазиятларнинг осон келиб чиқишини таъминлайди, бунда кўпинча интеллект юқори даражада сақланган бўлади. Шахсиинг бундай хусусиятлари туфайли руҳий хаста атрофдагилар, жамоа билан қийин чиқишади ва кўпинча ўзи жамиятнинг реал талабларига мослашиши қийинлигидан азият чекади. Шундай қилиб, психопатияни руҳий касаллик деб эмас, балки шахс шаклланишининг хасталик кўриниши деб қараш лозим. Бундан келиб чиқадики, психопатия билан касалланмайдилар, балки хусусиятнинг руҳий хасталик белгилари ҳаёт давомида шаклланади. Ташқи муҳит руҳий хасталик ҳодисаларини юмшатиши мумкин бўлганидек уларни қўлаб-қувватлаши ва кучайтириши ҳам мумкин. Бироқ хусусиятларнинг руҳий хасталик билан шаклланишида атроф-муҳитнинг таъсири билан бир қаторда нерв тизимининг туғма нобоплиги ҳам аҳамият касб этади. Бу ҳолатни таькидлаб, пуштнинг патологияси ва ҳомиланинт ҳар хил зарарланишларини назарда тутиш лозим бўлади. Хасталик хусусиятлар белгиларининг наслдан-наслга узатилиши ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади.

Клиник юзага чиқиши. Психопатиянинг дастлабки клиник аломатлари болалик ва усмирлик даврларига тўғри келади ҳамда бу белгилар аниқ ва турғун эмас, боланинг атроф-муҳитга мослашиб кетишини ҳар доим ҳам қийинлаштирмайди. Психопатиянинг жуда ривожланган даражаси кўпинча жадал ривожланувчи пубертат даврига тўғри келади. Бироқ, жинсий балоғатга етиш даврида мавжуд психопатик белгиларнинг юмшаши ҳам кузатилиши мумкин.

Клиник кўриниши беморнинг бутун ҳаёти давомида барқарор турмайди. Руҳий хасталик аломатларининг декомпенсацияси қонуний жараён ҳисобланиб, соматик заҳарланишлар ва энг асосийси психоген вазиятлар таьсирида келиб чиқади. Шикастловчи омил таъсирининг тарқалганлигига қараб руҳий хасталарда неврозлар, реактив ҳолатлар ва баъзан дарҳол стационарга ётқизишни талаб қилувчи ўткир психоген эпизодлар учрайди. Шахсий ва меҳнат фаолиятидаги вазиятларни ижобий ҳал қилиш ҳамда бурчини адо этаётганда ватан-парварлиги юзага келувчи ижобий ҳислар психопатияларнинг клиник кўринишини юмшатади, бундам беморнинг жамиятда ўз ўрнини топиб, мослашиб кетишини таъминлайди. Психопатларнинг асосий қисми оилада қолади, мунтазам меҳнат билан шуғулланади ва атрофдагилардан ўз руҳониятидаги ўзига хос томонлари билан ажралиб туради. Психопатияларнинг ривожи ёш

ўзгаришлари таъсирида яққолроқ кўзга ташланади.

Инволюцион даврда шахснинг психопатик белгилари кучаяди, ўткирлашади. Бунда эндокрин ва қон томир бузилишлари туфайли психопатик белгилар қайта шаклланади ва мураккаблашади: астеник ва ипохондрик аломатлар қўшилади. Сенил даврида психопатик белгилар юмшайди, кам юзага чиқади ва шу туфайли узоқ вақт давомида ҳолатнинг компенсацияси таъминланади. Маълум даражада атеросклеротик, соматик бузилишлар қўшилганда ҳиссиётнинг руҳий хасталик белгилари перебрал органик жараёнга хос бўлган интеллектуал бузилишлар билан бойийди.

Шахснинг психопатик белгиларининг туғма аномалияси шакли сифатидаги бирламчи психопатиядан (Кербиков бўйича «ядроли») ташқари, шахснинг иккиламчи руҳий хасталанишини ҳам фарқлаш лозим. У бош мия органик касалликлари (жароҳатлар, энцефалитлар) натижасида ёки шахснинг руҳий касалсимон нуқсони шаклида кечувчи ўткир шизофреник жараён туфайли келиб чиқади.

Бирок бунда психопатсимон белгилар шахс ҳиссиётининг янги белгилари сифатида юзага келади ва уларнинг ҳаракати асосий касаллик билан боғлик бўлади.

Кўпинча психопатияларни неврозлардан фарқлашга зарурат туғилиб қолади. Фарқлаш ташхиси қўйишга мезон сифатида анамнестик маълумотлар аҳамият касб этади, яъни невротик узилишгача бўлган тавсифий руҳий хасталикнинг ўзига хосликларини аниқлашга ёрдам беради. Шизофрениянинг бошланғич даврида психопатияни шизофрениядан ажратишга тўғри келади, бунда жараён аломатлари яхши намоён бўлмаган, шахснинг постпроцессуал ўзгаришлари мавжуд бўлади.

Фарқлаш ташхиси учун энг асосийси психопатияларда шизофренияга хос бўлган шахс ўзгаришларининг ва руҳий хасталик аломатларининг кўп булмаслигидир.

Психопатиями шунга ўхшаш жараёнлардан фарқ қилишда шахснинг руҳий хасталик аломатларининг доимийлиги аҳамият касб этишини унутмаслик лозим.

Психопатия шакллари

Кўзғалувчанлик Кўзғалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахслар инжқлик, хиссий кўзғалувчанлиқ жаҳлдорлиқ таъсиротларга юқори тайёргарлиги билан тавсифланади. Шунинг учун уларни «бирдан тутоқиб кетиш» ёки эксплозив руҳий хасталар деб аталади. Арзимаган баҳонага уларда (ноадекват) хос бўлмаган кучли жавоб реакцияси бўлади. Бу пайтда улар атрофдагиларга бақириб, ёмон сўзларни айтибгина қолмай, балки тўғридан-тўғри агрессив ҳаракатлар ҳам қиладилар, сиёхдонни отиб юборадилар, стулни кўтариб югурадилар, бўғадилар, пичоқ билан ташланадилар ва бошқалар. Қўзғалувчанлик хуружидаги руҳий хато шахслар ўзларини бошқаришни

билмаслиги, жанжалкашлиги ва атрофдагилар билан доимо тортишиб туришлари билан даволаш амалиётидан кўра суд-психиатрик амалиётда кўпроқ учрайдилар. Бу касаллар хуруждан кейин ўзлари қилган ишларига пушаймон бўладилар ва бу пушаймонлик янаги хуружгача давом этади. Бу касаллар навбатдаги хуруждан бошлаб то хуруж тугагунча ўз қилмишларини тўғри ва бошқаларни айбдор деб биладилар.

Кўзғалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахслар ўз мақсадларига етиш учун мустаҳкам иродага эга бўладилар ва шу мақсад йўқида бирон тўсқинлик чикса жаҳл билан яққол хуруж бошлайдилар. Бу хуруж касалларда бошқа бир бахона сабабли бўлиши ҳам мумкин. Қўзғалувчанлик гуруҳидаги баъзи бир руҳий беморларда уларнинг одатдаги руҳий ҳолатларида сокинлик, фикрлаш ҳиссининг сустлиги ва майда гаплиги хос бўлади. Психопатиянинг бу кўриниши баъзи тутқаноқ руҳий касалларнинг хусусиятлари билан ўхшашлиги туфайли эпилептоид психопатия деб ном олган. Кўзғалувчанлик гуруҳидаги руҳий хаста шахсларга эгоцентризм «ҳақиқат» деган сўзнинг тагига етиш хусусияти хосдир. Бўларга баъзи-баъзида кайфиятнинг бузилишлари тавсифли. Бу ҳар хил баҳона, сабабларда депрессив реакциялар хоҳлаган нарсасини тез олмаган пайтда жаҳлли соғинч ҳолати, бунга қўшимча равишда қўрқув ва безовталик, дисфория ҳолати бўлади. Дисфория ҳолати бирон ташқи сабабсиз келиб чиқиб, бир неча соат, баъзан эса бир неча кун давом этади ва бирдан тугайди. Мана шу ҳолатларда касаллар ўзларининг жаҳолатини кўрсатадилар: ўзини улдирмоқчи бўлади ёки кўп ичқилик ичади.

Руҳий ҳолатлар ичида одатда асосан ичқиликка мойил беморларда дипсомания ҳолати тез-тез қайталаниб туради. Бу пайтда улар ичқиликни ичадилар ва бу ичқилик хасталик «портлаш» (жаҳолат) ҳолатини келтириб чиқаради. Бундай шахслар ичқиликдан ташқари бошқа наркотикларга ҳам берилувчан бўладилар.

Тормозланувчилар: тормозланувчи гуруҳидагилар 2 та кичик гуруҳга бўлинади:

1. Руҳий бушлиқ ҳолатига тавсифли астеник.

2. Психоастеник руҳиятнинг мураккаб дисгармониясига бўлинади. Астеник қўзғалувчанликдан фарқ қилиб астениклар руҳиятдаги хасталикда ҳаммадан кўра ўзлари азият чекадилар. Бундай одамларда ўзларини баҳолаш пасайган, ўзларини тўлиқ инсон деб хис қилмайдилар. Шу билан бирга камдан-кам ҳолларда ўзларини яхши кўрадиган бўладилар. Улар руҳиятининг ўзига хос томонларидаи бири таъсиротларни юқори даражада қабул қилишдир. Улар атрофдагиларнинг ҳулқидаги кичик хатолар ва хусусан қўполликлардан азият чекадилар, бевосита кучли таьсиротларни ҳам ёмон қабул қиладилар, масалан, баланд товуш, шовқин, қонни кўриш ва бошқалар. Хусусан астениклар янги шароитда, танишлари кам жойда ўзларини ёмон сезадилар. Бундай шароитда улар камгап бўлиб қоладилар ва иккита гапни бир-бирига қўшиб гапира олмайдилар. Оёқларини қандай қўйишни ва қўлларини мима қилишни билмай қоладилар ва

ўзининг шу ҳолатидан хижолат бўлади, ўзини тубан деб хис қилади. Улардан баъзилари ўзининг иккиланишларини яширмоқчи бўлади, лекин буни эплай олмайди. Уларнинг бу ҳолати атрофдагиларга кулгили кўринаётгандай туюлади. Бундай одамлар шилқимликдан кўпроқ хавфсираш ва қўрқишга мойил бўладилар. Астениклар учун энг ёмони бу кўпчиликнинг олдига чиқишдир. Астеникларга хос нарса таъсирчанлик бўлиб, бу турғун эмас, яъни кўп давом этмайди. Таъсирчаилик ҳолсизликка олиб келади ва ўз-ўзини койиш ва ўз-ўзини айблаш билан кечади. Астениклар кўпинча асаб чарчашига мойил, астениклар ўзлари ўрганган ҳаёт шароитларини сақлашга ўринадилар ва шу шароитдагина бирон иш қилиши, бирон нарса билан сермаҳсул шуғулланиши мумкин. Ўз шароитини ўзгартиришни ёқтирмайдилар ва яқинларидан шуни талаб қиладилар.

Психоастениклар астениклар билан кўп умумий томонларга эга ва уларни бир-биридан фарқ қилиш анча мушкул. Психоастениклар учун таъсирчанлик, қайсарлиқ ўз-ўзини баҳолашнинг пасайиши белгилари билан бирга ўзига хос хусусиятларга эга. Жане психоастениклар ҳақида «иккиланиш» ва «донишмандлик»ни уларнинг тавсифли белгилари деб ёзган. Психоастеник ҳамма жойда ва ҳамма вақт иккиланади, «тўғри иш қилдимми?», «тўғри қарор қабул қилдимми?» ёки «нотўғрими?», «ақлли жавоб қилдимми?» ва бошқалар. Психоастениклар учун энг осон ишларда ҳам қарор қабул қилиш қийин. Улар маёкдек то у томонга, то бу томонга тебраниб туради. «Ҳа» ёки «йўқ»ни қайта-қайта ўлчайди. Агар психоастеник янги қарор қабул қилган бўлса, унда яна янги нотинчлик бошланади ва кутиб туришга тоқати йўқ, шу заҳотиёқ ҳаётга татбиқ қилишга ўринади. Психоастеник ҳамма вақт номахсул ақлий иш билан банд бўлади. У ўз ҳаракатларини кўп таҳлил қилади. Нима қилганини, нима қилаётгаиини ёки қилмоқчи бўлганининг ҳаммасини мушоҳада қилади. Ҳамма айтган гапларини ўйлайди. Ўз-ўзини баҳолаш сусайган, камдан-кам ҳолларда ўзидан рози бўлади. Нима воқеа содир бўлган бўлса, психоастеник ўзини айбдор деб билади: кам эътибор бергандим, диққатсиз бўлгандим, деб уйлайди. Ташқи оламдаги турли-туман воқеа, ҳодисаларни қабул қилиш, ниҳоясиз мулоҳазалар ва ўйлашлар билан кечадиган реалликни сезишнинг субъектив белгилари йўқолади. Уларда шу воқеа-ҳодисаларни кўргандам кўра ўқиш ва эшитиш кўпроқ таассурот қолдиради. Психоастеник конституциядагилар шилқимликка, асосан шилким ғояларга мойил бўладилар.

Психоастеникларга астениклар каби ҳаётдаги алмашинишлар, кун тартибидаги кичик ўзгаришлар ҳам таъсир қилади. Бундай вақтларда улар ўзига жуда ишончсизлик ҳис қилади, тинмай иккиланади.

Кийничиликларни енгиб кета оладими-йўқми, шулар ҳақида ўйлайди. Безовталик психоастениклар учун шунчалик хоски, уларни «безовта иккиланувчилар» деб ҳам аташади. Олдида янги иш тўрган бўлса, яқин одами ишда ушланиб қолса, кутаётган хати вақтида келмаса,

психоастеник ўзини қўйишга жой топа олмайди, бир-биридан қўрқинчли воқеаларни уйлайди.

У ўзини соғлиқ ҳолати тўғрисида ҳам иккиланади: арзимаган сезгиларга, ҳаво етишмаслигига, чарчоқларга катта эътибор билан қарайди. Кўнгли нозик психоастениклар бошқалар билан мулоқотда хос ва мос муносабатда бўладилар. Уятчанлиги ва камгаплиги, тортинчоқлиги билан психоастениклар кишилар орасида дадил мулоқотга кам киришувчи кишилар бўлиб таассурот қолдиришлари мумкин ва фақат яқин кишиларигина, уларнинг бўшлигини, юмшоқ кўнгиллигини билиши мумкин, ўзларининг тўла қимматли эмасликларини билган ҳолда психоастениклар хаётидаги муваффақиятсизлигини ҳаёллар ва тахайюлотлар билан тўлдирадилар. Бу ўй-ҳаёлларда улар ўзларига чиройли, муваффақиятга эришаётган, қаҳрамонликлар қилаётган, янгиликлар яратаётгандек бўладилар.

Истериялар. Истерик реакциялардан ташқари (истерик психоз ва истерик невроз) истероид психопатия ҳам учрайди: истероид психопатия билан касалланганлар истерик реакция келиб чиқиши учун замин яратадилар. Шундай шахслар учрайдики, уларда истерик тутқаноқ, фалажлик, сохта деменция ҳолати ёки ғира-шира ҳолат бўлмасдан туриб психопатиялар кучли бўлиши мумкин. Бир вақтнинг ўзида психопатия бўлмасдан туриб ҳам истерик реакциялар келиб чиқиши мумкин.

Истериклар ҳулқидаги асосий аҳамият хиссиётдир. Ҳиссиётларнинг ташқи кўриниши кучли, шу билан бирга ўткинчи ва юзаки. Истерикларнинг завқланиши ва хафа бўлиши намойишкорона шаклларда ифодаланади—чапак чалиш, қаттиқ кулиш, кайгуга тушиб йиғлаш, лекин бу ҳиссиётлар чуқур ва доимий бўлмайди: агар бемор ҳозиргина ҳаётдан норози бўлиб тўрган бўлса, шу вақтнинг ўзидаёқ ҳаммани бунга енгил қараганини, адашганини ва ҳозиргина ҳақиқий севгини тушунганига ишонтиради.

Истерикларнинг тавсифли белгиси эгоцентризм ва атрофдагиларнинг эътибор марказида бўлишдир. Бу эса баъзи муаллифларга психопатиянинг бу формасини бошқача «тан олишни изловчилар» деб аташга асос беради (К- Шнейдер).

Улар диққат билан эшитадиган, қарайдиган, атрофмуҳитдан завқлантирадиган вазиятларда ўзини яхши ҳис қилади. Истерикларнинг ҳулқида, ташқи аффектида кўп намойишлар сингиб қолган. Улар атрофдагиларни қизиқтириш учун тўхтовсиз ёлғон нарса, воқеаларни ошириб, шу воқеаларда уларнинг ўзи гуё муҳим шахс бўлиб ҳисобланадилар, улар ўзларининг ғамгин кечинмалари ва буюк ютуқлари ҳақида гапирадилар. Истериклар ўзлари тўқиган уйдирмаларига қизиқиб кетадилар. Бўлар ҳаммаси ёркин тасаввур—шамолий таҳайюлот натижасидир ва улар бу уйдирмаларига ишониб, шу воқеалар бўлгандек тасаввур қиладилар. Ёлғон гапириш истерикларнинг руҳий ҳолатида устун турувчи ўринни эгалласа, ҳар хил психопатик шахслар ҳақида гапирилади. Бир нечта айтилган терминларни билдириш учун «патологик тўқима», «лақаб

қўйиш», «мифоман» синонимлари тақлиф қилинган.

Касаллардан бири 17 ёшдаги ўқувчи қизга мактабга бир куни уйидаги қуёнларни совға қилишини айтди. Бир неча кун мактабда қуёнлар учун бурчак ва қафаслар тайёрлашди, сўнг маълум бўлдики, унинг уйида ҳеч кандай қуён йўқ экан. Кейинги сафар у милицияга арз қилиб, унинг бобоси порнографик суратлар коллекцияси билан шуғулланишини айтди. Текширув оқибатида маълум бўлдики, қизчанинг арзи уйлаб чиқарилган уйдирма экан. Бундай патологик уйдирмалар ҳайратда қолдирмайди, пушаймон бўлмайди, уялмайди, аксинча, бу ҳолатда улар уйдирмалар гапиришда давом этади.

Баъзан истериклар қандайдир бир мақсад билан оз бўлса ҳам эътиборни қаратиш учун ўз-ўзини улдиришга бутафорик синов ўтказади. Улар шу мақсадда овқатдан воз кечадилар, мақсадлари ҳаммани ўзига жалб этиш ва ишонтиришдир. Агар истерикларга ҳеч ким эътибор бермаса, улар дарров ўзгаради, майда нарсаларга эътибор бериб, жаҳлдор ва қасоскор бўлиб қолади. Баъзан бундай ҳолатлар ўзгариб қолган шароитда бўлади. Психоастеникларга қараганда истерикларда бевосита таассурот кўпинча катта аҳамиятга эга. Далилий маълумотларга қараганда истериклар баъзан бир томонлама тушунади, баъзи истериклар ҳиссиёт билан чулғаб олинади, бошқа нарсани сезмайди. Юқорида кўрсатилган психопатлар шақли (уйғотувчи астениклар, психоастениклар, истериклар) психиатрлар назорати остидаги психопатик шахсларнинг фақатгина 80% ини ташқил этади. Қолган қисми дифференциаллашган шакллари ҳисобланади. Бошқаларга қараганда кўпи параноял руҳий хаста ва барқарор руҳий хаста шахслар гуруҳига киради. Параноял руҳий хаста шахслар касбга ишкибоз ва қимматбахо ғояли характерга эга. Пзраноял руҳий хасталик ҳамма шаклда руҳий хасталарда учрайди. Юқори ғоя пайдо бўлишида паранатеал гуруҳидаги руҳий хастага тавсифли бирикма билан бирикади. Бу бирикмалар: эгоцентризм—юқори бахо, ишончсизлик, қисқа фикрли ва бир томонлама ўйлаш, қисқа пластикликлардан иборат.

Қайсар шахслар баъзан кўпол бўладилар, ҳар бир имсонга ёмонликни раво кўрадилар, ўзларидан оғайниларининг кўнглини қолдирадилар. Улар билан ўзок суҳбатлашиб бўлмайди. Уларда тўхтовсиз жанжаллашишлар бўлиб туради, душманларга қарши курашиш қобилияти бор. Тутуриксиз руҳий хасталик шахслар қизиққонлик тавсифига эга. Улар мустақилликдан маҳрум ва фақат бировларнинг таьсироти остида бўладилар. Улар гумонли тўдага тез кўшилиб, уларнинг бошлигига тез буйин эгадилар, уларнинг сўзидан чиқмайдилар.

Патологик одамовилар (шизоид шахслар) одамларга аралашмаслиги, атроф-муҳит билан иши йўқ, фақат ўзи билан оворалиги билан тавсифланади. Одамовилик ҳар хил манбаларга эга ва шунинг учун психопатиялар алоҳида гуруҳ чегараланиши учун етарли ҳисобланмайди. Патологик одамовиларнинг бир қисми кўпрок уятчан астеник шахслар бўлади, бир қисми шизофрениял беморларга ўхшаш бўлиши мумкин.

СЕКСУАЛ ПСИХОПАТИЯЛАР

ПСИХОСЕКСУАЛ БУЗИЛИШЛАР

Психосексуал бузилишлар ёки сексуал бузилишлар, психик бузилишлар гурухига кириб жинсий идентификация бузилиши, парафилияни, сексуал дисфункцияни уз ичига олади. Сексуал бузилишлар уз ичига калб ва танани - психологик ва фзиологик факторлар оркали бланслаштиради. Шу соха мутухасислари хозирги кунда сексуал терминини эмас, балки психосексуал терминини тадбик килмокдалар.

Жинсий шахс идентификация бузлиши - бу субьектни кайси жинсга таълукли эканлигини аниклашиб (мен - эркак ёки мен - аёл). Жинсий шахс идентификацисининг ижтимоий куриниши булиб, аёл ва эркак жинсий типини хукукий куриниши асосий роль хисобланади.

Эротоманларда жинсий ҳаёт уларнинг эмоциясига боғлиқ ва ҳаётий кўрсатмалар бўйича асосий аҳамиятга эга. Эротомания у ёки бу даражада деярли барча сексуал психопатларга хос, жинсий ҳаёт эса бузилибгина қолмай, балки улар психикасида қимматли тавсифга эга бўлади.

Сексуал масалаларга юқори даражада эътиборни жалб қилиш **онанизмда** ҳам кузатилади. Онанизм касаллик ҳисобланмайди, у ёмон одатга киради ва у ёмон ёшларда учрайди, бу ёшларда кейинчалик невроз ривожланиш манбаи бўлиб колади. Онанизм клиник хасталикнинг шакли бўлиб, жинсий қониқишнинг бу тури бошқа жинсдаги шахслар билан (аутоэротизм, нарцизм) яқинлик қилиш етарли булмаганда кузатилади.

Ҳозирги вақтда сексуал психопатиянинг нисбий генези туғма эмас, балки орттирилган патология эканлигини билиш керак.

Транссексуализм - жинсий шахс идентификацисини бузилиши. Бунинг асосида биологик жинсни ва биологик шахс идентификацисини бир-бирига мос келмасилиги ётади. Трансексуалист (яьни транссексуалист) узини уз танасини асири деб хисоблайди, яьни уз жинсий хусусиятини уз жинсига мос эмаслигига. Купчилик транссексуалистлар эркак жинсига мансубдир, лекин ўзларини аёл деб хисоблайди ва узларини генеталиясини ва эркаклик хусусиятни жирканч деб хисоблайдилар. Улар максад билан мурожот килишади, яьни жаррохлик йулллари билан уз таналарини аёлларникига ухшатишни хохлашади. 30% га якин аёл транссексуалистларни таркибини ташкил килади, яьни эркак булишни хохлашади. Транссексуалистлар кийинишда хам уз жинсига карама - қарши жинсни кийимларини кийишни хохлашади.

ГОМОСЕКСУАЛИЗМ - бу жинсий шахс идентификацисини бузилиши деб караларди.

Баъзи мутахасислар буни психик касаллик деб хисоблашмайди. Этиологияси ноаник. Олимларнинг аниклашича, хомила она корнидалигидаёк маьлум бир программалар оркали мияга сингдирилади. Баьзи олимлар эса буни чапакайлик билан боглайди. Шу хусусияти билан гомосексуалистлар, гетеросексуалистларга ухшаш булади.

ПАРАФИЛИЯ (севги ёнида). Жинсий майл обектининг узгариши деб хисобланади, бунда жисий кузгалиш бирор объект ёки предметга нисбатан кузгатилади, гарчи у предметлар жинсий кузгалиш чакирмаса хам. Парафилия купинча эркакларда кузатилади. Аёлларда бунинг садизм ва мазахизм турлари учрайди. Баьзида хохлаётган мавзуга нисбатан фантазияни кузатиш мумкин. Парафилия таркибига фетишизм, педофилия, трансвестизм, вуаеризм, жинсий мазахизм ва жинсий садизм киради.

Фитешизм - жонсиз обьектларга нисбатан жинсий кузгалишни юзага келишидир. Фетиш уз

партнёри Билан жинсий алока килиши мумкин. Фетиш купинча аёлларни ички кийими ва пойафзалидан жинсий кузгалиш учун фойдаланади. Агар, фетиш партнёри билан жинсий алокага киришган булса, бу фақатгина эротик кузгалишни талаб килади.
Трансвестизм - бунда гетеросексуал эркакни аёл кийимларини кийиши оркали жисий кугалиш хосил килишидир. Бунда у чукур жинсий коникиш хиссини туяди. Шунга карамасдан уларни турмуши бахтли кечиши мумкин, агарда турмуш уртоги шу эркакни тушунса. Агарда турмуш уртоги бундан нафратланса трансвестист эркак узини айбдор сезади ва уялади натижада улим билан тугаши мумкин.
Педофилия - бунда вояга етмаганлар билан жинсий алока қилишдир. Педофиллар уз жинсига мансуб шахсларни танлашади, баьзи холларда аксинча булиши мумкин.Гетеросексуал педофиллар 8-10 ёшл кизчаларни ёктиришади. Гомосексуал педофиллар нисбатан каттарок ёшдаги болаларни ёктиришади. Криминал жинсий актларнинг асосини ёш болаларни зурлаш ташкил этади.

Эксгибиционизм—бошқа жинс олдида жинсий аъзоларини жамоага очиб кўрсатиш бўлиб, онанизм билан кечади.

Бунда жисий кузгалиш нотаниш шахсларга нисбатан кузатилади. 30% га якин жисий қоидаларни бузганлиги учун кулга олинган эркакларни — эксгибиционизм - ташкил этади. Хар доим жабрланувчи аёллар хисобланишади.
Вуайеризм - бунда жисий кўзгалиш ечинаётган кишига, жисий алока қилаётган кимсаларга нисбатан уйгонади. Бундай бузилишни усмирлик даврида кузатишмиз мумкин. Лекин купчилик усмирлар бунга берилиб кетишмайди. Вуайерист купинча шундай вокеаларни куришни хохлашади.
Сексуал мазахизм - кам учрайдиган ходиса булиб, жинсий алока қилаётган шахс узига нисбатан физик азобланишни ёки шу нарсаларни реал кабул килиш оркали жинсий кузгалиш хосил килади. Баьзида мазахистик фантазиялар юзага киради, качонки мазахистик куринишлар кам таркалган булса. Баьзида бу холатлар улимга олиб келади.
Сексуал садизм - жинсий партнёрга нисбатан физик ёки психологик азобланиш бериш оркали жинсий кузгалиш ва оргазм юзага келишидир. Индивидда хар доим фантазиялар аникланади, шу йул билан жинсий коникиш хосил килинади. Купчилик зурловчилар садист хисобланмайди, лекин шундай садистлар борки, зурланувчига нисбатан кучли азоб беришади. Натижада улар котил -ширинхисчиларга айланишади, уларга факат кулида улган шахс жисий коникиш хиссини беради.
СЕКСУАЛ ДИСФУНКЦИЯ. Жисий алоқадан қониқиш хохишини юзага келишига боглик булиб, асосида жинсий алоқага тайёргарлик юзага келади. Тулик кузгалиш эркакларда эрекция билан, аёлларда оргазм ва кинни намланиши ва шишиши билан белгиланади. Сексуал дисфукция рефлектор сексуал циклни бузилиши билан богликдир. Уларни асосида МНСдаги бузилишлар, хамда гормонал, кон томир бузилишлари ва неврологик бузилишлар ётади.
СЕКСУАЛ ДИСФУНКЦИЯ. Хаёт давомида юзага келиши (бирламчи) ёки нормал фаолият даврида (иккиламчи) пайдо булиши мумкин. Улар умумий ва чегараланган (аник вокеада аник шахслар билан) булади. Бундан ташкари тотал ёки булакли булади. Дисфункцияни психологик сабаблари: партнёрни кура олмаслик; якинликдан куркиш; вокеяга нисбатан бошқарувчанликни йукотиш; хомиладорлик; айбдорлик хисси; оилавий келишмовчиликлар; хаётнинг стрессли вокеялари; қарилик ёки малакасизлик. Ушбу мавжуд омадсиз омиллардан кейин дисфункция ривожланади.
Жинсий мойилликни пасайиши - даврий ёки доимий сексуал фантазиялар йўколиши ёки

сустлиги туфайли эркак ва аёл уртасида юзага келади. Жинсий мойиллик - психосоматик жараён булиб, асосида бош мия фаолити ва ўз ичига сексуал мотивацияни олган психологик тузилмалар ётади. Бунинг сабаблари депрессия, оиладаги келишмовчиликлар гормонал факторалар ёки нейрохимик факторлар булиши мумкин. Бундан ташкари психостимулловчи препаратлар ёки гипотензив дори воситлари хам жинсий мойилликни сусайтиради. Бундай ножуя бузилишлар аёллар орасида куп учрайди ва баъзида эркаклар уртасида кам таркалган. Жинсий моилликни бутунлай йукотилиши жинсий хаётдан кочишга яьни доимий ёки даврий равишда жинсий актни кочиш билан юзага келади. Агарда ёшликда жинсий травма олинган булса жисий мойилликни бутунлай йукотилиши бутун умр давомида кузатилиши мумкин. Баьзида индивидларда жинсий алока пайтида жинсий алока билан боглик кучли хавотир ва куркув юзага келади.
Жинсий кугалишни бузилиши асосан эркакларда (импотенция ёки эррекция дисфункцияси) нормал жинсий алокадан узлари хохлагандай коникиу олмаслик туфайли келиб чикади. Бундай холларда 25% эркаклар жинсий алокани охиригача етказа олмайдилар. Бирламчи, бутух хаёт давомида юзага келувчи жинсий кугалишни бузилиши, импотенция омиллари билан боглик 50% га якин иккиламчи бузилишлар психик омиллар билан боглик-
Эррекцияини бузилиши ситуацион, жой билан боглик, танланган партнёр, субьектив хиссиётлар зараланиши ёки узига бахо беришни пасайиши билан боглик физик омиллар уз ичига системали касалликларни, асосан кандли диабетни олади. Импотенция кон босими паст эркакларда ва гипотензив дори воситлалари хамда антидепрессантлар кабул килучиларда кузатилиши мумкин.
Огазм ва жисий қўзгалишни пасайиши аёлларда қуйидаги психик фаторлар - оилавий келишмовчиликлар эмойионал келишмовчиликлар, жинсий алокани гунох деб билиш хисси, абдорлик хисси туфайли келиб яикади.
Оргазмни босим остидалиги купинча кам учровчи бузилиш хисобланади, сексотерапия амалиётида 5-10% холатларда учрайди. Бундай бузилишларда интраванилар эакуляция юз бермайди.
Эакуляцични барвактлиги кам учрайдиган ходиса булиб, эркакларда доимий ёки даврий эакуляция эркаклик жинсий аьзосини кинга кирган пайтида ёки кирмасидан олдин юз беради. Эакуляцични барвактлиги усмирлар орасида кенг таркалган, 15% ини катта ёшдаги эркаклар ташкил этади. Диспареуния - жинсий алока пайтидаги огрик. Бу холат эркаклар орасида кам учрайди, асосан аёллар орасида кенг таркалган. Диспареуния психоген булиши мумкин, асосан кучли физик сабаблар туфайли юзага келади. Баьзида махаллий, масалан тугрук чандикдари, яллигланиш касалликлари, вагинит ва эндометриоз туфайли юзага келади. Агар огрик доимий характерга эга булса, кин спазми (кин паски кисми мускулларини рефлектор кискасриши ёки вагинизм) эркаклик жинсий аьзоси кинга кириши пайтида хушсиз хохиш туфайли юзага келади.
Сексуал дисфункцияини даволаш. Терапия одатда турли хил куринишларда ва бошка психотерапевтик методлар оркали утказилади. Сабабчи булган патологик физик факторларни йукотиш - коррекциялар усули хам кулланилади. Дисфункция сабабини аниклаш ухим ахамиятга эга -психологикми ёки физиологикми ? Баьзида иккала омил қўшилиб келади, натижада патциентни физик холати ва психик холатига мос равишда эффектив терапия уткзилиши шарт.3

Психопатиялар мавзусига оид тест саволлари

1. Психопатия бу:

идрок бузилиши
динамик стабил кечувчи патологик холат
шахс аномалияси
интеллект бузилиши
алкогол интоксикацияси натижасидаги бузилиш
характер анамалияси

2. Психопатияга нима хос:

галлюцинация
намоён булишини стабиллиги
васваса
хотира бузилиш
шахс аномалияси
характер патологик хусусиятининг ялпилиги

3. Психопатиянинг астеник турига хос:

´та харакатчанлик
гипербулия
к´нгли нозиклик
тажанглик
тез чарчаб қолиш
´та таьсирчанлик

4. Психопатиянинг паранойял турига хос:

´та саранжомлик
ру·ий қувватсизлик
гумонсираш
ўта ишонувчанлик
ишонсизлик

5. Психопатиянинг нотур¶ун турига хос:

ишонувчанлик
б´шанглик
ирода б´шлиги
аутизм
ўта тартибсеварлик
таьсирчанлик

6. Психопатиянинг шизоид турига хос:

сарбозликка интилиш
сермулохазалик

одамовилик
тажанглик
атрофдагилар билан мулоқатнинг қийинлиги
интравертлик

7. Психопатиянинг психастеник турига хос:

´зига ишонмаслик
´та таьсирчанлик
журъатсизлик
эьтироф этишга қизиқиш (жажда признания)
´зини анализ этишга мойиллик
қатъиятлилик

8. Психопатияга хос:

ақл бузилиши
·ис туй¶у со·•аси дисгармонияси
ирода со·•аси дисгармонияси
галлюцинациялар
хамма бузилишларнинг тур¶ун б´лиши
адаптация бузилиши

9. Психопатиянинг клиник белгиси:

характер патологик хусусиятининг ялпилиги
фикрлашнинг қ´пол бузилиши
ме·нат қобилиятининг бузилиши
деменция
клиникасининг динамик стабиллиги
дефект ривожланиши

10. Психопатияга қандай бузилиш хос:

майл бузилиши
хулқ бузилиши
хис туй¶у ирода бузилиши
идрок бузилишлари
хотира бузилиши
шахс аномалияси

11. Психопатияга нима хос:

галлюцинация
деменция
васваса
хотира бузилиш
шахс аномалияси
характер патологик хусусиятининг ялпилиги

12. Психопатия турига киради:

невротик
қ´з¶алувчан
нотур¶ун
истерик
парафреник
шизоид

13. Психопатия бу:

шахс дефекти
шахснинг нотур¶унлиги
э·тиросий доира дисгармонияси
шахс аномалияси
ру·ий касаллик
наслий ва нотўғри тарбия натижасида келиб чиқади

14. Психопатияларга хос б´лган мезон:

прогредиентлик
кам қайтарлилик
динамика
шахс патологияси
характерологик бузилишларнинг ялпилиги
регредиентлик

15. Психопатияга хос

психопатик ·усусиятларининг ялпилиги
адаптация бузилиши
со¶айиб кетиш
васваса
онгнинг намозшомсимон хиралашуви
ўткир психопродуктив симптоматика

16. Психопатик шахснинг истерик тури характерланади:

купинча кари одамда
купинча угил болада
одамовилик, интравертлик
реал имкониятлар билан хо·ишнинг мос келмаслиги
экстравертлиги
этироф этишга мойилик

19-БОБ

ОЛИГОФРЕНИЯ

Болалардаги хилма-хил руҳий-неврологик ўзгаришлар ичида туғма ақли заифлик—олигофрения (грекчадан—oligfrenus, ақли камлиқ заифлик: oligo — кам, frenus — ақл). «Олигофрения» атамаси биринчи марта немис руҳшуноси Крепелин томонидан 1915 йилда тақлиф этилган.

«Олигофрения» (туғма ақл заифлиги) тушунчасини «деменция» (бош мия жароҳати, энцефалит, тутқаноқ каби касалликлар туфайли орттирилган ақли заифлик) тушунчаси билан аралаштириб юбормаслик зарур. Олигофренияда зеҳннинг пастлиги (баъзи ҳолларда нафақат руҳий етишмовчилик, балки умуман тана аъзоларининг яхши ривожланмаганлиги) болаликда қайд этилади, деменцияда беморлар олдин мавжуд бўлган зеҳндан махрум бўладилар.

Ақли заифлик даражаси

Олигофренияда 3 та: идиотия, имбециллик ва дебиллик даражаси фарқланади.

Идиотия—энг чуқур ақли заифлик даражасидир. Нутқнинг ва фикрлашнинг бутунлай ривожланмаслиги билан тавсифланади. Беморлар тушунарсиз товушлар чиқарадилар, атрофдагиларга бефарқ бўладилар, одатда, ётганларида кўрпачага сийиб қўядилар ва ичини тутолмайдилар. Қўзғолишлари жуда оддий шартсиз рефлекслар доирасида бўлади. Беморлар ҳар замонда бетартиб ёки бир турда ҳаракат қиладилар, уларда дарғазаблик, бемаъни қилиқлар қилиш, кулгига мойиллик кузатилади. Буидай болалар асосан оғир жисмоний етишмовчилик билан туғилади. Ақли заифлик туфайли улар атроф-муҳитда мўлжал олмайдилар, ўз ота-оналарини танимаидилар, уларга нисбатан ҳеч қандай қизиқиш намоён қилмайдилар.

Идиотиянинг 2 та тури фарқланади: эретик ва торпид. Олигофрениянинг эретик идиотия турига мубтало бўлганлар доим хаяжонланган, дарғазаб, бақироқ бўладилар. Торпид турида улар, аксинча, тормозланган бўлиб, деярли доим уйқуда бўлади. Ташқи таъсирга ланж, суст жавоб берадилар. Беморларни бирорта ҳунарга ўргатиш муваффақиятсизлик билан тугайди.

Имбециллик—ўртача даражадаги ақли заифлик ҳисобланади. Бу кўринишда нутқ ёмон ривожланган бўлади: фикрлаш жуда сийрак бўлибў сўз бойлиги 20—30 тадан 200—300 та гача сўзни ташқил этади. Беморларда фикрлаш қобилияти оддий ва аниқлиги билан ажралиб туради. Имбецил беморлар кўпи билан бир неча рақамлар атрофида ҳисоб-китоб қилишни ўрганиб олишлари мумкин. Улар маълум амалий кўникмаларни эгаллашлари, идиш-товоқ ювиш, хонани тозалаш, кир ювиш, мустақил овқатланиши, қийинишлари мумкин, лекин буларнинг ҳаммасини

эътиборсизлик билан қилишади, уларга бир неча бор эслатиб туриш керак бўлади, гоҳида, масалан, чап ва ўнг томонларини унутиб қўядилар, тугмаларини нотўғри тақиб қўядилар. Ташки вазиятнинг ва шароитнинг ўзгариши имбецил беморларда саросималик ва ноиложликни келтириб чиқаради. Лекин уларнинг ҳиссиёти идиотияга нисбатан ривожланган бўлади. Имбециллар ўз кариндошларини танийдилар, уларга меҳрибон бўладилар, қўрқув нималигини биладилар, улар асоциал ҳаракатларга мойил бўлишлари, одамларга, жисмоний заиф болаларга, қариндошларга нисбатан тажовўзкор бўлишлари мумкин.

Дебиллик—олигофрениянинг енгил кўриниши. Дебиллар етарлича сўз бойлигига эга бўладилар, улар махсус ёрдамчи мактабларни ёки бошланғич синфларни тамомлашлари, ўқиш, ёзишни ўрганишлари мумкин. Лекин уларнинг фикрида аниқлиқ бир турлилик, кам унумлилик устун бўлади: абстракт фикрлаш ёмон ривожланган бўлади, бу эса мақолларнинг мазмунини тушунтириб бераётганларида, тушунчаларни умумлаштиришда, бош бўлакларни иккиламчи бўлаклардан ажратишда намоён бўлади. Шундай бўлса ҳам дебилларнинг нутқи имбецилларнинг нутқига нисбатан юқори даражада ривожланган бўлади. Улар мустақил ҳаёт кечиришлари, маълум бир касбни эгаллашлари, оилали бўлишлари мумкин. Баъзи ҳолларда дебилларда зеҳннинг пастлиги ўз-ўзидан эслаб қолиш ва кўр-кўрона тақлид қилишга мойиллик билан қопланади. Уларда танқидий қобилиятнинг пасайиши муносабати билан мустаҳкам ва бемаъни патологик ишонч, судлашувчилик каби хусусиятларга олиб келувчи дардчил қатъиййлик кузатилиши мумкин.

Ақли заифлик даражасига қараб яққол ривожланган, ўрта ва енгил дебиллик фарқланади. Охиргиси меъёр зеҳн чегарасида аниқланиб, уни аниқлаш врачдан катта тажриба, юқори малака талаб қилади. Соғлом ақли заифлиги деб номланадиган ҳолатни аниқлаш яна ҳам катта қийинчилик туғдиради. Бу зехни пастликнинг енгил туридир. Бунда бир хиллик, мулоҳазадаги янглишиш, атрофдаги воқеаларни англаш қобилияти бўлмаслиги, такаббурлик, эзмалик, кам маълум бўлган мавзулар ҳақида мулохаза юритиш, нутқида тушунарсиз ибораларни қўллаш кайд қилинади.

Олигофрения турлари

Туғма ақли заифлик турлича клиник аломатлар кўринишида намоён бўлади ва турли хил этология ва патогенез билан характерланади. Шунинг учун олигофрениянинг турлари кўпчилик белгиларга: клиник, руҳий, морфологик, физиологик ва бошқа белгиларга асосланади. Бизнинг фикримизча, олигофренияиинг асосида уни келтириб чиқарувчи сабаблар ётган тури энг маъкулдир.

Олигофрения касаллиги мустақил нозологик бирлик ҳисобланади. Унга ирсий тузилишнинг ўзгариши ва асосан ген мўтациялари натижасида келиб чиқадиган ўзгаришлар сабаб бўлади.

Олигофрениянинг шундай тури борки, у ирсий омиллар билан боғлик бўлиб, улар ген патологиясидан юзага келгани каби, хромосомалар патологияси ҳамдир.

Биринчисига: микроцефалия, фенилкетонурия, галактозе ми я ва бошқалар мисол бўлади.

Микроцефалия—бош суяги чокларининг барвақт битиши тавсифлидир. Бош суягининг кичик улчамлари (кичкина бош) ривожланишининг кечиқиши билан боғланади. Микроцефалларнинг пешона бўлаги кам ривожлапган, катта ярим шарлар пустлогидаги эгатчалар ноаниқ бўлади. Ташки кўринишидан шуни билиш мумкинки, бош суягининг юз қисми мия қисмидан устунрок бўлади. Микроцефалларнинг зсҳни паст, ақли заифлиги идиотия ёки имбециллик даражасида бўлади.

Фенилкетоиурияда олигофренияиинг энзимопатия турларидан бири юзага келади. У ферментлар етишмовчилигидан келиб чиқадиган модда алмашинувииинг ирсий ўзгаришларига асосланади. Касаллик 3—8 ойликда сочнинг, кўз донадор пардасининг рангсизланищи (меланин етишмовчилигидан беморларда соч ва терм рангсиз, кўз кўкимтир бўлади), сийдик ва терига хос х.ид, экссудатив диатез билан бошланади. Касаллик этиологияси жигарда ҳосил бўлувчи оксидловчи фермент—фенил нилаланигидроксилаза фаоллигининг пасайиши туфайли фенилаланиннинг тирозинга айлапишининг бузилиши билан боғлик. Шунинг учун беморларга хаётининг 1-ойидан бошлаб, 5—8 йил давомида фенилаланини бўлмаган махсус парҳез буюрилади. Боланинг овқатидан гўшт, балиқ, тухум, нон, печенье, қўзиқорин, ёнғоқ пишлоқ умуман чиқариб ташланади. Парҳезда углеводлар, ёғлар бўлиши ва хилма-хил мева-сабзавотлардан ташқил топиши керак. Иложи борича она сути билан боқишни давом эттириш керак. Кўрсатилган пархез билан даволаш зеҳн пасайишининг олдини олади. Даволанмаган ҳолларда ақли заифлик жуда чуқурлашиб кетади.

Ушбу касаллик ташхиси бола ҳаётининг 1-кунларида конда фенилаланиннинг кўпайиб кетиши (1—2% ўрнига 60% гача ортиши) га ва феллии реакциясининг мусбатлиги (сийдик рангининг бир неча томчи темир хлорид кушилганда яшил рангга кириши)га асосланади.

Танада галактозами парчаловчи фермент етишмовчилиги туфайли **галактоземия** юзага келади. Бунда ақли заифлик чуқурлашган бўлади. Унинг олдини олиш учун таркибида галактоза бўлмаган парҳез тавсия этилади. Қалқонсимон без фаолиятининг етишмовчилиги туфайли эрта орттирилган гормонал метаболизмнинг бузилиши натижасида кретинизм юзага келади. Беморлар асосан ақли паст, баданлари яхши ривожланмаган, паст буйли бўладилар, қўл-оёқлари калта, териси юпқа, куруқ бўлади. Уларда артериал гипотония, брадикардия, ичак атонияси кузатилади. Кретинизм ккалқонсимон без гормонлари билан даволанади.

Хромосом касаллигига хромосомалар сонииииг ўзгариши сабаб бўлиб, кўпинча олигофрения синдромлари билан бирга юз беради. Хромосомалар сонининг ўзгариши

аутосомаларга ҳам (Даун касаллиги), жинсий хромосомалар сонига ҳам (Клайнфельтер, Шерешевский—Тернер синдромлари) боғлиқ

Даун касаллиги—21-жуфт аутосомаларнинг трисомия (ортиқча хромосома) оқибатида юзага келади. Даун синдромининг кўпинча 40 ёшдан ошган онадан туғилган болаларда пайдо бўлиши аниқланган. «Пекин бундай болалар ёш аёллардан ҳам туғилиши мумкин.

Даун касаллигининг клиник манзараси ўзига хос ташқи кўринишга эга бўлади: кўзларнинг эпикантус билан ғилай жойлашуви, тил чуқур эгатли ва катта;тишлар сийрақ майда, бурун кичкина, пучуқ, юқори лаб калин, юз қизил, бош улчамлари кичрайган, энса қисми силликлашган, бармоклари калта ва йўғон бўлади. Беморларда ўрта даражада ақли заифлик (имбециллиқ дебиллик) ривожланган бўлади.

Даволаш мия метаболизмини кучайтирувчи, умумий кучлантирувчи моддалар билан олиб борилади.

Клайнфельтер синдроми учун Х полисомияси кўринишидаги жинсий хромосомаларнинг ўзгариши хосдир. Бу касаллик фақат эркакларда учрайди. Бунда уларнинг хужайраларида одатдаги ХУхромосомалардан қари, ортиқча Х хромосома пайдо бўлади. Улар сони 1 та, 2 та ва ундан кўп бўлиши мумкин. Бундай беморларда баланд бўй, ўзун қўл-оёқлар, евнухоидизм, паст зеҳн, одатда, бепуштлик кузатилади. Лекин ақли заифлик даражаси ортиқча Х хромосомалар сонига боғлик эмас. Авлодида 5 та ортикча Х хромосомаси бор кишилар ҳамда 1 та ортиқча Х хромосомаси бўлиб, чуқур ақли заиф кишилар ҳам кузатилади.

Шерешевский—Тернер синдроми Х моносомияси оқибатида юзага келади. Фақат аёлларда учрайди. Бу синдромда беморлар ҳужайрасида инсонларга хос 46 та Х хромосома ўрнига 45 та хромосома бўлади. Бундай касаллик билан оғриган аёлларда жинсий ривожланиш секин боради, уларга паст буйлик хосдир. Олигофрениянинг кўрсатилган турлари ирсий табиатга эга.

Бундан ташқари, экзоген келиб чиққан олигофрениялар ҳам фарқланади, уларнинг ичида эмбрионал ривожланиш даврида танага таъсир қилувчи зарарли омиллар (ота-онада алкоголизм касаллиги, токсоплазмоз, онанинг вирусли касалликлари, кизилча, сурункали инфекция ва б.) натижасида юзага келадиган олигофрениялар тез-тез учрайди. Бунда ақли заифлик даражаси турлича: енгил дебилликдан то идиотиягача бўлиши мумкин. Резусга мое келмасликда ақли заифлик она қони антигени билан боланинг антигени мос келмаслиги оқибатида юзага келади. Бу ҳолда болаларда ақли заифликдан ташқари, пўстлоқ ости ҳосиласининг шикастланиши ва карлик билан бирга экстрапирамид ўзгаришлар ҳам юз беради. Терапевтик мақсадда бола туғилиши билан конни алмаштириш керак.

Бола туғилишидаги жароҳатлар ёки илк ёшдаги бошдан кечирилган касалликлар натижасида

юзага келадиган олигофрениялар ҳам экзоген хусусиятга эга. Улар туғилиши билан ёки хаётининг 1-ойларида сезилади. Бундай юзага келган олигофренияларга неврологик белгилар: астенизация, аффектив ўзгаришлар, кучли қўзғалувчанлик ёки эйфория билан борадиган психоорганик синдромлар хосдир. Кўпинча олигофренияларга **гидроцефалия** сабаб бўлади. Уларнинг сабаби бош миянинг яллиғланиш касалликлари ҳамда резус-келишмовчилик ҳам бўлиши мумкин. Бу турида боланинг боши катталашган, баъзида суяк чокларининг ажралиши, неврологик белгилар бўлади. Баъзи беморларда нутқ яхши ривожланган, механик ва мусиқий хотира борлиги кузатилади. Даволаш учун сувсизлантириш усули қўлланилади. Беморларга амалий, агар иложи бўлса, касб кўникмаларини ўргатиш зарур.

Фарқлаш ташхиси. Телбалик даражасидаги ақли заифликни турли йўқлар билан келиб чиққан зехни пастлик турлари билан дифференциаллашга тўғри келади. Зеҳн ривожланишининг секинлашуви педагогик ва ижтимоий каровсизлик туфайли бўлиши мумкин. Аммо бу ҳолда болалар ишда ташаббускор ва мустақил бўладилар, уларда тушунчаларни англаш қобилияти бўлади, ҳар бири билан алоҳида шуғулланилса, янги маълумотларни тез ўзлаштириб оладилар. Тўғри усулда иш олиб борилса, билимнинг зарур босқичини тезда тиклаб олиш мумкин. Зеҳни пастлик соматик сурункали касалликлар билан оғриган беморларда ҳам учрайди. Бундай болалар астенизациялашган, бепарво, тез чарчайдиган, ўз тенгдошларидан орқада қоладиган бўладилар. Лекин доимий назоратда мақолларнинг мазмунини, ўқиган ҳикояни айтиб бера оладилар, тушунчаларни умумлаштира оладилар. Соматик ҳолатни яхшиловчи махсус терапевтик ва санитария-гигиеник чоралар ўқиш қобилиятини тиклаши мумкин. Бундан ташқари, болаларни соғломлаштириш оромгоҳларига, шаҳар ташқарисидаги ўрмон-мактабларга, санаторийларга юбориб, қўшимча қулай шароитлар яратиш керак.

Зеҳн ривожланишининг қисман орқада қолиши баъзида нутк нуқсони бор болаларда ҳам кузатилади. Махсус мактабларга бориш дастурларни яхши ўзлаштиришга ёрдам беради. Нутқида нуқсони бор болалар одатда ўқиш ёки ёзишда орқада қоладилар. Шу билан бирга руҳий фаолиятнинг яхши ривожланганлиги олигофрения йўқлигидан дарак беради.

Даволаш. Олигофрения мустаҳкам, кам ўзгарадиган руҳий ўзгаришлар мажмуи бўлгани учун даволаш чоралари комплекс тиббий ва педогогик таъсирлардан иборат бўлиши шарт. Беморларга оддий амалий кўникмалар бериш, ўз-ўзига хизмат қилишни, агар имкони бўлса, бирор ҳунарни ўргатиш керак. Ўқиш, ёзиш ва меҳнатга ўргатиш осонлаштирилган дастур асосида махсус усулда олиб борилиши лозим.

Дорилардан мия метаболизмини яҳшиловчи ва нерв хужайраларининг етилишини тезлаштирувчи ноотроп моддалардан аминолон (гаммалон), ноотропил (пироцетам), пиридитол (энцефабол), пантогам каби дориларни қўллаш мумкин. Бўларга қўшимча глютамин кислота ва В

гуруҳига кирувчи витаминлар тавсия қилинади. Бош суяги ички босими ошганлигини кўрсатадиган белгилар кузатилганда, сувсизлантириш давоси олиб борилади. Психомотор қўзғалишларда транквилизаторлар (элениум, седуксен, мепробамат) ва нейролептик моддалар (аминазин, тизерцин, неулептил ва б.) қўлланилади. Электр уйқу тинчлантирувчи таъсир беради.

Касалликнинг олдини олиш учун халқ орасида руҳий касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари, ҳомиладорлик давридаги зарарли омиллар ва бошқалар тўғрисида кенг тушунтириш ишлари олиб бориш зарур. Туғиш вақтида асфиксия ва бош мия жароҳатларининг олдини олиш, янги туғилган чақалоқларни парваришлаш энг катта аҳамиятга эга.

Олигофрения учун хос синдром

5
2
1
7
1.курсатилганларнинг хаммаси хос эмас
2.васваса
3.галлюцинатор
4.дисфорик
5.эйфорик

Олигофрения даражалари

5
2
1
52
1. имбециллик
2. шизофрения
3. МДП
4. критинизм
5. барчаси тугри

Идиотия бу

5
2
1
54
1. чукур акли пастлик
2. урта даражадаги психик ривожланмаслик
3. енгил психик ривожланмаслик
4. барчаси тугри
5. барчаси нотугри

Дебиллик бу

5
2
1
55
1. енгил психик ривожланмаслик
2.чукур акли пастлик
3.урта даражадаги психик ривожланмаслик
4.барчаси тугри
5.барчаси нотугри

Олигофрениянинг хромосом касалликларда учраши

5
2
1
56
1. Даун, Шерешевский Тернер
2. тугма сифилис
3. микроцефалия
4. токсаплазмоз
5. гидроцефалия

Идиотия формалари

5
2
1
57
1. эретик ва торпид
2. уткир
3. огир
4. енгил
5. барчаси нотугри

Имбецилликда сузлар туплами

5
2
1
58
1. 200- 300 та
2. 1000 та
3. 100 та
4. 20 та
5. барчаси тугри

Даун касаллигининг психик куриниши

5
2
1
59
1. имбециллик, дебиллик
2. кузлари кук
3. оёк куллари калта
4. барчаси нотугри
5. барчаси тугри

Акли заифлик холатлари(олигофрения)

1. Бемор К 17 ёш куп болали оилада 5-чи фарзанд булиб тугилган. Отаси спиртли ичимликлар истеъмол килади. 2 ёшдан юрган ва 4 ёшдан гапирган. Ёзиш ва гапиришни билмайди, конкрет фикрлайди, макол ва масалларни тушинмайди, гаплари тушунарсиз. Уйда хеч кандай иш билан банд эмас, онаси ёрдамида кийинади.
   .синдромал ташхис
   .Бу синдром кайси 3 та касалликда учрайди
   .сизнинг тулик тахминий ташхисингиз
   .асосий текшириш усуллари

.бу синдромни симптомларини санаб беринг
.УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоблар
1.Олигофрения, Даун касаллиги, фенилкетонурия
2.Имбециль
3.ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, RO-графия, IQ текшириш
4. Мехнатга лаёкатсиз, фикр конкрет, Сузларига тушиниш кийин
5. Давога мухтож эмас

МУНДАРИЖА

КИРИШ

1 - ҚИСМ

I БОБ

ПСИХИАТРИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

ЎЗБЕКИСТОНДА ПСИХИАТРИЯНИНГ РАВНАҚИ 10

2-БОБ

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ 14

ИДРОК (ҲИС) ЭТИШНИНГ БУЗИЛИШИ 18

Галлюцинациялар 19

Кўриш галлюцинациялари

Эшитиш галлюцинациялари

Иллюзиялар 21

Психосенсор бузилишлар 22

Идрок бузулишлари бўйича тест саволлари 24

ХОТИРАНИНГ БУЗИЛИШИ 29

ФИКРЛАШ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ 36

ХИССИЁТ ВА УНИНГ БУЗИЛИШИ 62

ИРОДА ВА ҲАРАКАТ ДОИРАСИНИНГ БУЗИЛИШИ

ОНГНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ 67

2-БОБ

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ ПСИХОПАТОЛОГИК СИНДРОМЛАРИ

НЕВРОТИК СИНДРОМЛАР

Истерик синдром

Обсессив (миядан кетмайдиган) синдром

Ипохондрик синдром 89

ПСИХОПАТИК СИНДРОМЛАР 90

Аффектив синдром

Депрессив синдром (синоними депрессия, меланхолия)

Маниакал синдром

Галлюцинатор — васваса (параноид) синдромлар

ҲАРАКАТ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Кататоник синдром (кататония)

ОНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМЛАРИ

Делириоз ҳолат (делирий)

Аментив ҳолат

Психиатрия дарслигига- авторлари: проф.Н.И.Хужаева, доц А.У.Шоюсупова 2008 й.

ТАВСИЯНОМА.

Психиатрия китобининг биринчи нашри чоп этилганига 13 йилдан ошди. Бу йиллар ичида психиатрик ёрдамни ташкиллаштириш буйича сезиларли узгаришлар булди. «Психиатрик ёрдам тугрисидаги » конун фаолрок таъсир эта бошлади. Уз.Респ. Жиноят Кодексида Фукаролик Кодексларида суд-тиббиёт экспертизасини утказиш буйича, ва харбий-тиббий экспертизани утказиш буйича касалликлар янги руйхати буйича бандлар пайдо булди.

Хар бир булимга тестлар ва вазиятли масалалар кушилди. Бу эса китобни УАШ учун кимматли китобга айлантиради.

Психопатологик синдромларнинг баъзи характеристикалари МКБ – 10 га мос холда аниклаштирилган. 10 - Халкаро касалликлар таснифининг мутаносиблик жадвали келтирилган. Муаллифлар томонидан ананавий психиатриядаги клинико - нозологик куринишлар ва МКБ – 10 да курсатилган рухий бузилишлар мос келувчилари мутаносиблиги курсатилган.

Дарсликда баъзи боблар кайта ёзилган, баъзилари тулдирилган. Жумладан хотира бузулишлари кайта ёзиб чикилди, психосексуал бузилишлар бобига кушимчалар киритилди.

Китобдан хозирги вактда такикланган даво усуллари олиб ташланиб, янги даво усуллари ва дори воситалари киритилган.

Дарсликда берилган ахборот хажми тиббиёт институтлари ва университетларнинг тиббиёт факультетларининг талабаларини укитиш дастурига мос келади. Дарслик врач психиатрларга, магистрларга, клиник ординаторларга фойдаланиш учун тавсия этилади.

ТошВМОИ Психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири проф. Алимов У.Х.

.

Узгартиришлар.

Укув кулланмани кириш кисмига узгартиришлар киритилиб, кенгайтирилди. 1-бобга хозирги вактда психиатрия сохасида фаолият юритаетган инсонлар киритилди, вафот этган олимларга аниклик киритилди. 2-боб кенгайтирилиб, шу бобга оид тест саволлари киритилди. 3-4 боб мавзусига оид тест саволлари киритилди.
5-бобга замонавий дори воситалари, уларга курсатмалар, улар хакида батафсил маълумотлар киритилди ваш у мавзуга оид тест саволлари киритилди.